



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Аркадий Борисович Коган:

**СИЛА БОЛЬНИЦЫ – В ЛЮДЯХ,
КОТОРЫЕ В НЕЙ РАБОТАЮТ.**

стр. 25

МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

стр. 28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БУСПИРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

стр. 31

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
(ПО МАТЕРИАЛАМ КГБУЗ «КМК БСМП ИМ Н.С. КАРПОВИЧА»
за период 2015-2016 гг.)

— поздравления —



В.А. Толоконский
Губернатор Красноярского края

*Дорогие друзья!
Примите искренние поздравления
с профессиональным праздником –
Днем медицинского работника!*

Ваши добросовестный труд и компетентность, преданность своему делу, внимательное отношение к каждому пациенту хорошо известны жителям города. Красноярцы уверены: что бы ни случилось, в любое время дня и ночи им окажут высококвалифицированную и своевременную медицинскую помощь.

Мы отдаем должное безупречной и самоотверженной работе большого коллектива медиков, которые всегда на «передовой» красноярского здравоохранения. На вас лежит огромная ответственность: постоянно приходится принимать решения, от которых зависит жизнь человека.

Больница скорой медицинской помощи вносит большой вклад в развитие краевой медицины. Здесь применяются самые современные методы лечения, внедряется передовой опыт терапии. Сотрудники больницы постоянно повышают свой профессиональный уровень, щедро делятся своим опытом с коллегами. На базе больницы работают клинические кафедры Красноярского медицинского университета, где формируется будущее медицинской науки. Многие врачи и медсестры трудятся здесь со студенческих лет, что говорит о правильно выстроенной работе с молодым поколением.

Сорок пять лет назад, когда первое здание БСМП еще только строилось, главный врач больницы Николай Карпович старался сделать так, чтобы все здесь было максимально удобно для пациентов и врачей. Сегодня мы достраиваем новый корпус больницы и стремимся к той же цели. БСМП стоит на пороге больших, хороших перемен. Мы рассчитываем, что уже в этом году благодаря реконструкции больницы качество медицинских услуг в городе выйдет на новый, более высокий уровень.

Дорогие друзья! От лица всех красноярцев я искренне благодарю вас за труд. Уверен, впереди у вас много больших профессиональных успехов, которые помогут кому-то вернуть здоровье, а кому-то спасут жизнь.

Желаю вам неиссякаемой энергии и душевных сил, необходимых для выполнения вашей благородной миссии. Здоровья и благополучия вам и вашим семьям!

— *поздравления* —



В.Н. Ярин
Министр здравоохранения
Красноярского края

*«Профессия врача – это подвиг,
она требует самоотвержения,
чистоты души и чистоты помыслов».*

А.П. Чехов

*Уважаемые коллеги!
Поздравляю вас с профессиональным
праздником – Днем медицинского
работника!*

Высокий уровень знаний, навыков и умение их применять – безусловно, важнейшие черты настоящего врача. Однако они ничего не значат без самого главного – того, что формирует вокруг себя все остальное: без самоотверженной жажды прийти на помощь нуждающимся. Именно бескорыстное человеколюбие помогает настоящим врачам делать то, что с первого взгляда кажется невозможным, толкает на героизм и придает сил в трудные минуты. Пациент, чувствуя это, уже встает на путь выздоровления.

БСМП – это больница, которую знает каждый житель Красноярск и многие за его пределами. Это десятки тысяч спасаемых человеческих жизней в год, что делает ваше учреждение одним из ведущих в городе. Врачами больницы осваиваются современные технологии, появляются отделения, которые должны создать качественно новые условия для работы врачей и комфортного пребывания пациентов. Больница является важной клинической базой для подготовки будущих специалистов. Благодаря высочайшей квалификации врачей и медперсонала, а также самоотверженной борьбе за здоровье каждого пациента, БСМП всегда будет на передовой здравоохранения, а ваша работа – примером искреннего служения людям.

От всей души желаю всему коллективу Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича крепкого здоровья, успехов в профессиональных начинаниях, стойкости, добра и благополучия! Спасибо вам за многолетний труд!

— *поздравления* —



И.П. Артюхов,
ректор ФГБОУ ВО «Красноярский
государственный медицинский
университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава РФ.

*Уважаемые коллеги!
Поздравляю вас с Днем
медицинского работника!*

Ваша больница — одна из лучших клиник Красноярского края. Высочайший профессионализм врачей и медперсонала БСМП, управленческий опыт и глубочайшее осознание ответственности своего дела не позволяют здравоохранению нашего города останавливаться на достигнутом и обеспечивают непрерывное развитие новых перспектив в области здравоохранения.

Наша общая задача — беречь здоровье людей. Мы всегда гордились давней и тесной дружбой медицинского университета и БСМП, ведь именно на мощной клинической базе вашей больницы студенты становятся настоящими врачами. Мы вместе воспитываем детей, даем им профессию и учим самому главному — бесконечному человеколюбию.

Видя ваш самоотверженный труд на благо здоровья граждан, хочется от всего сердца пожелать всему коллективу БСМП душевных сил, оптимизма и искренней веры в свое доброе дело! Счастья, успехов, удачи! С праздником!



А.Б. Коган
Главный врач

*Уважаемые коллеги!
Сотрудники БСМП
и все медицинские работники!
От всей души поздравляю вас
с профессиональным праздником!*

Нашу работу нельзя назвать простой. Каждый день нам приходится принимать важнейшие решения, от которых практически всегда зависит жизнь человека. Многие события, неминуемо выбивающие из колеи большинство тех, кто не связан с медициной, для нас являются будничной, рутинной работой. Порой мы мало спим и видимся с семьей не так часто, как хотелось бы. Порой нам приходится терпеть несправедливость и неоправданные лишения. Но мы остаемся верны своему призванию — именно призванию, потому как настоящими врачом становится лишь тот, кто, видя чужие страдания, не способен отвернуться и пройти мимо. Тот, кто целиком отдает себя самоотверженному стремлению помочь своему ближнему любой ценой. Я искренне верю, что когда у пациента отступает боль и ему становится легче, когда, выздоровев, он говорит простое человеческое «спасибо» — все вышеописанные трудности перестают иметь хоть какое-то значение. В нашей больнице трудятся именно такие врачи и медицинские работники — те, кто не подводят и спокойно принимают сложности. Каждый день, не отдавая себе отчета, вы делаете то, что вызывает восхищение пациентов и их родственников, а у коллег — уважение. Сила больницы не в техническом оснащении или размере здания — хоть это тоже немаловажно, а в людях, которые в ней работают. Дорогие коллеги, я искренне благодарю вас за ваш труд — за ответственность, чуткость и внимание! Я желаю вам крепкого здоровья, гармонии в душе и профессиональных амбиций! С праздником!

— *поздравления* —

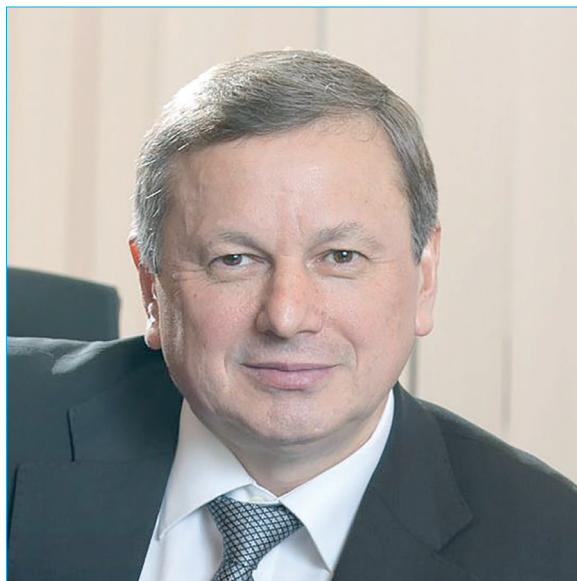


В.А. Фокин,
*депутат Законодательного собрания
Красноярского края,
главный врач КГБУЗ «КМКБ № 20
им. И.С. Берзона»*

Дорогие друзья!

Медицина – мерило цивилизации и гарант людского благополучия. Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья – оно до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля. Однако в жизни каждого человека наступает момент, когда тонкая нить между жизнью и смертью оказывается в руках врачей, и только от их продуманного решения зависит дальнейший исход.

В этот светлый праздник – День медицинского работника – я желаю всем вам, коллеги, истовой веры в наше дело – едва ли не самое гуманное из всех, желаю с достоинством и гордостью принимать груз ответственности, возложенный на наши плечи! Добра вам, друзья, и удачи!



С.В. Козаченко,
директор ТФОМС Красноярского края

Уважаемые коллеги!

Примите искренние поздравления с вашим профессиональным праздником!

Коллектив больницы скорой медицинской помощи отличает высокий профессионализм и готовность в любую минуту оказать экстренную, неотложную помощь тем, кто в ней нуждается. Вы чтите историю, накапливаете знания, обладаете уникальной клинической базой для подготовки молодого поколения врачей и повышения квалификации опытных специалистов. С каждым годом Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича становится более современной и пациентоориентированной – строятся новые корпуса, осваиваются передовые методы лечения и диагностики. В системе обязательного медицинского страхования вы почти четверть века реализуете программу государственных гарантий, являясь надежным партнером Территориального фонда ОМС. За годы нашего сотрудничества не раз возникали спорные ситуации, однако мы всегда находили верные решения в интересах граждан. Впереди еще много нерешенных вопросов и многое предстоит сделать. Уверен, что профессиональному коллективу одного из крупнейших учреждений здравоохранения края под силу внести свой весомый вклад в повышение продолжительности и качества жизни красноярцев.

Я желаю вам, чтобы в текущем году экстренная медицинская помощь в стенах вашей больницы была еще более качественной, а плановая высокотехнологичная – более доступной! Спасибо вам за ваш труд и верность профессиональному долгу! Крепкого здоровья, благополучия и новых достижений в вашем благородном деле!

— *поздравления* —



А.В. Подкорытов,
*председатель Ассоциации «Красноярская
медицинская палата»,
начальник КГБУЗ «Красноярский
краевой госпиталь для ветеранов войн»,
д.м.н., заслуженный работник
здравоохранения РФ*

*Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!*

От лица ассоциации «Красноярская медицинская палата» поздравляю вас с нашим общим профессиональным праздником!

Сегодня перед медицинским сообществом стоит много задач, связанных с повышением качества и доступности всех видов медицинской помощи, улучшением качества жизни людей старшего поколения, внедрением в практику современных методов диагностики и лечения.

Эти сложные взаимно увязанные задачи требуют от медицинских работников Красноярского края высокого уровня консолидации действий, которая возможна только в рамках общественного медицинского объединения. Уже сегодня мы способствуем повышению качества медицинского, а также дополнительного профессионального образования путем общественной аккредитации выпускников медицинских вузов. Мы стремимся развивать юридическую поддержку и правовую защиту медицинских работников с позиции «защищен врач – защищен пациент». Мы продолжаем объединять все профессиональное медицинское сообщество края на принципах саморегулирования для совершенствования системы охраны здоровья населения.

Партнерство во имя здоровья врача и пациента – наше стремление!

Примите слова благодарности за ваш многолетний труд и беззаветную преданность своей профессии.

Желаю исполнения самых смелых замыслов, осуществления всех добрых надежд, а также успешного взаимодействия наших структур на благо жителей нашего края.

— знаменательные даты —

Руководство и коллектив Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» поздравляет юбиляров:

Сабирову Зильфию Аптриевну,

медицинскую сестру нейрохирургического отделения

Переверзеву Оксану Николаевну,

заместителя главного бухгалтера

Стамболян Ирину Ивановну,

фасовщицу аптеки

Каспорьянц Ольгу Викторовну,

санитарку отделения сосудистой хирургии

Осипову Анну Ивановну,

медицинскую сестру 1-го хирургического отделения

Скюдунас Елену Валерьевну,

гардеробщица

Смык Оксану Борисовну,

медицинскую сестру палаты интенсивной терапии нейрохирургического отделения

Король Наталью Игоревну,

уборщика служебных помещений

Гордееву Марину Ивановну,

уборщика служебных помещений

Румянцеву Наталью Игоревну,

медицинского лабораторного техника бактериологической лаборатории

Оюн Надежду Николаевну,

операционную медицинскую сестру операционного блока

Андрееву Майю Дараевну,

медицинскую сестру стоматологического отделения

Жилинскую Татьяну Васильевну,

санитарку нейрохирургического отделения

Третьякову Ольгу Вадимовну,

повара пищеблока

Юшкова Сергея Павловича,

подсобного рабочего пищеблока

Прокопчука Виктора Васильевича,

врача акушера-гинеколога гинекологического отделения

Степанову Галину Юрьевну,

буфетчицу-раздатчицу неврологического отделения

Борисову Марину Павловну,

уборщика служебных помещений

Рябчевскую Елену Геннадьевну,

гардеробщица

Деордиеву Людмилу Геннадьевну,

врача-лаборанта клинико-диагностической лаборатории

Карчушкина Сергея Егоровича,

санитара патологоанатомического отделения

Лакотко Марию Федоровну,

медицинскую сестру 3-го инфекционного отделения

Еремину Татьяну Александровну,

санитарку 1-го инфекционного отделения

Лозанову Наталью Григорьевну,

лаборанта клинико-диагностической лаборатории

Тишкову Ирину Степановну,

медицинскую сестру-анестезиста отделения реанимации и интенсивной терапии №1

Зыкову Элину Валерьевну,

ведущего специалиста по охране труда

Татаренко Ларису Геннадьевну,

гардеробщица

Хлус Валентину Ивановну,

операционную медицинскую сестру операционного блока

Маковскую Наталью Михайловну,

младшую медицинскую сестру по уходу за больными палаты реанимации и интенсивной терапии 1-го инфекционного отделения

Антипову Юлию Анатольевну,

начальника отдела профилактической дезинфекции

Палееву Любовь Анатольевну,

медицинскую сестру-анестезиста отделения реанимации и интенсивной терапии №1

Стасюк Надежду Михайловну,

специалиста по персоналу отдела кадров

Якимову Елену Владимировну,

маляра отдела по содержанию зданий и сооружений

Замковую Любовь Дмитриевну,

ведущего программиста отдела информационных технологий

Разбираеву Анну Григорьевну,

сестру-хозяйку операционного блока

Кондратьеву Нину Кузьмовну,

медицинскую сестру по физиотерапии физиотерапевтического отделения

— знаменательные даты —

Капустину Анну Михайловну,

медицинского регистратора кабинета учета
и медицинской статистики организационно-
аналитического отдела

Левицкого Станислава Владимировича,

врача-инфекциониста 3-го инфекционного
отделения

Тримбач Валентину Николаевну,

санитарку клинко-диагностической лаборатории

Бункевич Нину Антолиновну,

заведующую отделением, врача-радиолога
отделения лучевой диагностики №2

Восклецова Василия Сергеевича,

врача-нейрохирурга нейрохирургического
отделения

Егорову Галину Юрьевну,

уборщика территорий

Журавлеву Ирину Юрьевну,

гардеробщика приемного отделения

Сорокину Людмилу Александровну,

медицинскую сестру-анестезиста отделения
анестезиологии-реанимации

Шадрину Веру Анатольевну,

гардеробщика

Полеткову Веру Николаевну,

старшую медицинскую сестру отделения
сосудистой хирургии

Романенко Александра Владимировича,

врача-уролога урологического отделения

Киселеву Лидию Николаевну,

буфетчицу-раздатчицу 1-го хирургического
отделения

Лапонину Любовь Аркадьевну,

медицинскую сестру 3-го инфекционного
отделения

Зубкову Елену Афанасьевну,

врача-инфекциониста приемного покоя
1-го инфекционного отделения

Коробейникову Таису Ивановну,

буфетчицу-раздатчицу 1-го
травматологического
отделения

Попкову Галину Николаевну,

медицинскую сестру эндоскопического отделения

Омельченко Александра Михайловича,

электромонтера по ремонту и обслуживанию
аппаратуры и устройств связи отдела главного
механика и энергетической службы

Ширко Александра Ивановича,

врача-хирурга 2-го хирургического отделения

Юшкову Анастасию Васильевну,

врача анестезиолога-реаниматолога отделения
анестезиологии-реанимации

Ковалеву Татьяну Николаевну,

уборщика служебных помещений

Бахарева Виктора Павловича,

заведующего отделением, врача-рентгенолога
рентгенологического отделения

Чучунову Маргариту Егоровну,

буфетчицу-раздатчицу урологического отделения

Останина Павла Андреевича,

врача-хирурга 1-го хирургического отделения

Упирову Альбину Анатольевну,

заведующую отделением, врача-инфекциониста
1-го инфекционного отделения

Уколова Владимира Георгиевича,

врача-хирурга отдела контроля качества
медицинской помощи

Строкину Галину Георгиевну,

врача-инфекциониста 1-го инфекционного
отделения

ГрибOLEву Валентину Иосифовну,

санитарку 2-го инфекционного отделения

Шабанову Людмилу Васильевну,

медицинскую сестру 1-го инфекционного отделения

Конева Валерия Константиновича,

врача-невролога нейрохирургического отделения

Ильину Тамару Алексеевну,

операционную медицинскую сестру
операционного блока



редакторская коллегия



Главный редактор:

А.Б. Коган

Главный врач



Г.В. Гризан

Заведующая
отделением
реанимации
и интенсивной
терапии №2,
д.м.н., доцент



С.Г. Маслов

Заместитель главного
врача по хирургии



Д.Э. Здзитовецкий

Врач-хирург,
д.м.н., доцент



С.И. Ростовцев

Врач анестезиолог-
реаниматолог,
д.м.н., доцент



Т.А. Зимина

Заместитель
главного врача
по работе
с сестринским
персоналом



Л.В. Торопова

Заместитель
главного врача
по организационно-
методической работе
– заведующая отделом
контроля качества
медицинской помощи



А.А. Любченко

Заместитель
главного врача
по медицинской
части,
к.м.н., доцент



И.Г. Юрикова

Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

содержание

стр. 15

актуальное интервью

О СВЯЗИ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРЫ

стр. 17

наука и практика

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА

стр. 22

наука и практика

БАНК ДОЛГОСРОЧНОГО ХРАНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ

стр. 25

наука и практика

МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

стр. 28

наука и практика

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БУСПИРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ
ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

стр. 31

наука и практика

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

стр. 33

наука и практика

ПБИЛИАРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КАК ПРИЧИНА СЛОЖНЫХ
КАНЮЛЯЦИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА И АТИПИЧ-
НЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЙ

стр. 36

наука и практика

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ»
У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ - РЕАНИМАТОЛОГОВ

стр. 43

наука и практика

АНТИГЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭРИТРОЦИТОВ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

стр. 49

наука и практика

ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШИХ
ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

стр. 52

наука и практика

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

стр. 55

из истории одного отделения

ВСЕГДА ПЕРВАЯ ХИРУРГИЯ

стр. 57

золотой фонд БСМП

ЭДУАРД СТЕПАНОВИЧ МЕДВЕДЕВ

ШЕСТВИЕ БЕССМЕРТНОГО ПОЛКА БСМП ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

стр. 66

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

стр. 69

случай из практики

ОПЕРАЦИЯ НА ПОЛНОСТЬЮ ВЫКЛЮЧЕННОЙ
ИЗ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Корпоративное
научно-практическое,
профессиональное
медицинское издание.
Адрес редакции:
660062, г. Красноярск,
ул Курчатова, 17,
тел. (391) 246-94-33,
www.bsmp.sibmedport.ru

Учредитель:
Краевое государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи
им Н.С. Карповича».
Главный редактор: Косан Аркадий
Борисович (главный врач).
Телефоны:
(391)246-94-40 (стол справок),
(391)246-93-45, (391)246-93-42
(приёмный покой).
Телефон доверия: (391) 246-94-23
(круглосуточно).

Специалист
по связям с общественностью:
Любченко Андрей.
тел.: 246-86-06.

Допечатная подготовка:
Творческое объединение «Слово»
г. Красноярск ул. Телевизорная, 1,
стр. 9, оф. 603/1
тел. 89080261990

Печать:
ООО «Ситалл»
660074, г. Красноярск,
ул. Борисова, 14
Тираж 999 экз.
Май 2016 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.
Мнение авторов может не
совпадать с позицией редакции.

новости



НА КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБСУДИЛИ ИТОГИ РАБОТЫ ОТРАСЛИ В 2016 ГОДУ И ПЛАНЫ НА 2017-Й

В работе итогового заседания коллегии министерства здравоохранения Красноярского края приняли участие губернатор Красноярского края Виктор Толоконский и руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко. Участниками конференции стали более 200 человек – руководители медицинских организаций Красноярского края, депутаты Законодательного собрания, сотрудники министерства здравоохранения.

Подведение итогов работы медицинских учреждений в 2016 году и обсуждение планов на год текущий – два главных вопроса, которые обсуждались в ходе заседания.

Как рассказал министр здравоохранения края Вадим Янин, в 2016 году смертность в регионе снизилась до рекордного показателя – 12,5 случая на тысячу человек. По его словам, это лучший результат за последние 20 лет. Уменьшилось количество младенческой смертности, а также случаев смерти от заболеваний органов дыхания, инфаркта миокарда и инсульта. На 4% снизилось количество смертей от злокачественных образований.

Этого удалось достичь за счет открытия современных медицинских центров и оснащения их всем необходимым для оперативной и качественной помощи.

Продолжится работа в этом году и на строительных площадках краевых медицинских учреждений, в том числе на объектах универсиады. К концу 2017 года будет достроен перинатальный центр в Норильске. Как рассказал глава региона Виктор Толоконский, объем ассигнований на укрепление материальной базы отрасли будет расти.

От БСМП на мероприятии выступил с докладом «Современные подходы к организации медицинской помощи в приемно-диагностическом отделении многопрофильного ургентного стационара» заместитель главного врача по медицинской части Андрей Любченко. Он рассказал об ожидаемых результатах изменений

подходов к организации медицинской помощи в приемно-диагностическом отделении, в частности о повышении доступности и качества оказываемой медицинской помощи, улучшении условий пребывания пациентов, минимизации времени на установку диагноза и принятия решения для немедленного оказания необходимых лечебных мероприятий.



ВИЗИТ В БСМП ПЕРВОГО ЗАМЕСТИТЕЛЯ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ИГОРЯ КАГРАМАНЯНА

В Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича с рабочим визитом в рамках КЭФ-2017 побывал первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. Целью визита был контроль подготовки учреждения к грядущей зимней Универсиаде 2019 года.

В составе делегации также присутствовал помощник министра здравоохранения РФ Дмитрий Рыжов, министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин и председатель Комитета по охране здоровья и социальной политике Законодательного собрания Красноярского края Юрий Данильченко.

Во время встречи в сопровождении главного врача Аркадия Когана и его заместителей гостем были осмотрены приемное отделение больницы и отделение реанимации №3, где проводится интенсивная терапия больных с кардиологической патологией (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда и др.).

Особое внимание И. Каграманян уделил осмотру нового хирургического корпуса, находящегося на стадии завершения отделочных работ. В частности, посетил отделение реанимации, противошоковый зал и палаты пробуждения – один из важнейших для

новости

БСМП элементов структуры операционного блока, позволяющий на высочайшем уровне обеспечить безопасность больных в послеоперационный период.

И. Каграманян остался доволен визитом, подчеркнув высокий уровень готовности больницы к предстоящим событиям 2019 года.

БСМП ПОСЕТИЛ ВИЦЕ-ПРЕМЬЕР РФ ПО ВОПРОСАМ СПОРТА, ТУРИЗМА И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ

В новом хирургическом корпусе Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича побывал с визитом вице-премьер РФ по вопросам спорта, туризма и молодежной политики Виталий Мутко, находящийся в Красноярске с инспекцией строящихся объектов Универсиады.

Гостя сопровождали губернатор Красноярского края Виктор Толоконский, министр здравоохранения Вадим Янин и главный врач КМКБСМП Аркадий Коган.

Во время встречи обсуждались вопросы медицинского обеспечения спортсменов и гостей Универсиады. Было отмечено, что темпы подготовки больницы опережают утвержденный график. В частности, сдача нового хирургического корпуса планируется уже в августе текущего года, то есть почти на год раньше заявленного срока.

На данный момент завершается внутренняя отделка здания, в дальнейшем последует приобретение и установка необходимого медицинского оборудования.

Осмотрев приемное отделение нового корпуса, Виталий Мутко остался доволен высокой готовностью объекта, профессиональным уровнем проведенных работ, в том числе организационных.

В БСМП СОСТОЯЛСЯ ДЕНЬ ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

День организатора, прошедший в нашей больнице, стал продолжением итоговой коллегии министерства здравоохранения.

В мероприятии приняли участие министр Вадим Николаевич Янин, директор Территориального фонда



ОМС Сергей Витальевич Козаченко, представители министерства здравоохранения, главные врачи и заведующие отделениями медицинских учреждений Красноярска и Красноярского края, представители страховых организаций. На площадке собралось более двухсот представителей практического здравоохранения для обсуждения показателей 2016 года и приоритетных направлений работы медицинских организаций на 2017-й.

Напомним, в Красноярском крае достигнуто значительное снижение уровня смертности населения. Этому способствовало в том числе внедрение передовых технологий при лечении заболеваний, строительство современных медицинских учреждений в районах края, таких как сосудистые центры в Канске и Ачинске, перинатальный центр в Ачинске. В этом году открылась новая поликлиника в п. Курагино, состоялись ремонты в районных больницах, в селах открылись модульные фельдшерско-акушерские пункты, что тоже повышает уровень доступности и качество медицинской помощи в территориях.

Директор Территориального фонда ОМС Сергей Козаченко в своем выступлении отметил, что для предельно эффективного выполнения поставленных задач, главной из которых является охрана здоровья граждан, требуется не только системный подход, но и работа всех организаций сообща. Сергей Витальевич сделал акцент на необходимости уделять особое внимание доступности медицинской помощи для жителей сельских районов.

Обсуждались вопросы заработной платы работников здравоохранения, также говорилось о кадровом обеспечении отрасли и необходимости наставничества в учреждениях. Был представлен практический опыт работы ряда учреждений, участники обменялись мнениями и замечаниями, после чего сообща наметили ключевые направления работы.

Министр здравоохранения Красноярского края Вадим Николаевич Янин, говоря о значении методов административного управления, упомянул о заметном

новости

улучшении соответствующих навыков у руководителей медицинских учреждений. «Высокая результативность достижима исключительно в условиях грамотного менеджмента. Конечно, еще существуют проблемы, для которых необходимо найти скорейшее решение, в том числе в области подходов к организации работы поликлиник. Тем не менее в целом прогнозы благоприятные», – резюмировал глава отрасли.

АЛЕКСЕЙ ОКЛАДНИКОВ – ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РФ!

В Доме Правительства Российской Федерации состоялось расширенное заседание Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Об итогах работы министерства в 2016 году и задачах на 2017 год». В ходе мероприятия согласно Указу Президента РФ почетным званием «Заслуженный врач РФ» награжден заведующий урологическим отделением БСМП Алексей Юльевич Окладников.



Алексей Окладников – врач высшей квалификационной категории по специальности «Урология», работает в БСМП более 30 лет, с 1984 года – занимая должность врача-уролога урологического отделения, с 2004-го – заведующего урологическим отделением.

Высокий уровень умений Алексея Юльевича, постоянное совершенствование своих знаний, активное внедрение новых методов лечения и диагностики заболеваний способствуют повышению уровня оказываемой медицинской помощи в учреждении, прогрессивному развитию урологической службы,

а проводимые им операции позволяют пациентам значительно улучшить качество жизни, получить полную клиническую и социальную реабилитацию.

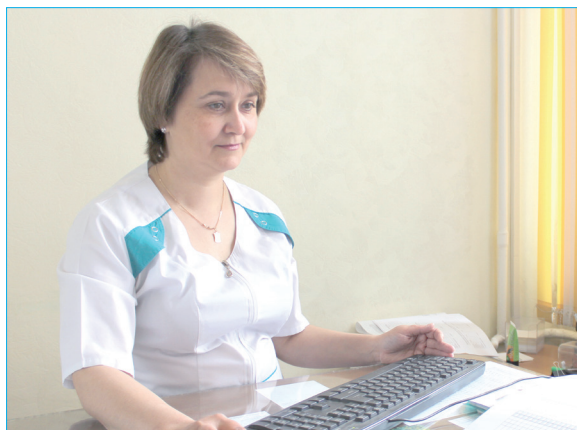
Кроме основной профессиональной деятельности Алексей Юльевич в течение 15 лет входит в состав поисково-спасательной службы Сибирского регионального центра по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, имеет звание «Спасатель России 1 класса».

За заслуги в области здравоохранения и добросовестный труд неоднократно награждался почетными грамотами и благодарственными письмами Главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска, руководителя администрации Октябрьского района г. Красноярска. Награжден знаком «Отличник здравоохранения РФ».

С гордостью поздравляем коллегу с присвоением столь высокой награды! От всей души желаем и дальше совершенствовать свой профессионализм на благо здоровья жителей края!

АЛЕНА ПЕТРОВА – ЗАСЛУЖЕННЫЙ РАБОТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ!

Указом Президента РФ старшей медицинской сестре II хирургического отделения нашей больницы Алене Михайловне Петровой присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ».



В 1988 году, будучи студенткой, А. Петрова начала свою трудовую деятельность санитаркой. После десятилетнего опыта работы медицинской сестрой в 2004 году была переведена и работает по настоящее время старшей медицинской сестрой II хирургического отделения КГБУЗ «КМКБСМП имени Н.С. Карповича». Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело».

новости

Алена Михайловна постоянно повышает свой профессиональный уровень, принимает участие в подготовке сестринских конференций, проходит усовершенствования на базе центра повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием. В 2006 году успешно окончила курс повышенного уровня среднего профессионального образования с присвоением квалификации «Медицинская сестра – организатор, преподаватель сестринского дела».

Алена Михайловна инициативна в общественной жизни больницы, принимает активное участие в работе Совета средних медицинских работников учреждения, является членом учебного сектора, проводит большую работу по обучению среднего и младшего медицинского персонала.

В настоящее время Алена Петрова является одним из наставников пилотного проекта «Школа медицинского добровольчества», реализуемого при поддержке министерства здравоохранения Красноярского края.

За многолетний добросовестный труд неоднократно награждалась благодарственными письмами и грамотами, в том числе Благодарственным письмом Главы города Красноярска, Почетной грамотой руководителя администрации Октябрьского района, Благодарственным письмом Красноярского городского Совета депутатов.

От всей души поздравляем Алену Михайловну с наградой, желаем новых устремлений и успешного преодоления очередных профессиональных высот!

ЧЕСТВОВАНИЕ ВETERANОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Шестого мая сотрудники КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» совместно с профсоюзным комитетом чествовали ветеранов Великой Отечественной войны, много лет являвшихся сотрудниками нашей больницы.

Мария Ефимовна Лукьяненко (1925 г.р.) – участник ВОВ, служившая связистом-телефонистом с 1943 по 1945 год в зенитно-артиллерийской дивизии, в/ч 53736 (308), 3-й ударной Армии (Калининский фронт: Ржев, Великие Луки, Невель и др.).

Стаж работы в больнице медсестрой I инфекционного отделения – 10 лет.

Награды: Орден Великой Отечественной войны I степени, медаль «За Победу над Германией», медаль «За отвагу», медали в честь 20-летия, 25-летия,



30-летия, 40-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., медали юбилейные в честь 50-летия, 60-летия, 70-летия Вооруженных Сил СССР, Медаль Жукова, Знак «Фронтовик», медаль «Ветеран труда».

Свищева Валентина Григорьевна (1929 г.р.) – работник тыла с 1943 по 1946 год на военном предприятии.

Стаж в больнице санитаркой кардиологического отделения – 12 лет.

Награды: медаль «50 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».

Дробеткова Мария Григорьевна (1932 г.р.) – работник тыла с 1942 по 1945 год в колхозе.

Стаж работы в больнице лифтером в отделе главного механика и энергетической службы – 12 лет.

Награды: медаль «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», медаль «60 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»

Мельникова Лилия Николаевна (1926 г.р.) – работник тыла.

Стаж в больнице бухгалтером – 7 лет.

Награды: медаль «За Победу 1941-1945 гг.», медали в честь 40-летия, 50-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.

С праздником, дорогие ветераны!

Спасибо вам!

Счастья, здоровья, радости!

— актуальное интервью —

О СВЯЗИ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРЫ



И.П. Артюхов,
*ректор ФГБОУ ВО
«Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава РФ*

В Красноярске планируется возведение второго памятника святителю Луке. Скульптура будет представлять собой изображение архиепископа с крестом и скальпелем в руках. Также на монументе будут присутствовать Святое Евангелие и главный медицинский труд профессора – «Очерки гнойной хирургии». Торжественное открытие памятника планируется приурочить к 75-летию Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

О значении грядущего события мы поговорили с идеологом проекта – ректором Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, заведующим кафедрой управления в здравоохранении ИПО (Института последипломного образования – убрать) профессором Иваном Павловичем Артюховым.

– Иван, Павлович, почему Вы считаете необходимым создание материального символа науки?

– После поездки в Германию мне захотелось создать что-то уникальное, так появился купол университета как символ развития и медицины будущего. Мы построили его по сути без разрешения – хотели успеть к семидесятилетию академии, но только за пять дней до праздника нам дали разрешение. Купол появился раньше, чем было дано добро на него. Я тогда, помню, сказал, что в случае чего приму весь удар на себя. Собственно с купола и началось возведение храма науки и культуры, который я задумал. Следующим шагом стало присвоение университету имени Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого. И, наконец, памятник святому, хирургу, профессору, который в годы Великой Отечественной войны преподавал первым студентам вуза. И скульптура символизирует как раз тот факт,

— *актуальное интервью* —

что высокая наука невозможна без высокой культуры – на памятнике святителю Лука будет изображен с крестом и скальпелем в руках.

– Как Вам пришла идея создания памятника?

– На замысел открыть памятник святителю Луке меня вдохновил университет Диккенса в США. Глядя на него, у меня родилась общая идея вовлечь студентов, выпускников, попечителей, руководство в культурно-духовное развитие нашего университета. Наша миссия – создать храм науки, образования и культуры. Конечно, все это происходит через учебный процесс. Например, мы ввели предмет «История культуры», который ведут преподаватели института искусств.

– Если Вы идеолог, то кто является исполнителем проекта?

– Авторами проекта выступили член Международного и Всероссийского союзов художников Игорь Николаевич Вильчевский, ученик Андрея Поздеева и, к слову сказать, племянник Николая Семеновича Карповича – первого главного врача БСМП, и Константин Мелатдинович Зинич – художник-скульптор, кавалер Золотой медали ВДНХ.

– Присвоение имени архиепископа Луки университету было непростой задачей?

– С такой инициативой в свое время выступила доцент Тамара Константиновна Турчина, хотя некоторые говорят, что первым был я. (Смеется.) Задача действительно была непростой – не обошлось без помощи нашего владыки Антония и Святейшего Патриарха Московского и всея Руси.

– Получается, что связь медицинского университета и имени святителя Луки довольно тесна.

– Очень тесна. У нас даже есть собственный храм, в котором находится икона с частицами мощей свято-

го, которую мне подарил владыка Антоний. Вторая часть мощей, кстати, хранится у меня дома. Выпросил практически у митрополита Симферопольского и Крымского Лазаря. О святителе Луке мы еще рассказываем на истории медицины студентам, кроме того, организовали премию его имени и создаем общество православных врачей. На территории университета есть музей Войно-Ясенецкого. Еще я задумал написать книгу «Медицинское наследие святителя Луки». Для врача очень важно быть не только профессионалом в своем деле, но и высококультурным человеком в принципе. Мы стараемся, чтобы наши студенты выпускались именно такими специалистами. Думаю, открытие памятника позволит нам сделать еще один шаг на этом пути.

Для врача очень важно быть не только профессионалом в своем деле, но и высококультурным человеком в принципе. Мы стараемся, чтобы наши студенты выпускались именно такими специалистами. Думаю, открытие памятника позволит нам сделать еще один шаг на этом пути.

— наука и практика —

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА



Г.В. Грицан

АВТОРЫ

Г.В. Грицан^{1,2}, С.В. Сорсунов²,
А.А. Любченко^{1,2}, М.К. Поляков¹,
М. Ю. Ефименко¹, О.С. Шевченко²

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»,

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ.

При поступлении в отделение анестезиологии-реанимации или ухудшении состояния находящегося там больного с тяжелой патологией головного мозга (черепно-мозговая травма, в том числе сочетанная травма, первичная опухоль головного мозга, нарушение мозгового кровообращения, асфиксии различного генеза, внезапная остановка сердечной деятельности постреанимационная болезнь) лечащий врач анестезиолог-реаниматолог, а в его отсутствие дежурный ответственный врач анестезиолог-реаниматолог устанавливает динамическое наблюдение.

Смерть мозга эквивалентна смерти человека, при этом – не клиническая и не биологическая смерть. Критерии («Гарвардские критерии») сформулированы в 1960-х годах реаниматологами и неврологами.

В РФ критерии смерти мозга одни из самых строгих в мире. Само понятие и порядок диагностики описаны в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан» и в Приказе МЗ РФ №908Н.

Согласно Приказу 908н

- Диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических критериев.

- Проведение ЭЭГ только при невозможности оценки окуловестибулярных и окулоцефалических рефлексов.

- Проведение двукратной ЦАГ (церебральной ангиографии) только для укорочения времени наблюдения.

Важно учитывать: При предшествующем использовании применения лекарственных препаратов для анестезии, анальгетиков, наркотических средств, психотропных веществ, миорелаксантов, иных лекарственных препаратов, угнетающих центральную нервную систему и нервно-мышечную передачу, а также лекарственных препаратов, расширяющих зрачки в лечебных целях, **процедура установления диагноза смерти мозга человека начинается по истечении не менее одного периода полувыведения от момента последнего их введения.**

Поэтому врачу, при выборе препарата для седации, следует оценить перспективность выживания пациента.

Период полувыведения препаратов, не представленных в таблице, рекомендуем смотреть на сайте <http://www.rlsnet.ru>

При ухудшении неврологического статуса кома III (шкала FOUR 0-2 балла, ШКТГ 3 балла) **срочно информировать ответственного за организацию донорства в стационаре.**

Когда реаниматолог видит у пациента следующие признаки: атоническая кома; отсутствие седации; ИВЛ, отсутствие самостоятельного дыхания; полиурия (диурез > 200 мл/час или 3000 мл/сут.) – один из критериев смерти мозга, гибель гипофиза и прекращение выработки антитиуретического гормона («несахарный диабет») – бывает не всегда; нестабильная гемодинамика с медикаментозной поддержкой – бывает не всегда, он описывает в исто-

науча и практика

Название препарата	Время	Период полувыведения
Реланиум	72 часа	<i>T1/2 десметилдиазепама – 30-100 ч., T1/2 может удлинаться у новорожденных (до 30 ч.), пациентов пожилого и старческого возраста (до 100 ч.) и у больных с печеночно-почечной недостаточностью (до 4 сут.).</i>
Тиопентал натрий	12 часов	<i>Элиминационный T1/2 составляет 10–12 ч. Экскретируется преимущественно почками.</i>
Пропофол	8 часов	<i>T1/2 после в/в инфузии – от 277 до 403 мин.</i>
Фентанил	1 час	<i>T1/2 – 10-30 мин.</i>
Промедол	2 часа	<i>При в/в введении через 2 ч. определяются лишь следовые концентрации. При п/к и в/м введении действие продолжается 3-4 ч.</i>
Натрия оксibuтират	16 часов	<i>Выведение 70-80% натрия оксibuтирата наступает через 13-16 ч.</i>
Суксаметония йодид (дитилин)	90 секунд	<i>T1/2 – 90 с при нормальном уровне псевдохолинэстеразы.</i>
Пипекурония бромид (ардуан)	4 часа	<i>T1/2 – 1,7 (0,9–2,7) ч. При нарушении функции почек клиренс – 0,08 л/кг/ч, объем распределения – 0,37 л/кг, T1/2 – 4 ч.</i>
Атракурия безилат (тракриум)	2 часа	<i>Восстановление нервно-мышечной передачи на 25% происходит через 35-45 мин. и на 95% через 60-70 мин после проведения сбалансированной анестезии.</i>

рии болезни все выше перечисленное и оформляет (совместный осмотр лечащего врача и заведующего отделением реанимации, на котором определяется состав консилиума для проведения процедуры по констатации смерти головного мозга). Примечание: для проведения процедуры по констатации смерти головного мозга необходимы невролог и реаниматолог, оба со стажем > 5 лет, не важно – заведующий, к.м.н., профессор и проч.).

СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР

Заведующий ОРИТ № _____
Лечащий врач _____

Состояние крайней степени тяжести обусловлено острой церебральной недостаточностью, прогрессирующим явлением полиорганной недостаточности.

Сознание угнетено до уровня кома III (атоническая кома), атония, арефлексия. Стволовые рефлексы не вызываются.

Медикаментозная седация не проводилась *

Миорелаксанты в последние ____ часов не вводились. *

Проводится ИВЛ в прежнем режиме, оксигенация удовлетворительна, SpO2 _____(%)

Гемодинамика нестабильная, поддерживается инотропной стимуляцией.

На этом фоне АД _____ мм рт.ст.
Ps _____

Ректальная температура _____ С.

Учитывая прогрессивное ухудшение состояния, наличие вышеперечисленных клинических критериев, можно думать о наличии у пациента смерти мозга. Для исключения или подтверждения данного диагноза необходимо проведение процедуры констатации смерти головного мозга в составе

Реаниматолог Ф.И.О. _____,
стаж по специальности _____ (лет)

Невролог Ф.И.О. _____,
стаж по специальности _____ (лет)

Лечащий врач _____
Зав. ОРИТ № _____
Лечащий врач _____

После совместного осмотра назначается консилиум.

Консилиум назначается только после абсолютной уверенности в том, что нет продолжения действия миорелаксантов, наркотических, седативных препаратов и веществ, угнетающих сознание, исключены метаболические и эндокринные комы, гиповолемия, гипотермия, и отражается в совместном осмотре с зав. реанимации!

До проведения консилиума по констатации смерти мозга:

– обязательная катетеризация центральной вены

– стабилизация гемодинамики (целевое систолическое АД выше 90 мм рт.ст.) – восполнение объема циркулирующей жидкости (ЦВД > 100 мм в д.ст.), при недостаточном эффекте – допамин, норадреналин, при отсутствии – мезатон (в минимально-эффективной дозе)

— наука и практика —

!Не рекомендуется инфузия адреналина, кроме случаев СЛР!

- коррекция метаболических и электролитных нарушений (рН, рСО₂, рО₂, гипер-Na, гипо\гипер-K)
- катетеризация артерии, инвазивный мониторинг АД, ЦВД
- осмотр оториноларинголога (при подозрении на травму барабанных перепонок)
- рентгенограмма и/или КТ шейного отдела позвоночника (при подозрении на перелом шейного отдела позвоночника)
- согревание пациента до физиологичной температуры (ректальная температура стабильно выше 34.0 С).

Перед проведением консилиума по диагностике смерти мозга необходимо определиться с заключительным клиническим диагнозом. В диагнозе не допускается неопределенность (знаки «?», формулировки «нельзя исключить», «предположительно» и т.п.)

Действия невролога (со стажем > 5 лет) (в присутствии врача-реаниматолога и лечащего врача – членов консилиума):

1. Витальные показатели (АД, ЧСС) – гемодинамика без медикаментозной поддержки не исключает смерть мозга.
2. Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома, 3 балла по шкале ком Глазго).
3. Атония всех мышц (наличие спинальных автоматизмов не является признаком отсутствия атонии мышц).
4. Трахеальный рефлекс (санация и движение интубационной трубки).
5. Реакция на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замигающих выше шейного отдела спинного мозга.
6. Неподвижность глазных яблок, отсутствие реакции максимально расширенных зрачков (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей – более 4 мм) на прямой яркий свет, может быть фиксированная анизокория. Любые спонтанные или вызванные движения глазных яблок исключают диагноз смерти мозга на момент осмотра.
7. Окулоцефалический рефлекс (феномен глаз куклы, или окулоцефалический рефлекс, исследуется путем поворотов головы в вертикальном или горизонтальном направлении, которые проводят сначала медленно, а за-

тем резко. Возникает рефлекторное отклонение глазных яблок в противоположную повороту головы сторону).

8. Окуловестибулярный рефлекс (вводят 120 мл ледяной воды в наружный слуховой проход больного. Калорический тест с ледяной водой у здорового человека в бодрствующем состоянии приведет к возникновению нистагма, медленный компонент которого направлен в сторону раздражаемого уха, а быстрый – в противоположную сторону. Нормальный нистагм является регулярным, ритмичным и продолжается 2-3 мин. Во время нистагма глазные яблоки отклоняются незначительно. При остро развившейся утрате сознания в результате повреждения супратенториальных структур мозга или нарушений метаболизма быстрый компонент нистагма постепенно исчезает, а медленный приводит к тоническому повороту глаз в сторону раздражаемого уха).

9. Фарингеальный рефлекс (отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов устанавливают путем движения эндотрахеальной трубки в трахею и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета. Фарингеальный (плоточный) рефлекс в норме проявляется глотательными движениями, а трахеальный – кашлевыми).

Данные осмотра врач-невролог записывает в истории болезни (консилиум), завершая осмотр фразой: «У пациента клинические признаки смерти мозга. Для исключения или подтверждения диагноза требуется проведение теста апноэтической оксигенации в соответствии с Приказом МЗ РФ № 908Н». Осмотр подписывают участники консилиума.

КОНСИЛИУМ

Лечащий врач _____
Невролог _____
Реаниматолог _____

Общее состояние крайне тяжелое, уровень расстройства сознания кома III (атоническая кома).

ИВЛ (отсутствие самостоятельного дыхания).

Гемодинамика нестабильная,

АД _____ мм рт.ст (с инотропной поддержкой)

Реакция на болевые раздражители (надавливание на тригеминальные точки, грудины) отсутствует, атония всех мышц, реакция на свет отсутствует, диаметр зрачков больше 5 мм.

Корнеальные, окулоцефалические, окуловестибулярные, фарингеальные и трахеальные рефлексы отсутствуют.

— наука и практика —

Учитывая наличие вышеперечисленных клинических критериев, можно думать о наличии у пациента смерти мозга. Для исключения или подтверждения данного диагноза необходимо проведение раздельного теста в соответствии с приказом МЗ РФ N 908н. «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека» от 25 декабря 2014.

Лечащий врач _____
Невролог _____
Реаниматолог _____

Тест апноэтической оксигенации **состоит из трех этапов** и выполняется врачом анестезиологом-реаниматологом.

На первом этапе теста апноэтической оксигенации производится катетеризация одной из артерий пациента в целях подготовки к оценке и мониторингу газового состава крови.

Второй этап теста апноэтической оксигенации заключается в проведении ИВЛ, обеспечивающей исходную гипероксию (не менее 200 мм рт.ст.) и исходную нормокапнию (35–45 мм рт.ст.), для чего проводится ИВЛ с = 1,0 (т.е. 100% кислород) с подобранной минутной вентиляцией легких (V_e) в соответствии с массой тела, возрастом и оптимальным положительным давлением в конце выдоха (ПДКВ). У пациентов с хронической обструктивной бронхолегочной патологией допускается исходное значение более 45 мм рт. ст.

Третий этап теста апноэтической оксигенации начинается с отсоединения пациента от аппарата ИВЛ и заключается в струйной непрерывной подаче пациенту, отсоединенному от аппарата ИВЛ, увлажненного 100% кислорода через эндотрахеальную или трахеостомическую трубку (для взрослых пациентов в объеме около 6 л/мин, для детей – в объеме, равном 60% от должествующей весу и возрасту величины минутного объема дыхания). Во время проведения третьего этапа теста апноэтической оксигенации происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем проведения исследования проб артериальной крови.

Контроль газов крови проводится:

- на первом этапе теста апноэтической оксигенации в условиях ИВЛ;
- на втором этапе теста апноэтической оксигенации для контроля достижения исходных значений
- в начале третьего этапа теста апноэтической оксигенации сразу после отсоединения пациента от аппарата ИВЛ и далее через каждые 10 минут у взрослых пациентов и через каждые 5 минут у детей, пока не достигнет 60 мм рт.ст., либо у пациентов с хрониче-

ской обструктивной бронхолегочной патологией – сразу после отсоединения пациента от аппарата ИВЛ и далее через каждые 10 минут, пока не увеличится на 20 мм рт.ст. от исходного уровня, после чего тест прекращают и возобновляют ИВЛ.

Тест апноэтической оксигенации считается положительным и свидетельствует об отсутствии функциональной активности (жизнедеятельности) дыхательного центра ствола головного мозга в случае, если у взрослых пациентов и детей – при достижении 60 мм рт.ст. и более либо у пациентов с хронической обструктивной бронхолегочной патологией при увеличении на 20 мм рт.ст. от исходного уровня спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются.

Тест апноэтической оксигенации считается отрицательным, его проведение немедленно прекращается и возобновляется ИВЛ в следующих случаях:

- в ходе выполнения теста апноэтической оксигенации появляются дыхательные движения;
- у взрослых пациентов и детей по истечении 30 минут от начала третьего этапа уровень не достигает 60 мм рт.ст.;
- у пациентов с хронической обструктивной бронхолегочной патологией по истечении 30 минут от начала третьего этапа уровень не увеличивается на 20 мм рт.ст. от исходного уровня.

КОНСИЛИУМ (во время и после проведения апноэтического теста)

Лечащий врач _____
Невролог _____
Реаниматолог _____

Учитывая наличие клинических критериев, указывающих на смерть мозга у пациента, в _____ час. _____ мин. канюлирована периферическая артерия и начато проведение инструментального теста апноэтической оксигенации в соответствии с приказом МЗ РФ № 908н *

Исходные показатели:

O₂ _____ мм рт.ст.

CO₂ _____ мм рт.ст..

При проведении теста достигнуты показатели газов крови:

O₂ _____ мм рт.ст.

CO₂ _____ мм рт.ст.

— наука и практика —

При этом спонтанных дыхательных движений не возникло.

Клиническая картина соответствует клинической картине смерти мозга, требуется динамическое наблюдение в течении ____ (от 6 часов если первичное повреждение мозга до 72 часов при наличии интоксикации, 24 часа при постреанимационной болезни)

Лечащий врач _____
Невролог _____
Реаниматолог _____

Далее в истории болезни оформляются дневники в виде консилиумов с интервалом каждые два часа (три консилиума при динамическом наблюдении – 6 часов). Улучшения неврологического статуса, положительной динамики за период наблюдения не отмечается, констатирована смерть пациента

ЗАПОЛНЯЕМ ПРОТОКОЛ СМЕРТИ МОЗГА И
ПРОТОКОЛ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Лечащий врач _____
Невролог _____
Реаниматолог _____

Клинико-лабораторный мониторинг во время наблюдения за состоянием больного:

– ЧСС, SpO₂, ЭКГ – постоянно (цель – SpO₂ более 96%);

– АД (неинв) – каждые 5 минут, АД (инв) – постоянно (цель – АД систолическое > 100 мм рт.ст.);

– ЦВД – каждый час или непрерывный мониторинг (цель > 100 мм водного ст.);

– почасовой диурез, в мл/час;

– клинический анализ крови (Ht, Hb), биохимический анализ крови (электролиты, осмолярность, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин общий и фракции, АлТ, АсТ, ЩФ);

– КЩС артериальной крови – каждые 2 часа и при необходимости;

– Rg грудной клетки, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭхоКГ, КТ, фибробронхоскопия, лапароскопия и т.д. по показаниям.

Далее описываем в консилиуме симптоматику пациента, и если не отличается от предыдущей, **констатируется смерть пациента на основании смерти мозга**, время смерти (время проведения консилиума) проставляем в медицинской документации. Осмотр подписывают участники консилиума.

Один из участников консилиума оформляет Протокол диагностики смерти мозга (приложение к Приказу МЗ РФ №908Н), участники консилиума подписывают его на каждой странице. **Диагноз в протоколе должен соответствовать установленному заключительному клиническому диагнозу.** Протокол вклеиваем в историю болезни умершего.

Оформляем Протокол установления смерти человека (постановление Правительства РФ №950), выделяем пункт Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

– констатации смерти человека на основании смерти головного мозга

!Никаких «реанимационных мероприятий в течение 30 минут без эффекта» не пишем.

Установление диагноза смерти человека на основании диагноза смерти мозга позволяет полностью прекратить реанимационные мероприятия; выполнить эксплантацию донорских органов для целей трансплантации.

Решение о дальнейшей тактике принимается главным врачом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 декабря 2014 г. №908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека»
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (см. статью 47).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» от 15 ноября 2012 г. № 919н.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» от 15 ноября 2012 г. № 928н.
5. A. Earl Waiker, M.D. Cerebral Death 3rd Edition 2009.
6. Национальные клинические рекомендации «ПОСМЕРТНОЕ ДОНОРСТВО ОРГАНОВ». Профессиональная ассоциация: Общероссийская общественная организация трансплантологов «Российское трансплантологическое общество», 2016.

БАНК ДОЛГОСРОЧНОГО ХРАНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ



В.А. Иванчин

А В Т О Р

**В.А. Иванчин, И.В. Похабова,
Э.Е. Шрайнер,
С.В. Добровольская, И.Н. Манько**

*Красноярское государственное казенное
учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой центр крови №1»*

Актуальность: Трансфузии компонентов крови — неотъемлемая составляющая оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в клиниках.

Первостепенной задачей учреждений службы крови является бесперебойное обеспечение клиник гемотрансфузионными средами, создание их полноценных запасов независимо от существующих на текущий момент трудностей в вопросах подбора доноров и заготовки крови.

Ежедневно в экспедицию КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови №1» (далее — ККЦК №1) поступает более 40 литров (около 200 доз) эритроцит-

содержащих сред для обеспечения пациентов клиник Красноярского края. Несмотря на это периодически возникает дефицит эритроцитов по редким группам и фенотипам, а также в случаях поступления нескольких одногруппных больных одновременно.

Формирование запасов эритроцитсодержащих сред представляет существенные трудности в связи с ограниченным сроком хранения (до 42 суток) [3]. На практике это возможно только при долгосрочном хранении эритроцитов в жизнеспособном состоянии.

Наиболее перспективным в данном направлении является метод криоконсервирования при низких температурах, который позволяет создавать запасы эритроцитов (криобанк), сохранять их в биологически полноценном состоянии, проводить их карантинизацию [4,6,7].

В настоящее время разработаны различные способы криоконсервирования эритроцитов, различающиеся по конечной температуре хранения, скоростям замораживания, компонентам консервирующих растворов. Но все они базируются на применении одного криопротектора — глицерина, разрешенного к применению в криобанках и гарантирующего защиту эритроцитов от воздействия экстремальных факторов среды, сопутствующих их замораживанию-размораживанию [1,5].

Цель: Показать опыт работы по криоконсервированию эритроцитов и созданию банка «красной крови» в ККЦК №1.

Материалы и методы: Проведен анализ статистической отчетности и использования метода криоконсервирования эритроцитов с применением автоматической системы АСП-215 в ККЦК №1.

Результаты: Методика криоконсервирования эритроцитов в ККЦК №1 была освоена впервые в 1972 году. Замороженная эритроцитарная масса хранилась при температуре -196°С в условиях жидкого азота. Эритроциты редких групп крови размещались в алюминевые контейнеры многоразового применения объемом не более 140 мл. Малые объемы криобанка (350 доз) использовались для обеспечения реципиентов редкими группами крови для начала экстренных гемотрансфузий.

В 2008 году дополнительно внедрен метод низкотемпературного консервирования эритроцитов в полимер-

науча и практика

ных контейнерах, хранившихся в электрохолодильниках при температуре - 400С. Из-за ограниченного срока хранения клеток крови (1 год) не было возможности создать неснижаемый запас с учетом потребностей клиник и проводить их карантинизацию.

Основными недостатками этих методов являлись: открытая система, сложность с обеспечением криоконсервирующими и отмывающими растворами, трудоемкий процесс размораживания и отмывания клеток крови с серией центрифугирования [4].

В феврале 2010 года криоконсервирование клеток крови в ККЦК №1 было прекращено в связи с выходом «Технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии», утвержденного Постановлением Правительства от 26.01.2010 г. №29 и регламентирующего использование растворов заводского производства.

В 2014 году в рамках реализации программы «Развитие службы крови Красноярского края на 2013-2014 гг.» в ККЦК №1 внедрен метод криоконсервирования эритроцитов при умеренно низких температурах (от -600С до -800С) с применением автоматической системы обработки клеток АСР-215 (Haemonetics, США). Это стало дополнительным этапом в улучшении качества трансфузиологического обеспечения учреждений здравоохранения края.

Автоматический процессор клеток АСР-215 позволяет проводить подготовку эритроцитов к замораживанию с применением глицерина (глицеролизация), удаление внеклеточных компонентов и глицерина (деглицеролизация), получение взвеси эритроцитов в добавочном растворе SAG-M [2]. В работе шесть систем АСР-215. Основными преимуществами данного метода являются:

1. Одноразовые стерильные расходные материалы.
2. Закрытая система (уменьшение риска бактериальной контаминации среды).
3. Стерильное соединение магистралей контейнеров.
4. Автоматизация процессов (уменьшение общего времени процедуры, сокращение ручного труда, снижение риска ошибок персонала, контроль процессов, отчетность по статистике процедуры).
5. Ресуспендирование клеток крови во взвешивающем растворе SAG-M (сохранение морфофункциональной полноценности эритроцитов).
6. Долгосрочное хранение (до 10 лет) клеток крови [2].

Этот метод позволяет сохранять эритроциты в жизнеспособном и функционально полноценном состоянии, подготавливать их к переливанию в течение 3-х часов, что в 10-12 раз быстрее, чем заготовка и обследование донорской крови.

Внедрение новой методики позволило создать неснижаемый запас эритроцитов (в т.ч. редких групп) с учетом потребностей учреждений здравоохранения, проводить их карантинизацию.

За 2014-2016 годы заморожено 2019 доз эритроцитов. Замораживанию подвергались эритроциты преимущественно после лейкофилтрации, что повышает их инфекционную безопасность [6].

За период использования данной методики разморожено и отмыто 806 доз эритроцитов, из них 80% доз – для клиник в периоды возникновения дефицита той или иной группы крови с целью обеспечения начала гемотрансфузионной терапии.

На 31.12.2016 г. в банке крови находится 1141 доза эритроцитов, из них 90% (1027 доз) со сроком карантинного хранения не менее шести месяцев. Карантинизированные эритроциты после повторного обследования доноров на инфекции составили 68,4% (702 дозы).

За период 2014-2016 годов в процессе карантинизации списано 25 доз эритроцитов по маркерам гемотрансмиссивных инфекций: 1 – ДНК HBV, 4 – HBsAg, 5 – HCV-антитела, 3 – антитела к ВИЧ 1,2, 1 – неспецифическая реакция по ВИЧ, 11 – суммарные антитела к возбудителю сифилиса.

Криоконсервированные эритроциты после размораживания и отмывания подвергаются контролю качества для обеспечения полноценности и эффективности согласно Техническому регламенту от 26.01.2010 г. №29 по параметрам, указанным в таблице [7].

Таблица 1

Требования контроля качества криоконсервированных эритроцитов

Объект контроля	Критерии качества
Объем	более 185 мл
Гемоглобин в надосадочной жидкости	менее 0,2 г в дозе
Гемоглобин	более 36 г в дозе
Гематокрит	0,65-0,75
Количество лейкоцитов	менее 0,1 x 10 ⁹ в дозе
Осмолярность	менее 340 мосм/л
Стерильность	стерильно

— наука и практика —

**Проведение процедуры глицеролизации
эритроцитов на автоматической системе АСР-215
(Haemonetics, США)**



Подготовленные к переливанию эритроциты обладают высокими реологическими характеристиками, сохраняют газотранспортную функцию и морфологическую полноценность, обеспечивают суточную приживаемость клеток в кровяном русле реципиента не менее 70%.

Во взвеси размороженных и отмытых эритроцитов не содержится цитрата, большого количества калия и микроагрегатов, vasoактивных веществ (гистамин, серотонин и др.), белков плазмы, лейкоцитов и тромбоцитов, элементов метаболизма. Их трансфузии предупреждают развитие изосенсибилизации, гемолитических реакций, снижают риск переноса вирусных инфекций, опасность возникновения синдрома массивных трансфузий [1,2].

Заключение: Вопрос о наличии и достаточности запаса эритроцитов актуален для учреждений службы крови, осуществляющих производство гемокомпонентов.

Внедрение метода криоконсервирования эритроцитов с применением автоматической системы обработки клеток АСР-215 является целесообразным, т.к. позволяет создавать неснижаемые запасы эритроцитов для устойчивого и прогнозируемого обеспечения клиник эритроцитсодержащими средами, эффективно управлять запасами крови.

**Хранение криоконсервированных эритроцитов
в специализированных низкотемпературных
морозильниках MDF (Sanyo, Япония)**



ЛИТЕРАТУРА:

1. Аграненко В.А., Федорова Л.И. Замороженная кровь и ее клиническое применение. – М.: Медицина. – 1983. – С. 13-19, 70-71.
2. Брыляева Е.В., Антонова Н.Г. Криоконсервированные эритроциты: их преимущество // Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины. – Киров: 2010. – С. 102-103.
3. Зарубин М.В., Курносов Н.В., Жибурт Е.Б. Формирование запаса компонентов крови в Иркутской области // Вестник службы крови России. – 2014. - №3. – С. 9.
4. Зарубин М.В., Жибурт Е.Б. Эволюция криоконсервирования эритроцитов в Иркутской области // Вестник службы крови России. – 2015. - №2. – С. 47-50.
5. Землянских Н.Г., Кофанова О.А., Бабичук Л.А. Липидная асимметрия мембран эритроцитов при криоконсервировании под защитой глицерола // Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины. – Киров: 2010. – С. 105-106.
6. Мельников В.Н., Селиванов Е.А., Кирьянова Г.Ю. и др. Значение лейкофилтрации при криоконсервировании эритроцитов с целью их карантинизации // Вестник службы крови. – 2010. - №4. – С. 3-7.
7. Трансфузиология: национальное руководство/ под ред. проф. А.А. Рагимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – С.216-217, 293.

МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ



О.Ю. Корольков

АВТОРЫ

О.Ю. Корольков^{1,2}, Р.В. Копылов²,
Г.В. Грицан^{1,2}

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

На сегодняшний день вся прогрессивная хирургия придерживается принципов fast-track. Fast-track-хирургия, как и fast-track-анестезия – это комплекс различных мероприятий, проводимых в периоперационном периоде, направленный на раннюю активизацию и реабилитацию пациента после хирургического вмешательства. Исходя из данной концепции, во всем развитом мире уделяется внимание адекватному периоперационному обезболиванию как наиболее важному компоненту fast-track.

Значительная часть боли, испытываемой пациентом после вмешательств на брюшной полости, связана с рассечением ее стенки, и в том числе адекватная анестезия в послеоперационном периоде может играть решающую роль. Методики регионарной анестезии передней брюшной стенки существенно улучшают качество интраоперационной и послеоперационной аналгезии [1, 2].

Основными видами проводниковой анестезии нервов брюшной стенки являются: блокада поперечного пространства живота (Transversus Abdominis Plane Block; TAP-блок) и влагалища прямой мышцы живота. Эти простые, но часто недооцениваемые блокады, если их использовать при соответствующих операциях, где хирургический доступ осуществляется посредством срединной, нижнесрединной лапаротомии, предоставляют удовлетворительную послеоперационную аналгезию, снижают потребность в опиоидных анальгетиках, позволяют пациенту дышать и кашлять безболезненно, а также способствуют ранней мобилизации и выписке.

Ключевым вопросом в понимании блокад нервов передней брюшной стенки является знание топографической анатомии этой области.

Брюшная стенка состоит из трех последовательных мышечных слоев, к каждому из которых прилежит соответствующая фасция. Снаружи внутрь: наружная косая мышца, внутренняя косая мышца и поперечная мышца. Кроме того, парные пучки поперечной мышцы живота формируют мышечный слой по обеим сторонам от средней линии. Переднюю брюшную стенку можно представить как пространство, ограниченное сверху нижним краем реберной дуги и мечевидным отростком, снизу и с латеральной стороны – паховой связкой и тазовыми костями, а также средней подмышечной линией [1, 2, 3].

Между внутренней косой и поперечной мышцами живота лежит пространство, которое соответствует подобному пространству в межреберных промежутках. Оно содержит передние ветви шести нижних грудных нервов (T7-T12) и первого поясничного (L1), иннервирующих кожу, мышцы и париетальную брюшину.

На уровне краев ребер грудные нервы T7-T11 входят в сосудисто-нервное пространство брюшной стенки, где, направляясь вниз, прорубают

науча и практика

влагалище прямой мышцы живота уже как передние кожные нервы, иннервируя кожу. Нервы T7-T9, сливаясь, снабжают своими ветвями кожу околопупочной области. Нерв T10 иннервирует пупок, а T11 и кожная ветвь T12, а также подвздошно-подчревный и подвздошно-паховый нервы дают чувствительную иннервацию коже ниже пупка.

Необходимо отметить, что эти блокады обеспечивают аналгезию только брюшной стенки, не влияя на содержимое брюшной полости, хотя они все же снижают потребность в анальгетиках и имеют определенное значение даже при больших абдоминальных операциях, когда есть противопоказания к эпидуральной анестезии. Введение местного анестетика преследует цель создания хорошей аналгезии в послеоперационном периоде, поэтому анестетики длительного действия (ропивакаин, бупивакаин) имеют преимущество. Более локальное введение местных анестетиков не вызывает каких-либо значимых гемодинамических сдвигов в отличие от эпидуральной анестезии и является еще одним несомненным преимуществом регионарных блокад передней брюшной стенки.

На сегодняшний день решающим условием при проведении блокад передней брюшной стенки является наличие ультразвука. Ультразвук-ассистированная регионарная анестезия, или, попросту, регионарная анестезия под контролем УЗИ, представляет собой современную и эффективную альтернативу традиционным техникам. Применение ультразвука позволяет достоверно идентифицировать нервные структуры и анатомические пространства, а также обеспечивать визуальный контроль за распространением инъецируемого локального анестетика. Ультразвуковая навигация обеспечивает принципиально новый уровень надежности и безопасности, что наряду с использованием современных анестетиков вызвало настоящий ренессанс регионарной анестезии по всему миру. Иными словами, во всех развитых странах регионарная анестезия немыслима без ультразвуковой навигации.

Блокада влагалища прямой мышцы живота. Блокада влагалища прямой мышцы живота была предложена в 1899 году для миорелаксации мышц брюшного пресса при лапаротомии (до внедрения миорелаксантов). Сейчас она используется для аналгезии при иссечении пупочной или послеоперационной грыжи, а также прочих вмешательствах на средней линии живота. Целями данной блокады являются терминальные ветви 9-го, 10-го и 11-го межреберных нервов, лежащих между внутренней и поперечной мышцами живота, прободящих задний листок влагалища прямой мышцы живота и оканчивающихся передними кожными ветвями в коже пупочной области.

Методика блокады. Датчик устанавливается в поперечной плоскости в месте оптимальной ультразвуковой визуализации влагалища прямой мышцы живота. Можно использовать доступы как in-plane (игла в плоскости датчика), так и out-of-plane (игла перпендикулярно плоскости датчика). Местный анестетик (до 40 мл) вводится между прямой мышцей живота и задним листком ее влагалища.

TAP-блок. Целью TAP-блока является анестезия чувствительных нервов передней брюшной стенки, перед тем как они прободают мускулатуру и отдают ветви к коже живота. Блокаду нужно проводить при помощи ультразвука. При проведении блокады вводится от 20 до 40 мл анестетика в фасциальное пространство между внутренней косой и поперечной мышцами живота, которое содержит нервы от T 7 до L1.

Методика. Датчик устанавливается в поперечной плоскости между 12-м ребром и гребнем подвздошной кости на средней подмышечной линии. Идентификация поперечного пространства живота не представляет сложностей и при помощи 10 см тупой иглы проводится in-plane вкол. Введение раствора местного анестетика приведет к расширению пространства между поперечной мышцей живота и внутренней косой мышцей, что можно наблюдать в режиме реального времени.

— наука и практика —

ТАР-блок обеспечивает отличную аналгезию передней брюшной стенки, но неэффективен против висцеральной боли, поэтому ТАР-блокада идеальна в составе мультимодальной анестезии. Хорошая послеоперационная аналгезия и снижение потребности в опиоидных анальгетиках до 48 часов после операции, в том числе после открытых операций на колоректальной области, ретропубикальной простатэктомии, гистерэктомии и кесарева сечения. При использовании с двух сторон ТАР-блок – это хорошая альтернатива для тех пациентов, которым невозможно проведение эпидуральной анестезии, хотя до сих пор нет данных относительно сравнительной эффективности этих двух методик.

Описанные выше блокады с успехом могут применяться и в нашей клинике. Учитывая отсутствие продуманной базовой программы послеоперационного обезболивания, отсутствие службы лечения боли, загруженность персонала хирургических отделений, применение данных видов регионарного обезболивания поможет улучшить качество послеоперационной аналгезии у значительного количества больных. Немаловажным фактором является наличие специалистов, способных выполнять данные вмешательства. **Доктора отделения анестезиологии-реанимации Р.В. Копылов и О.Ю. Корольков прошли обучение по циклу «Лечение острой и хронической боли, интервенционные методы и ультразвук в анестезиологии и реанимации» на кафедре анестезиологии-реанимации Северного государственного медицинского университета в г. Архангельск.** В настоящее время проведена серия успешных вышеописанных блокад, правда, пока в тестовом режиме. **Повсеместному введению подобного метода обезболивания препятствует отсутствие в отделении анестезиологии УЗ-аппарата.** Решение данной проблемы позволит применять эти методики в повседневной практике. В нашей клинике успешно проведено 12 блокад с использованием вышеописанных методик.

ЛИТЕРАТУРА:

1. J Yarwood MBChB FRCA, Consultant Anaesthetist, Mid Yorkshire Trust, Dewsbury and District Hospital, Halifax Road, Dewsbury WF13 4HS, UK; A
2. Berrill MBChB FRCA, Consultant Anaesthetist, Leeds General Infirmary, Great George Street, Leeds LS1 3EX, UK E-mail: andrew.berrill@leedsth.nhs.uk
Перевод: М. Насекин (www.nerveblocks.ru)

— наука и практика —

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БУСПИРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ



Е.И. Харьков

АВТОРЫ

Е.И. Харьков^{1,2},
Н.Ю. Цибульская¹, Н.С. Новикова¹

1. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Актуальность: Инфаркт миокарда известен как грозное проявление ишемической болезни сердца, уносящее тысячи человеческих жизней. Значительный ущерб, наносимый здоровью населения сердечно-сосудистой патологией, обуславливает актуальность этой проблемы не только для общемедицинской практики, но и для общества в целом.

В то же время уже на протяжении нескольких десятилетий происходит рост психосоматических факторов риска (депрессия, тревога, стресс), оказывающих негативное влияние на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, качество жизни пациентов, клиническое течение постинфарктного периода. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, тревожные расстройства входят в десятку первостепенных проблем здравоохранения [6,15]. Распространенность расстройств психосоциальной сферы в мире неуклонно растет, и, согласно прогнозам, подготовленным специалистами из Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. расстройства тревожно-депрессивного спектра займут лидирующие позиции среди причин, приводящих к инвалидизации населения и смерти, уступив место лишь кардиоваскулярной патологии.

Установлено, что около 20% визитов к врачам-интернистам обусловлено наличием у пациентов симптомов тревожных расстройств [8]. Тревога является частым спутником большинства кардиологических пациентов. Данное состояние приводит к стойкой гиперкатехоламинемии, что неоспоримо сопровождается ростом частоты и длительности ангинозных приступов, частота нарушений ритма сердца возрастает в 4,9 раза [10], ухудшением качества жизни пациентов, ростом коронарных событий. Несмотря на то, что в медицинской литературе достаточно хорошо освещены вопросы, касающиеся клинико-диагностических аспектов психосоматических расстройств у пациентов с кардиоваскулярной патологией, вопросы, связанные с изучением расстройств тревожного спектра в постинфарктном периоде, изучены еще недостаточно.

В известных нам исследованиях данные противоречивы. В одном из исследований обнаружена корреляция между тревогой и уровнем фатальных исходов у больных в постинфарктном периоде [5], в других, наоборот, было выявлено прогностическое влияние тревоги на клинические

— наука и практика —

кардиальные события, но не на смертность [4,7]. В трех исследованиях, напротив, такой взаимосвязи не отмечалось [3,9,11].

Частота тревоги на протяжении первого года после перенесенного кардиоваскулярного события не снижается и составляет 41,8% через 4 месяца, 40,0% – через 12 месяцев [12]. В одном из проведенных проспективных исследований показано, что из всех расстройств психосоциальной сферы именно тревога в большей степени является достоверным предиктором риска развития значимых кардиальных клинических событий, увеличивая их вероятность в 3 раза [14], особенно для мужчин [2].

Согласно выводам другого недавнего исследования, можно судить о неблагоприятном влиянии тревоги на прогноз у пациентов, перенесших кардиоваскулярное событие: у лиц с высоким уровнем тревоги по сравнению с пациентами с низким уровнем тревоги почти в 5 раз возрастала частота ранней постинфарктной ишемии, в 3 раза чаще регистрировались жизнеугрожающие желудочковые нарушения ритма, почти в два раза возрастала частота повторного инфаркта и внезапной смерти. Различия между группами достигли статистически значимой разницы [13].

Собственные клинические наблюдения и данные литературы [1] позволяют сделать вывод о том, что частота тревожных расстройств у пациентов, перенесших острый коронарный синдром, достигает 70% случаев.

Подводя итог вышеизложенному, считаем целесообразным упомянуть о крупнейшем международном исследовании INTERHEART, проводившемся в 52 странах мира с участием более 29 000 пациентов, по результатам которого доказано, что неблагоприятные психосоциологические факторы являются независимыми предикторами и отягощающими факторами кардиоваскулярных заболеваний.

Поэтому необходимость в своевременном выявлении и коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов с острым инфарктом миокарда не вызывает сомнений. В этой связи возникает проблема поиска новых препаратов, имеющих большой профиль безопасности и эффективности, обладающих высокой анксиолитической, вегетостабилизирующей, соматопротективной активностью, обладающих достаточной избирательностью воздействия на эмоциональную сферу. Одним из таких препаратов, существенно изменивших традиционные представления о фармакотерапевтических возможностях анксиолитиков, является высокоселективный представитель инновационного класса анксиолитиков «небензодиазепинового» ряда спитомин (буспирон), зарегистрированный на территории Российской Федерации с 2007 года, не оказывающий влияния на качество жизни больного: не вызывает привыкания и возникновения синдрома отмены, не приводит к избыточной седации, не снижает скорость психомоторных реакций, отсутствует влияние на показатели памяти и концентрации внимания, обладает быстрым наступлением противотревожного эффекта, что позволяет использовать его в кардиологической практике.

Цель исследования: Оценить влияние психогенных факторов на течение острого инфаркта миокарда и экспериментально установить профиль терапевтической эффективности и безопасности применения спитомина (буспирона) (ЗАО «Фармацевтический завод «Эгис», Венгрия) в составе комплексной терапии у пациентов кардиологического профиля с выявленными тревожными расстройствами на госпитальном этапе и амбулаторно в раннем постинфарктном периоде.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Красноярск. Изуча-

— наука и практика —

лось в динамике психическое состояние исследуемой группы больных, экстренно госпитализированных в связи с развитием инфаркта миокарда, проходивших лечение и последующую реабилитацию в условиях стационара и санатория. Начата работа по исследованию эффективности буспилона у больных с перенесенным острым инфарктом миокарда.

Критериями включения являлись острый инфаркт миокарда, наличие умеренного и высокого уровня тревоги, мужской пол.

Критерии исключения: неспособность пациента выполнять требования, предъявляемые в ходе исследования и наблюдаться в течение месяца, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, ухудшающих психический и соматический статус или краткосрочный прогноз в отношении жизни пациента, противопоказания к приему буспилона. Уровень тревоги определялся по шкалам: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), теста Спилберга-Ханина. Набор больных в исследование осуществлялся в течение года. Нами обследовано 26 больных.

Пациентов разделили на основную и контрольную группы. Основную группу составили 11 человек (средний возраст – 62 года), к стандартной медикаментозной терапии которых добавляли препарат буспирон в средней суточной дозе 20 мг (по 10 мг утром и вечером). Курс приема исследуемого препарата составил 1 месяц. В группу контроля вошли 15 пациентов с ОИМ (средний возраст 64 года), получавших стандартную медикаментозную терапию инфаркта миокарда. Стандартная медикаментозная терапия в основной и контрольной группах была сопоставима: пациенты получали ацетилсалициловую кислоту, дезагреганты (клопидогрель или брилинту), б-адреноблокаторы, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Большинство пациентов имели факторы риска: более старший возраст, артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию, являлись активными курильщиками.

Результаты исследования: Средний уровень тревоги в обеих группах составил по шкале HADS 5,47 балла, по шкале Спилберга-Ханина средний уровень ситуационной тревоги (СТ) достигал 30,16 балла, личностной тревоги (ЛТ) – 44,68 балла. Все пациенты получали консультативную помощь психолога стационара, проводилась поведенческая реабилитация больных. Случаев преждевременного завершения участия в проводимом исследовании ввиду развития нежелательных побочных эффектов не наблюдалось. Исследование в настоящий момент продолжается.

Учитывая небольшую группу пациентов, можно отметить только следующие тенденции: на фоне приема буспилона у пациентов основной группы определялась быстрая положительная динамика уровня тревоги уже на 5-7-й день стационарного лечения, клиническое улучшение в виде уменьшения частоты и длительности ангинозных приступов, увеличение физической активности, отмечалась положительная динамика по уровню тревоги, согласно результатам анкетирования. При наблюдении пациентов через 1-1,5 месяца отмечается положительная динамика снижения уровня тревоги, в большей степени ситуационной.

Заключение: Суммируя результаты имеющихся данных, можно сделать следующие предварительные выводы: лечение тревоги у кардиологических больных является необходимой мерой для улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, качества жизни пациентов, возможного повышения их приверженности к терапии основного заболевания, участия в программах реабилитации. Буспирон зарекомендовал себя как препарат быстрого и эффективного действия с безопасным профилем у больных острым инфарктом миокарда.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вологодина И.В. Тревожно-депрессивные расстройства у больных пожилого возраста с инфарктом миокарда // Автореферат докт. дисс. СПб – 2009. – 42 с.
2. Лебедева Н.Б. Клинические, провоспалительные и гемореологические корреляты психофизиологических характеристик у больных инфарктом миокарда. Возрастные и гендерные особенности // Автореф. докт. дисс. – Кемерово. 2009. – 34с.
3. Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL, et al. for the CAPS Investigators. Biobehavioural variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmias Pilot Study (CAPS). *Am J Cardiol* 1990; 66: 59-62.
4. Benninghoven D, Kaduk A, Wigand U, et al. Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction – risk factor or protective function? *Psychother Psychosom* 2006; 75(1): 56-61.
5. Denollet J, Brutsaert DL. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 167-73.
6. European Status Report on Alcohol and Health 2010. WHO Euro, Copenhagen.
7. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* 1995; 14: 388-98.
8. Kroenke K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection // *Ann. Intern. Med.* 2007. Vol. 146. № 5. P. 317–325.
9. Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med* 2001; 63: 221-30.
10. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic? *Psychosom Med* 1996; 58: 395-401.
11. Mayou R, Gill D, Thompson DR, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2000; 62: 212-9.
12. Marciniak M, Lage MJ, Landbloom RP, et al. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depression and Anxiety* 2004; 19: 112-20.
13. Moser D. K. et al. Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction // *Psychosom. Med.* 2007. Vol. 69. № 1. P. 10–16.
14. Strik JJ, Denollet J. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *JACC* 2003; 42(10): 1801-7.
15. WHO. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bull WHO* 2000; 4: 78: 413–426.

— наука и практика —

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

(ПО МАТЕРИАЛАМ КГБУЗ «КМК БСМП ИМ Н.С. КАРПОВИЧА» ЗА ПЕРИОД 2015-2016 ГГ.)



Д.А. Черных

АВТОРЫ

Д.А. Черных², А.Л. Кузнецов²,
А.Б. Коган², М.А. Позднякова²,
Г.В. Грицан^{1,2}, А.А. Любченко^{1,2}

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Актуальность: Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения в результате разрыва, спазма или закупорки одного из сосудов головного мозга. Инсульт подразделяется на геморрагический (в результате разрыва сосуда с кровоизлиянием в мозг) и ишемический (инфаркт мозга).

Ишемический инсульт (далее ИИ) является одной из главных причин смертности и инвалидизации в мире, в том числе в России. На долю ишемического инсульта среди всех cerebrovasкулярных заболеваний приходится около 80%. Ежегодно в мире инсульт переносят около 6 миллионов человек, в России свыше 450 тысяч человек в год, из них умирает порядка 35% больных, что в 3-4 раза больше, чем в странах Европы и США.

При оказании экстренной помощи пациентам с ИИ решающее значение в лечении имеет время начала лечебных мероприятий: для проведения селективно-

го тромболизиса или тромбоэкстракции порог терапевтического окна в 6 часов при инсульте в бассейне ВСА (внутренней сонной артерии), до 12 часов в бассейне позвоночной артерии. В стандарт лечения ИИ на современном этапе входит тромболитическая терапия в сочетании с экстренной тромбоэкстракцией или селективным тромболизисом.

Общеизвестно, что системная тромболитическая терапия позволяет восстановить кровоток в пораженном сосуде и предотвратить гибель ткани мозга. При этом используется препарат для тромболитической терапии рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (рТАП).

Тромбоэкстракция – извлечение тромба или эмбола из сосудов головного мозга с помощью специального инструмента: стент-ретривера.

Селективный тромболизис – введение тромболитика в течение часа через специальный микрокатетер непосредственно в внутрисосудистый тромб, который явился причиной развития ИИ.

Цель: Оценить результаты тромболитической терапии при ишемическом инсульте.

Материалы и методы исследования: При поступлении больного в наш стационар проводится обязательный осмотр врача-невролога с оценкой тяжести неврологического дефицита, в том числе с использованием бальных шкал (шкала инсульта NIHSS, шкала комы Глазго); лабораторная диагностика реологии крови с получением результатов в течение 20 минут от момента взятия крови, но не позже 40 минут от момента поступления пациента; инструментальная диагностика – ЭКГ, КТ головного мозга в течение 40 минут от поступления.

Консультации специалистов (терапевт, кардиолог, нейрохирург, эндокринолог, офтальмолог и др.) выполняются по показаниям в те же сроки.

Показания и противопоказания для тромболитической терапии определены согласно зарубежным и российским клиническим рекомендациям по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте.

Показаниями для проведения эндоваскулярного вмешательства являются: 1) от начала симптомов ИИ в течение первых 6 часов;

науча и практика

2) сознание по шкале Глазго 12-15 баллов, по шкале NIHSS не более 25 баллов; 3) ASPECTS по данным КТ 6-10 баллов;

4) КТ-ангиография, МР-ангиография: верификация «проксимальной» окклюзии крупной церебральной артерии внутренняя сонная артерия, М1-М3 сегменты среднемозговой артерии, А1-А2 сегменты передней мозговой артерии, позвоночная артерия, базилярная артерия, Р1-Р2 сегменты задней артерии.

Противопоказаниями для проведения эндоваскулярного вмешательства являются: 1) неврологический статус – сознание по шкале Глазго 11 баллов и менее, по шкале NIHSS 26 баллов и более; 2) ASPECTS по данным КТ 0-5 баллов; 3) аллергия к препаратам йода (контрастный препарат); 4) отсутствие внутрисосудистого доступа (окклюзия подвздошных, бедренных, подключичных артерий); 5) сепсис; 6) злокачественные опухоли любой локализации в 4 стадии; 7) патология сердца, печени и почек в стадии декомпенсации; 8) ДВС-синдром; артериальная гипертензия выше 180/120 мм рт. ст., не купируемая медикаментозной терапией.

В условиях БСМП им. Н.С. Карповича при остром ишемическом инсульте проводится эндоваскулярное вмешательство, тромболитическая терапия либо их сочетание. Перед этим всем пациентам проводят исследование состояния головного мозга (МСКТ, томограф Toshiba 64-срезовый) с контрастированием сосудов. Для контрастирования применяется контрастное вещество «Оптирей-350». В процессе исследования выявляется очаг поражения и его локализация. Эндоваскулярное вмешательство проводили на аппарате General Electric. Для селективного тромболизаиса используется препарат «Актилизе» в дозировке 0,9 мг/кг, 10% дозы вводили интраваскулярно струйно через микрокатетер за дистальную часть тромба, остальные 90% в/в, через инфузомат в течение 60 минут непосредственно в тромб и перед тромбом.

Результаты исследования: В течение 2015-2016 годов в условиях отделения РХМДЛ оказана высокотехнологическая помощь двадцати пациентам с ИИ.

Из них селективный тромболизис проведен 7 (35%) пациентам. Средний возраст пациентов составил 68 лет (50-78 лет), мужчин было 6, женщина – одна. У двух пациентов (28%) тромбоз был в экстракраниальном сегменте ВСА. Согласно данным литературы, при локализации тромба в ВСА вероятен неблагоприятный исход. У четырех пациентов (57,1%) ИИ произошел в среднемозговой артерии, у одного – в заднемозговой. У троих пациентов (42,8%) по данным контрольной ангиографии достигнуто полное восстановление кровотока в бассейне среднемозговой артерии (ТICI 2b-III). У четырех пациентов (57,1) полного восстановления кровотока

не достигнуто (бассейн заднемозговой артерии, два пациента в бассейне экстракраниального отдела ВСА и один пациент с локализацией в среднемозговой артерии ТICI I-IIa). Время поступления в рентгеноперационную для эндоваскулярного вмешательства от начальных проявлений симптомов инсульта составляло от 2 до 8 часов.

Тромбоэкстракция проведена 13 пациентам. Средний возраст пациентов составил 54 года (37-71), мужчин было 11, женщин – 2. У восьми пациентов (61,5%) тромбоз произошел на уровне среднемозговой артерии, у трех (23%) в бассейне базилярной артерии и у двух (15,3) верифицирован на уровне С1 и С6 сегментов ВСА. У двух (15,3) пациентов совместно с тромбозом СМА выявлено атеросклеротическое поражение экстракраниальных сосудов ВСА. У четырех пациентов (30,7%) тромбоэкстракция из сосудов головного мозга проводилась на фоне системного тромболизаиса препаратом «Актилизе». У девяти пациентов (76,9%) достигнуто полное восстановление кровотока по артерии (ТICI 2b-III). Из них у шести пациентов (66,6%) – в бассейне среднемозговой артерии, у трех (33,3%) – в бассейне базилярной артерии.

У четырех пациентов полного восстановления кровотока не достигнуто (два пациента в экстракраниальном отделе ВСА и два пациента с локализацией в среднемозговой артерии ТICI I-IIa). Время поступления пациентов с эффективной тромбоэкстракцией в рентгеноперационную для эндоваскулярного вмешательства от начальных проявлений симптомов инсульта составляло от 2 до 5 часов.

По нашим данным можно сделать предварительные выводы.

Выводы:

1. Наиболее благоприятной для исхода ишемического инсульта является локализация в бассейне среднемозговой артерии, что соответствует литературным данным.
2. Процент удачных тромбоэкстракций 69,2%, селективных тромболизов – 42,8%, учитывая это, эффективность тромбоэкстракции превышает селективный тромболизис в 1,6 раза, что соответствует общим данным в мировой литературе.
3. У пациентов, которым тромболитическая терапия и эндоваскулярное вмешательство проводилось одновременно, контрольный ангиографический результат не различался.
4. Важную составляющую в результативности эндоваскулярного вмешательства имеют временные рамки, в течение которых пациент был доставлен в стационар и направлен в рентгеноперационную.

— наука и практика —

БИЛИАРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КАК ПРИЧИНА СЛОЖНЫХ КАНЮЛЯЦИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА И АТИПИЧНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЙ

(ОПЫТ РАБОТЫ)



Н.А. Роговцова

АВТОРЫ

**Н.А. Роговцова, А.В. Уколов,
Т.Л. Коренева**

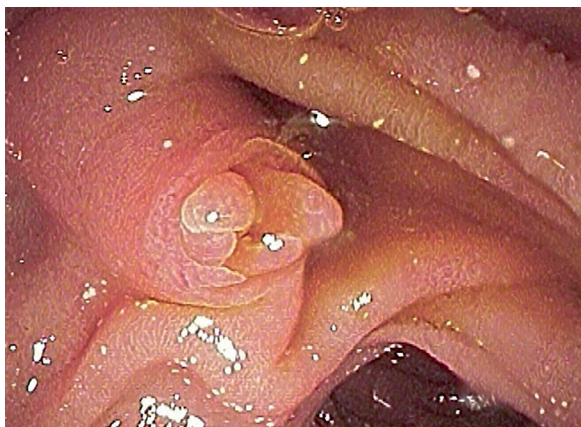
КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

Папилломы являются доброкачественными опухолями желчных путей. Они бывают как единичными, так и множественными. В случае множественного характера мы говорим о билиарном папилломатозе. Морфологически билиарный папилломатоз представляет собой разрастание клеток внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков. Согласно классификации ВОЗ 2010 года билиарные папилломы и папилломатоз относят к группе внутрипротоковых папиллярных новообразований желчных путей (Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB). Опасность подобных новообразований заключается в их высоком риске малигнизации.

В литературе говорится о том, что такие новообразования встречаются редко (6-10%). Однако, учитывая большое количество пациентов, находящихся на лечении в первом хирургическом отделении БСМП им. Н.С. Карповича, специализирующемся на лечении пациентов с заболеваниями панкреато-билиарной зоны, можно сказать, что подобные новообразования не относятся к группе редких диагностических нахо-

— наука и практика —

Фото 1:



а) на фото видно устье БДС с наличием сосочковых разрастаний в его проекции, из устья отмечается поступление желчи в просвет ДПК



б) то же устье БДС перед попыткой его канюляции, устье плотно сомкнуто, сосочковые разрастания втянуты внутрь

Фото 2:



а) устье БДС гиперемировано, папилломатозных разрастаний в проекции устья не видно



б) тот же пациент после проведенной ЭПСТ, в проекции краев рассеченного БДС кровоточащие папилломатозные разрастания (малигнизация)

док. При этом наибольшее их количество, в частности при локализации процесса в проекции большого дуоденального соска (БДС), доступно для диагностики еще на этапе проведения дуоденоскопии, без привлечения более сложных методов диагностики или выполнения оперативных эндоскопических вмешательств.

Наличие единичных папиллом в проекции устья БДС, как правило, долгое время протекает бессимптомно. В некоторых случаях оно манифестирует себя в виде появления ремиттирующей желтухи. Обычно наличие ремиттирующей желтухи или стойкое увеличение уровня прямого билирубина, а также наличие холедохэкстازии и /или расширения внутрипеченочных желчных протоков по данным УЗИ характерно для множественного внутрипротокового неопроцесса.

Как правило, только лишь при наличии вышеописанных клинических симптомов и данных УЗИ пациентам рекомендуется выполнение ЭПСТ (эндоскопической папиллосфинктеротомии) в сочетании с контрастированием протоковой системы или без таковой, в зависимости от возможности и необходимости введения контраста в той или иной ситуации. При проведении же плановых осмотров с торцевой оптикой и при эзофагогастродуоденоскопии зона БДС зачастую остается не доступной для детального осмотра. Вероятнее всего, если бы всем госпитализированным пациентам с входящими диагнозами, такими как «острый панкреатит» и «желчекаменная болезнь», проводились скрининговые дуоденоскопии, процент обнаружения папилломатоза с локализацией в проекции БДС значительно бы возрос.

Эндоскопическая картина при наличии папилломатоза БДС характеризуется наличием сосочковых разрас-

— наука и практика —

таний в устье БДС. Разрастания мелкие, ярко-розового, красного или серо-красного цвета. При этом в проекции устья могут быть следы желчи, либо желчь при осмотре может поступать порционно. В случае некомпенсированного стеноза и полной обтурации просвета какие-либо следы желчи отсутствуют. Также при первичном осмотре зоны БДС в проекции устья изначально можно не увидеть никаких разрастаний, однако при срыгивании воздуха пациентом, инструментальной пальпации папиллы, изменения положения тела пациента имеющиеся разрастания могут пролоббировать в просвет устья БДС.

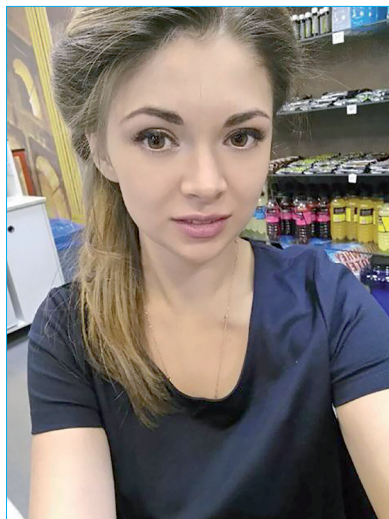
Процент успешно выполненных ЭПСТ и РХПГ напрямую зависит от наличия или отсутствия патологии в проекции устья БДС. При наличии единичных папиллом в проекции устья, как правило, особых трудностей при проведении канюляции не возникает. Несмотря на их наличие, устье и интрамуральная часть холедоха свободны для глубокой канюляции и контрастирования желчных протоков или выполнения в дальнейшем типичной ЭПСТ. Подобные единичные образования склонны к незначительной контактной кровоточивости, однако это не мешает визуализации зоны БДС и проведению вмешательств. Количество выполненных таким образом РХПГ и ЭПСТ составляет 60%.

При наличии множественного процесса (40%) в проекции устья БДС имеет место сложная канюляция устья с последующим выполнением типичной ЭПСТ, либо проводится атипичная ЭПСТ. Сложная канюляция – понятие неоднозначное. Сложной можно назвать канюляцию, когда имеет место канюляция устья БДС с последующей глубокой канюляцией устья холедоха с техническими трудностями, когда процесс занимает более 15-20 минут. Также сложной является канюляция устья холедоха после предрассечения папиллы, то есть в том случае, когда мы говорим, о выполнении атипичной ЭПСТ. Продолжительность выполнения атипичной ЭПСТ варьирует от 40 минут до полутора часов. Успешность, сложных канюляций с последующим выполнением типичных ЭПСТ и результативность выполненных атипичных ЭПСТ, а также контрастирование протоковой системы напрямую зависят не только от множественности процесса в проекции зоны БДС, но также от протяженности процесса и степени имеющегося стенозирования просвета интрамуральной части холедоха. Если вследствие имеющихся внутрипротоковых разрастаний имеет место протяженный, декомпенсированный стеноз (выходящий за пределы продольной складки, являющейся ориентиром локализации интрамуральной части холедоха), попытки сложной канюляции и проведение РХПГ, равно как и попытки выполнения атипичной ЭПСТ, будут безрезультатны. В таком случае вмешательство заканчивается взятием биопсии слизистой в проекции имеющихся разрастаний

устья рассеченного БДС, а также со дна рассеченного БДС с целью исключения или подтверждения наличия малигнизации. Во всех других случаях по окончании вмешательства принимается решение о возможности и необходимости стентирования дистального отдела холедоха, выполняется щипцовая биопсия, которая может быть дополнена взятием аспирационной биопсии содержимого холедоха с последующим его гистологическим исследованием и/или проведением щеточной биопсии с поверхности слизистой рассеченного БДС на протяжении.

Заключение: Выполнение щипцовой биопсии до проведения канюляции и выполнения ЭПСТ считаем нецелесообразным, поскольку в случае множественного процесса и при наличии билирубинемии при взятии биопсионного материала увеличивается риск возникновения кровотечения (особенно при наличии малигнизации имеющихся разрастаний) и, как следствие, имеет место плохая визуализация зоны БДС, что делает проведение любых последующих манипуляций с БДС еще более затруднительным.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ - РЕАНИМАТОЛОГОВ



Т.В. Степанова

АВТОРЫ

Т.В. Степанова², А.А. Калинина²,
Г.В. Грицан^{1,2}

1. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Актуальность: Современная жизнь с ее многочисленными трудностями как экономического, так и психологического характера требует от человека в любой профессии напряжения всех его нравственных и физических сил. Представители медицины оказываются в наиболее сложной ситуации: они испытывают двойные нагрузки, в связи с тем что их труд даже в стабильные времена отличается высокой эмоциональной нагруженностью и стрессонасыщенностью.

Профессиональное выгорание представляет собой деструктивный процесс потери профессиональной эффективности, снижения коммуникативных качеств и развития психоневротической дезадаптации [3]. Синдром профессионального выгорания у человека начинается тихо и незаметно. В первую очередь появляется неудовлетворенность собой, приглушение эмоций, нечувствительность к факторам, которые ранее привычно вызвали острую реакцию. Если человек остается без помощи, то его ждет вторая стадия профессионального выгорания, это когда он эмоционально реагирует на свое состояние. Эмоциональная сфера отзеркаливает состояние внутреннего мира человека и начинает производить негативную энергию. Возникает ощущение зажатости в клетку, появляются негативные чувства к окружающим. Взгляд становится пустым, а сердце холодным. Человек стремится упростить свои профессиональные обязанности, хотя его интеллект и профессиональные навыки сохранены. Это не может длиться вечно. Законы человеческой физиологии таковы: если боль слишком сильна – наш мозг, рано или поздно, отключит болевое ощущение. И тогда придет третья стадия. И она неспроста называется стадией истощения. У человека больше нет эмоций, воли, физических сил. Он работает на автопи-

— наука и практика —

лоте, отстранен от окружающих, озлоблен и груб. Он осуждает свои профессиональные ценности, ранее перевозносимые. Ни эмоций, ни воли — один уединенный ум. На первый план выходят психосоматические симптомы: бессонница или просоночное состояние, спинные и головные боли, депрессия с тошнотой, апатия с анорексией, временами переходящая в обжорство. Затем развиваются любые психосоматические заболевания [7].

По статистическим данным, среди представителей медицинских профессий встречается большой процент профессионального выгорания. В современных исследованиях достаточно хорошо освещена проблема профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. Экстремальные условия работы предъявляют повышенные требования к психологической составляющей их профессионального здоровья: высокой стрессоустойчивости, оптимальному уровню тревоги и депрессии, достаточной социальной адаптации, способности противостоять профессиональному выгоранию. Профессиональная деятельность врачей анестезиологов-реаниматологов насыщена множеством стрессогенных факторов, что закономерно приводит к высокому уровню психического напряжения и определяет повышенный риск развития других негативных состояний, вплоть до нарушения социальной адаптации, нервно-психического или соматического здоровья. К специфике работы анестезиолога относятся необходимость быстрого принятия ответственного решения, выполнения инвазивных манипуляций, осложнение которых могут оказаться фатальными, сохранения спокойствия в трудных клинических ситуациях, напряженность суточного графика, работа в условиях неопределенности и перегрузки, исключительная тяжесть состояния пациентов, недостаточность диагностических и лечебных ресурсов наряду с неустроенностью быта, риск возникновения внештатных ситуаций [9].

Помимо того, что работа врача анестезиолога-реаниматолога является очень напряженной и стрессогенной, появлению профессионального выгорания могут способствовать и другие факторы: неудовлетворенность работой; оплата труда; возраст, стаж работы и удовлетворенность карьерой; личностные факторы; повышенная эмпатия; болезненная зависимость от работы; организационные характеристики; кросскультурные факторы.

«Выгорание» отдельных сотрудников подобно вирусу способствует профессиональному «выгоранию» всего коллектива» [4].

Цель исследования: Выявление наличия профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича» и врачей анестезиологов-реаниматологов межрайонной городской больницы №7.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 46 врачей анестезиологов-реаниматологов, из них 14 (30,4%) женщин, 32 (69,6%) мужчины в возрастном диапазоне от 25 до 65 лет. Стаж работы в медицине варьируется от 2 лет до 41 года.

Для исследования профессионального выгорания использовались следующие методики: Опросник выгорания Маслач, Методика «Шкала организационного стресса» Мак-Лина, Фрайсбургский личностный опросник, Шкала тревоги Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина, Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, Методика оценки психологической атмосферы в коллективе по А.Ф. Фидлеру.

С помощью опросника выгорания Маслач диагностировали наличие профессионального выгорания. Данный опросник адаптирован в России Водопьяновой. Является более чувствительным к деструктивным процессам потери профессиональной эффективности, снижению коммуникативных качеств, развитию нервно-психической дезадаптации. Состоит из 22 пунктов. Оценка проводилась по следующим шкалам: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений», также был вычислен интегративный индекс профессионального выгорания.

Для оценки уровня организационного стресса использовалась шкала организационного стресса Мак-Лина. Данная шкала измеряет толерантность (стрессоустойчивость) к организационному стрессу, которая связывается с умением общаться, адекватно оценивать ситуацию, без ущерба для своего здоровья и работоспособности, активно и интересно отдыхать, быстро восстанавливать силы. Чем меньше суммарный показатель организационного стресса, тем выше толерантность, а чем он больше, тем больше предрасположенность к переживанию дистресса и различным стресс-синдромам [5].

Фрайсбургский личностный опросник использовали для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Данная методика адаптирована в России А.А. Крыловым и Т.И. Ронгинским. Опросник содержит 114 высказываний, касающихся способов поведения, актуальных эмоциональных состояний, ориентаций, отношения к жизненным трудностям. Многофакторный личностный опросник содержит следующие шкалы: невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, застенчивость, открытость, экстраверсия-интроверсия, эмоциональная лабильность, маскулинность-фемининность [1].

Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина является информативным способом

науча и практика

самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Очень высокая реактивная тревожность вызывает снижение концентрации внимания, иногда нарушение тонкой координации. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями [8].

Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса использован для определения копинг-механизмов, копинг-стратегий, способов совладающего поведения в различных сферах жизнедеятельности человека. Совладающее поведение (копинг-механизмы, копинг-стратегии) можно определить как целенаправленное социальное поведение, позволяющее либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. В данном опроснике мы охватили такие копинг-стратегии, как конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка[2].

Методика оценки психологической атмосферы в коллективе по А.Ф. Фидлеру оценивает психологический климат. Методика состоит из 10 пунктов, каждый пункт оценивается слева направо от 1 до 8. Чем ниже балл, тем дружелюбнее и теплее отношения, присутствует взаимоподдержка, отмечается продуктивность, успешность и увлеченность работой, т.е. более благоприятный климат в коллективе, по мнению отвечающего. Суммарный показатель по всем пунктам колеблется от 10 (наиболее положительная оценка) до 80 (наиболее отрицательная) [10].

Выбор данных методик обусловлен тем, что представленные методики валидны и надежны и позволяют наиболее адекватно исследовать профессиональное выгорание врачей.

Результаты и обсуждения: По результатам анкетирования выявили, что 89% врачей анестезиологов-реаниматологов удовлетворены выбором своей специ-

альности, 9% не всегда довольны своим выбором, 1 человек полностью разочарован в выборе своей профессии. На вопрос: «Удовлетворены ли Вы собой на работе?» – 70% опрошиваемых ответили положительно, 11% отмечают, что не всегда довольны собой на рабочем месте, 19% недовольны тем, как справляются со своими должностными обязанностями.

По результатам голландских исследователей, заработная плата увеличивает чувство профессиональной эффективности и удовлетворенности собственными достижениями и уменьшает риск выгорания. По результатам нашего опроса, было выявлено, что 78% реаниматологов-анестезиологов не довольны размером заработной платы, 7% опрошиваемых удовлетворены, 7% частично удовлетворены, 4 человека воздержались от ответа. Такими организационными факторами, как кадровая политика, график работы, характер руководства, необходимая обратная связь от руководства или другого подразделения организации, не удовлетворены 50% опрошиваемых врачей, 37% полностью удовлетворены, 13% хотели бы внести коррективы в организацию работы.

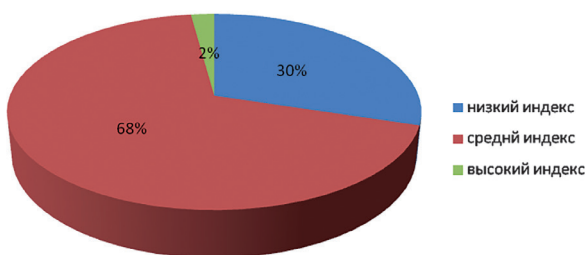
Одним из фактором профессионального выгорания являются конфликтные отношения как в системе «руководитель-подчиненный», так и между коллегами, негативные и холодные отношения, отсутствие корпоративной сплоченности. По мнению наших врачей, только 17% отмечают в коллективе «плохие, напряженные, сложные, терпимые, негативные отношения», 50% оценивают взаимоотношения как «хорошие, отличные, дружелюбные, теплые, замечательные, крепкие», 33% удовлетворены психологической атмосферой в коллективе, характеризуя ее как «нормальная, ровная, удовлетворительная».

В возможности избежать профессионального выгорания важную роль играют не только личностные качества врача анестезиолога-реаниматолога, но и внешние ресурсы, такие как семейная жизнь и «свободное время». Практика показывает, что наиболее стрессоустойчивым оказывается тот, кто получает положительные эмоции и поддержку в семье, удовлетворение от работы и имеет «отдушину» в виде какого-либо увлечения, позволяющего почувствовать, что жизнь больше, чем работа. По результатам опроса 65% исследуемых состоят в семейных отношениях, из них 60% удовлетворены интимной жизнью внутри семьи, оставшиеся 5% имеют интимные отношения вне семьи, тем самым удовлетворяя свои потребности, как правило, эмоционального и сексуального характера. Наряду с этим стоит отметить, что 85% врачей имеют какое-то увлечение, хобби. При этом свободное от работы время на семью, хобби и отдых остается у 59% респондентов, у 17% остается мало свободного времени для восполнения сил и развлечения, 11% говорят о том, что не всегда есть возможность заняться любимым

науча и практика

Рис. 1

Интегральный индекс выгорания



делом, провести время с семьей, 13% утверждают, что совсем нет возможности отдохнуть.

По опроснику выгорания Маслаха были получены следующие результаты (рис. 1).

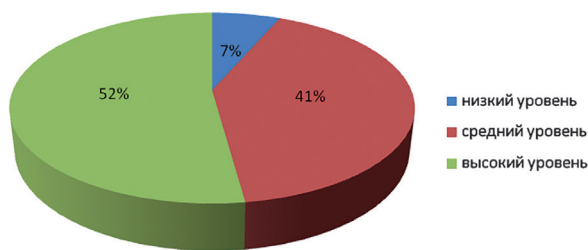
Высокий интегральный индекс профессионального выгорания отмечается у 2% обследуемых, что свидетельствует о низком уровне сформированности профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. Следует обратить внимание на то, что у 68% респондентов отмечается средний индекс профессионального выгорания, что говорит о наметившейся тенденции к возможному профессиональному выгоранию. У 30% опрошиваемых низкий интегральный индекс. На основании этого мы можем говорить о высоком уровне толерантности к стрессовым ситуациям.

Для оценки измерения стрессоустойчивости к организационному стрессу, связанному с умением общаться, адекватно реагировать и оценивать ситуацию, мы провели с помощью шкалы организационного стресса Мак-Лина (рис. 2).

Больше половины (52%) респондентов по данной шкале набрали высокие показатели, что говорит в первую очередь о предрасположенности к переживанию дистресса и различным стресс-синдромам. В нашем случае мы можем предположить, что низкая толерантность к стрессовым ситуациям способствует развитию

Рис. 2

Шкала организационного стресса Мак-Лина



тенденции к профессиональному выгоранию. Умеренный уровень организационного стресса наблюдается у 41% обследуемых, а низкий лишь у 7% врачей.

При исследовании профессионального выгорания важное значение имеют личностные особенности врача анестезиолога-реаниматолога. Для более развернутой диагностики личностных качеств был использован Фрайбургский личностный опросник (рис. 3).

На рисунке 3 отображены шкалы многофакторного опросника. Более выраженными являются шкалы «открытость» – 52% и «общительность» – 35%. Это говорит о стремлении к доверительно-открытому взаимодействию врачей анестезиологов-реаниматологов с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности. Средний уровень по шкале «невротизации» у 59% свидетельствует о наличии умеренного невротического синдрома. У 59% респондентов умеренный уровень по шкале «маскулинность-фемининность», что говорит о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу. Это может быть связано с тем, что в исследовании приняли участие 32 мужчины из 46 опрошиваемых. Отмечается неустойчивость эмоционального состояния у 46% респондентов, проявля-

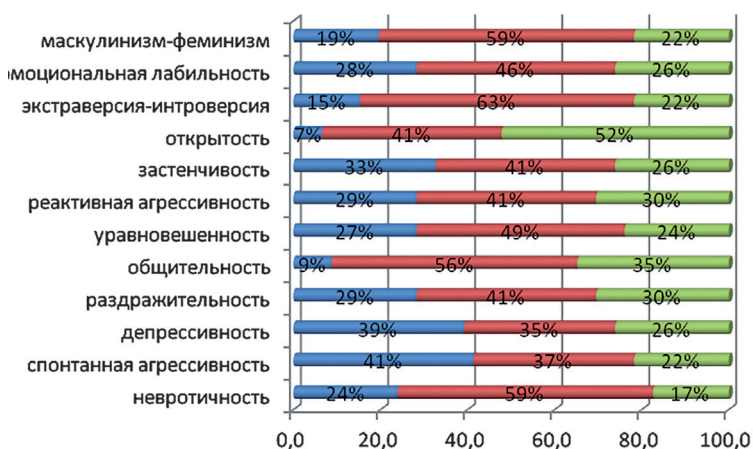
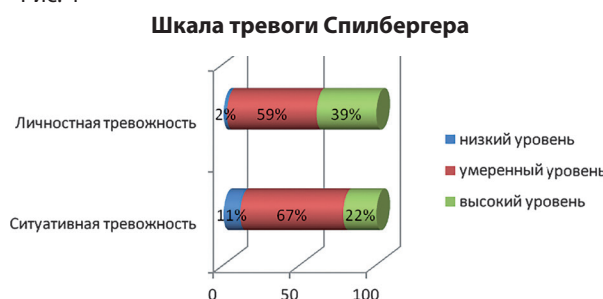


Рис. 3

Фрайбургский личностный опросник

■ низкий уровень
■ средний уровень
■ высокий уровень

Рис. 4



яющееся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. По 41% набрали шкалы «реактивная агрессивность» и «раздражительность», что позволяет судить о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию, агрессивному отношению к социальному окружению и выраженным стремлениям к доминированию.

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Для определения ситуативной и личностной тревожности использована шкала тревоги Спилберга (рис. 4).

Таким образом, у большей половины респондентов выявлен уровень полезной (умеренный) тревожности как ситуативной, так и личностной – 67% и 59% соответственно. На рисунке 4 виден высокий уровень ситуативной и личностной тревожности – 22% и 39% соответственно. Высокий уровень личностной тревожности прямо может быть связан с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями. Высокие показатели ситуативной тревожности говорят о напряжении, беспокойстве, озабоченности, нервозности

респондентов. Эти состояния возникают как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и могут быть разными по интенсивности и динамичности во времени. Выявлены низкие уровни ситуативной и личностной тревожности – 11% и 2% соответственно. Данным обследуемым наоборот требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, формирование чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Выделяют ряд психосоциальных факторов, способствующих адаптации к стрессовым ситуациям независимо от характеристик этих ситуаций. К ним относят комплекс адаптивных индивидуально-типологических особенностей (копинг-стратегий).

На рисунке 5 представлены результаты опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

Стратегия «Планирование решения проблемы» является ведущей у 89% врачей анестезиологов-реаниматологов. Данная копинг-стратегия является адаптивной и способствует конструктивному решению трудностей. Предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа в ситуации и возможных вариантах поведения, выработки стратегии решения проблемы, планирование собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия «Положительная переоценка» выявлена у 76% опрошиваемых. Стратегия предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Соответствующий процент набрала шкала «Самоконтроль». Данная стратегия предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления

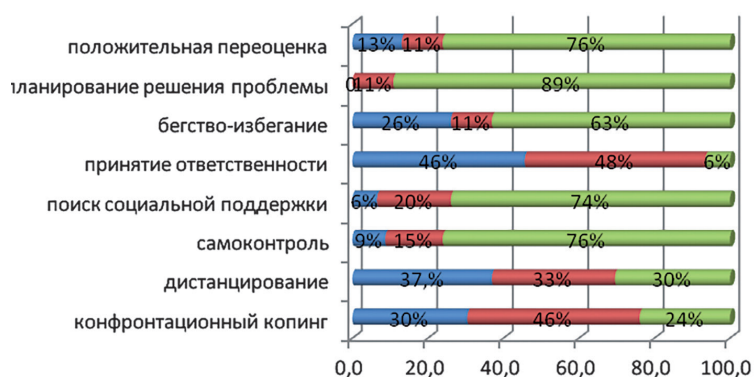


Рис. 5
«Способы совладающего поведения»
Лазаруса

■ низкий уровень
■ средний уровень
■ высокий уровень

научная практика

и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения и стремление к самообладанию. Незначительно меньше набрала копинг-стратегия «Поиск социальной поддержки» – 74%, что предполагает обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим, с точки зрения респондента, необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями.

Для диагностики психологической атмосферы в коллективе была использована методика «Оценки психологической атмосферы в коллективе» А.Ф. Фидлер. На рисунке 6 отображены результаты опроса.

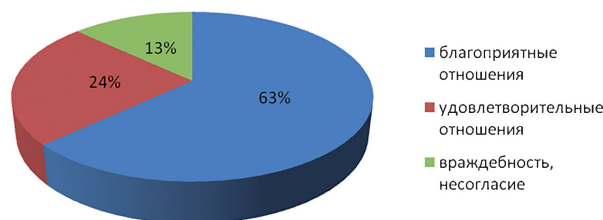
63% обследованных нами врачей анестезиологов-реаниматологов отмечали в своем коллективе благоприятную психологическую атмосферу. Благоприятная атмосфера в коллективе всегда положительно влияет не только на психологическое состояние каждого сотрудника, но и на другие показатели. Можно выделить такие признаки, как доверие друг к другу и руководству, ощущение защищенности и стабильности, общий оптимизм и готовность вместе справиться даже с самой трудной ситуацией, приятное общение, поддержка, симпатия между людьми, уверенность, внимание и теплота, бодрость, готовность идти на компромисс, свободомыслие в допустимых рамках, желание и возможность профессионально и интеллектуально развиваться и т.д.

Выводы

1. Работа врачей анестезиологов-реаниматологов на полнена многочисленными стрессогенными факторами, что закономерно приводит к высокому уровню психического напряжения и определяет повышенный риск развития других негативных состояний.
2. Несмотря на высокий уровень таких моментов, как высокий уровень стрессогенных факторов при исполнении должностных обязанностей, неудовлетворенность размером заработной платы, неудовлетворенность организационными факторами, по результатам исследований высокого интегрального индекса выгорания выявлено не было. При этом стоит обратить внимание на формирующуюся тенденцию к профессиональному выгоранию у врачей анестезиологов-реаниматологов.
3. На основании высоких показателей по шкале организационного стресса можно говорить о предрасположенности к переживанию дистресса и различным стресс-синдромам. В нашем случае мы можем

Рис. 6

«Оценка психологической атмосферы в коллективе» А.Ф. Фидлер



предположить, что низкая толерантность к стрессовым ситуациям способствует развитию тенденции к профессиональному выгоранию.

4. В ходе исследования были выявлены такие адаптивные стратегии, как стратегия планирования решения проблемы, положительная переоценка, самоконтроль, поиск социальной поддержки. Данные копинг-стратегии позволяют врачам анестезиологам-реаниматологам конструктивно и своевременно решить проблему.

Профилактика профессионального выгорания

Говоря о профилактике выгорания у исследуемых нами врачей, следует рекомендовать каждому из них стать собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса. Необходимо научиться переуставлять приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину. Принимая на себя ответственность за характер переживания стресса, вы начинаете обретать контроль над собой и при этом душевно переходите из положения жертвы к состоянию уцелевшего. Каждый может начать с того, чтобы снова зажечь в себе установку на то, что наша работа может и должна доставлять удовольствие и возрождать нас, развивать наши личные ресурсы[6].

Чтобы избежать профессионального выгорания:

- Старайтесь рассчитывать, обдуманно распределять все свои нагрузки.
- Учитесь переключаться с одного вида деятельности на другой.
- Проще относитесь к конфликтам на работе.
- Как ни странно это звучит – не пытайтесь всегда и во всем быть лучшими.
- Относитесь к жизни позитивно.
- Помните психологическое правило: если можешь изменить ситуацию – измени ее, не можешь изменить обстоятельства – измени к ним отношение.

— наука и практика —

- Ведите разумный образ жизни. Помните психологическое правило: не можешь жить напряженнее, начинай жить умнее.
- Будьте внимательнее к себе: это поможет своевременно заметить первые симптомы усталости.
- Заботьтесь о себе: стремитесь к равновесию и гармонии, ведите здоровый образ жизни, удовлетворяйте свои потребности в общении.
- Высыпайтесь! Если нормальный режим сна нарушен в результате стресса, есть риск оказаться в замкнутом круге: стресс провоцирует бессонницу, а бессонница еще больше усиливает стресс.
- Любите себя или, по крайней мере, старайтесь себе нравиться.
- Перестаньте искать в работе счастье или спасение. Она – не убежище, а деятельность, которая хороша сама по себе.
- Перестаньте жить за других их жизнью. Живите, пожалуйста, своей. Не вместо людей, а вместе с ними.
- Находите время для себя, вы имеете право не только на работу, но и на частную жизнь.
- У вас нет хобби? Обязательно найдите себе занятие по душе. Запишитесь на какие-нибудь курсы, не связанные с вашей профессиональной деятельностью. Хобби-терапия – способ оперативно уйти от аффективной ситуации.
- Учитесь трезво осмысливать события каждого дня. Можно сделать традицией вечерний пересмотр событий [5].

Необходимо помнить, что работа – всего лишь часть жизни. Знание того, что профессиональное выгорание фактически является не только и не столько вашей проблемой, сколько проблемой профессии, должно помочь адекватно отнестись к появлению его симптомов и своевременно попытаться внести коррективы в свою жизнь.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вансовская Л.И., Гайда В.К., Гербачевский В.К. и др. Практикум по экспериментальной и практической психологии: учебное пособие. – СПб: Изд-во СПб Университета, 1997. – 113 с.
2. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. – СПб: Речь, 2010. – 192 с.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова//Психология здоровья/Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб: Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 443-463.
4. Водопьянова Н.Е. Психическое выгорание/ Н.Е. Водопьянова//Стоматолог. – М.: Медицина, 2002. – № 7. – С. 12.
5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб: Питер, 2009. – 336 с.
6. Григор О. Как противостоять стрессу. Стресс жизни. Понять и управлять им / О. Григор. – СПб, 1994.
7. Захаров С. Синдром выгорания у врачей: стигма профессионализма или расплата за сочувствие?/С. Захаров/Выгорание. – М.: медицина 2002. – № 4. – С. 14-16
8. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 304 с.
9. Уткин С.И., Кычакова Ф.Д. Синдром «эмоционального и профессионального выгорания» у персонала реанимационно-анестезиологических отделений // Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. – СПб, 2008. – С. 456-457
10. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 190-191.

АНТИГЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭРИТРОЦИТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ



П.В. Сарап

АВТОРЫ

**П.В. Сарап^{1,2}, В.А. Бабушкин^{1,2},
М.А. Большакова^{1,2}**

1. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

*2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ*

Донорская кровь и ее компоненты остаются незаменимым средством в борьбе за спасение человеческой жизни. Среди других типов биологических тканей кровь занимает особое место – формально относясь к соединительным тканям, она по сути интегрирует функции отдельных органов и частей тела, объединяет организм в единое целое. Человеческая кровь имеет сложный индивидуальный состав, определяемый соотношением транспортируемых веществ, а также иммунологическими и антигенными характеристиками.

С практической точки зрения, пока невозможно найти приемлемую замену основным компонентам крови: эритроцитам и плазме. Уникальность эритроцитов обусловлена тем, что молекулы гемоглобина, используемые в качестве переносчиков газов, размещены внутри клеточной мембраны. Это позволяет создать внутри эритроцита пространство, содержащее в необходимых концентрациях молекулярные системы, поддерживающие работоспособность гемоглобина.

Внутри эритроцита функционируют следующие системы:

1. Метгемоглобинредуктазная система, предотвращающая окисление гемоглобина в метгемоглобин (в обычных условиях окисляется до 3% гемоглобина в сутки).
2. 2,3-Дифосфоглицериновая кислота – катализатор связывания O_2 .
3. Карбоангидраза – катализатор связывания CO_2 .
4. Буферная система гемоглобина.

— наука и практика —

5. Метаболические системы, обеспечивающие трофику и синтез промежуточных компонентов (например, глутатиона).

Предпринимаются попытки создания молекулярных кровезаменителей с газотранспортной функцией. Прежде всего следует упомянуть Перфторан и Гемопюр. Однако эти соединения имеют существенные биологические недостатки, связанные прежде всего с нефизиологичностью их циркуляции и механизмов утилизации в организме, поэтому длительное их использование представляется затруднительным.

Мембраны эритроцитов, как и другие живые клетки, представляют собой сложный молекулярный комплекс, в составе которого имеются структуры, обладающие свойствами антигенов. Антигенные свойства крови складываются из набора антигенов, расположенных на эритроцитах, а также набора антител, находящихся в составе плазмы. Эти сочетания определяют иммунологический портрет человека и существенно ограничивают возможности для подбора подходящей пары донор-реципиент.

При выполнении трансфузий компонентов крови необходимо помнить и строго соблюдать основное клиническое правило трансфузиологии: недопустима трансплантация (переливание) реципиенту антигенов или антител, которых у него нет.

При внимательном рассмотрении этого правила оказывается, что подбор пар донор-реципиент неравнозначен: если человек X может быть донором для человека Y, то обратная трансфузия возможна только в том случае, если X и Y имеют идентичные антигенные характеристики.

Нужно пояснить, что антигенная характеристика эритроцитов задана генетически и не меняется в течение жизни. В клинической ситуации мы имеем дело с фенотипическими особенностями антигенных характеристик. Антигены представляют собой гликопептидные структуры, которые синтезируются из субстратов при участии ферментов. Именно ферменты и кодируются генами. Как мы помним, активность ферментов связана с пространственной конфигурацией их молекул и сильно зависит от мутаций генов. Дефекты ферментов приводят к отклонениям структуры молекул антигенов и, как следствие, к изменению их антигенных свойств.

Антиген А представлен двумя клиническими подгруппами: A1 (полноценный антиген А с сильными антигенными свойствами) и A2 (целая группа антигенов, сходных с A1, которые отличаются от него неполным синтезом молекулярных структур). Таким образом, индивид с антигеном A2 может быть донором эритроцитов для реципиента A1, но сам не может быть реципиентом эритроцитов антигена A1,

поскольку его иммунная система среагирует на недостающие (у него антиген A2) молекулярные структуры антигена A1. Также невозможна безопасная трансфузия аллогенных эритроцитов A2 реципиенту A2 (как было указано выше, A2 – это группа антигенов, поэтому $A2 \neq A2$).

Антиген В также имеет слабый антигенный вариант, не имеющий клинического значения.

Система антигенов Резус представлена тремя генетическими аллелями.

Аллельная пара C/c включает три антигенных варианта: CC, Cc, cc. Встречается вариант антигена C – Cw (weak – слабый, неубедительный, англ.), который также учитывается в клинической трансфузиологии.

Резус-принадлежность крови определяют по наличию/отсутствию на эритроцитах антигена D. Аллельная пара D включает два антигенных варианта (присутствие рецессивного гена не приводит к синтезу антигена, рецессивную пару генов обозначают двумя буквами, присутствие доминантного гена – одной буквой): D, dd. Существует слабый вариант антигена D – Dweak, имеющий клиническое значение. На таких эритроцитах количество антигенных детерминант снижено в 3-10 раз. Эритроциты со слабым вариантом антигена Dw можно безопасно переливать реципиентам, обладающим обычным антигеном D; напротив, реципиенту с фенотипом Dw можно переливать эритроциты Dw или dd.

Аллельная пара E/e включает три антигенных варианта: EE, Ee, ee.

Антиген Kell встречается в нашей популяции достаточно редко, при этом обладает выраженными антигенными свойствами, поэтому Kell-положительные эритроциты не используют для трансфузий.

В клинической трансфузиологии мы встречаем следующие группы крови (фенотипы эритроцитов): шесть групп крови по системе ABO [O(I), A1(II), A2(II), B(III), A1B(IV), A2B(IV)], три группы крови по аллельной паре C/c, две группы крови по аллельной паре D/dd, три группы крови по аллельной паре E/e. Путем несложных подсчетов определим количество групп крови $n = 6 * 3 * 2 * 3 = 108$. Полная запись антигенных свойств эритроцитов выглядит следующим образом: «O(I) CcDee». Также принято дублировать принадлежность по системе Резус, а наличие/отсутствие антигенов обозначать знаками +/-, тогда та же запись примет вид: «O(I) Rh-положительный C+c+D+E-e+».

Итак, в клинической практике учитывают 108 (сто восемь!) групп крови. Использовать для трансфузии эритроциты исключительно идентичной группы

— наука и практика —

крови представляется трудновыполнимой задачей. К счастью, мы можем переливать реципиенту эритроциты донора, антигенный состав которых менее разнообразен, чем у эритроцитов реципиента. Например, эритроциты «A1(II) ccddee» можно перелить реципиенту с антигенным набором эритроцитов «A1(II) CcDEe» без угрозы развития иммунологического конфликта.

Однако как необходимо поступить, если трансфузия эритроцитов требуется реципиенту с антигенным вариантом A2(II)? Поскольку антиген A2 донора не тождественен антигену A2 реципиента, трансфузия таких «формально идентичных» эритроцитов иммунологически небезопасна. В этом случае мы можем использовать для трансфузии эритроциты O(I) группы крови, не имеющие ни A2(II), ни A1(II) антигенов (при этом эритроциты донора должны быть иммунологически безопасны для реципиента по набору антигенов системы Резус, т.е. «по фенотипу»). Однако мы должны помнить, что недопустимо переливать реципиенту не только отсутствующие у него антигены, но и отсутствующие у него антитела. В представленном примере мы можем использовать антигены эритроцитов O(I) группы крови, но не можем использовать остатки плазмы O(I) (она содержит в норме анти-A и анти-B антитела), которая находится в контейнере с заготовленной эритроцитарной взвесью. Существует выход: приготовление отмытых эритроцитов – специальная процедура, которая заключается в трехкратном цикле ресуспендирования эритроцитов в физрастворе с последующим центрифугированием и удалением супернатанта. Отмытые эритроциты содержат остаточное количество антител, не имеющее клинического значения для развития иммунологических реакций у реципиента. Для наших пациентов приготовление отмытых эритроцитов круглосуточно выполняет дежурная бригада трансфузиологов в ККЦК №1. Единственным практическим недостатком отмытых эритроцитов является их короткий срок годности – сутки с момента приготовления.

Трансфузия компонентов крови является операцией трансплантации тканей, поэтому относится к наиболее ответственным лечебным мероприятиям. Простота трансфузии компонентов крови – мнимая, она не требует от лечащего врача таких сложных манипуляционных навыков, какие требуются от хирурга-оператора при выполнении самых простых хирургических операций. Главное при выполнении трансфузий компонентов крови – ответственное отношение к выполняемой работе и строгое соблюдение предусмотренных правил. Также лечащему врачу следует помнить, что значительная часть ответственной работы уже была выполнена задолго до момента трансфузии компонентов крови, но на нем лежит ответственность за эффективность использования труда всего медицинского персонала, выполнявшего до него эту работу.

Следует напомнить, что трансфузиология регламентируется значительным количеством правовых документов, среди которых для клинициста первостепенное значение имеют: Приказ Минздрава РФ от 25.11.2002 №363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» и Приказ Минздрава РФ №183н от 2.04.2013 «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

Первичное определение группы крови выполняют при поступлении пациента в стационар. Согласно Приказу Минздрава РФ №183н от 2.04.2013 «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов» необходимо определить групповую принадлежность крови по системе ABO и резус-фактор (наличие/отсутствие антигена D). Выполняет процедуру определения групповой и резус-принадлежности крови врач приемного покоя или лечащий врач профильного отделения, принимающий пациента и заполняющий историю болезни.

Врач, определяющий групповую и резус-принадлежность крови, заполняет бланк направления в лабораторию крови для определения групповой принадлежности. Медицинская сестра маркирует пробирку с кровью пациента, указывая: ФИО пациента полностью, № истории болезни, дату, ФИО медсестры. Пробирку с кровью и бланк направления отправляют в клинико-диагностическую лабораторию (КДЛ).

В КДЛ определяют: 1) групповую принадлежность крови пациента по системе ABO прямым методом; 2) групповую принадлежность крови пациента по системе ABO перекрестным методом; 3) групповую принадлежность крови пациента по системе Резус с определением антигенов D, C (с-большое), c (с-малое), E, e, Cw, K, k – всем пациентам; 4) наличие антиэритроцитарных антител; 5) совместимость по системе Резус гелевым методом в случаях развития посттрансфузионных реакций и осложнений, в случаях сомнительных результатов совмещения.

Отдельного внимания требует ситуация, при которой пациенту требуется трансфузия крови в операционной. Проводить трансфузии компонентов крови в операционной имеет право врач, непосредственно не участвующий в операции или проведении анестезии. При проведении плановых оперативных вмешательств заведующий профильным хирургическим отделением заранее назначает врача, ответственного за трансфузию компонентов крови в операционной. Фамилию врача, ответственного за трансфузию компонентов крови в операционной, вносят в план операций за подписью заведующего профильным отделением. При проведении экстренных оперативных вмешательств лицом, ответственным за трансфузию компонентов крови в операционной, может быть

наука и практика

врач дежурной бригады или профильного отделения (дежурный по отделению), не входящий в состав операционной бригады. В исключительных случаях по распоряжению заместителя главного врача по хирургии (в дневное время) или ответственного врача по больнице (во время ночного дежурства) лицом, ответственным за трансфузии компонентов крови в операционной, может быть назначен врач другого профиля.

В экстренных ситуациях в силу ограничения времени на заполнение бланков направления для определения групповой принадлежности крови или нехватке персонала допустимо маркировать пробирки любым уникальным идентификатором, например: «дата, анестезиолог Иванов». В журналах клинико-диагностической лаборатории допустимо регистрировать идентификатор в графе «ФИО пациента». Допустимо оформлять бланк результатов исследования групповой принадлежности крови с уникальным идентификатором пробирки в графе «ФИО пациента». Ответственность за использование результатов исследования возлагается на врача, нарушившего в силу обстоятельств правила оформления медицинской документации. Использовать результаты исследования групповой принадлежности крови разрешено только тому врачу, который маркировал пробирку. При поступлении пациента в лечебное отделение результаты исследования групповой принадлежности крови, полученные с нарушением правил оформления медицинской документации, считаются недействительными. Лечащий врач обязан повторно отправить кровь в КДЛ для определения групповой принадлежности крови с соблюдением правил оформления медицинской документации.

Возможны следующие трудности при определении групповой принадлежности крови: 1) невозможность определения групповой принадлежности крови; 2) расхождение данных, полученных в парных исследованиях; 3) расхождение данных бланка анализа.

В этой ситуации необходимо последовательно выполнять следующие действия: 1. Повторить определение групповой принадлежности крови. 2. Повторить определение с другой серией цоликлонов. Цоликлоны можно получить в любое время суток в отделении переливания крови (ОПК), при этом старые реагенты необходимо сдать в ОПК для утилизации. 3. Направить кровь на исследование групповой принадлежности в КДЛ и в дальнейшем руководствоваться результатами исследования групповой принадлежности крови в КДЛ. 4. При невозможности определения групповой принадлежности крови в КДЛ следует связаться с ОПК и направить кровь в лабораторию ККЦК№1. 5. При необходимости трансфузии реципиенту компонентов эритроцитов в ККЦК№1.

При отсутствии иммунологически безопасных компонентов крови руководствуются следующими положениями нормативных документов. Согласно Приказу Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», п. 33, в экстренных случаях при невозможности определения группы крови по жизненным показаниям реципиенту переливают эритроцитсодержащие компоненты O(I) группы резус-отрицательные в количестве не более 500 мл независимо от групповой и резус-принадлежности реципиента. Согласно Приложению №2 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. №183н, допустимы трансфузии эритроцитов при следующих фенотипах системы Резус у пар донор-реципиент (см. табл.).

№	Фенотип реципиента	Фенотипы доноров эритроцитов	
		совместимые фенотипы	при экстренных показаниях допустимы фенотипы
1	CcDee	CcDee, CCDee, ccddee, ccDee, Ccddee	–
2	CCDee	CCDee, CCddee	–
3	CcDEe	любой фенотип, кроме C ^w +	
4	ccddee	ccddee	Ccddee
5	ccDEe	ccDEe, ccddee, ccDee, ccDEE, ccddEe	CcDee, CcDEe, Ccddee, CcddEe
6	C ^w CDee	C ^w CDee	CCDee
7	ccDEE	ccDEE, ccddEE	ccDEe, CcDEE
8	C ^w cDee	C ^w cDee	CcDee, CCDee, C ^w cddee
9	ccDee	ccDee, ccddee	CcDee, Ccddee
10	Ccddee	Ccddee, ccddee, CCddee	ccddEe
11	C ^w cDEe	C ^w cDEe, ccDEe, ccddee	CcDee, CcDEe
12	ccD ^{weak} ee	ccD ^{weak} ee, ccddee	Ccddee
13	CcddEe	Ccddee, Ccddee, CcddEe, ccddEe, CCddee	–
14	CCDEe	CCDEe, CCDee, CCddee	–
15	ccddEe	ccddEe, ccddEE, ccddee	Ccddee, CcddEe
16	CcDEE	CcDEE, ccDEE, ccddEE	CcDEe, CcddEe, ccddEe
17	C ^w cddee	C ^w cddee, ccddee	Ccddee

— наука и практика —

18	CCddee	CCddee	Ccddee, ccddee
19	CCDEE	CCDEE	CCDEe, CCDee
20	CCddEe	CCddEe, CCddee	Ccddee, ccddee
21	CcddEE	CcddEE, ccddEE	CcddEe, ccddEe, ccddee
22	ccddEE	ccddEE	ccddEe
23	CCD ^{weak} EE	CCD ^{weak} EE, CCddee	CCDee
24	CcD ^{weak} ee	CcD ^{weak} ee, CCD ^{weak} ee, ccD ^{weak} ee	Ccddee, ccddee
25	ccD ^{weak} Ee	Ccddee, ccddEe, ccD ^{weak} Ee	Ccddee, CcddEe
26	ccD ^{weak} EE	ccD ^{weak} EE, ccddEe, ccddEE	CcddEe, ccddee
27	C ^w cddEe	Ccddee, ccddEe, C ^w cddEe	Ccddee, CcddEe
28	C ^w cDEE	C ^w cDEE, ccDEE, ccddEE	CcDEe
29	kk	kk	—
30	Kk	Kk, kk, KK	—
31	KK	KK	Kk, kk

Примечания: По аллелям антигенов C/c возможны варианты фенотипов: CC, Cc, cc. По аллелям антигенов E/e возможны варианты фенотипов: EE, Ee, ee. По антигену D (собственно резус-антиген, Rh) возможны варианты фенотипов: D, dd. C^w, D^{weak} – слабые (weak) варианты антигенов. KK, Kk, kk – фенотипы эритроцитов по системе антигенов Kell.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», п. 42, в экстренных случаях при отсутствии однокрупной свежезамороженной плазмы допускается переливание свежезамороженной плазмы группы АВ(IV) реципиенту с любой группой крови.

Трансфузию иммунологически небезопасных компонентов крови оформляют в истории болезни как вынужденную меру, предпринятую в условиях угрозы жизни пациента (реципиента) при условии отсутствия иммунологически совместимых компонентов крови с обязательной ссылкой на Приказ Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов» и пункт Приказа.

В случае отсутствия возможности подбора допустимых компонентов крови, согласно Приказу Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», необходимо в

истории болезни указать отсутствие совместимых и допустимых для трансфузии компонентов крови в хранилищах ЛПУ и головного учреждения-изготовителя компонентов крови – ККЦК№1. При этом необходимо указывать факт необходимости трансфузии компонентов крови для спасения жизни пациента и проводить необходимую инфузионную терапию в должном объеме.

При отсутствии возможности определения фенотипа реципиента по системе Резус руководствуются следующими положениями нормативных документов.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», п. 33, по жизненным показаниям в экстренных случаях реципиентам с группой крови А(II) или В(III) при отсутствии однокрупной крови или эритроцитсодержащих компонентов могут быть перелиты резус-отрицательные эритроцитсодержащие компоненты О(I), а реципиентам АВ(IV) могут быть перелиты резус-отрицательные эритроцитсодержащие компоненты В(III) независимо от резус-принадлежности реципиентов.

При невозможности определения антигенов С, с, Е, е, С^w, К и к реципиенту переливают эритроцитсодержащие компоненты, совместимые по группе крови системы АВО и резус-антигену D.

Во всех случаях, когда чрезвычайные обстоятельства, связанные с предотвращением непосредственной угрозы жизни реципиента, вынуждают выполнить трансфузию иммунологически небезопасных эритроцитов, необходимо помнить о необходимости выполнения всех предусмотренных проб на совместимость донора и реципиента, а также более строгой оценки состояния реципиента в момент трансфузии, а также по ее окончании. Необходимо тщательно протоколировать принятие решений о трансфузии компонентов крови в такой ситуации. В случае отсутствия иммунологически безопасных эритроцитарных сред необходимо сделать запись в истории болезни следующего содержания: *«Пациенту показана трансфузия эритроцитов. Показаниями служат острая/хроническая анемия средней степени тяжести в сочетании с основным и сопутствующими заболеваниями. В настоящее время в хранилищах ОПК и ККЦК№1 отсутствуют донорские эритроциты, совместимые по антигенным характеристикам. Персонал ОПК и зав. ОПК поставлены в известность. Проводится лечение основного заболевания». В случае принятия решения о необходимости трансфузии иммунологически небезопасных эритроцитов следует сделать запись в истории болезни следующего содержания: «Учитывая невозможность подбора иммунологически безопасных эритроцитов, по экстренным*

— наука и практика —

жизненным показаниям Согласно Приказу Минздрава РФ от 02.04.2013 №183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»), п. 33, пациенту допустимо выполнить трансфузию эритроцитов ## группы крови с фенотипом по системе Резус #####. Проведенные пробы на групповую совместимость по системе антигенов АВО, системе антигенов Резус, биологическая проба, – свидетельствуют о совместимости крови донора и реципиента». Необходимо помнить, что формирование антиэритроцитарных антител достигает максимума на 10-14 сутки с момента трансфузии. На эти же сроки послеоперационного периода приходится пик развития осложнений. В этот период необходимо оценивать косвенные признаки цитолиза: уровень гемоглобина и количество эритроцитов, уровни билирубина, ЛДГ, АсАТ и АлАТ, креатинина, экскрецию белка с мочой, а также клиническое состояние пациента. Своевременная коррекция назначений, а при необходимости – проведение экстракорпоральных методов детоксикации позволят избежать ухудшения течения основного заболевания и возникновения его осложнений, нарушений функций почек и других жизненно важных органов.

Рассматривая трансфузию компонентов крови как необходимую составляющую помощи пациенту, врач обязан проявлять пристальное внимание ко всем аспектам выполнения трансфузионной терапии: быть терпеливым и внимательным при сборе анамнеза, установить доверительный контакт с пациентом и информировать его о предстоящей трансфузии, получить информированное согласие пациента и заполнить необходимые документы и бланки, собственноручно выполнить предусмотренные определения групповой принадлежности крови, пробы на совместимость и биологическую пробу, оценивать состояние пациента с учетом выполненной трансфузии, подробно описывать состояние пациента в истории болезни, учитывать в своей деятельности требования нормативных документов и клинические рекомендации. Трансфузия компонентов крови, как и любая медицинская деятельность, имеет свои специфические особенности, но также, безусловно, опирается на стремление помочь больному, облегчить его страдания, восстановить здоровье и спасти жизнь.

ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ



М.А. Большакова

АВТОРЫ

**М.А. Большакова^{1,2},
С.И. Ростовцев¹, Ю.Н.
Бурмистров³, И.Е. Вятский³,
А.А. Любченко^{1,2}, А.А. Попов^{1,2},
Е.А. Попова^{1,2}, Р.М. Рахманов²,
Е.А. Рахманова², Т.А. Бугаева⁴**

1. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

3. КГКУЗ «Красноярский территориальный
центр медицины катастроф»

4. КГБУЗ «Емельяновская районная больница»

Актуальность: Одной из острых медицинских и социальных проблем в мире является постоянный рост дорожно-транспортного травматизма, который в 70% случаев является причиной сочетанных травм у пострадавших [1,2]. В России в течение года на дорогах погибают до 36 000 человек [3].

Дорожно-транспортный травматизм на территории Красноярского края является медико-социальной проблемой, так как участниками жертвами ДТП являются люди трудоспособного возраста [1, 2, 3]. Они составляют среди погибших в результате ДТП: в городах – 67,9%, на трассах – 78,0%.

Как правило, травмы, полученные при дорожно-транспортных происшествиях, ведут к развитию повреждения тканей, гипералгезии, шоку, в конечном итоге приводящих к функциональной недостаточности жизненно важных органов. Малейшие промахи в лечении таких пострадавших приводят к резкой дестабилизации общего состояния, развитию полиорганной недостаточности, сепсиса и к смерти пациента. В этих условиях анестезиологический и хирургический риск является крайне высоким [8,10].

В феврале 2006 года Правительством Российской Федерации принята федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 гг.», главной задачей которой является сокращение в 1,5 раза количества лиц, погибших в результате ДТП, сокращение времени прибытия соответствующих служб на место ДТП, а также повышение эффективности их деятельности по оказанию помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП [1, 3, 8,10].

У больных с травматическими повреждениями быстрый анализ и точная оценка клинических и доступных инструментальных показателей в значительной степени облегчает выбор адекватной тактики

науча и практика



лечения пострадавших, что влияет на снижение осложнений и летальности.

В связи с географическими особенностями Российской Федерации зарубежные модели диагностики тяжести травмы и схемы обезболивания не могут быть использованы в нашей стране без соответствующей адаптации к отечественным условиям [8].

Нами было проведено исследование 200 пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, у которых на догоспитальном и госпитальном этапах была диагностирована костная травма с развитием и без развития травматического шока.

Цель исследования: Обосновать, разработать схему диагностики пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в догоспитальном и госпитальном периодах.

Материалы и методы: Средний возраст в контрольной группе составлял $32,3 \pm 1,43$ года, в исследуемой группе $33,0 \pm 1,47$ года.

В контрольной группе мужчин было 57, женщин – 43. В исследуемой группе мужчин 59, женщин – 41.

Таким образом, по полу, возрасту и характеру травмы больные были сопоставимы.

Разработанная нами схема диагностики включает оценку 11 клинических (шкала Глазго, цвет и влажность кожных покровов, симптом бледного пятна, ЧДД, ЧСС, АДс, ШИ и др.) и инструментальных показателей (SpO_2 , FiO_2 , ЦВД), которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке»).

Методика диагностики основана на использовании трехступенчатой оценки функции: 0 баллов соответствует тому, что рассматриваемый показатель находится в пределах возрастной нормы, 1 балл – физиологические параметры в покое отличаются от нормы, но их функции компенсируются органами одной или двух систем, 2 балла – срыв адаптации или выключение функции одной или нескольких систем. Шока нет – 0-5 баллов; шок централизации – 6-16 баллов; шок децентрализации – >16 баллов.

Результаты исследования: В соответствии с критериями включения и исключения больные распределены на группу без шока ($N=56$), группу с шоком централизации ($N=121$) и группу больных с шоком децентрализации ($N=23$). Распределение больных по степени тяжести осуществлялось по критериям оценки тяжести, проводимой в догоспитальном периоде. Оценка проводилась в догоспитальном периоде, после проведенной терапии и в течение суток нахождения в стационаре.

— наука и практика —

Заключение: Предлагаемая нами схема диагностики по своей эффективности не уступает шкале ВПХ-СП (военно-полевой хирургии – состояние при поступлении), но основана на стандарте осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке»), что делает ее доступной к применению бригадами скорой медицинской помощи, территориальных центров медицины катастроф, санитарной авиации и персоналом приемного отделения.

Разработанный метод обезболивания прост в применении (не требует дополнительного аппаратного обеспечения), доступен для любых бригад служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф (минимум побочных эффектов, возможно применение при чрезвычайных ситуациях).

На наш взгляд, данная методика позволяет оперативно оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести. Мы провели сравнение диагностических возможностей предлагаемой нами таблицы со шкалой ВПХ-СП и получили близкие результаты ($U_{\text{ЭМП}} = 4$).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агаджанян В.В. Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмами / В.В. Агаджанян // Политравма. – 2012. – № 1. – С. 5-9.
2. Агаджанян В.В. Основные принципы организации и тактики медицинской транспортировки пострадавших с политравмой / В.В. Агаджанян, А.В. Шаталин, С.А. Кравцов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2009. – № 1. – С. 7-12.
3. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко [и др.]. – СПб: КОСТА, 2007. – 400 с.
4. Берлинский В.В. Особенности течения послеоперационного периода в зависимости от метода общей анестезии / В.В. Берлинский, А.А. Налева, О.В. Кузнецова // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – № 1. – С. 24-27.
5. Борисенко Л.В. Дорожно-транспортный травматизм – организационные аспекты оказания медицинской помощи и лечения пострадавших / Л.В. Борисенко, А.В. Акиншина // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып. Медицина катастроф. Служба медицины катастроф. – 2010. – № 3. – С. 1-8.
6. Бурмистров Ю.Н. Трассовые пункты оказания экстренной медицинской помощи: опыт Красноярского края / Ю.Н. Бурмистров // Здравоохранение. – 2011. – № 9. – С. 92-96.
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
8. Преемственность анестезиологической помощи на догоспитальном и госпитальных этапах / А.А. Любченко, С.А. Скрипкин, А.В. Лоленто [и др.] // Скорая мед. помощь. – 2008. – Т. 9, № 3. – С. 39-43.
9. Проблема множественной и сочетанной травмы (политравмы), пути решения, роль службы медицины катастроф / С.Ф. Гончаров, М.В. Быстров, Б.П. Кудрявцев [и др.] // Политравма. – 2016. – № 2. – С. 6-10.
10. Рябов С.В. Обезболивание на догоспитальном этапе медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.37 / Рябов Сергей Валентинович. – М., 2004. – 20 с.
11. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems / B. Celso, J. Tepas, B. Langland-Orban [et al.] // J. Trauma. – 2006. – Vol. 60, № 2. – P. 371–378.
12. Economic consequences of noninfectious diseases and a traumatism in the Russian Federation / M. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee [et al.] // European Observatory on systems and a policy of public health services. – Copenhagen, 2008. – 83 p.

— наука и практика —

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ



Е.П. Бахтарова

АВТОРЫ

**Е.П. Бахтарова, С.А.Скрипкин,
С.А. Креков, Г.А. Иванова,
Н.В. Тарабанова, П.А. Шестаков.**

КГБУЗ КССМП

В структуре вызовов специализированной неврологической бригады заболевания нервной системы составляют в среднем 63,7% (исходя из среднестатистических данных за последние три года работы неврологической бригады КССМП). Наиболее социально значимым заболеванием из этой группы является острое нарушение мозгового кровообращения. В России ежегодно переносят инсульт около 400 000 человек. В течение года от начала заболевания 46-48% из них умирают. Из оставшихся в живых лишь 15-17% пациентов возвращаются к труду, остальные до конца жизни остаются инвалидами, причем 20% из них нуждаются в постоянном уходе. Количество вызовов к больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения составляет 55,7% от количества обслуженных вызовов в структуре всех неврологических заболеваний, из них 70,2% составляют ишемические инсульты. В повышении качества помощи больным с ОНМК существенную роль играют мероприятия по оказанию экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Именно в первые 6 часов с момента развития инсульта (период терапевтического окна) активное лечение на догоспитальном этапе, срочная транспортировка в нейрососудистые отделения в наибольшей степени способствуют уменьшению тяжести медико-социальных последствий острых нарушений мозгового кровообращения. В Красноярске общепрофильные врачебные и фельдшерские бригады самостоятельно оказывают помощь и транспортируют в стационар таких больных при отсутствии у них нарушений жизненно важных функций. Специализированные бригады обслуживают преимущественно тяжелые формы проявления данного заболевания, в том числе по вызову общепрофильных бригад. В 80% случаев вызовов по поводу ОНМК, обслуженных специализированной неврологической бригадой, у больных были глубокие расстройства сознания (кома I-III), часто с нарушением функции внешнего

науча и практика

Заболевания	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
ОНМК	236-51,6%	200-53,8%	242-62,1%	678-55,7%
Судорожный синдром (Судороги экзогеннотоксические, гипертермические, посттравматические)	18-3,9%	23-6,2%	16-4,1%	57-4,7%
Эпилептическая болезнь	27-6,0%	21-5,7%	28-7,2%	76-6,2%
Болезнь Паркинсона	2-0,4%	3-0,8%	5-1,3%	10-0,8%
Деменция сосудистая	127-27,8%	87-23,4%	65-16,7%	279-22,9%
Соматоформная вегетативная дисфункция	24-5,3%	25-6,7%	16-4,1%	65-5,3%
Остеохондроз. Невралгии	12-2,6%	6-1,6%	8-2,1%	26-2,1%
Неврит лицевого нерва	9-2,0%	5-1,3%	5-1,2%	19-1,6%
Рассеянный склероз	2-0,4%	2-0,5%	5-1,2%	9-0,7%
Всего	457-37,5%	372-30,5%	390-32,0%	1219-100%

ОНМК

Заболевание	2014 г.		2015 г.		2016 г.		Всего
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	
ОНМК:	236	100%	200	100%	242	100%	678
Ишемический инсульт	162	68,6%	137	68,5%	177	73,1%	476
В ВББ	54	22,9%	40	20,0%	46	19,0%	140
Геморрагический инсульт	4	1,7%	7	3,5%	5	2,1%	16
Субарахноидальные кровоизлияния	6	2,6%	2	1,0%	2	0,8%	10
ТИА	10	4,2%	14	7,0%	12	5,0%	36

дыхания, гемодинамики, требовавших экстренного вмешательства, в том числе подключения больного к аппарату искусственной вентиляции легких. На качество лечения значительное влияние оказывает максимально раннее начало лечебных мероприятий и госпитализация.

Согласно клиническим рекомендациям (протоколам) лечения ОНМК, на догоспитальном этапе проводятся следующие диагностические мероприятия:

1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня сознания, проходимости дыхательных путей, дыхания, кровообращения.
2. Визуальная оценка: осматриваются и пальпируются мягкие ткани головы (для выявления черепно-мозговой травмы), осматриваются наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематореи). Исследование неврологического статуса: менингеальные и очаговые симптомы.
3. Измерение пульса, ЧСС, АД, аускультация сердца и легких.
4. Электрокардиография.
5. Исследование уровня глюкозы в крови (глюкометрия).
6. Измерение уровня насыщения кислородом крови (пульсоксиметрия).

Основные направления базисной терапии при ОНМК, проводимые на догоспитальном этапе:

1. После оценки общего состояния пациента, проходимости дыхательных путей и самостоятельного дыхания необходима коррекция дыхательных нарушений. При снижении уровня сознания (менее 8 баллов по шкале Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадипноэ менее 12 в минуту, тахипноэ более 35-40 в минуту показана интубация трахеи и проведение ИВЛ. Фельдшерские общепрофильные бригады СМП могут использовать альтернативные методики (ларингеальную маску и др.). Всем больным с инсультом показано постоянное определение уровня насыщения кислородом крови, при снижении данного показателя < 94% необходимо проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи кислорода 2-4 л/мин.
2. Коррекция АД. В острейшем периоде инсульта высокое АД становится основным фактором, поддерживающим адекватное кровоснабжение мозга при закупорке мозговых сосудов, в связи с чем резкое снижение ОНМК при инсульте недопустимо. Поэтому недопустимым является назначение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено. Предпочтение следует

— наука и практика —

отдавать пролонгированным формам гипотензивных препаратов. При необходимости повышения АД необходима адекватная (но не чрезмерная) волеическая нагрузка, иногда в сочетании с инотропными препаратами (дофамин в начальной дозе 5 мкг/кг/мин. или норадреналин). Применение с этой целью глюкокортикоидных гормонов (преднизолон, дексаметазон) не является оправданным, так как не приводит к значимому управляемому повышению АД и сопровождается риском развития гипергликемии и язвообразования.

3. Водно-электролитный обмен. Основным инфузионным раствором является 0,9% р-р хлорида натрия. Гипоосмолярные растворы (0,45% р-р хлорида натрия, 5% р-р глюкозы) при инсульте противопоказаны из-за риска увеличения отека мозга. Нецелесообразно также использование глюкозосодержащих растворов из-за риска развития гипергликемии. Единственным показанием для введения глюкозосодержащих растворов является гипогликемия.

4. Отек мозга и повышение внутричерепного давления. Все пациенты с угнетением сознания, характеризующимся умеренным снижением уровня бодрствования, сонливостью, повышением порога восприятия всех внешних раздражителей, неполнотой или отсутствием ориентировки, ограниченностью представлений должны находиться в постели и во время транспортировки на носилках с приподнятым до 300 головным концом (без сгибания шеи!).

4. Купирование судорожного синдрома. Применяют диазепам (реланиум) 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3-4 мин.

5. Нейропротекторная терапия. Направлена на прерывание ишемического повреждения мозга и купирование последствий ишемии. На догоспитальном этапе применяют препараты, обладающие нейропротективным действием, мексидол, цитофлавин, глицин (не входит в протоколы оказания скорой медицинской помощи при ОНМК). Мексидол (этилметилгидроксипиридинасукцинат) применяют в дозировке 200-500 мг внутривенно в разведении на 100-200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Цитофлавин вводят в дозировке 10 мл внутривенно на 100-200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Глицин применяют субlingвально или защежно 1000 мг в 1 ч.л. воды в первые 3-6 часов с момента начала заболевания.

6. Острое нарушение мозгового кровообращения (включая ТИА и ОГЭ) является показанием для госпитализации. Противопоказаний для госпитализации больных с ОНМК не существует.

7. Транспортировка осуществляется на носилках с приподнятым до 300 головным концом вне за-

висимости от тяжести состояния больного. Бригада скорой медицинской помощи, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, предварительно по телефону оповещает медицинскую организацию (отделение) о поступлении данного больного.

Таким образом, необходимо избегать следующих ошибок при лечении ОНМК на догоспитальном этапе:

1. Применения хлористого кальция, викасола, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кислоты для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт (начинают действовать через несколько суток, при ОНМК не исследовались).

2. Назначения ацетилсалициловой кислоты на этапе СМП противопоказано, потому что невозможно исключить геморрагический характер инсульта.

3. Применения фuroсемида для лечения отека мозга из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга.

4. Отказа от транспортировки в стационар пациентов с ТИА. Больные с ТИА транспортируются в стационар так же, как и больные с ОНМК.

— из истории одного отделения —

ВСЕГДА ПЕРВАЯ ХИРУРГИЯ



АВТОРЫ

**Е.П. Данилина,
С.Г. Маслов, В.Ф. Пан**

История первого хирургического отделения КМКБСМП началась 14 января 1975 года. С первого дня отделением заведовала Мария Ивановна Лоншакова, ныне заслуженный врач Российской Федерации. Под ее руководством первая хирургия развернулась на 60 койко-мест, часть которых заняли больные, переведенные из больницы неотложной помощи, в те дни расположенной на улице Горького, 27. Несмотря на то, что работа отделения еще не была окончательно налажена, госпитализация пациентов началась и через приемный покой новой больницы. В первую хирургию поступали экстренные больные левобережья и даже Свердловского района. С таким потоком пациентов отделение успешно справлялось благодаря молодым врачам: Павлу Андреевичу Останину, Валерию Витальевичу Алексееву, Владимиру Георгиевичу Уколову.

Первое хирургическое отделение никогда не стояло на месте в своем развитии и преобразовании. Был период в истории БСМП, когда после перестройки изменения в структуре отделения запомнились наиболее ярко и сыграли немалую роль для всей больницы. Благодаря упорству и страстному желанию выдающегося хирурга, профессора Роальда Абрамовича Нихинсона на базе первого хирургического отделения БСМП было организовано отделение хирургической гепатологии с соответствующими штатами и утверждено приказом горздрава №218 от 25.03.1992 года. А в 1994 году решением Совета межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири», приказом №43 от 8.12.1994 года первой хирургии БСМП был присвоен статус межрегионального специализированного гепатологического центра. В отделение госпитализировались больные с заболеваниями печени, внепеченочных желчных путей, поджелудочной железы, а также пациенты, нуждающиеся в повторных и реконструктивных операциях гепатопанкреатодуоденальной области из других стационаров города Красноярск и всего Красноярского края. Тогда же, в 1994 году, для улучшения качества наблюдения за больными в раннем послеоперационном периоде, проведения профилактики осложнений и летальности было развернуто палаты интенсивной терапии в хирургических отделениях БСМП.

Изменения в структуре отделения продолжались до конца 90-х годов. Работа кипела, число госпитализаций превышало возможности отделения. Ситуация осложнилась, когда в 1997 году в БСМП закрылось гастроэнтерологическое от-

— из истории одного отделения —



Заведующий отделением –
врач-хирург высшей
квалификационной категории
Базарин
Петр Викторович.



Старшая медицинская
сестра высшей
квалификационной категории -
Пивоварова
Светлана Владимировна.



деление, а его больных решено было перевести в первую хирургию. И без того перегруженное отделение не могло разместить такое количество пациентов. В связи с этим было принято решение о расширении отделения до 70 коек. Но после принятия закона о сокращении коечного фонда города Красноярск отделение первой хирургии снова стало принимать больных на 60-ти койках.

Практика организации специализированных центров, накопленный опыт позволили повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи, во-первых, за счет улучшения диагностической и лечебной базы, а во-вторых, за счет роста квалифицированных кадров, накопления и обобщения опыта лечения больных на научной основе, с привлечением сотрудников кафедры КГМИ.

Первая хирургия основывалась как клиническое отделение, и с первых дней на его базе работали сотрудники кафедры общей хирургии КрасГМУ: заведующая кафедрой Нина Семеновна Дралюк и доцент Николай Николаевич Масленников.

Благодаря тесному сотрудничеству хирургического отделения БСМП и кафедры КГМИ получили широкую известность такие профессора, как Олег Евгеньевич Нифантьев, Роальд Абрамович Нихинсон и Юрий Моисеевич Лубенский, чье имя по сей день носит кафедра хирургических болезней. Начинали свою работу в области хирургии доценты Юрий Архипович Малигловка, Галина Денисовна Воробьева, Валентина Макаровна Людкова, Галина Степановна Чехотовская, Владимир Александрович Ашаткин, Галина Юрьевна Дудникова, Лариса Александровна Мудрова. Под руководством известных профессоров публиковались научные статьи, защищались диссертации. Славные традиции до сих пор не утратили своей актуальности, научная работа ведется сотрудниками кафедры хирургических болезней имени Ю.М. Лубенского и в настоящее время.

С 1994 года первым хирургическим отделением заведует Петр Викторович Базарин – специалист, имеющий высшую квалификационную категорию, удостоенный премии «Призвание – врач». В отделении работают врачи и медицинские сестры с многолетним стажем. Это хирурги П.А. Останин, В.Ф. Пан, А.О. Олейников, старшая медицинская сестра С.В. Пивоварова, палатные медсестры И.И. Патачакова, Е.В. Болдакова, А.И. Осипова, С.М. Сироткина, перевязочная медицинская сестра Н.М. Гаджиева. Заместитель главного врача по хирургии С.Г. Маслов также начинал свою трудовую деятельность и проработал в первой хирургии вплоть до 2013 года. Курацией отделения занимается доцент Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Елена Петровна Данилина.

За годы существования отделения в нем были проведены тысячи сложнейших реконструктивных операций пациентам с тяжелыми заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. За редким исключением встречаются дни, когда не проводятся щадящие формы хирургического вмешательства – лапароскопические операции. К специалистам первого хирургического отделения обращаются за консультативной помощью врачи БСМП и других стационаров города и края. А главным ориентиром отделения является повышение квалификации медицинского персонала и, конечно, освоение новых передовых методик.

— золотой фонд БСМП —

ЭДУАРД СТЕПАНОВИЧ МЕДВЕДЕВ



«Вильям Т. Г. Мортон, изобретатель и создатель анестезирующих ингаляций, кем боль в хирургии была предупреждена и уничтожена, до которого во все времена хирургия была ужасом, после которого наука получила управление над болью».

Надпись на памятнике.



Эдуард Степанович Медведев был одним из ярчайших представителей советской и российской школы врачей анестезиологов-реаниматологов. Гордость и слава больницы. Человек, отдавший всего себя профессии. Врач, научившийся управлять болью и спасший огромное количество человеческих жизней.

Родом Эдуард Степанович из села Тугач Саянского района Красноярского края. После окончания средней школы работал судоводителем на реке-красавице Ангаре. С 1965 по 1972 год учился в Красноярском медицинском институте, проживая в общежитии в одной комнате с будущим ректором Виктором Ивановичем Прохоренковым.

ЦРБ Идринского района Красноярского края стало местом распределения по окончании мединститута. Там, работая врачом-хирургом, Эдуард Степанович понял, что хирургия без анестезиологии ограничена в своих возможностях. Стремление оградить больных от агрессивных хирургических операций во многом послужило причиной, побудившей сменить специальность и стать врачом анестезиологом-реаниматологом.

АВТОР

**А.А. Любченко^{1,2},
И.Б. Червяков¹**

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский
государственный медицинский
университет
им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава РФ

— золотой фонд БСМП —



СВЕДЕНИЯ О ПООЩРЕНИЯХ				И НАГРАЖДЕНИЯХ	
№ записи	Дата			Поощрения и награждения	На основании чего внесена запись (документ, его дата и номер)
	Год	Месяц	Число		
1	2			3	4
1978	1978	XI	04	За достижение успехов в медицинском обслуживании премирован денежной премией в сумме 6 руб.	Пр. № 175 от 6.11.78.
	1978	06	16	За высокие показатели в труде и участие в общественной жизни коллектива объявлена благодарность	Пр. № 95 от 16.06.78.
				Д-р. врач Алвинов В.	
	1980	06	11	Объявлена благодарность в честь дня медицинского работника	Пр. № 256 от 11.06.80.
	1981	11	04	— " — — " —	Пр. № 375-А
12	1982	16	06	Объявлена благодарность	Пр. № 266 от 16.06.82.
	1984	11	05	Объявлена благодарность за добросовестный труд	Пр. № 426 от 5.11.84.

—золотой фонд БСМП—



Трудовая книжка

Фамилия Медведев

Имя Эдуард

Отчество Степанович

Год рождения 1946

Образование: начальное, среднее, высшее
(подчеркнуть)

Профессия врач

Подпись владельца Трудовой книжки Медведев

Дата заполнения Трудовой книжки 2 августа 72 г.

19 11 03

В БСМП Эдуард Степанович проработал 32 года. Многие помнят, как уважительно его звал медицинский персонал – МЭС! Это был знак качества!

Мало кто из пациентов знал анестезиолога Медведева. Такова реальность специальности. Но все-таки это было время, когда работника медицины уважали, а престиж врача анестезиолога-реаниматолога был настоящим. За то, что этот тяжелый труд по интенсивности информационной нагрузки сопоставим с работой авиадиспетчера, когда выбор единственно правильного решения ограничен минимальным временным интервалом. Больные у врача анестезиолога-реаниматолога самые тяжелые. Ответственность колоссальная. Одним словом – профессия является одной из самых рискован-

О ПОощРЕНИЯХ				И НАГРАЖДЕНИЯХ	
№ записи	Год	Месяц	Число	Поощрения и	награждения
1	2	3	4	5	6
	1974	11	05	В связи с 30-летием со дня рождения, за добросовестный труд и активный вклад в развитие работы больницы, признан лучшим врачом.	Вашин 5701 Бр. за добро- и чуткое отно- шение к больным. наградить твоей Купур.
	1977	11	07	За добросовестный труд и активный вклад в развитие работы больницы.	Ознакомление с указом с приказом объявить благодар- ным.
	1978	7	01	За высокие показатели в труде и уважение коллег.	показатели в труде в общест- венной сфере об- радоваться.

10

11

— золотой фонд БСМП —

СВЕДЕНИЯ О				НАГРАЖДЕНИЯХ * АТ-III № 0338278		
№ записи	Дата			Сведения о награждениях о присвоении	орденами и медалями, почетных званий	На основании чего внесена запись (документ, его дата и номер)
	число	месяц	год			
1	2			3		4
	09	06	2000	Н.С. Губ. 16 км. За многолетнюю, плодотворную работу и в связи с 25-летием больницы объявлено благодарственное и награжден за семейной пре- мией	Н.С. Карповича	Трудовой от 09.06.2000 № 155-D
	13	06	2006	За многолетнюю плодотворную работу и новаторство. Дня работнике благодарности	Н.С. Карповича в связи с празд- нованием 25-летия больницы	Трудовой от 13.06.2006 № 145-D
7						

ных, самых изматывающих физически и психологически, вплоть до развития синдрома эмоционального выгорания и множества серьезных болезней.

Многолетний старший ординатор отделения анестезиологии БСМП, лауреат Краевой премии анестезиологов-реаниматологов имени Р.Г. Алехиной Эдуард Степанович Медведев в шутку и всерьез говаривал молодым врачам:

- Спинномозговая анестезия – это осложнение «пидуральной» анестезии.
- У нас, как у летчиков, все случается при взлете и посадке (начало и конец наркоза).
- Не кефир и не сметана не заменят фторотана.
- И смотри, чтобы кашлевой рефлекс был сохранен.
- Рассчитывай дозу препарата не на мл/кг, а на «кг/мозгов».
- Наркотики, карту и жену – никому.

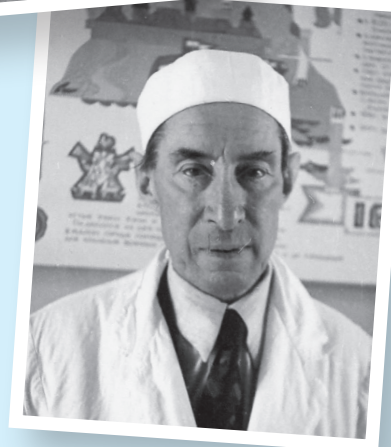
Он мог долго вспоминать-рассуждать об этапах жизненного пути: «...водка, лодка и молодка, потом – кино, вино и домино, а в заключение – кефир, клистир и теплый сортир». И о периодах работы по специальности: «...первый – ничего не знаю и всего боюсь, второй (самый опасный) – все знаю, ничего не боюсь, третий – все забыл, и снова страшно...»

Эдуард Степанович был многолетним штатным Дедом Морозом в отделении анестезиологии. Это был Праздник! В больнице уже давно работает куча тех самых ребятишек, к которым приходил Дед-МЭС со Снегурочкой. А его блины с красной икрой!.. А слово «сказка», которое он говорил на всё про всех. Его бурчание...

О нем, очень добром и хорошем человеке Эдуарде Степановиче Медведеве останется у нас светлая память.

АВТОР

врач I инфекционного отделения
КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»



АНКЕТА

ветерана Великой
Отечественной войны

Место для фото ветерана (наши дни)	<i>Абрамович</i> (фамилия) <i>Сеннадий</i> (имя) <i>Ершарьевич</i> (отчество)	Место для фотогра- фии ветерана (теп. войск, военны гласко войная
Число, месяц, год рождения	<i>15 февраля 1908г.</i>	
Место рождения	<i>д. Волна Батайский р-н БАССР</i>	
Национальность	<i>Еврей</i>	
Образование	<i>фельдшерская школа 1937г.</i> (тип, год окончания)	
Гражданство	<i>д/н</i> (год и месяц вступления в гражд. БССР)	
Состоял ли в рядах ВЛКСМ	<i>не</i> (с какого года)	
В составе какой воинской части, партизанского отряда, подпольной организации, на каких фронтах воевал, где трудился в годы войны		
<i>Северно-Батайский фронт. 2511 км. фронт.</i>		
Какие имеет правительственные награды и за что награжден		
<i>за службу, за боевые заслуги, За победу над</i> <i>Германией, За доблестный труд в годы войн.</i>		
Кто из родственников погиб в годы войны		
<i>д/н, родственник В.М. Ленинца</i> <i>брат жены</i>		
Род занятий в довоенный период	<i>фельдшер</i>	
Какую ведет общественную работу в настоящее время	_____	
Место работы и должность в послевоенный период		
<i>д-рм №2, фельдшер БСМП</i> (обязательно указать название района, города, где расположено предприятие)		

организации, учреждения, учебное заведение и
Домашний адрес и № телефона Грайнов
д. дом 135 кв. 58

Краткое описание наиболее памятных эпизодов на
Отечественной войне, перечень военных операций
ветеран участвовал.

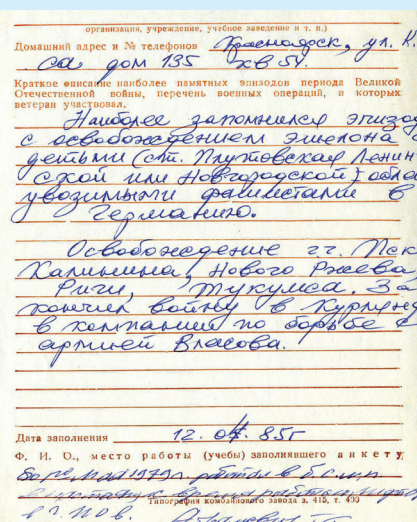
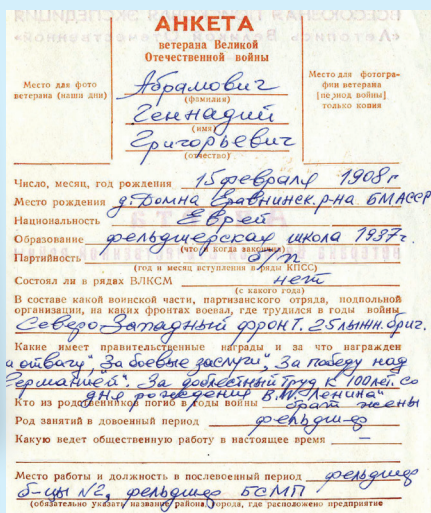
Наиболее запомнился эпизод
с освобождением эшелона
детьми (ст. Пугачевская Ленин-
ской или Новгородской) во
взрывчатке факетками в
Германию.

Освобождение ст. Тек-
Карининна, Нового Явсва
Рычи, Муксомса, За-
хвещен бойца в Курдине
в котелании по службе в
армии Власова.

Дата заполнения 12.04.85г

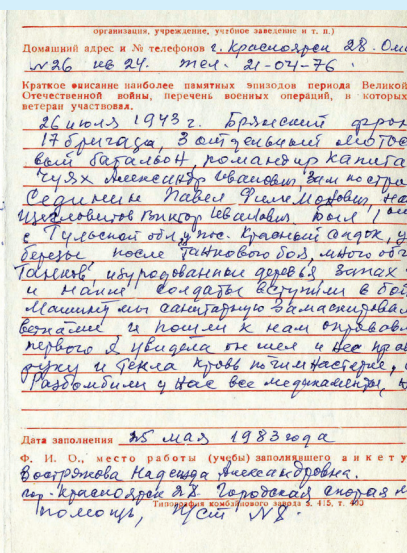
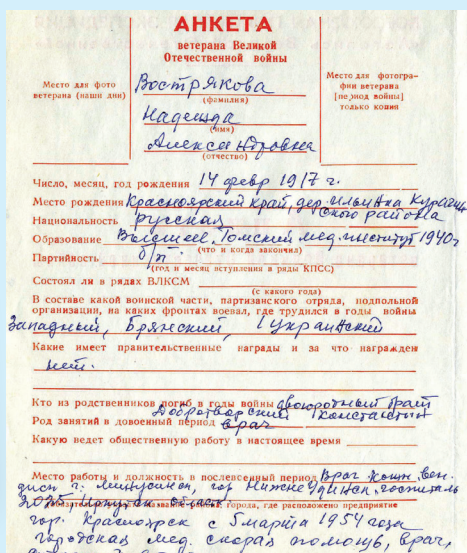
Ф. И. О., место работы (учебы) заполнявшего анкету,
Березняк 1979г. работал в ст. П.
Самарская с. Березняк, работал в ст. П.
с 01.10.08. Работал в ст. П.

Титулярный коллежский записчик 2, 415, 1, 493



Обращаясь к истории нашей больницы, стоит добавить, что со времени ее основания в подразделение входила служба скорой медицинской помощи, а также на протяжении более десяти лет на базе БСМП располагалось медицинское училище № 3.

A black and white portrait of an elderly woman with dark hair pulled back, wearing large, round-rimmed glasses. She is looking directly at the camera with a neutral expression. She is wearing a dark-colored blouse with a light-colored floral pattern. On her left chest, there are several medals and ribbons, including a large rectangular medal and a circular one. The background is dark and out of focus. The photo is mounted on a light-colored card with a white border.



A black and white portrait of a young woman with dark hair styled in a wavy, shoulder-length cut. She is wearing a dark, high-collared dress with a visible button. She has a slight smile and is looking directly at the camera. The photograph is mounted on a light-colored card with a white border.



— золотой фонд БСМП —

Сенкевич Вера Яновна – директор медицинского училища № 3 при БСМП.

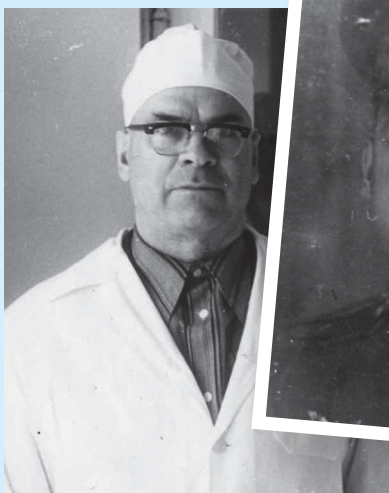
1942 год – врач запасного полка (г. Ачинск). С августа 1942 года – врач в/ч № 338 города Каменка-Бугская Львовской области.

«Ощущение возможного начала войны постоянно владело нами. Весной 1941 года стало известно о перемещении немецких войск к границам Советского Союза. В своем дневнике я сделала такую запись: «Война неизбежна»...



Миронов Николай Иванович – преподаватель медучилища № 3.

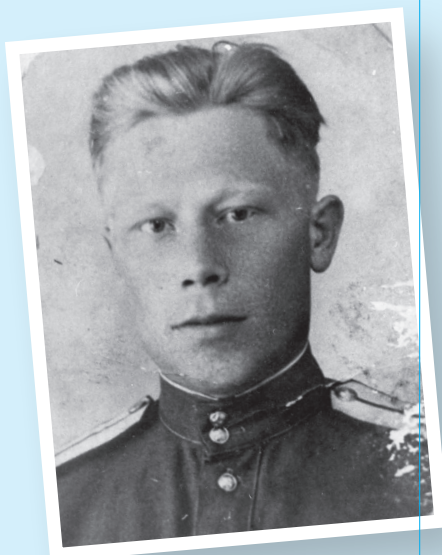
Врач 275-го стрелкового полка, Воронежский фронт. Участвовал в боях на Курской дуге по освобождению Белгорода и Харькова, а также в уничтожении Берлинской группировки.



Озерянский Иван Андреевич – лаборант медучилища № 3.

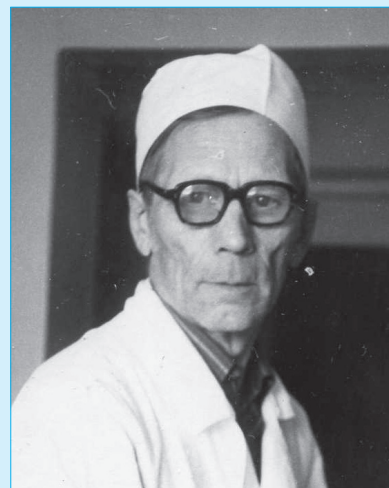
Начальник радиостанции, командир связи воздушно-десантной бригады 3 Украинского фронта. Участвовал в боях на территории Венгрии и Австрии.

— золотой фонд БСМП —



**Юхин Алексей Николаевич –
рентген-лаборант БСМП.**

Фельдшер роты 9-го олене-лыж-
ного батальона 155 стрелкового
полка, 3-его батальона, Карельский
фронт.



АНКЕТА
ветерана Великой
Отечественной войны

Место для фото
ветерана (наша фото)

Место для фотогра-
фия ветерана
[поэзия войны]
только новая

Число, месяц, год рождения 15 февраля 1908г
Место рождения д. Домна Братинская р.н. Б.Масер
Национальность Еврей
Образование фельдшерская школа 1937г.
Партийность нет
Состоял ли в рядах ВЛКСМ нет
В составе какой воинской части, партизанского отряда, подпольной
организации, на каких фронтах воевал, где трудился в годы войны
Северо-Западный фронт. 25-й стрел. фронт.
Какие имеет правительственные награды и за что награжден
«Ордена», «За боевые заслуги», «За победу над
Германией». За доблестный труд к 100-летию со
дня рождения В.И. Ленина»
Кто из родственников погиб в годы войны брат жены
Род занятий в довоенный период фельдшер
Какую ведет общественную работу в настоящее время —
Место работы и должность в послевойенный период фельдшер
Б-цы №3, фельдшер БСМП
(обязательно указать название района, города, где расположено предприятие)

организация, учреждение, учебное заведение и т. п.)
Домашний адрес и № телефонов Красноярск, ул. К.
Са, дом 135 кв. 51.
Краткое описание наиболее памятных эпизодов периода Великой
Отечественной войны, перечень военных операций, в которых
ветеран участвовал.
Наиболее запомнился эпизод
с освобождением эшелонов
действия (с.м. Мухомовская Ленин-
градской или Новгородской) оврага
уводимыми фашистами в
Германию.
Освобождение г.г. Мск
Калининград, Новгорода,
Рязань, Тукумса, За-
падной войны в Курляндии
в компании по борьбе с
армией Власова.
Дата заполнения 12.04.85г
Ф. И. О., место работы (учебы) заполнявшего анкету:
Борисов 1979г. работы в БСМП
Среднеазиатский фронт, районный врач,
г.г. Ново-...



**Лукьяненко Мария Ефимовна
– медсестра II инфекционного
отделения.**

Боец связист-телефонист, ар-
тиллерийско-зенитная дивизия
53736/308, Калининский фронт.



Мой воспоминаний о Войне
в Лукьяненко Мария Ефимовна
(Сусаруква) родилась в гор. Уфе
13.08.1925г.
Когда грянула Великая Отечествен-
ная война, в с первых дней
сразу же пошла работать в
Э.В. восточной 13/30 санитарной
где училась и закончила Курсы
медсестринских сестер. В 1943 году
по призыву Комсомольцев на все на-
фронт, «за дело победы» доброволь-
но пошла в армию, служила
в Артиллерийско-зенитной дивизии
№ 53736/308. Непосредственно
в составе Действующей армии
с 1.09.44, по 9.5.45 года находилась
на Калининском фронте, в районе
города Ржев, Великие Луки,
Тверь, Мстислав и др.
служила боец-связист-телефонист.
Вместе много было успехов
медсестер, мужские были только
Колондари и шиферы
в приключении угостить в боях
сестричка связь, дежурить у
телефона,

—золотой фонд БСМП—

Не могу не назвать сотрудников БСМП, не оставивших воспоминаний об участии в боевых действиях.

Буткевич Анатолий Израилевич – первый заведующий II инфекционного отделения.

Лебедева Феоктиста Михайловна – хозяйка общедома.

Радзюкевич Валентин Кузьмич – лифтер.

Чиняков Николай Иванович – слесарь-сантехник.

Ермоленко Алексей Федорович – лифтер.

Коняшкина Наталья Ивановна – медсестра I инфекционного отделения.

Тимошенко Сергей Федорович – дворник.

Балашов Евгений Семенович – вахтер общедома.



Этот стенд «ОНИ ЗАЩИЩАЛИ РОДИНУ!» своей постоянной экспозицией в 70-80-е годы служил напоминанием о великом подвиге наших сослуживцев. Пока жива Память об этом – не уйдет в забвение их Подвиг, и будет бесконечно во времени «Шествие Бессмертного полка БСМП»!

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

от пациентки I травматологии
Романовой Надежды Афанасьевны

Хочу поблагодарить
травматолога Тохина Александра
Степановича за его чуткое
отношение к больным, за
его благородный труд, умную
голову и умелые руки, а
так же мед. персонал,
санитарку Галину.

Главному врачу
К.Г.Б.З., КМК.Б.С.М.П. им. Н.С. Карповича
А.Б. Когану.

Главному врачу КГБУЗ
«КМКБСМП
им. Н.С. Карповича» А.Б. Когану.

Хочу поблагодарить травматолога
Бохина Александра Степановича за
его чуткое отношение к больным,
за его благородный труд, умную
голову и умелые руки, а также мед-
персонал, санитарку Галину.

От пациентки I травматологии
Романовой Надежды Афанасьевны

Главному врачу Когану А.Б. от
пациентки кардиологического
отделения Колот Зои Ивановны

Уважаемый Аркадий Борисович,
прошу Вас поощрить персонал
кардиологического отделения за
добросовестное, милосердное от-
ношение к больным. Особо хочу
отметить лечащего врача Наталью
Юрьевну Шимохину, медицинскую
сестру Надежду Александровну
и процедурную медсестру Свету.
В отделении уютно, атмосфера
доброжелательная, пища вкусная,
всегда горячая, разнообразная, бу-
фетчицы добрые и внимательные.
Всем огромное спасибо!

С уважением, Колот З.И.
17.02.2017

Курьева И.А.
Врач

Главному врачу
Когану А.Б.
от пациентки
кардиологического
отделения
Колот Зои Ивановны.

Уважаемый Аркадий Борисович,
прошу Вас поощрить персо-
нал кардиологического
отделения за добросовестное
милосердное отношение
к больным. Особо хочу
отметить главного врача
Наталью Юрьевну Шимохину,
медицинских сестер Надежду
Александровну и Свету - про-
цедурную мед.сестру. В отделении
уютно, атмосфера доброжелатель-
ная, пища вкусная, всегда
горячая, разнообразная, буфетчи-
цы добрые и внимательные.
Всем огромное спасибо!

17.02.17
КМКБСМП
С. Карповича

от всей души

**Главному врачу БСМП
А.Б. Когану
от Н.Д. Савватеевой**

Уважаемый Аркадий Борисович!

Огромное Вам спасибо за то, что Ваша больница и ее персонал потратили много душевных сил и профессионального мастерства, чтобы подлечить нашу подругу, а Вашу пациентку Людмилу Петровну Фролову, которая лежала в III гнойной хирургии с 24 сентября по 18 ноября. Особенно хочется поблагодарить ее лечащего врача Виталия Юрьевича Безрученко, который не только делал все необходимые назначения, но и никогда не отказывался от общения с друзьями Людмилы Фроловой, просто, спокойно и душевно говорил с ними, объясняя, что необходимо делать для поддержания ее здоровья. Мы, ее друзья, собрали деньги и наняли в больнице сиделку Майю, которая тоже многое сделала для нашей подруги, советуясь с медсестрами, которые говорили ей о рекомендациях врача: какие мази использовать и т.п., и она следовала неукоснительно всем его назначениям.

Спасибо Вам и за доброжелательную атмосферу, созданную в Вашей больнице, которая, естественно, коснулась и отношения к Людмиле Фроловой. Все это в буквальном смысле продлило ей жизнь, и она дожила до своего 70-летия, которое хоть и прошло в больнице, но не в одиночестве, а среди друзей и окружавших ее людей, которые прекрасно к ней относились.

Благодарю Вас и Ваших коллег от себя и своих друзей, которые бывали у Людмилы Фроловой и видели, что кроме врачебного долга здесь была проявлена еще и душевная щедрость. Спасибо Вам!

*С уважением,
Наталья Савватеева.*

Главному врачу БСМП А.Б. Когану
от Н.Д. Савватеевой: Москва,
13 Парковая, 11, кв. 80

Уважаемый Аркадий Борисович!

Огромное Вам спасибо за то, что Ваша больница и её персонал потратили много душевных сил и профессионального мастерства, чтобы подлечить нашу подругу, а Вашу пациентку Людмилу Петровну Фролову, которая лежала в 3-й гнойной хирургии с 24 сентября по 18 ноября. Особенно хочется поблагодарить её лечащего врача Виталия Юрьевича Безрученко, который не только делал все необходимые назначения, но и никогда не отказывался от общения с друзьями Людмилы Фроловой, просто, спокойно и душевно говорил с ними, объясняя, что необходимо делать для поддержания её здоровья. Мы, её друзья, собрали деньги и наняли в больнице сиделку Майю, которая тоже многое сделала для нашей подруги, советуясь с медсестрами, которые говорили ей о рекомендациях врача: какие мази использовать и т.п., и она следовала неукоснительно всем его назначениям.

Спасибо Вам и за доброжелательную атмосферу, созданную в Вашей больнице, которая, естественно, коснулась и отношения к Людмиле Фроловой. Всё это в буквальном смысле продлило ей жизнь, и она дожила до своего 70-летия, которое хоть и прошло в больнице, но не в одиночестве, а среди друзей и окружавших её людей, которые прекрасно к ней относились.

Благодарю Вас и Ваших коллег от себя и своих друзей, которые бывали у Людмилы Фроловой и видели, что кроме врачебного долга здесь была проявлена ещё и душевная щедрость. Спасибо Вам!

С уважением,

Наталья Савватеева.

Мои координаты:

8-495-465-59-79 (тел./факс/автоотв.)

8-909-923-63-40

nsavvateeva@mail.ru

**Главному врачу КГБУЗ
«КМКБСМП
им. Н.С. Карповича» А.Б. Когану
от Кузина
Владимира Николаевича**

Заявление

«Ходатайствую о поощрении особо одаренных профессиональной медицинской этикой подчиненных Вам врачей».

На протяжении 5 лет я в плановом порядке прохожу лечение в отделении сосудистой хирургии.

В Госпитале в хирургическом отделении мне предлагали ампутировать правую ногу.

от всей души

Обратившись к заведующему отделением вверенной Вам больницы Кулагину С.В. и доценту Толстихи-ну Владимиру Юрьевичу, я нашел профессионалов в области лечения сосудистых заболеваний.

Под непосредственным контролем Толстихина В.Ю. лечащий врач-профессионал Анциферов Антон Владимирович внедрил в методику лечения моего недуга все передовое, вследствие чего я не потерял ни одного пальца.

Антон Владимирович Анциферов имеет высокую внутреннюю культуру врачебной этики, духовность врача, он освоил широкое поле воздействия на улучшение самочувствия пациента.

Он заинтересованно старается оказать помощь пациенту независимо от формы заболевания.

Это образ врача будущего нашей медицины. Скрамность, воспитанность, профессионализм, исключительная корректность – это Антон Владимирович.

Большую роль в моем оздоровлении в период лечения играет медсестра Савченко Евгения Леонидовна, владея искусством безболезненно вводить капельницы. Всегда корректна, учтивая, требовательна к пациенту, соблюдая режим приема медпрепарата.

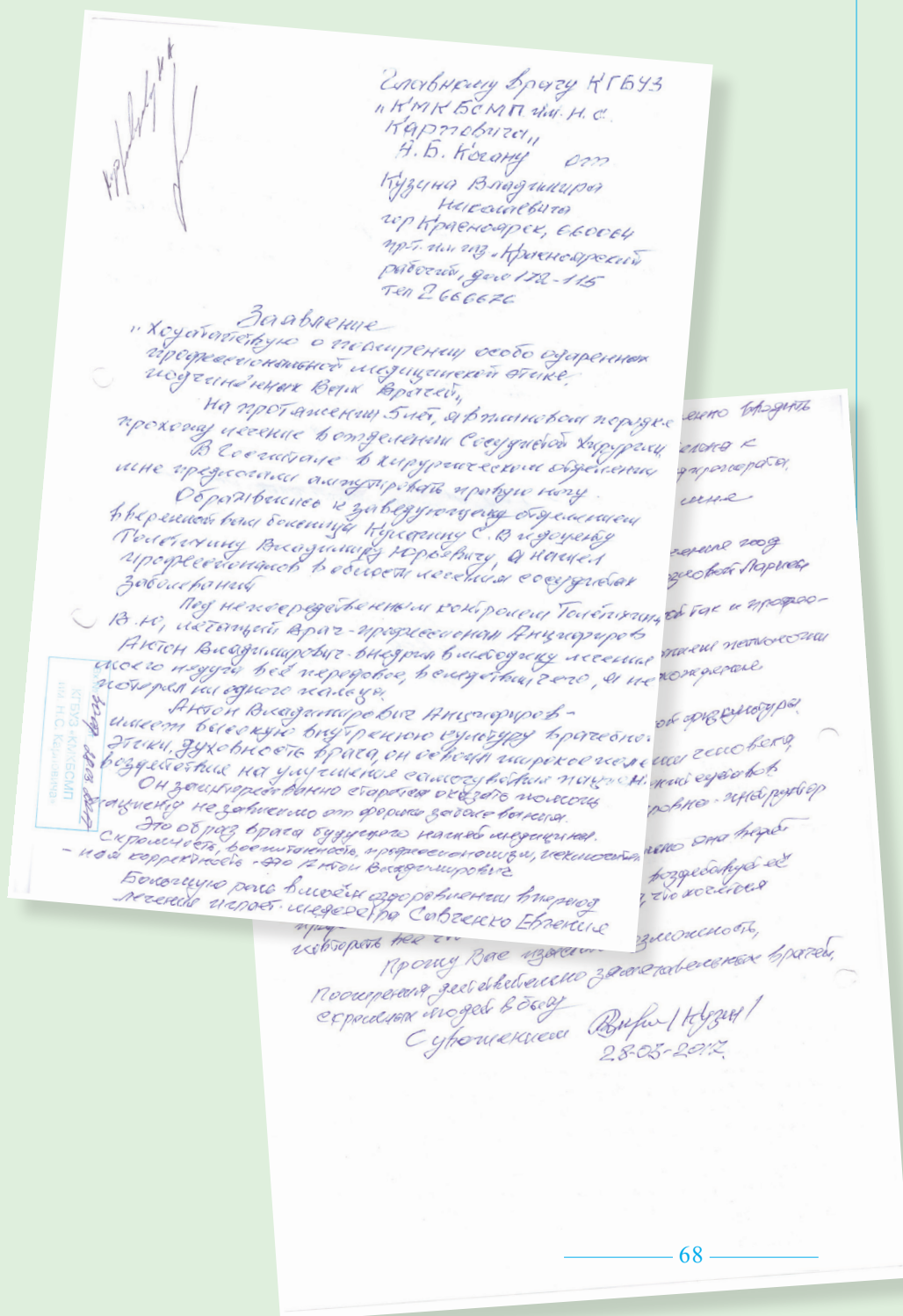
По рекомендации лечащего врача мне назначено физиолечение. Много лет прохожу курс физиолечения под наблюдением врача-физиотерапевта Козловой Ларисы Петровны.

Врач глубокой как общечеловеческой, так и профессиональной культуры. В совершенстве владеет пониманием психологии пациента, лично контролирует процесс прохождения процедуры.

Впервые прошел курс лечебной физкультуры. Поражен широтой знаний физиологии человека, его кинематической схемы соединений суставов. Зимина Людмила Александровна – инструктор по лечебной физкультуре. Как убедительно, профессионально она ведет занятия. Так тонко психологически воздействует ее профессиональная речь на пациента, что хочется повторять все, что она повествует.

Прошу Вас изыскать возможность поощрения действительно замечательных врачей, скромных людей в быту.

С уважением,
Кузин В.Н.
28.03.2017



случай из практики

ОПЕРАЦИЯ НА ПОЛНОСТЬЮ ВЫКЛЮЧЕННОЙ ИЗ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПЕЧЕНИ

АВТОР

С.Г. Маслов

С.Г. Маслов КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

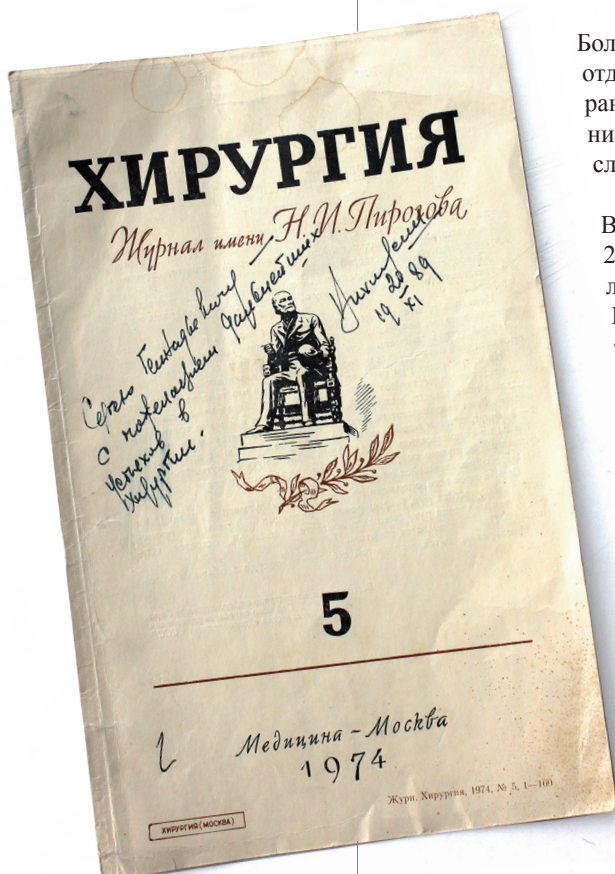
Травмы печени нередко сопровождаются массивным кровотечением. Разработаны и применяются на практике приемы временного гемостаза, что дает возможность наилучшим образом обработать рану печени и осуществить окончательную остановку кровотечения. Чаще всего используют методы компрессии части органа, тампонады, наложение турникета на гепато-дуаденальную связку. Крайне редко хирург встречается с необходимостью полного исключения печени из кровообращения как единственного приема для осуществления окончательного гемостаза.

Больной Н., 34 года, доставлен в приемно-диагностическое отделение БСМП, 19.11.1989 с диагнозом «колото-резаное ранение передней брюшной стенки». Состояние при поступлении стабильное, жалобы на умеренные боли в области раны, слабость. Пульс 96, давление 120/70.

В эпигастрии, в проекции правой прямой мышцы, рана 2,5*0,5 см, не кровоточит. Произведена обработка – установлен проникающий характер ранения в брюшную полость. Под эндотрахеальным наркозом верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости до 100 мл крови. При ревизии раны на границе 2-3 сегментов левой доли печени имеется рана 2,0*0,5 см, прикрыта сгустком. Рана ревизована: раневой канал до 10 см идет слева направо, снизу вверх, спереди назад, по направлению к кавальным воротам. При этом началось массивное кровотечение. Тампонада. Взяты на турникет гепатодуаденальная связка, нижняя полая вена. Кровотечение продолжается. Разрез переведен в торакоабдоминальный по 7-му межреберью справа. Вскрыт перикард. Пальцевое сжатие нижней полой вены, затянуты турникеты на ранее наложенные сосуды. Рана печени расширена до необходимых размеров. При этом выявлено ранение нижней полой вены в устье левой печеночной вены размером 2,5*0,2 см. Рана ушита со стенозированием устья печеночной вены на 2/3. Учитывая данные обстоятельства, а также размеры раневого канала произведены левосторонняя кавальная лобэктомия, дренирование брюшной полости, правой

плевральной полости. Послеоперационный период без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Больной продемонстрирован на Красноярском обществе хирургов под председательством профессора Бориса Степановича Гракова.



Уважаемые коллеги!

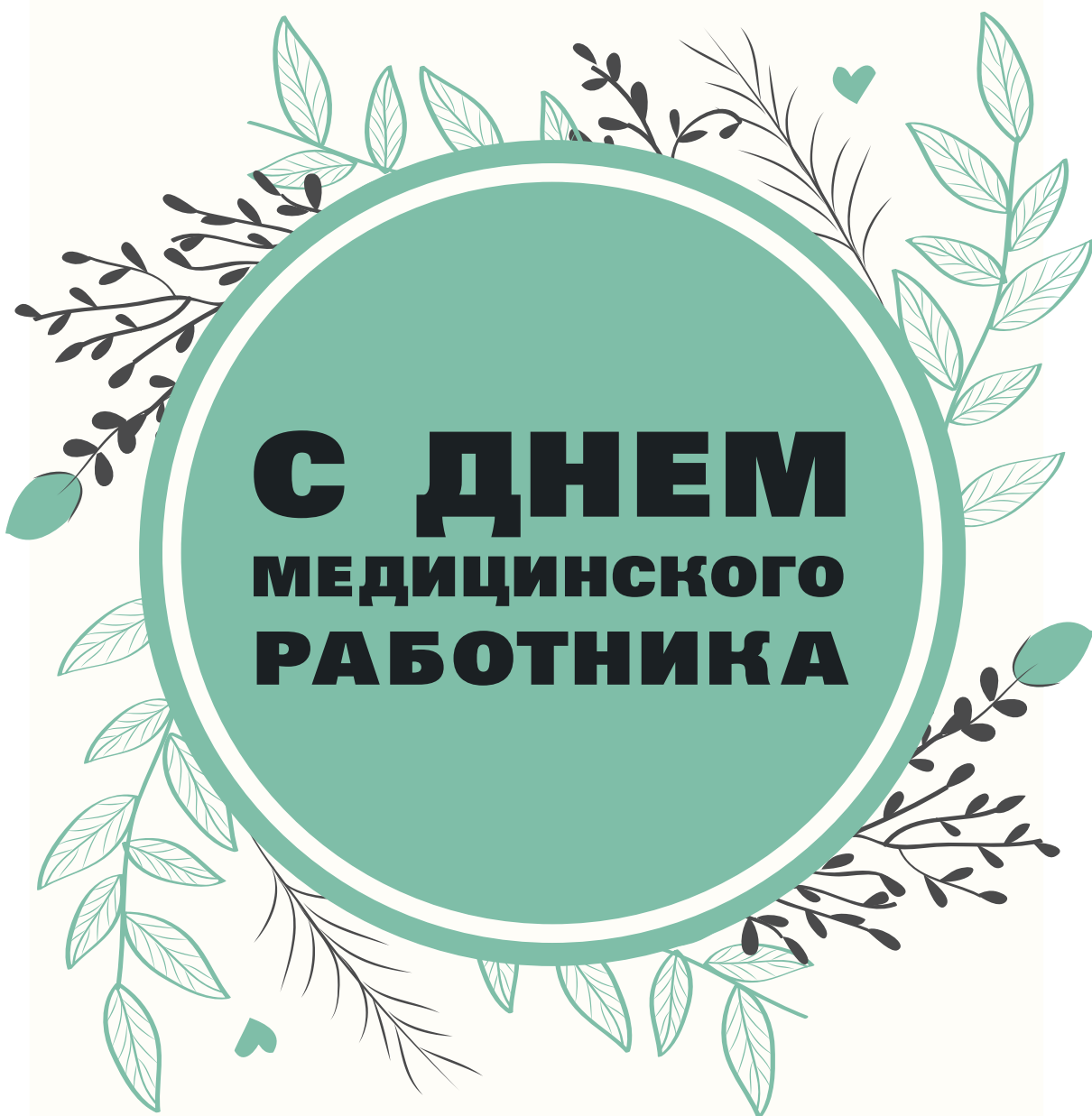
Поздравляем вас с профессиональным
праздником!

Желаем вам счастья, здоровья и сил в
такой необходимой работе!

Побольше любви, доброты и
понимания от пациентов и родных!

И огромное спасибо за ваш
нелегкий труд!

С уважением, Сибирь Медик Групп



MEDSINTES

group



С днем
медицинского работника!