



# БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Аркадий Борисович Коган:  
**КАЖДЫЙ ДЕНЬ РАБОТЫ БОЛЬНИЦЫ –  
ЭТО ЧЬЯ-ТО СПАСЕННАЯ ЖИЗНЬ,  
ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ БОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ?!**

---

*стр. 13*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО КОНКУРСА  
«АБИЛИМПИКС» В Г. КРАСНОЯРСКЕ

---

*стр. 15*

ОКАЗАНИЕ СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ  
ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОМ ЗМЕЙ

---

*стр. 27*

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ  
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА ОЗЕРЕ ПЛАХИНО  
(БОРОВОЕ)

— *поздравления* —

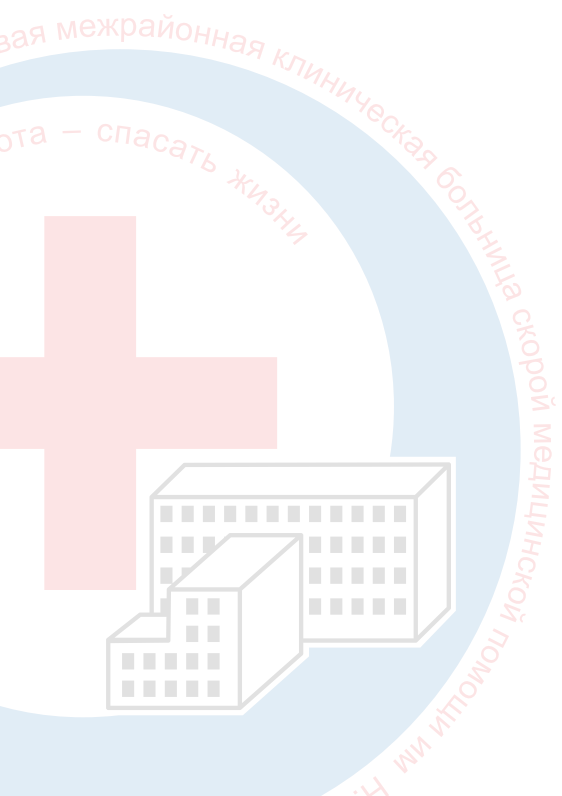


**В.Н. Ярин**  
Министр здравоохранения  
Красноярского края

*Дорогие друзья!  
Примите самые искренние  
поздравления с наступающим  
Новым годом!*

Вряд ли возможно переоценить вклад БСМП в сферу здравоохранения нашего города и края. Круглосуточная вахта работников больницы на благо здоровья сограждан действительно заслуживает уважения. БСМП продолжает развиваться – повсеместно внедряются новые методики лечения, повышается качество технического оснащения. Да, в наше время уровень здравоохранения не может быть передовым без использования инновационного оборудования, но не в этом главная причина, по которой врач становится настоящим экспертом. В первую очередь профессионализм заключается непосредственно в навыках работника и в желании их развивать. Именно такие специалисты трудятся в БСМП! Особенно радует преемственность поколений врачей – выпускники медицинских университетов, приходя работать в больницу, успешно и с охотой перенимают многолетний опыт своих старших наставников, что позволяет сохранить проверенный временем вектор развития красноярской БСМП! Решающая роль в выздоровлении пациентов принадлежит человеку!

Наступающий год будет сложным. Перед нами стоят масштабные задачи, в том числе – планируемый ввод в эксплуатацию нового хирургического корпуса. Но я уверен, что нет такой трудности, с которой мы не могли бы справиться! Дорогие друзья! От всей души желаю в новом году здоровья, удачи, благополучия вам и вашим близким!



—поздравления—

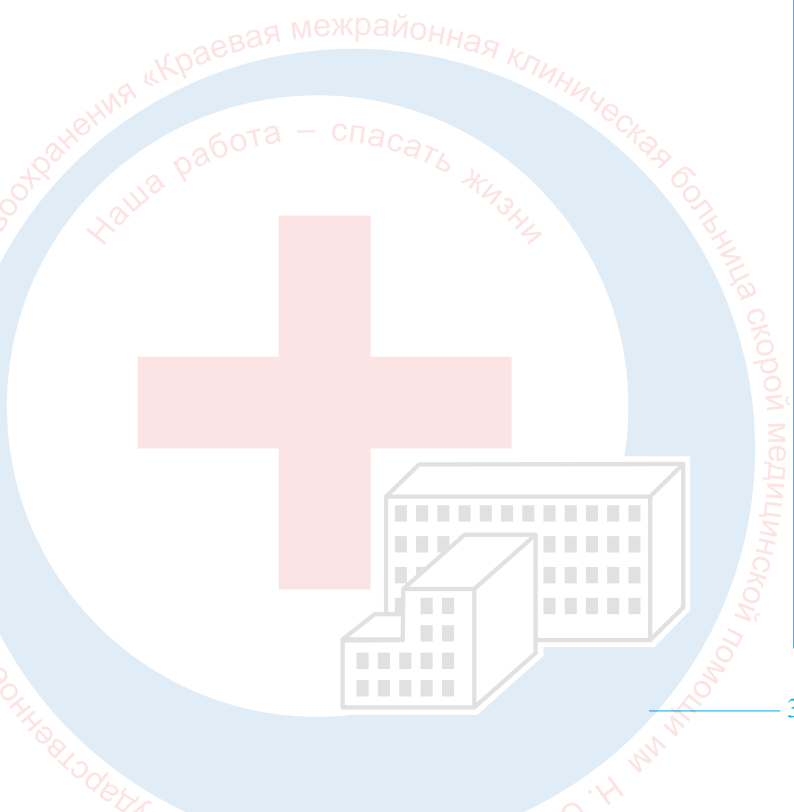


**А.Б. Коган**  
Главный врач

*Уважаемые коллеги!  
Дорогие друзья!*

Наша больница работает в круглосуточном режиме ежедневно, не зная выходных и праздников, – такова специфика оказания экстренной и неотложной помощи. В следующем году этому распорядку исполнится 45 лет. Подобный темп возможен лишь благодаря вам – работникам БСМП. Только ваш слаженный и самоотверженный труд позволяет безотлагательно спасать жизни тех, кто в этом нуждается. Больница – это прежде всего люди, которые в ней работают.

От всей души поздравляю вас с наступающим Новым годом! Всем вам желаю прежде всего духовных и физических сил, так необходимых в нашей деятельности! Пусть работа приносит радость! Пусть ваши профессиональные стремления не иссякают, не пропадает желание помочь больному! Да, не все пациенты бывают благодарными, но все мы люди – преодолеть это помогут терпение и следование своему призванию. Я желаю крепкого здоровья вам и вашим близким! Пусть следующий год принесет только добро и счастье! Спасибо вам за ваш труд!



— *знаменательные даты* —

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

**Марченко Ольгу Владимировну,**  
медицинскую сестру процедурную  
гинекологического отделения

**Рябинину Нину Павловну,**  
сторожа (вахтера) приемного отделения

**Гендина Олега Александровича,**  
врача травматолога-ортопеда  
2-го травматологического отделения

**Вершинскую Веру Леонидовну,**  
врача стоматолога-хирурга  
стоматологического отделения

**Бакшееву Маргариту Петровну,**  
старшую медицинскую сестру  
эндоскопического отделения

**Финогенко Тамару Андреевну,**  
врача-бактериолога  
бактериологической лаборатории

**Варкулевич Светлану Николаевну,**  
повара пищеблока

**Пашкевич Валентину Николаевну,**  
врача-физиотерапевта  
физиотерапевтического отделения

**Адаменко Галину Георгиевну,**  
санитарку стоматологического отделения

**Гриняеву Елену Николаевну,**  
сторожа (вахтера) пищеблока

**Чижикову Инну Константиновну,**  
биолога клинко-диагностической лаборатории

**Кудрявцева Николая Александровича,**  
заместителя главного врача  
по кадровой и правовой работе

**Назарову Татьяну Ильиничну,**  
санитарку приемного покоя  
1-го инфекционного отделения

**Козлову Ларису Петровну,**  
врача-физиотерапевта  
физиотерапевтического отделения

**Закомолкину Ирину Николаевну,**  
маляра отдела по содержанию  
зданий и сооружений

**Воробьеву Марию Павловну,**  
санитарку приемного покоя  
1-го инфекционного отделения

**Артюхову Татьяну Валентиновну,**  
медицинскую сестру приемного отделения

**Григорьеву Марию Алексеевну,**  
оператора вычислительных машин  
отдела главного механика  
и энергетической службы

**Обморокову Галину Валентиновну,**  
медицинскую сестру приемного отделения

**Спиридонова Анатолия Викторовича,**  
врача травматолога-ортопеда  
2-го травматологического отделения

**Трофимову Наталью Валентиновну,**  
гардеробщика  
административно-хозяйственного отдела

**Богдашину Елену Борисовну,**  
санитарку 1-го инфекционного отделения

**Волкову Антонину Тимофеевну,**  
лифтера отдела главного механика  
и энергетической службы

**Петрову Татьяну Андреевну,**  
повара пищеблока

**Коневу Светлану Леонидовну,**  
врача-диетолога пищеблока

**Бардаеву Ольгу Георгиевну,**  
врача-дерматовенеролога приемного отделения

**Шевякову Галину Анатольевну,**  
медицинскую сестру перевязочную  
нейрохирургического отделения

**Свиридову Аллу Ивановну.**  
санитарку клинко-диагностической лаборатории

**Сучкову Тамару Сергеевну,**  
санитарку 2-го инфекционного отделения

**Белоусова Михаила Александровича,**  
заведующего отделением,  
врача травматолога-ортопеда  
1-го травматологического отделения

**Бочкову Валентину Осиповну,**  
заведующую хозяйством общежития

**Кароян Циру Георгиевну,**  
медицинскую сестру палатную  
гинекологического отделения

**Турий Ирину Васильевну,**  
врача ультразвуковой диагностики отделения  
ультразвуковой диагностики

— знаменательные даты —

**Степанову Валентину Павловну,**

ведущего экономиста  
планово-экономического отдела

**Черных Александра Николаевича,**

заведующего отделением,  
врача-хирурга 2-го хирургического отделения

**Сак Елену Сергеевну,**

врача-инфекциониста приемного покоя  
1-го инфекционного отделения

**Соболеву Галину Михайловну,**

лифтера отдела главного механика  
и энергетической службы

**Староватову Надежд Альбертовну,**

фармацевта аптеки

**Халиуллину Анузю Харисовну,**

уборщика отделения функциональной  
диагностики

**Сат Екатерину Дыртый-ооловну,**

санитарку нефрологического отделения

**Геник Ирину Леонидовну,**

гардеробщика приемного отделения

**Смирнова Андрея Николаевича,**

врача-патологоанатома  
патологоанатомического отделения

**Монгуш Маргариту Баир-ооловну,**

медицинскую сестру палатную  
неврологического отделения

**Тагирову Ларису Анатольевну,**

медицинскую сестру палатную  
2-го инфекционного отделения

**Ширко Тамару Трифоновну,**

врача-эндоскописта эндоскопического отделения

**Левшина Николая Никитовича,**

сторожа (вахтера)  
административно-хозяйственного отдела

**Зинкевич Сергея Александровича,**

врача-инфекциониста приемного покоя  
1-го инфекционного отделения

**Колодяжную Ирину Александровну,**

руководителя группы бухгалтерии

**Харченко Владимира Ивановича,**

лифтера отдела главного механика  
и энергетической службы

**Рыхтер Нину Дмитриевну,**

медицинскую сестру палатную  
2-го травматологического отделения

**Леоненко Светлану Александровну,**

уборщика служебных помещений  
административно-хозяйственного отдела

**Ватман Антонину Анатольевну,**

уборщика служебных помещений  
административно-хозяйственного отдела

**Тарасенко Татьяну Всеволодовну,**

повара пищеблока

**Цымбалистую Татьяну Александровну,**

санитарку рентгенологического отделения

**Учайкину Наталью Викторовну,**

буфетчицу-раздатчицу  
1-го травматологического отделения

**Мотовилову Валентину Витальевну,**

медицинского лабораторного  
техника патологоанатомического отделения

**Шрамову Оксану Геннадьевну,**

врача-уролога урологического отделения

**Данилову Ольгу Филипповну,**

врача-лаборанта клинико-диагностической  
лаборатории

**Сказку Марину Борисовну,**

лаборанта бактериологической лаборатории

редакторская коллегия



*Главный редактор:*

**А.Б. Коган**  
*Главный врач*



**Д.Э. Здзитовецкий**  
*Врач-хирург,  
д.м.н., доцент*



**Т.А. Зимина**  
*Заместитель  
главного врача  
по работе  
с сестринским  
персоналом*



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



**С.Г. Маслов**  
*Заместитель главного  
врача по хирургии*



**С.И. Ростовцев**  
*Врач анестезиолог-  
реаниматолог,  
д.м.н., доцент*



**Л.В. Торопова**  
*Заместитель  
главного врача  
по организационно-  
методической работе  
– заведующая отделом  
контроля качества  
медицинской помощи*



**И.Г. Юрикова**  
*Заместитель  
главного врача  
по экономическим  
вопросам*

содержание

стр. 8

новости

стр. 11

актуальное интервью

АРКАДИЙ КОГАН: «УВЕРЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ  
ПО ЗАДАННОМУ КУРСУ!»

стр. 13

наука и практика

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО КОН-  
КУРСА «АБИЛИМПКС» В Г. КРАСНОЯРСКЕ

стр. 15

наука и практика

ОКАЗАНИЕ СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ  
ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОМ ЗМЕЙ

стр. 19

наука и практика

ОТРАВЛЕНИЕ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОТРАВЛЕНИЯ

стр. 22

наука и практика

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ  
В Г. НАЗАРОВО

стр. 24

наука и практика

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ  
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

стр. 27

наука и практика

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ  
СОТРУДНИКОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ НА ОЗЕРЕ ПЛАХИНО (БОРОВОЕ)

стр. 33

от всей души

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЫ

стр. 34

из истории одного отделения

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ – 35!

стр. 40

золотой фонд БСМП

НАКАНУНЕ ЮБИЛЕЯ

стр. 44

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

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: Коган Аркадий  
Борисович (главный врач).  
Специалист по связям  
с общественностью:  
Любченко А.А.,  
тел.: 89138335043.

Телефоны:  
(391) 246-94-40 (стол справок),  
(391) 246-93-45, (391) 246-93-42  
(приёмный покой).  
Телефон доверия: (391) 246-94-23  
(круглосуточно).

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.  
Декабрь 2017 г.

За содержание рекламных  
материалов редакция  
ответственности не несет.

новости

## НАГРАДИЛИ ЛУЧШИХ



На еженедельном больничном совещании за многолетний добросовестный труд были торжественно вручены Почетные грамоты министерства здравоохранения Красноярского края заведующему I травматологическим отделением Михаилу Александровичу Белоусову и врачам-физиотерапевтам – Ларисе Петровне Козловой и Валентине Николаевне Пашкевич. Искренне поздравляем наших коллег с заслуженной наградой и желаем дальнейших успехов на профессиональном поприще!



## ОЛИМПИАДА ВОЗМОЖНОСТЕЙ

С 26 по 30 сентября в Красноярске проходил отборочный региональный этап конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс».



«Абилимпикс», или олимпиада возможностей, – это международное движение, основной задачей которого является профессиональная ориентация и содействие в трудоустройстве людей с ограниченными возможностями.

Мероприятие состоялось на базе Фармацевтического колледжа Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России.

В качестве эксперта в номинации «Массажист» в мероприятии приняла участие врач ЛФК физиотерапевтического отделения КМКБСМП им. Н.С. Карповича Е.Н. Любченко.

## ОЛЕГ КОРОЛЬКОВ ПОБЫВАЛ НА ФОРУМЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Старший ординатор отделения анестезиологии-реанимации КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории Олег Юрьевич Корольков принял участие в VII Балтийском форуме «Актуальные проблемы современной медицины» и в работе II Съезда анестезиологов-реаниматологов

## новости

**Северо-Запада с участием медицинских сестер-анестезисток. Мероприятия проходили с 4 по 7 октября в Санкт-Петербурге.**



На съезде Олег Юрьевич выступил с докладом в секции «Общие вопросы анестезиологии и реаниматологии». Тема доклада – «Влияние современных ингаляционных анестетиков на развитие послеоперационной когнитивной дисфункции». Модераторами секции были известнейшие в медицинском сообществе специалисты: академик РАН, д.м.н., проф. Ю.С. Полушин и д.м.н., проф. А.Н. Кондратьев.

*На фото: О.Ю. Корольков (справа) с ассистентом кафедры анестезиологии и реаниматологии Северного государственного медицинского университета к.м.н. Денисом Николаевичем Уваровым.*

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АКЦИЯ



**В рамках социального партнерства Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича и Красноярского базового медицинского колледжа им. В.М. Крутовского в БСМП прошла**

**акция, посвященная профилактике артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, инсульта и хронической обструктивной болезни легких.**

Студенты колледжа раздали пациентам пульмонологического, кардиологического и нейрохирургического отделений специальные брошюры с подробным описанием методов профилактики упомянутых заболеваний, в частности – лечебного питания и специальных упражнений. Кроме того, волонтеры напомнили пациентам основные аспекты здорового образа жизни, следование которым ускорит процесс реабилитации и позволит предотвратить осложнения и повторные случаи заболевания.

Совет медицинских сестер КМКБСМП плотно сотрудничает с Красноярским базовым медицинским колледжем им. В.М. Крутовского. В частности, на базе нашей больницы студенты защищают дипломные работы, а также разрабатывают методические пособия.

## ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ СИБИРИ И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА



В Красноярске 17 и 18 ноября под эгидой Ассоциации травматологов и ортопедов России (АТОР) проходил Травматологический форум Сибири и Дальнего Востока. Главной целью мероприятия является профессиональный диалог между врачами-травматологами регионов Сибири и Дальнего Востока, а также специалистами ведущих клиник России, работающих в сфере оказания экстренной специализированной и высокотехнологичной помощи пациентам при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы.

Состав участников насчитывал около трехсот человек, среди них – травматологи, ортопеды, нейрохирурги, организаторы здравоохранения. Кроме того, присутствовали наши коллеги из крупнейших ортопедических клиник Финляндии. В рамках форума были освещены все актуальные вопросы травматологии и ортопедии, а также со смежными специалистами обсуждалось оказание помощи больным при политравме.

От лица БСМП врачами В.В. Ушановым, К.В. Тутыниным, В.Ю. Гуляевым, А.В. Кухаревым, А.В. Волковым были представлены доклады по острым проблемам травматологии и ортопедии. Отметим, что наша больница полностью соответствует статусу травмацентра первого уровня, оказывающего все современные виды медицинской помощи.

## ВРАЧИ КМКБСМП ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В РОССИЙСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ КОНГРЕССЕ КАРДИОЛОГОВ

Мероприятие было посвящено обмену опытом по наиболее актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Конгресс проходил в октябре этого года в Санкт-Петербурге.



Российское кардиологическое общество — крупнейшая медицинская общественная организация. В ее состав входит более 6500 членов, представляющих практически все регионы России, среди них клиницисты, ученые, педагоги, направившие свои силы на решение важнейшей задачи — снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

В рамках научной программы конгресса были представлены самые современные достижения в кардиологии и смежных областях медицины. На широкой платформе междисциплинарного взаимодействия создаются все условия для активного участия общества в формировании и реализации программ непрерывного медицинского образования, проведении социально-ориентированных профилактических акций, выполнении научных исследований и внедрении в клиническую практику новых методов диагностики и лечения.

От КМКБСМП в конгрессе приняли участие врачи Е.А. Светлов и А.А. Любченко.

## В БСМП НАЧАТ КАПРЕМОНТ ДВУХ ОТДЕЛЕНИЙ

**В ходе ремонта пульмонологического и гинекологического отделений будет выполнена внутренняя отделка, заменены системы отопления, электроснабжения, отремонтирована вентиляция, система водоснабжения и водоотведения, произведен ремонт пожарной сигнализации.**

Кроме того, будут произведены работы по замене вызывной палатной сигнализации и другие, предусмотренные проектно-сметной документацией. Планируется приобретение новой мебели. На ремонт отделений будет затрачено около 42 миллионов рублей.

Поэтапный ремонт 5 этажа, где расположены отделения, продлится до мая 2018 года. На период ремонта больница будет продолжать принимать пациентов с заболеваниями пульмонологического и гинекологического профилей и оказывать им медицинскую помощь. Для этого будут созданы условия в других отделениях стационара.

В ближайшее время планируется ремонт еще нескольких отделений: нейрохирургического, I и II травматологических, а также I и II хирургических.

— актуальное интервью —

## Аркадий КОГАН: «УВЕРЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ ПО ЗАДАННОМУ КУРСУ!»



**А.Б. Коган**  
Главный врач  
КГБУЗ «КМК БСМП  
им. Н.С. Карповича»

*Аркадий Борисович, какими последними достижениями своего коллектива Вы гордитесь?*

За последние три года количество обращений в нашу больницу увеличилось на 28%. В среднем в БСМП круглосуточно каждые 7-8 минут поступает один пациент, процент экстренных обращений достигает порядка 90. В рамках Программы по уменьшению смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы в течение семи лет всем персоналом осуществляется ежедневная тяжелая комплексная работа, которая уже позволила прийти к следующим результатам: летальность от острого инфаркта миокарда снизилась за 4 года в три раза и по итогам 2016-го составила 8%; летальность от острого нарушения мозгового кровообращения снизилась на 5%. За этими сухими цифрами стоят спасенные человеческие жизни. Достигнутые результаты соответствуют целевым показателям первичного сосудистого центра. Однако мы не стоим на месте, и сейчас также наблюдается положительная динамика в данной области.

Кроме того, отрадно знать, что согласно результатам социологических опросов, проведенных Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Красноярского края в рамках приказа ФФОМС «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», уровень удовлетворенности пациентов нашей больницы равен 100% и 88% по дневному и круглосуточному стационару соответственно. Это, в свою очередь, выше уровня, заявленного в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

*Вспомните, пожалуйста, моменты, когда Вы особенно сильно чувствовали единение со своим коллективом, ощущали себя командой.*

Ежедневно после ранних утренних обходов реанимационных отделений, проведения планерок дежурных врачей осознаешь, как слаженно работает весь коллектив. Особенно эта слаженность почувствовалась в ходе однажды произошедшего одновременного поступления большого количества пациентов, пострадавших при массовом ДТП. Вместе с дежурной сменой я участвовал в их приеме и медицинской сортировке. Вот тогда-то я и ощутил всю мощь нашей «фабрики здоровья».

*Какие события минувшего года являются для Вас наиболее значимыми?*

Из-за специфики нашей работы значимыми я по праву могу назвать все 365 дней 2017-го и любого другого года. На то есть простая, но веская причина: каждый день работы больницы – это чья-то спасенная жизнь, что может быть более значимым?! Да, порой за будничным, привычным трудом скрывается нечто поистине важное...

Но если говорить именно о событиях, то, конечно же, очень значимой вехой для нас является близость открытия нового приемно-диа-

---

*актуальное интервью*

---

гностического корпуса больницы. Кроме приемного покоя там будут располагаться 15 новых операционных, в том числе 3 экстренные. Это позволит, кроме всего прочего, увеличить количество проводимых операций с 12 500 до 15 000 в год, а также сократить период ожидания пациентов при плановых хирургических вмешательствах. У нас появятся противошоковый зал, отделения реанимации и палаты пробуждения – одни из важнейших для БСМП элементов структуры больницы, позволяющие обеспечить максимальную безопасность пациентов в периоперационный период. И многое другое... Такая реконструкция БСМП приведет к повышению уровня оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам города Красноярск, Красноярского края, РФ и иностранным гражданам.

---

**Из-за специфики нашей работы значимыми я по праву могу назвать все 365 дней 2017-го и любого другого года. На то есть простая, но веская причина: каждый день работы больницы – это чья-то спасенная жизнь, что может быть более значимым?!**

---

В минувшем году множество сотрудников нашей больницы были отмечены различными профессиональными наградами. В наших рядах произошло пополнение заслуженных врачей, заслуженных работников. Сотрудники БСМП с завидной регулярностью получают Почетные грамоты и Благодарственные письма министерств здравоохранения края и РФ, других правительственных структур. Профессиональные заслуги коллег не могут не радовать!..

Многие врачи БСМП посещают различные междугородные и международные медицинские форумы и конгрессы, где успешно делятся опытом с коллегами.

Наша больница продолжает реализовывать совместные проекты с другими учреждениями из медицинской сферы. В частности, на базе БСМП студенты КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого становятся настоящими врачами, а сотрудники нашей больницы, в свою очередь, всегда имеют возможность пройти повышение квалификации в стенах нашего университета. Успешно развивается социальное партнерство БСМП и Красноярского базового медицинского колледжа им. В.М. Крутовского.

В 2017 году произошло немало действительно хороших и важных событий в жизни БСМП. Все вышеперечисленное говорит о том, что наша больница продолжает уверенное движение согласно заданному курсу, которому в грядущем году исполнится вот уже 45 лет... Хочется надеяться, что все и дальше будет идти по плану!

— наука и практика —

# ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО КОНКУРСА «АБИЛИМПИКС» В Г. КРАСНОЯРСКЕ



*Е.Н. Любченко*

## АВТОРЫ

**Е.Н. Любченко.**

*КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»*

С 26 по 30 сентября 2017 года в Красноярске проводился I Региональный чемпионат «Абилимпикс». Это отборочный этап конкурса профессионального мастерства для людей с инвалидностью различных категорий, проводимый в субъекте Российской Федерации, Национального чемпионата, победители которого примут участие в Международном чемпионате в составе российской команды.

Abilimpics (Olympics of Abilities – Олимпиада возможностей) основан в 70-х годах прошлого века в Японии, где по сей день находится штаб-квартира организации.

Основной задачей «Абилимпикс» является проведение конкурсов профессионального масштаба среди инвалидов с целью их профессиональной ориентации и содействия в трудоустройстве. Соревнования охватывают сегодня все категории инвалидов, в списке профессий сейчас около пятидесяти компетенций.

Я принимала участие в этом мероприятии как эксперт в работе конкурсной площадки по компетенции «массаж». Чемпионат по этой компетенции проводился на базе фармацевтического колледжа КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. В чемпионате

*наука и практика*

участвовали восемь массажистов-инвалидов по зрению из Красноярска и городов края. Все участники – настоящие мастера в своей профессии. Возраст специалистов – от 25 до 53 лет.

Конкурс проводился в течение трех дней. Участниками были выполнены задания модуля №1 «Классический массаж» и модуля №2 «Свободный массаж».

В «Классическом массаже» основным критерием оценки было соответствие выполняемых массажных приемов стандарту техники массажа – использование максимально возможного числа вспомогательных и комбинированных массажных приемов в соответствии с индивидуальными анатомическими особенностями модели и необходимостью их применения. Оценивалось использование максимально возможного числа массируемых областей и зон, а также физиологичность выбора массажного приема (интенсивность, направление движений) по отношению к массируемой области. Строго оценивалось соблюдение регламента массажа.

Для модуля «Свободный массаж» важным оценочным критерием также были эстетическая привлекательность заявленной программы массажа, соответствие правилам профессионального этикета, безопасность выбранной для демонстрации программы массажа (для модели и массажиста). Участники чемпионата выбрали для состязаний сложные и трудоемкие методики.

Один из победителей блестяще продемонстрировал известную методику лечения заболеваний органов дыхания – интенсивный массаж асимметричных зон. Методика авторская, разработана врачами лечебной физкультуры О.Ф. Кузнецовым и Т.С. Лагутиной. Техника этого массажа основана на изучении рефлексорных изменений, соответствующих пораженным долям легкого. В результате специально разработанного массажа дыхание больных становится глубже и реже, повышается эластичность легочной ткани, растяжимость грудной клетки, проходимость бронхов, особенно увеличиваются резервы дыхания как в течение дня, так и на протяжении всего курса лечения. После курса массажа по данной методике отмечается облегчение дыхания и отхаркивания, исчезновение или уменьшение болевых ощущений, появление чувства бодрости и повышение настроения. Массаж, улучшая легочную вентиляцию, усиливает действие бронхорасширяющих препаратов. Позитивные сдвиги в показателях легочной вентиляции у больных под влиянием массажа сочетаются с четким урежением пульса.

Перед экспертами стояла непростая задача: определить победителей. Самое главное – не просто номинальная победа участника-инвалида, а создание дружественной атмосферы, без ссор и напряжения,

атмосферы добра. Поэтому моральные принципы судейства на соревновательной площадке «Абилимпикс» ценятся выше всего.

Современные условия жизни и развития личности создают неравные возможности в процессах обретения знаний, навыков, опыта. В особой мере это касается людей с ограниченными возможностями здоровья. Важность и актуальность решения данной проблемы очевидна. Создание в Российской Федерации системы конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» решает актуальные задачи по обеспечению эффективной профессиональной ориентации и мотивации людей с инвалидностью к получению профессионального образования, содействует их трудоустройству и социокультурной инклюзии в обществе.

— наука и практика —

# ОКАЗАНИЕ СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОМ ЗМЕЙ



*Е.В. Агишев*

## АВТОРЫ

**Е.В. Агишев, Е.П. Белова,  
Н.В. Тарабанова, С.А. Скрипкин,  
С.А. Креков, Г.А. Иванова.**

*КГБУЗ «КССМП»*

Число пациентов, обратившихся за скорой медицинской помощью в городе Красноярске с острым отравлением ядом змей, не велико и по результатам 2014 – 2017 годов составляет от 3 до 9 человек в год. И хотя на территории Красноярского края в естественной среде обитания можно встретить шесть видов рептилий (четыре вида змей, из которых два – ядовитые, и два вида ящериц), также необходимо помнить о возможных случайных укусах ядовитыми пресмыкающимися любителей экзотической фауны (в социальной сети «ВКонтакте» зарегистрировано около 50 пользователей, равнодушных к змеям). Не исключается и вероятность укусов змеями работников террариумов или зоомагазинов. Но чаще всего змеиным укусам подвергаются дети старше 10 лет. При этом мальчики страдают в 2-3 раза чаще, чем девочки.

Пик инцидентов приходится на весенне-летний период, чуть меньше случаев регистрируется осенью. Взрослые крайне редко погибают от отравления ядом змей, наибольшую опасность укусы представляют для детей.

Ядовитыми змеями, ареал обитания которых – Красноярский край, являются типичный представитель семейства гадюковых – гадюка обыкновенная и представитель семейства ямкоголовых – щитомордник. Гадюку и щитомордника можно встретить в «зеленых» районах Красноярска: в районе Удачного, Академгородка, у выхода скальных уступов на берегу Енисея, Плодово-ягодной станции, на берегах рек Кача, Базаиха, в районе заповедника «Столбы». Нужно помнить, что даже самая ядовитая змея никогда не нападет на человека с целью преднамеренно укусить. Нападая на человека, она защищает себя

— наука и практика —

от опасности, да и человек редко наступает на змею с целью ее раздавить. Таким образом, укусы змей человек получает, как правило, по неосторожности, случайно наступив на животное или потревожив место его обитания. Змея же нападает на человека, поскольку срабатывает природный инстинкт самосохранения.

Острое отравление обусловлено специфическим действием змеиного яда — продукта ядовитых желез змеи. Змея — живое существо, и, конечно же, у каждой особи свой уникальный состав яда, но основные действующие вещества присущи всем группам. Основные действующие начала ядов — токсические белки и полипептиды, на долю которых приходится более 80% сухой массы яда. Смертельную дозу составляет 42 мг (сухого вещества) яда змей. В ядах морских змей и аспидов (эволюционно более примитивные группы) преобладают низкомолекулярные нейро- и кардиотропные цитотоксины (гемолизины), а по комплексу компонентов яд обыкновенной гадюки и щитомордника, обитающих в Красноярском крае, аналогичен ядам других европейских и тропических видов гадюк и содержит крупномолекулярные белки геморрагического, гемокоагулирующего и некротизирующего действия, большая часть из которых относится к протеазам.

Характер токсического действия яда гадюки обусловлен гематотоксическим, цитотоксическим эффектом, нейротоксический эффект носит невыраженный и отсроченный характер. Также возможны анафилактические реакции, особенно при укусах мамб, гадюк и австралийских аспидов. Кроме того, люди, имевшие раньше укусы или работавшие с ядами, могут демонстрировать реакцию гиперчувствительности немедленного типа.

В тело жертвы яд вводится с помощью двух зубов. При укусе ядовитой змеи на коже видны следы ее клыков, после укуса неядовитой змеи на коже остаются две царапины или мелкие тоненькие полоски. В момент укуса яд змеи через лимфатические узлы попадает в кровеносную систему. Зубы гадюки могут достигать в длину 4 сантиметра. Каждый клык растет на подвижной верхнечелюстной кости, способной вращаться взад и вперед, как на шарнирах. В закрытой пасти клыки гадюки находятся в сложенном положении и покрываются особой пленочной тканью.

**Клиническая картина.** Клинические проявления змеиных укусов зависят от размера и вида змеи, количества и локализации укусов и объема введенного яда. Также большое значение в отношении клинических признаков играют возраст и исходное состояние здоровья пострадавшего. Однако независимо от того, является змея действительно ядовитой или нет, и независимо от типа введенного яда наиболее рас-

пространенным симптомом укуса является «страх», который может привести к вазовагальному эпизоду (обморок).

**Обычно у большей части пострадавших, получивших достаточную для развития системной интоксикации дозу яда, к моменту оказания медицинской помощи уже развиваются явные признаки отравления:**

**1.** При укусах змеи возникает резкая, усиливающаяся во времени, боль в месте укуса, распространяющаяся за пределы укуса, что подразумевает наличие яда. Персистирующие кровянистые выделения в области следов от укуса позволяют сделать предположение о содержании в яде змей антикоагулянтов. В трудных случаях помогает такой признак, как присутствие боли. Для укусов неядовитых змей характерна умеренная боль, сосредоточенная только в месте укуса. При укусе ядовитой змеи четко видны глубокие колотые ранки, образованные ядовитыми зубами змеи, уже в первые минуты возникают гиперемия, затем отечность и петехиально-синячковые геморрагии, быстро распространяющиеся от места укуса как проксимально, так и дистально. Отечность от места укуса широко распространяется. Например, при укусе пальца отекает рука и прилегающие к ней части туловища. Кожа над отеком лоснится, багрово-синюшна, покрыта петехиями и пятнистыми кровоизлияниями типа кровоподтеков. На ней могут образовываться пузыри с серозно-геморрагическим содержанием, а в зоне укуса — некротические язвы. Ранки (следы прокола кожи ядовитыми зубами) могут длительно кровоточить либо выделять серозно-сукровичную отечную жидкость. В пораженной конечности нередко возникают лимфангит и флеботромбозы, воспаляются и регионарные лимфатические узлы. Мягкие ткани в зоне укуса подвергаются геморрагическому пропитыванию, отечная жидкость, распространяющаяся в тяжелых случаях на всю или большую часть пораженной конечности, а иногда и на прилегающую часть туловища, содержит большое количество гемоглобина и эритроцитов (до 50% объема), вследствие чего развивается тяжелая внутренняя кровопотеря, достигающая двух-трех литров и более.

Кроме локальной кровопотери возникают кровоизлияния в органы и серозные оболочки, иногда наблюдаются носовые, желудочно-кишечные и почечные кровотечения. Они связаны как с геморрагическим действием ядов, так и со свертывающим — развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови с кратковременной начальной гиперкоагуляцией и последующей длительной и глубокой гипокоагуляцией.

**2.** Общетоксические симптомы характеризуются возбуждением, сменяющимся резкой слабостью, бледностью кожных покровов, головокружением,



малым и частым пульсом, снижением АД. Возможны обморочные состояния, часты тошнота и рвота. Развивается картина тяжелого шока, связанного вначале с протеолизом и внутрисосудистым свертыванием крови (гемокоагуляционный шок, образование гистамина и других продуктов протеолиза), затем – с обильной кровью- и плазмотерей (постгеморрагический шок). Уменьшается объем циркулирующей крови, снижается центральное венозное давление, развивается постгеморрагическая анемия. Выраженность этих нарушений отражает тяжесть интоксикации и, как правило, совпадает с величиной и распространенностью локального отека, нарушениями свертываемости крови. При легких формах отравления общетоксические симптомы выражены слабо, преобладает ограниченная местная отечно-геморрагическая реакция на яд. Максимальной выраженности все проявления интоксикации достигают через 8 – 24 часа.

При укусах гадюк и щитомордников рано возникают петехиальные и пятнистый кровоизлияния в зоне укуса, быстро прогрессирует геморрагический отек мягких тканей пораженной конечности (в тяжелых случаях он не только захватывает всю или почти всю конечность, но и переходит на туловище). В первые 20-40 минут возникают явления шока: бледность покровов, головокружение, тошнота, рвота, малый и частый пульс, снижение АД, возможна периодическая потеря сознания. Геморрагия и отек быстро прогрессируют и распространяются, причем только в пораженной части тела внутренняя потеря крови и плазмы может составить несколько литров. В связи с этим прогрессируют шок, гиповолемия, острая пост-

геморрагическая анемия, гипопротейнемия и гипоальбуминемия. Все эти явления усугубляются синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (смена фаз гипер- и гипокоагуляции, гипофибриногенемии, тромбоцитопения потребления и т.д.). В органах (почках, печени, легких) возникают блокада микроциркуляции, геморрагии, периваскулярный отек, дистрофические изменения, в тяжелых случаях – признаки острой недостаточности паренхиматозных органов. В пораженной части тела на фоне цианоза, геморрагии могут возникать геморрагические пузыри, некроз тканей, гангрена (эти явления особенно тяжелы, если больному накладывали жгут). Наибольшей выраженности все симптомы достигают обычно к концу первых суток интоксикации.

**Типичные ошибки при оказании медицинской помощи, которые усугубляют тяжесть состояния пострадавшего:**

- 1. Наложение жгута на конечность. Наложение на пораженную конечность жгута намного усугубляет как местные, так и общие проявления болезни, часто ведет к гангрене, повышает летальность.*
- 2. Криотерапия путем локальной аппликации пакетов со льдом.*
- 3. Прижигания, обкалывания, разрезы, введения в область укуса перманганата калия или других сильных окислителей и все подобные травмирующие местные воздействия.*
- 4. Употребление алкоголя.*

— наука и практика —

**Мероприятия скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе:**

1. Уложить пострадавшего, обеспечив ему полный физический и эмоциональный покой, успокоить и оказать моральную поддержку.
2. При нарушении витальных функций начать реанимационные мероприятия (обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, адекватного дыхания и кровообращения). Мониторинг ЧСС, АД, уровня сознания.
3. Обработать места укуса раствором антисептика. Рану дезинфицируют обычным способом и накладывают на нее стерильную повязку, которую по мере развития отека периодически ослабляют, чтобы она не врезалась в мягкие ткани.
4. Обеспечение венозного доступа.
5. Адекватное обезболивание (наркотические анальгетики в возрастных дозах при интенсивной боли).
6. Преднизолон в дозе 5 мг/кг внутривенно болюсно.
7. Инфузия 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 10 мл/кг за 30 мин.
8. Назначение антигистаминных препаратов в возрастной дозе.
9. Назначение кальция глюконата в дозе 100 мг/кг внутривенно болюсно.
10. Иммобилизация и возвышенное положение конечности (минимизация лимфотока и распространения яда). Распространение яда в организме значительно замедляется при ранней иммобилизации пораженной части тела.
11. Транспортировка в ЛПУ на носилках. Оксигенотерапия.

При развитии анафилактического шока незамедлительно должны быть начаты противошоковые мероприятия: инфузия кристаллоидных растворов в дозе 15-20 мл/кг, адреналин 10 мкг/кг в/венно, преднизолон 3-5 мг/кг в/венно.

Раскрытие ранок надавливанием и начатое в первые же минуты энергичное отсасывание содержимого ранок ртом или любым доступным способом (ножным отсосом, резиновой грушей, молокоотсосом и т.д.) позволяют удалить от 20 до 50% введенного яда. Отсасывание проводят в течение 15 минут (для лица, оказывающего первую помощь, оно совершенно не опасно).

Специфическая терапия проводится моно- и поливалентными противоядными сыворотками (СПС).

Сыворотки обладают определенной, хотя и менее выраженной, активностью против яда змей того же рода. СПС следует вводить при интоксикациях тяжелых и средней тяжести как можно раньше, но в условиях медицинского учреждения и под врачебным контролем (из-за возможности анафилактического шока и других аллергических реакций). Вводят их по Безредке с биологической пробой, а затем дробно или капельно по 40-80 мл (суммарная доза от 1000 до 3000 АЕ). При отравлениях средней тяжести сыворотку можно вводить в/м или п/к. При легко протекающих интоксикациях и укусах таких малоопасных змей, как гадюка обыкновенная, а также щитомордников красноярской фауны прибегать к сывороточной терапии в подавляющем большинстве случаев нет необходимости.

Основным патогенетическим методом лечения отравлений ядами геморрагического действия является трансфузионная терапия. Место укуса обрабатывается по общим правилам лечения ран. Также при укусах змей необходимо введение противостолбнячной сыворотки.

# ОТРАВЛЕНИЕ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОТРАВЛЕНИЯ



О.П. Козычева

## АВТОРЫ

О.П. Козычева<sup>1</sup>, Т.В. Шандыбаева<sup>1</sup>,  
А.И. Филяков<sup>1</sup>, Т.В. Милехина<sup>1</sup>,  
М.Л. Лебедев<sup>1</sup>, Л.Ю. Яковлев<sup>1</sup>,  
В.А. Кооль<sup>1</sup>, Е.В. Топоева<sup>1</sup>,  
Е.А. Попова<sup>1,2</sup>.

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

2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Минздрава РФ

Отравление ядами деструктивного действия занимает четвертое место в структуре острых отравлений химической этиологии в отделении для больных с острыми отравлениями КМКБСМП.

За последние три года (2014 – 2016) в отделение госпитализировано 339 пациентов (108, 129, 102 соответственно) с диагнозом «отравление прижигающим ядом», что в общей структуре острых отравлений составило в среднем 5,45%. 74,6% случаев отравлений прижигающим ядом занимает острое отравление уксусной кислотой.

Летальность в группе отравлений ядом деструктивного действия остается стабильно высокой – в среднем 10,8%, а в структуре общей летальности

от острых отравлений – в среднем 21 – 22%. 94,4% смертельных случаев в этой группе приходится на долю уксусной кислоты.

Уксусная кислота (этановая кислота, метанкарбоновая кислота;  $\text{CH}_3\text{COOH}$ ) – одноосновная органическая кислота жирного ряда. Бесцветная жидкость с характерным резким запахом, смешивается с водой, спиртом, эфиром и другими органическими растворителями. Уксусная кислота относится к слабодиссоциирующим кислотам, диссоциация – 0,0130. Степень диссоциации уксусной кислоты в эквимолекулярном растворе в 70 раз меньше, чем хлористоводородной. Молекулярная электропроводность уксусной кислоты в 300 раз меньше, чем хлористоводородной. Указанные свойства в значительной мере определяют основную токсикологическую особенность уксусной кислоты – выраженный резорбтивный эффект.(1)

Токсичность уксусной кислоты прямо пропорционально зависит от ее концентрации. Смертельная доза уксусной эссенции (70 – 80% кислота) – около 50 мл.(1)

Основной путь поступления уксусной кислоты в организм – пероральный.

В основе патогенеза отравления уксусной кислотой лежит местное деструктивное воздействие с развитием ожоговой болезни химической этиологии и гемолитическое действие уксусной кислоты при ее резорбции.

## Основные моменты патогенеза острого отравления уксусной кислотой:

**1. Химический ожог.** Прижигающее действие в наибольшей степени проявляется в области желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Уксусная кислота оказывает растворяющее действие на липиды клеточных мембран, образующиеся свободные радикалы стимулируют перекисное окисление липидов мембран и усугубляют процесс разрушения клеток. Формируется коагуляционный некроз, который может захватывать слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слои.(2)

**2. Шок.** Этиологическими факторами шока являются: боль; гиповолемия – как результат уменьшения

— наука и практика —

массы циркулирующей крови в результате потери ее жидкостной части через ожоговую поверхность. (1)

**3. Острый внутрисосудистый гемолиз.** Нарушение целостности желудочно-кишечного тракта способствует быстрому проникновению уксусной кислоты в кровеносное русло. Скорость резорбции напрямую зависит от тяжести и протяженности ожога, концентрации уксусной кислоты. Недиссоциированная молекула уксусной кислоты представляет собой свободно проникающий в клетку гемолитик. Следствием резорбции становится гемолиз эритроцитов. В присутствии уксусной кислоты гемоглобин расщепляется на глобин и гем, а последний окисляется до гемина. Гемоглобин, ионы железа и геминные соединения ускоряют перикисное окисление липидов с образованием свободных радикалов. Гемоглобиновый катализ является бесферментным и не поддается ингибции. (1)

**4. Острый гемоглобинурический нефроз.** Транспорт свободного гемоглобина и мембран эритроцитов через почечные канальцы в сочетании с нарушением микроциркуляции и тромбообразованием в мелких сосудах почек приводит к «заклиниванию» почечных канальцев и нарушению фильтрационной способности почек, к повреждению базальной мембраны вплоть до разрыва дистальных канальцев, вызывая поражение почек от нефропатии до острой почечной недостаточности. (1, 2)

**5. Токсическая коагулопатия.** Ожоговое разрушение тканей, распад эритроцитов обуславливают выброс большого количества тромбопластического материала и приводят к возникновению в первые часы отравления гиперкоагуляции с повышением толерантности плазмы к гепарину и снижением ее фибринолитической активности. В тяжелых случаях через несколько часов от момента отравления (в иных – к 7 – 12 дню) наблюдается противоположное явление – коагулопатия, снижается толерантность плазмы к гепарину, повышается содержание в ней свободного гепарина и фибринолитическая активность. (1)

**6. Кровотечение.** Выделяют первичное и вторичное кровотечения. Первичное кровотечение из ожоговой поверхности развивается в первые сутки отравления, в период формирования некроза. Вторичное кровотечение – в период отторжения некротизированных тканей или отхождения «ожогового струпа» и, как правило, совпадает с периодом коагулопатии (1).

**7. Гепатопатия и панкреатопатия** различной степени тяжести развиваются под влиянием внутрисосудистого гемолиза, шока и коагулопатии.

Неблагоприятному исходу способствуют длительная экспозиция яда (поздняя обращаемость за медицинской помощью), что наиболее часто встречается при случайном употреблении уксусной кислоты на фоне

алкогольного опьянения и при приеме уксусной кислоты с целью суицида, и неадекватная терапия, проводимая в медицинских учреждениях, где отсутствует специализированное отделение. (1, 2)

**Клинический случай.** Пациентка Н., 36 лет, с целью суицида выпила примерно 50 мл 70%-ной уксусной кислоты. Экспозиция яда к моменту госпитализации в ЦРБ составила 1 час. При поступлении промыт желудок, проведена инфузионная терапия в объеме 2,5 литра (состав инфузионной терапии в выписке из истории болезни не указан). Через 14 часов от момента отравления пациентка доставлена санитарной авиацией в отделение для больных с острыми отравлениями КМКБСМП.

При поступлении состояние больной крайне тяжелое, что обусловлено химическим ожогом желудочно-кишечного тракта, ожогом верхних дыхательных путей, продолжающимся внутрисосудистым гемолизом, гиповолемией, гемоглобинурическим нефрозом, нарушением водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

К концу первых суток пребывания в стационаре у пациентки развивается ОПН в стадии олиго-анурии и продолжается 14 суток. Азотемия к 14-му дню госпитализации достигла следующих величин: мочевины 51,5 ммоль/л, креатинина 1066,6 мкмоль/л., нормализация показателей к 23 дню стационарного лечения.

Со второго дня пребывания в стационаре течение отравления осложнилось пищеводно-желудочно-кишечным кровотечением, которое продолжалось с различной интенсивностью в течение 27 суток со снижением гемоглобина до 77 г/л и эритроцитов до  $2,78 \times 10^{12}/л$  с тенденцией к нормализации с 36 дня лечения. Цитолитический синдром с повышением активности цитоплазматических и митохондриальных ферментов – АЛТ до 967,6 ед/л, АСТ до 813 ед/л, креатинкиназы до 1060,4 ед/л, ЛДГ до 1469,1 ед/л., с нормализацией показателей к седьмым суткам.

Гипокоагуляция – увеличение ПТВ, уменьшение ПТИ, тромбоцитопения до 108, гипокоагуляция по АЧТВ и по тромбиновому времени, тромбинемия, увеличение в количестве Д-димера, с частичной нормализацией показателей к 23 дню. Лейкоцитоз со сдвигом влево до миелоцитов, ускоренное СОЭ, повышение С реактивного белка с нормализацией показателей, кроме СОЭ, к 23 дню.

Состояние больной ухудшилось на девятые сутки: в клинической картине – вынужденное положение тела, возбуждение, появилась одышка до 34 в минуту, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, сатурация кислорода снизилась до 84%. Учитывая дыхательную недостаточность, продолжающееся кровотечение, произведена оротрахеальная

— наука и практика —

интубация с переводом на управляемую по давлению искусственную вентиляцию легких. При фиброbronхоскопии выявлен двусторонний эндобронхит I-II степени, эрозивный эндобронхит левого главного бронха. На рентгенограмме легких – проявление респираторного дистресс-синдрома. ИВЛ продолжалась 12 суток.

ФЭГДС на 9-е сутки пребывания в стационаре – картина острого диффузного эрозивного эзофагита, распространенного эрозивного гастрита, бульбита. Нестойкий гемостаз.

На 13-е сутки ФЭГДС картина следующая: слизистая пищевода эрозирована, прикрыта фибрином; по малой кривизне в теле желудка плотно фиксированный тромб коричневого цвета с подтекающей кровью; слизистая луковицы ДПК гиперемирована. Произведен местный гемостаз обкалыванием слизистой тела желудка по краям тромба раствором адреналина, орошение аминокaproновой кислотой.

На 16-е сутки – эндоскопическая картина позднего вторичного кровотечения (отторжение некротизированных тканей); осмотрен пищевод, дальнейшее обследование прекращено из-за опасности перфорации.

На 29-е сутки – контрольная ФЭГДС: острые постожоговые язвы грудного и абдоминального отделов пищевода в стадии эпителизации, контактное кровотечение; язвы тела желудка – в стадии эпителизации, очаговый атрофический гастрит.

Интенсивная терапия с момента поступления осуществлялась по следующим направлениям: восполнение ОЦК (коллоиды + кристаллоиды); купирование острого внутрисосудистого гемолиза введением раствора гидрокарбоната натрия и 20%-ного раствора глюкозы; стимуляция диуреза; анальгезия; терапия, направленная на заживление ожоговой поверхности – H<sub>2</sub> гистаминовые блокаторы, блокаторы протонной помпы, далаггин, платифиллин; профилактика рубцовых сужений пищеварительного тракта – глюкокортикостероиды, антибактериальная; гемостатическая терапия – октреотид, аминокaproновая кислота внутрь; введение ингибиторов протеаз; лечебное питание, включая парентеральное.

На протяжении всего периода кровотечения (27 дней) с целью коррекции коагулопатии проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы общим объемом 8520 мл, перелито 225 мл тромбомассы, с 15-го дня кровотечения в терапию добавлен криопреципитат от 5 до 10 доз ежедневно и в дальнейшем, через сутки, введено 39 доз. Коррекция постгеморрагической анемии проводилась переливанием эритроцитарной взвеси, общий объем которой за период стационарного лечения составил

8403 мл, что позволило поддерживать гемоглобин на уровне 85-95 г/л.

Пациентка выписана домой на 44-е сутки в относительно удовлетворительном состоянии. В сознании, критика восстановлена полностью. Акт глотания не нарушен, безболезненный. Контрольное эндоскопическое обследование накануне выписки: острый постожоговый эрозивный эзофагит глоточного и грудного отделов пищевода в стадии эпителизации и формирования стриктуры; зарубцевавшиеся постожоговые язвы тела желудка на фоне поверхностного гастрита с очагами атрофии. В анализах: гемоглобин 101 г/л, эритроциты –  $3,28 \times 10^{12}/л$ ; показатели биохимического анализа крови и общего анализа мочи – вариант нормы.

При выписке рекомендовано амбулаторное лечение под наблюдением терапевта и ЛОР-врача; в дальнейшем – консультация торакального хирурга.

Приведенный выше клинический случай – пример тяжелого отравления ядом деструктивного действия с распространенным химическим ожогом желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей в сочетании с острым внутрисосудистым гемолизом, гемоглинурийным нефрозом, длительным желудочно-кишечным кровотечением на фоне коагулопатии, с относительно благоприятным исходом (сохранный пассаж пищи при формирующейся стриктуре пищевода). Пациенты с подобным вариантом течения отравления требуют индивидуального подхода в лечении наряду со стандартными методами. Своевременность и адекватность терапии – основа благоприятного исхода отравления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. «Острые отравления у взрослых и детей», академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, проф. Е.А. Лужников; проф. Г.Н. Суходолова. ООО «Издательство «Эксмо», Москва, 2009.
2. «Клиническая токсикология детей и подростков», д.м.н. профессор И.В. Маркова, д.м.н. В.В. Афанасьева, д.м.н., профессор Э.К. Цибульский. Издательство «Интермедика», «Специальная литература» Санкт-Петербург 1999 г.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. НАЗАРОВО



О.А. Демидова

## АВТОРЫ

**О.А. Демидова<sup>3</sup>,  
М.А. Большакова<sup>1,2</sup>.**

1. ГБОУ ВПО «КрасГМУ  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Минздрава РФ

2. КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»

3. КГБУЗ «Станция скорой  
медицинской помощи»  
г. Назарово

**Актуальности исследования.** В оказании медицинской помощи бригадами интенсивной терапии КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Назарово исключительно важное место занимает неотложная кардиологическая помощь, которая представляет комплекс экстренных мероприятий для диагностики, лечения и профилактики острых нарушений систем организма при сердечно-сосудистых заболеваниях. Состояния, при которых возникает необходимость в неотложной кардиологической помощи, отличаются широким разнообразием по своим механизмам, характеру и прогнозу:

от приступа тахикардии или гипертонического криза до внезапной смерти. Одновременно с этим, именно для острой сердечно-сосудистой патологии типична внезапность развития, мгновенные как отрицательные, так и положительные реакции на внешние факторы и оказываемую помощь, быстрая трансформация одного состояния в другое, в том числе угрожающее жизни и требующее проведения сердечно-легочной реанимации.

Установление диагноза «Острый коронарный синдром» требует начала неотложных терапевтических и диагностических мероприятий без ожидания постановки нозологического диагноза.

В основе всех форм ОКС лежит один и тот же патофизиологический процесс: недостаточное кровоснабжение миокарда вследствие окклюзии различной степени выраженности коронарных сосудов. Наиболее частая причина окклюзии – атеросклероз.

Инфаркт миокарда развивается из-за разрыва или надрыва атеросклеротической бляшки в коронарной артерии, что ведет к активации тромбоцитов и образованию тромбов. Тромботическая окклюзия коронарной артерии при неразвитых коллатеральных артериях обычно приводит к инфаркту миокарда с подъемом сегмента ST. Неокклюзирующий тромб в просвете крупной коронарной артерии, окклюзия коронарной артерии мелкого калибра ( $d=1-2$  мм), наличие нестабильных атеросклеротических бляшек (неровные контуры, подрывные края) приводят к развитию инфаркта миокарда без подъема сегмента ST или стенокардии.

При инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST разработаны два основных способа восстановления перфузии миокарда: тромболитическая терапия и хирургическая реваскуляризация миокарда.

Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) – предпочтительный метод реперфузии в первые два часа после первичного контакта врачей с больным человеком.

С марта 2015 года всех пациентов с DS «ОКС с подъемом ST» врачебные бригады КГБУЗ «Назаровская ССМП» госпитализируют в КГБУЗ «Ачинская

— наука и практика —

МРБ», где с ноября 2016 года проводятся ЧТКА и установка коронарных стентов.

Если же проведение ЧКВ в эти сроки недоступно по каким-то причинам, на догоспитальном этапе, опираясь на фармако-инвазивную стратегию, со второго полугодия 2013 года врачи ССМП г. Назарово выполняют тромболитическую терапию имеющимся в наличии препаратом (актилизе, пулолаза, фортелизин).

**Материалы и методы.** За период 2014 – 2016 гг. проведена тромболитическая терапия бригадами ССМП г. Назарово 85 пациентам. В исследуемой группе 72 мужчин и 13 женщин. Средний возраст мужчин составил 64±1,43, женщин – 69±1,47 года. Оценка эффективности ТЛТ на догоспитальном этапе проводилась по анализу динамики ЭКГ (снижение ST на 50% и более). Интенсивная терапия проводилась по направлениям: респираторная поддержка, обезболивание (наркотические анальгетики, нейролептики), восстановление коронарного кровотока (дважды – актилизе, четыре раза – фортелизин, 14 – пулолаза; антикоагулянты, антиагреганты), ограничение некроза миокарда (нитроглицерин, б-адреноблокаторы), предупреждение и лечение фатальных аритмий.

**Результаты исследования.** Отмечено, что эффективность ТЛТ в первые шесть часов от начала ангинозного приступа достоверно выше. Эффективная ТЛТ чаще выявлена у больных 49 – 60 лет, однако существенного возрастного отличия между мужчинами и женщинами не отмечено. У больных с инфарктом миокарда по задней стенке ТЛТ оказалась эффективней, чем с иной локализацией.

Согласно критериям групп TIMI и GUSTO однократно в случае эффективной ТЛТ у пациента (мужчина 64 лет) наблюдалось минимальное (легкое) кровотечение, выявленное методом визуализации, из имеющейся на теле резаной раны, не приведшей к нарушению гемодинамики и не повлиявшей на состояние пациента на догоспитальном этапе.

По результатам проведенной тромболитической терапии у 42% больных при открытии коронарной артерии в первые 6 часов были зарегистрированы различные виды реперфузионных аритмий:

Таблица 1  
**Тромболитическая терапия в г. Назарово бригадами ССМП 2014 – 2016 гг.**

| Год  | ОКС с подъемом ST | ТЛТ |
|------|-------------------|-----|
| 2014 | 87                | 21  |
| 2015 | 76                | 39  |
| 2016 | 58                | 25  |

1. У 6 (7%) больных с передним распространенным инфарктом миокарда, у которых проводилась ТЛТ, встречалась желудочковая экстрасистолия, купированная введением кордарона – 150 мг в/в медленно за 20 мин. с последующей капельной инфузией препарата в дозе 300 мг.

2. У 18 (21%) больных имела место фибрилляция желудочков.

3. В 12 случаях (14%) наблюдался синдром брадикардии/гипотонии. У всех пациентов имел место нижний инфаркт миокарда. Осложнение купировалось в одном случае самостоятельно, в других – введением атропина и проведением инфузионной терапии.

**Выводы:**

1. Тромболитическая терапия может сопровождаться нежелательными реакциями. Реперфузионные аритмии – самое частое осложнение ТЛТ и одновременно косвенное свидетельство ее эффективности.

2. Наибольшая эффективность ТЛТ в первые 6 часов от начала ангинозного приступа.

3. ТЛТ является ключевым моментом в интенсивной терапии больных инфарктом миокарда с подъемом ST.

4. Методика тромболитической терапии доступна для персонала отделений скорой помощи небольших лечебно-профилактических учреждений и может служить альтернативой чрескожным коронарным вмешательствам, если время транспортировки до сосудистого центра превышает два часа.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Медицинская помощь при экстремальных ситуациях. Справочник: моногр. – М.: Эксмо, 2012.

2. Гоголашвили Н.Г., Новгородцева Н.Я., Поликарпов Л.С., Карпов Р.С. Частота аритмий сердца в популяции сельского населения Красноярского края // Терапевтический архив. – 2004. – № 1. – С. 41-44.

3. Устюгов С.А., Скрипкин С.А., Гнедаш А.А., Линева К.А., Попова Е.А., Попов А.А. Первый опыт применения металлизы при остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе в г. Красноярске. – Скорая медицинская помощь // Скорая медицинская помощь. – 2008. – Т. 9. – № 3. – С. 22-23.

4. Михайлович В.А., Мирошников А.Г. «Руководство для врачей скорой медицинской помощи». Санкт-Петербург – 2012 г

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ



П.А. Черномурова

АВТОРЫ

П.А. Черномурова, В.В. Хиновкер,  
М.С. Севостьянова.

ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России

**Актуальность.** Хроническая боль в спине является актуальной проблемой современного общества. Последние попытки провести эпидемиологические исследования в Великобритании показывают, что около половины населения за последний месяц пережили эпизод боли, который может иметь, по крайней мере, 1 день. При этом наиболее частые локализации распределились следующим образом: нижняя часть спины (30%), бедра (25%), шея и плечи (25%), колени (24%). Если проводить эпидемиологические исследования с более жесткими параметрами (страдали от боли за период последних 6 месяцев, в том числе в прошлом месяце и несколько раз в течение последней недели), то в европейском исследовании сообщалось о распространенности 19%.<sup>(7)</sup>

Изучение эпидемиологии болей у взрослого населения России показывает, что распространенность хронической боли в спине и шее составляет до 56,7%.  
(6). Распространенность хронического болевого син-

дрома среди лиц трудоспособного возраста влечет за собой негативные экономические последствия.

Хроническая боль определяется международной ассоциацией изучения боли как «боль, сохраняющаяся по прошествии времени, необходимого для заживления ткани». Ощущение хронической боли – абсолютно субъективное переживание, на которое могут влиять такие факторы, как физический, биологический, поведенческий и когнитивный.<sup>(3)</sup>

В настоящее время установлено, что хроническая боль, которая проявляется практически каждый день в течение как минимум трех месяцев, способна вызвать психоэмоциональные нарушения.<sup>(4)</sup> В формировании хронического болевого синдрома оказывают существенное значение дисфункции нисходящих серотонинергических и норадренергических противоболевых систем мозга.

Одним из физиологических назначений этих систем является подавление фоновых ощущений, ассоциированных с обычным функционированием организма. Дисфункциональная работа этих систем, характерная для состояния тревоги и депрессии, может привести к интерпретации организмом обычных стимулов как дискомфорта или даже болезненных ощущений. В дальнейшем переживание боли и ее хронизация неизбежно провоцируют тревожно-депрессивные реакции различной степени тяжести, что также понижает порог болевой чувствительности, усиливает восприятие и переживание боли.<sup>(2)</sup>

У больных с хронической болью, как правило, развиваются такие отклонения, как депрессия, тревога, апатия, усталость, астения, повышенная возбудимость, бессонница и раздражительность. По данным исследований, распространенность психоэмоциональных нарушений среди пациентов с хронической болью колеблется от 30 до 87%.<sup>(4)</sup>

Существует взаимобратная связь боли и депрессии. Известно, что у больных с клинически выраженной депрессией снижается порог болевой чувствительности. Боль также является частой жалобой у больных с депрессией, которая может быть как классической, так и «маскированной». У больных с хроническим болевым синдромом очень часто выявляются симптомы депрессии.<sup>(2)</sup> Формируется так называемый

— наука и практика —

«порочный круг», в котором боль может вызвать депрессию, а депрессия способна усилить боль.(1)

У пациентов формируется дезадаптивное болевое поведение. В стратегиях преодоления боли, как правило, чаще всего начинает преобладать катастрофизация. Под влиянием всех этих факторов боль воспринимается пациентом как состояние, которое угрожает его здоровью и жизни. В результате симптомы депрессии все больше нарастают, и человек начинает терять веру в выздоровление и отказывается от борьбы за собственное здоровье. Таким образом, связь боли и депрессии снижает качество жизни больного и нарушает его адаптацию в обществе.

**Взаимосвязь реакции на боль и уровня тревожности.** Тревожные мысли о наличии тяжелой патологии и недостаточной эффективности лечения, непрекращающейся боли повышают болевую перцепцию, в то время как тревога по другому поводу наоборот облегчает боль. В связи с этим больные все чаще прибегают к стратегии отвлечения внимания от боли, стараясь заняться каким-то делом. Результаты исследований свидетельствуют, что стратегии отвлечения внимания от боли могут способствовать обострению боли при ее хронических проявлениях.(8, 9)

Применение методик релаксации позволяет значительно снизить интенсивность болевых ощущений. Но острый эмоциональный стресс и ответная на него реакция в виде высокого уровня тревоги могут вновь вызвать усиление боли.

Клинические наблюдения и психодиагностические исследования показывают наличие тесной связи между тревогой и депрессией, что, как указывалось выше, объясняется схожими физиологическими изменениями в мозге при этих состояниях. Также в исследованиях показано, что существует прямая корреляция между уровнем депрессии и тревоги. Отмечается, что частота депрессивных расстройств, не сопровождающихся тревогой, крайне низка.(5)

Подобный замкнутый патологический круг хронического болевого синдрома необходимо «разрывать» с помощью комплексного воздействия. Важно учитывать тесную взаимосвязь аффективных и болевых компонентов, для каждого из которых необходима адекватная генезу терапия.(2)

Целью данного исследования явилось изучение особенностей психоэмоционального статуса больных с синдромом хронической боли в спине.

**Материалы и методы исследования.** Для реализации поставленной цели были решены такие задачи, как:

1. Оценка интенсивности болевого синдрома на момент исследования.

2. Исследование уровней личностной и реактивной тревожности.

3. Изучение степени и компонентов депрессии больных.

4. Анализ полученных данных и определение особенностей психоэмоционального статуса пациентов с синдромом хронической боли в спине.

Для достижения поставленной цели нами была обследована группа из 20 пациентов с болями в спине (17 женщин, 3 мужчин), находящихся на амбулаторном лечении в центре лечения боли ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России. Критериями включения в группу исследования служили наличие добровольного информированного согласия, хронические боли в спине, длящиеся более трех месяцев, и наличие грыж, протрузий, остеохондроза позвоночника, объективизированными МРТ исследованием. Критерием исключения из группы исследования являлся прием антидепрессантов. Средний возраст пациентов составил 51,1 года.

Для оценки субъективных болевых ощущений, которые испытывает пациент в момент исследования, использовалась Цифровая рейтинговая шкала. Психоэмоциональный статус пациентов с хроническими болями в спине был изучен с помощью Шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилберга, в модификации Ю. Л. Ханина и Шкалы депрессии Бека.

Статистическая обработка проводилась с помощью коэффициента корреляции рангов Спирмена.

**Результаты.** Оценка тяжести депрессивных симптомов проводилась на основе данных Шкалы депрессии Бека, оценивающей уровень тяжести депрессии, соматические и когнитивно-аффективные проявления депрессии.

При исследовании уровня тревожности с помощью опросника Спилберга, в модификации Ю.Л. Ханина, давалась количественная характеристика реактивной и личностной тревожности.

По результатам оценки интенсивности выраженности боли с помощью Цифровой рейтинговой шкалы на момент обследования в среднем пациенты ощущали боль на 5,1 балла.

При исследовании уровня тревожности по методике Спилберга – Ханина высокий показатель личностной тревожности отмечался у 65% (13 из 20) пациентов, низкий уровень личностной тревожности был выявлен у 5% (1 из 20) пациентов, умеренный уровень личностной тревожности – у 30% (6 из 20) больных. Высокие показатели реактивной (ситуативной) тревожности были у 10% (2 из 20) пациентов, низкий уровень реактивной тревожности отмечался у 50% (10

— наука и практика —

из 20) больных, умеренный уровень реактивной тревожности был установлен у 40% (8 из 20) пациентов.

При анализе уровней тревожности не только высокие показатели отклонения от умеренной тревожности должны быть взяты во внимание, так как низкие показатели уровня тревожности могут свидетельствовать о желании скрыть от специалиста повышенную тревогу. Также низкий уровень тревожности может означать, что больной не берет на себя достаточную ответственность в ситуации болезни, а уровень мотивации к деятельности, направленной на выздоровление, снижен.

Реактивная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями (напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью) в конкретной ситуации. Установленные нами высокий и низкий уровни тревожности могут указывать на выраженное психоэмоциональное напряжение больных. Личностная тревожность – это относительно устойчивое свойство личности. Поэтому высокие показатели свидетельствуют о том, что формируется стойкое восприятие окружающего мира как чего-то угрожающего, сопровождающегося постоянной тревожностью.

Результаты исследования по Шкале депрессии Бека свидетельствуют о наличии депрессии у 60% (12 из 20) больных. Легкая депрессия отмечается у 20% (4 из 20) пациентов, умеренная степень депрессии – у 20% (4 из 20) больных, выраженная депрессия средней степени тяжести была выявлена у 10% (2 из 20) пациентов, выраженная тяжелая депрессия – у 10% (2 из 20) больных. При анализе выявленных депрессивных симптомов доминирующими, то есть у 75% больных и более, явились такие, как пессимизм, неудовлетворенность, утрата работоспособности, нарушение сна, утомляемость, охваченность телесными ощущениями. Большинство выявленных симптомов относятся к соматическим проявлениям депрессии. Депрессия, вне зависимости от ее происхождения, первичности или вторичности по отношению к хроническому болевому синдрому, всегда ухудшает течение и трансформирует клинику болевого синдрома. (1) Данные ряда исследований позволяют предполагать, что среди двух состояний тревоги и депрессии последняя является более значимой для качества жизни пациентов с болью. (5)

Данные корреляционного анализа свидетельствуют о взаимосвязи тревожности и депрессии. Отмечается положительная корреляция уровня личностной тревожности с аффективной симптоматикой депрессии (коэффициент корреляции ( $r$ )=0,579 при уровне значимости ( $p$ )=0,011). Реактивная тревожность коррелирует положительно со шкалами общей депрессии ( $r$ =0,629 при  $p$ =0,006), соматической депрессии ( $r$ =0,501 при  $p$ =0,028), со шкалой когнитивно-аффективных проявлений ( $r$ =0,567 при  $p$ =0,013). Статистически значимых связей между возрастом больных, продолжительностью болезни, интенсивностью боли

в момент исследования и особенностями психоэмоционального статуса не установлено.

Таким образом, у 17 из 20 пациентов с хронической болью в спине выявлены признаки нарушения психоэмоционального состояния, что выражалось в отклонениях от умеренных уровней личностной и реактивной тревожностей и наличии депрессии. При этом установлено преобладание у большего количества пациентов высокого уровня личностной тревожности над высоким уровнем реактивной, что указывало на стойкое реагирование больных на хроническую боль в виде постоянной тревожности как уже сформированной черты характера. Также у 60% больных отмечается депрессия с преобладанием соматических симптомов. Нарушения тревожности и наличие депрессии не зависели от возраста пациентов, продолжительности боли и ее интенсивности в момент исследования.

**Заключение.** Результаты данного исследования могут быть использованы для разработки программы коррекции психоэмоциональных нарушений у больных с синдромом хронической боли в спине.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вознесенская Т.Г. Хроническая боль и депрессия / Т.Г. Вознесенская, А.М. Вейн. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – №1. – С. 4-7.
2. Ковпак, Д.В. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта / Д.В. Ковпак. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 256 с.
3. Лесли А. Колвин. Основы медицины боли: руководство / А. Колвин. Лесли. – М.: ГЭОТАР, 2015. – 128 с.
4. Никонов В.В. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции / В.В. Никонов, А.Э. Феськова, Б.С. Федак. – Донецк: Заславский А.Ю., 2012. – 360 с.
5. Осипова В.В. Психологические аспекты боли / В.В. Осипова. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – №1. – С. 4-9.
6. Павленко С.С. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами / С.С. Павленко, В.Н. Денисов, Г.И. Фомин. – Новосибирск. 2002. – 221 с.
7. Macfarlane Gary J. The epidemiology of chronic pain. *Pain*. 157(10): 2158-2159, October 2016.
8. Geisser M.E., Robinson M.E. & Riley J.L. (1999). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: Let's focus more on the negative. *Pain Forum*, 8(4), 161 – 168.
9. Robinson M.E., Riley J.L., Myers C.D., et al (1997). The Coping Strategies Questionnaire: A large sample, item level factors analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 43 – 49.

— наука и практика —

# ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА ОЗЕРЕ ПЛАХИНО (БОРОВОЕ)

*Посвящается 50-летию со дня организации  
Общества физиотерапевтов Е.Я. Дыхно*



*В.Н. Пашкевич*

## АВТОРЫ

**В.Н. Пашкевич,  
М.В. Сифоркин**

*КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»*



2017-й – год пятнадцатилетнего трудового общения с геологами. Так сложились обстоятельства, что на протяжении этого времени свои летние отпуска сотрудники отделения проводят на озере Плахино (Боровое).

В 2002 году ОАО «Красноярскгеология», которая имеет лицензию на добычу сапропелей и освоение северной части озера, построили двухэтажный корпус, имеющий 4 ваннных зала, разделенных на кабины, со встроенным душем и один зал для приема сапропелей.

До прихода геологов на берега озера люди копали землю в виде корыта, затем выстилали полиэтиленом, таскали тяжеленую грязь из озера, создавая эффект ванны. Но благодаря геологам в глубине таежного острова появились белоснежные ванны, которые своей белизной могут посоревноваться с ваннами ведущих санаториев. Организовали подачу и подогрев грязи в корпус, то есть таежная услуга состоялась, и она оказалась востребованной. В этом проекте приняла участие Красноярская региональная общественная организация (КРОО) «Восстановительная медицина им. Е.Я. Дыхно», председателем которой является заслуженный врач РФ, доцент, кандидат медицинских наук Л.Н. Сифоркина (зав. физиоотделением нашей больницы).

— наука и практика —



Подготовка: подбор сотрудников, учебные семинары, материалы по санитарно-просветительным блокам и т.д. начинались уже в апреле и проходили до третьей декады июня. В этой работе в течение 15-ти лет принимали участие сотрудники многих ЛПУ: роддом №5, поликлиника №4, ГИОВ, поликлиника Академгородка и сотрудники краевых учреждений. Все специалисты, работающие на этой базе отдыха Плахино, по договорной основе с геологами имели профессиональную подготовку и сертификаты специалистов. Все приезжающие в любое время могли побеседовать с врачом, снять ЭКГ, получить медикаментозную поддержку.

Почему же так прославилось это озеро из 300 тысяч озер Красноярского края, площадь зеркала которых составляет более 10 гектаров? Если озеро Шира помогает пациентам только с желудочно-кишечной патологией, озеро Учум с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, то помощь сапропелей озера Плахино многогранна и уникальна.

Древняя легенда повествует о том, как охотник, преследуя раненного оленя, обнаружил последнего в мутной грязи мелководного лесного озера. Ожидая на берегу, когда можно захватить свою добычу, охотник с удивлением увидел, как олень, который из последних сил бежал к воде, выбравшись на берег, ринулся в лес, как будто в него влились какие-то неведомые силы. Так люди узнали о чудодейственных свойствах воды и грязи озера Борового, которое находится в 7 километрах от деревни Плахино Абанского района Красноярского края.



Площадь озера составляет 1,45 квадратных километров. Вода в озере пресная, прозрачная, долго хранится и не цветет, полезна для ванн и умываний, обладает ранозаживляющим действием. Согласно проведенным исследованиям Томского НИИФиК, донные отложения озера Плахино относятся к пресноводным, средне-зольным, карбонатным сапропелям. Запасы лечебных сапропелей составляют 4028 тыс. куб. метров. Сапропели характеризуются мягкой консистенцией, пластичны, гомогенны, имеют в основном серую окраску, изменяющуюся в вертикальном срезе от зеленовато-серой до серо-розовой и темно-коричневой, являясь сложными природными образованиями – сапропелевые отложения отличаются накоплением значительного количества органических веществ. Источниками их служат нерастворимые остатки терригенного происхождения планктона, растворенное и коллоидное органическое вещество аллохтонного и автохтонного происхождения. По данным анализов, содержание органических ве-



ществ в озере Боровое варьирует от 28 до 42%. Группа растворимых органических соединений представлена сульфокислотами – 39,9%, гуминовыми соединениями – 3-10%, липидами – 32,3 г/кг сухого вещества. Наличие в лечебных грязях липидов, продуцентами которых являются сине-зеленые водоросли, обуславливают их бактериостатическую и бактерицидную активность.

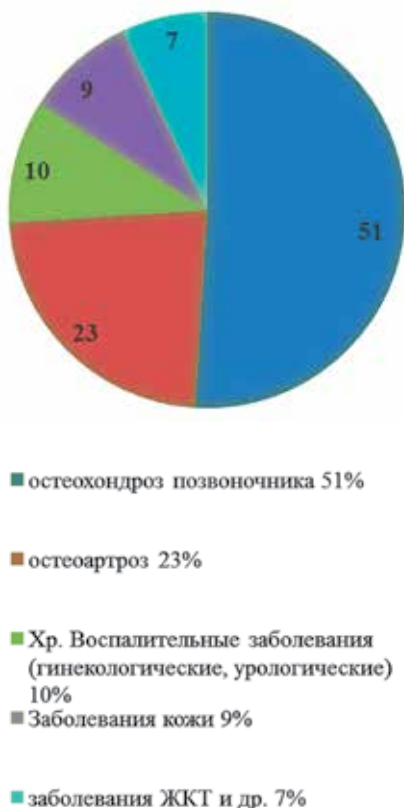
Тип воды определен как гидрокарбонатный, кальциево-магниевый. Из числа бальнеологически значимых компонентов в озерной воде присутствуют микроэлементы: кремниевая кислота 14,5 мг/л; марганец 21,75 мкг/л; цинк 93,92 мкг/л; кадмий 1,93 мкг/л; медь 9,74 мг/л; сурьма 58,73 мкг/л; висмут 0,1 мкг/л; серебро 0,1 мкг/л. Вода содержит 48,24 мг/л органических веществ, из них 0,28% составляют азотосодержащие вещества. Концентрация ионов водорода pH определяет интенсивность биохимических и физикобиохимических процессов, происходящих в озерной воде и слое сапропеля, определяется карбонатно-кальциевым равновесием, находится в пределах pH 6,91 – 7,47. В составе зольного остатка донных отложений озера Боровое до 87% приходится на оксиды кальция, содержание других компонентов (оксиды железа, алюминия, кремния, марганца) в пределах 1,0 – 1,4%.

Бальнеологическая ценность грязей озера Борового (Плахино) во многом определяется составом органического вещества, активностью ферментативных процессов (оксиредуктазы, гидролазы, протеазы), витаминным комплексом (наличие витаминов С, Р, Е, группы В), бактерицидными свойствами. Мягкое и щадящее действие сапропелевых грязей позволяет использовать их в виде аппликаций, разводяных грязевых ванн, в виде влагалищного и ректального грязелечения. Основные действующие факторы грязелечебных процедур – температурный и химический.

науча и практика

Диаграмма № 1.

Структура заболеваний в %



В результате экологических исследований выявлены некоторые особенности озера: малая глубина, отсутствие большого количества макрофитной растительности и литорального защитного пояса, сосредоточение основной биомассы и живого органического вещества в верхнем сапропелевом слое в виде микроводорослей. Увеличение как внешней, так и внутренней нагрузки на водоем приведет к нарушению трофики водного слоя, что повлечет за собой смену видового состава фитопланктона и изменению качества озерной воды. Поэтому с целью сохранения озера необходимо систематическое наблюдение за его экологическим состоянием.

В течение 15 лет отслеживались пациенты, приезжающие с целью оздоровления на базу отдыха. За период с 2003 по 2017 гг. в летнее время прошли лечение сапропелями около 14 тыс. человек. Основная патология – это заболевания опорно-двигательного аппарата (74% от числа всех заболеваний); остеохондроз позвоночника (51%); остеоартрозы (23%), включая ревматоидные, подагрические артриты; хронические воспалительные заболевания: гинекологические, урологические (10%) заболевания; 9% – заболевания кожи (псориаз, экзема, атипичный дерматит), 7% – заболевания ЖКТ, органов дыхания, сердечно-сосудистая патология.

Использовались методические рекомендации по применению плахинских сапропелей, разработанные Томским НИИФиК. Процедуры применялись преимущественно в виде общих разводяных сапропелевых ванн и в виде аппликаций.

Основной клинический эффект наблюдался в зависимости от степени выраженности заболевания. Отмечалась ремиссия заболевания от года до 2-3 лет, благодаря которой отдыхающие возвращались к этому уни-

Диаграмма № 2.

Количество пролеченных пациентов за 2003 – 2012 гг.

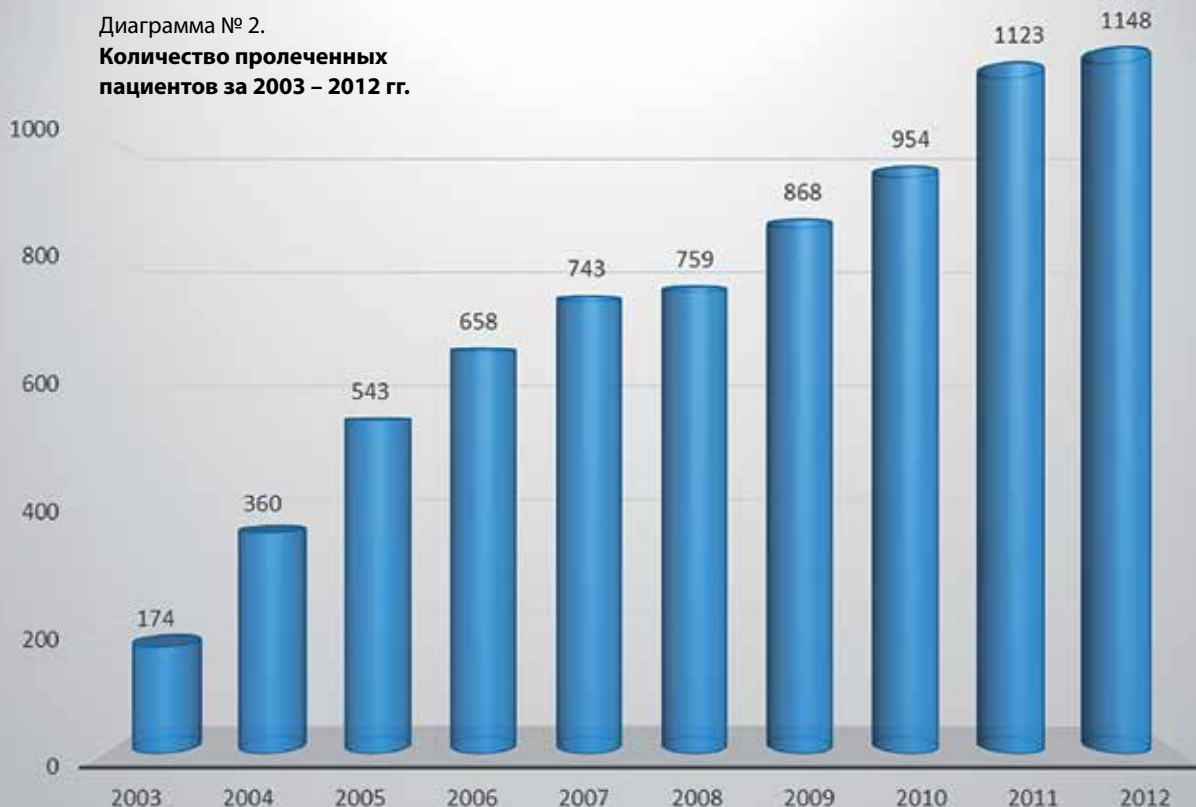
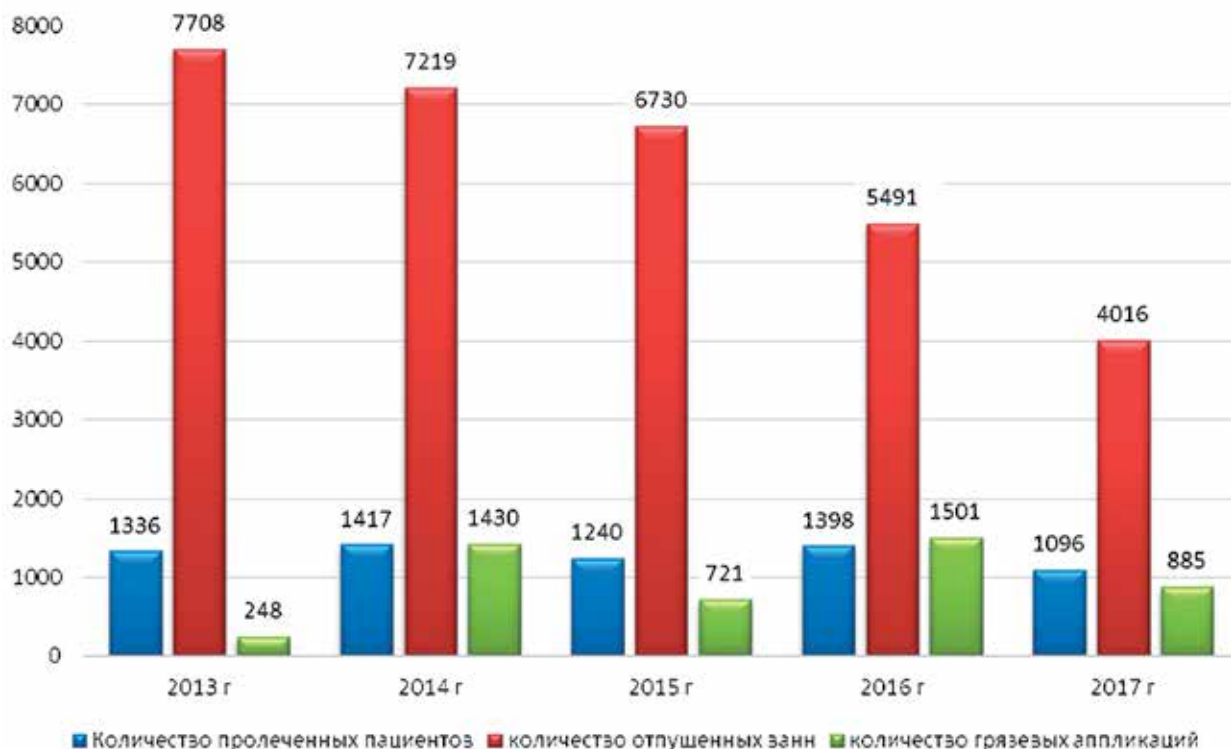


Диаграмма № 2.

Структура пролеченных пациентов и отпущенных процедур за 2003 – 2012 гг.



кальному озеру. Основным преимуществом сапропелей озера Плахино является то, что они могут использоваться при различных заболеваниях. В результате длительного и многопрофильного исследования учеными Томского НИИФиК были сделаны выводы, что сапропели озера Плахино обладают более высокой биологической активностью по сравнению с большинством исследованных озер Сибири. Высокая биологическая активность сапропелей позволяет уменьшить продолжительность процедуры и температуру нагревания. Сапропели обладают более «мягким» действием по сравнению с другими типами лечебных грязей, в частности, с сульфидной иловой грязью. Это позволяет использовать сапропели у ослабленных больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

#### Кому можно применять грязи озера Плахино.

Пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (остеохондроз позвоночника, артриты, артрозы, миозиты, остеопороз); мышечной ткани, последствиями травм; желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и ДПК, холециститы, дискинезии желчных путей, колиты, трещины прямой кишки, геморрой); сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, вегетососудистая дистония, варикозное расширение вен, микроциркуляторные нарушения кровоснабжения); мочеполовой сферы (простатиты, импотенция, мочекаменная болезнь); воспалительными заболеваниями женских половых органов, нарушением менструальных циклов; заболеваниями кожи (псориаз, экзема, нейродермит, микозы, ожоги); органов дыхания (бронхиальная астма, бронхиты); нервной системы (неврастения, нарушения сна, полинейропатии); ЛОР-органов (отиты, гаймориты, риниты, синуситы, хр. тонзиллит); со снижением иммунитета, умственным и физическим переутомлением.

— наука и практика —



**Нельзя пользоваться сапропелями озера Плахино.**

При острых воспалительных процессах; злокачественных новообразованиях; болезнях крови; кровотечениях и склонности к ним; туберкулезе; артериальной гипертензии III степени; ИБС, стабильной стенокардии III и IV ф.к.; сердечной недостаточности II и III степени; комбинированном пороке сердца с преобладанием стеноза; аневризме аорты и сердца; выраженной форме атеросклероза; при всех сроках беременности; эпилепсии, инфекционных заболеваниях, индивидуальной непереносимости.

*В Красноярске организовано отделение грязелечения в КГБУЗ «КМП №5» (пр. Мира, 46) и продажа грязи в ОАО «Красноярскгеология» (ул. К. Маркса, 62) для проведения ванн на дому. Врачи КРОО «Восстановительной медицины им. Е.Я. Дыхно» проконсультируют вас по тел. 2-46-94-24.*

**Приводим рецепты.**

**1. Разводная грязевая ванна.** Ведро сапропеля (10 литров) положить в ванну. (Томский НИИФиК доказал лечебный эффект от 2 кг сапропеля на ванну воды.) Наполнить ванну озерной водой  $t^{\circ}$  от 36 $^{\circ}$ C до 39 $^{\circ}$ C. Размешать грязевой раствор. Погружаться в ванну таким образом, чтобы область сердца была над водой. Время процедуры от 10 до 20 минут, курс – 8, 10, 12 процедур.

**2. Грязевая аппликация.** Сапропель подогреть на водяной бане до 40-42 $^{\circ}$ C. Помешивать. Наносится на тело толщиной 2 см, обмотать полиэтиленовой пленкой, укутать одеялом. Время процедуры от 10 до 20 минут, курс – 8, 10, 12 процедур. При полной грязевой аппликации на область сердца, щитовидной железы и молочные железы грязь не наносить.



В заключение хочется пожелать всем, кто будет применять грязи помнить, что они обладают следующими эффектами: противовоспалительным, трофико-регенераторным, рассасывающим, иммуностимулирующим, гипотензивным, болеутоляющим.

случай из практики

# СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЫ

А В Т О Р

**К.В. Тутынин,  
С.О. Лоншаков**

*КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»*



БСМП осуществляет круглосуточный прием пострадавших, в том числе со сложной и тяжелой травмой кисти, требующих оказания высококвалифицированной помощи.

В один из обычных дней был доставлен пациент с тяжелой травмой предплечья и кисти с размозжением и массивным дефектом кости, мышц, сухожилий, нервов и кожи. Как нам стало известно, рука пострадавшего попала в бетономешалку, когда он находился на рабочем месте.



При таком повреждении первым возникает вопрос об ампутации кисти и формировании культи на уровне предплечья, потому что образованный дефект кожи не позволит зажить рану, а присоединившаяся инфекция непременно приведет к гангрене кисти и сепсису.

Тем не менее было принято решение о проведении органосберегающей операции. Для укрытия раневого дефекта и замещения кожи на передней брюшной стенке был выкроен лоскут на ножке, так называемый «итальянский». Кожный раневой дефект размером 20 на 12 сантиметров был замещен во время операции, проведенной дежурным врачом-травматологом приемного отделения нашей больницы.

Для дальнейшего лечения пациент переведен в травматологическое отделение, где получал необходимую терапию, улучшающую периферическое кровообращение и т.д.

Через три недели лоскут был отсечен. Конечность удалось сохранить.

— из истории одного отделения —

## ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ – 35!

### АВТОРЫ

**Л.Ю. Яковлев, Е.В. Топоева,  
В.М. Брюханов, Т.В. Шандыбаева,  
М.Л. Лебедев, А.И. Филяков,  
О.П. Козычева, Т.В. Милехина,  
В.А. Кооль, Т.Г. Шиврина**

*КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»*



**Брюханов  
Владимир Михайлович,**  
*врач-токсиколог высшей  
категории, первый заведующий  
отделением.*



**Кооль  
Виталий Александрович,**  
*врач-анестезиолог-реаниматолог*

12 мая 2017 года токсикологическому отделению Красноярской БСМП им. Н.С. Карповича исполнилось 35 лет.

Размещенные на территории краевого центра и в его окрестностях предприятия, использующие в технологическом процессе сильнодействующие и ядовитые вещества, послужили поводом для включения нашего города в список химически опасных городов России по классификации ВОЗ, в связи с чем 12 мая 1982 года в составе Красноярской ГБСМП было развернуто токсикологическое отделение на 30 коек. Возглавил подразделение Владимир Михайлович Брюханов.

В различные годы существования отделения в нем трудились врачи: Андрей Юрьевич Шумбасов, Владимир Михайлович Брюханов, Надежда Павлова Руднева, Ирина Леонидовна Поссельт, Алексей Георгиевич Криштоп, Сергей Викторович Коваленко, Сергей Васильевич Гребенников, Наталья Григорьевна Филина, психиатр Закий Галиевич Гимранов, старшие медицинские сестры Нина Юрьевна Васильева, Марина Анатольевна Сальникова, Наталья Павловна Свинаярева.

— из истории одного отделения —



Отделение для больных с острыми отравлениями является единственным в крае специализированным отделением для оказания медицинской помощи пациентам с отравлениями химической этиологии.

Ежедневно, круглосуточно сотрудниками отделения оказывается специализированная медицинская помощь больным с острыми отравлениями, вызванными веществами, используемыми в медицинских целях (лекарственными препаратами), химическими веществами немедицинского назначения, применяемыми в быту, промышленности, сельском хозяйстве, ядами растительного и животного происхождения, токсинами грибов. Госпитализации и лечению в отделении подлежат пострадавшие от отравления химическими веществами жители города и края с 10-летнего возраста. Дети до 10 лет госпитализируются в Красноярскую межрайонную клиническую больницу № 20 имени И.С. Берзона. Лечение больных с отравлениями угарным газом осуществляется в отделении гипербарической оксигенации ККБ № 1. В связи с тем, что отделение такого профиля единственное в Красноярском крае, врачами-токсикологами ГБСМП оказывается консультативная помощь краевым ЛПУ, в том числе с выездом в районы по линии санавиации, производится госпитализация краевых пострадавших.

В течение всего года в отделение госпитализируется в среднем 2000 человек с различными острыми отравлениями. Из них с отравлением различными спиртами – около 1000 человек, наркотиками и психоактивными веществами – в среднем 447 человек, психофармакологическими препаратами – около 170



**Шиврина  
Татьяна Геннадьевна,**  
зав.отделением,  
врач-токсиколог высшей  
категории

— из истории одного отделения —



**Козычева  
Оксана Павловна,**  
*врач-анестезиолог-реаниматолог  
высшей категории.*

человек, с отравлением прижигающим ядом (уксус и щелочи) – порядка 113 человек, от укуса змей и отравления грибами страдает примерно 24 человека. Оставшиеся, в среднем 246 человек, поступают с отравлениями различными медикаментами, в том числе НПВП, противотуберкулезными, спазмолитиками, влияющими на сердечно-сосудистую систему, детергентами, металлами, газами, пестицидами и другими неоточенными веществами.

Неоднократно отделение участвовало в ликвидации последствий массовых отравлений, многие сотрудники являются членами токсико-терапевтической бригады Регионального центра медицины катастроф.

Токсикологическое отделение переименовано в отделение для больных с острыми отравлениями с 2004 года на основании приказа МЗ СССР № 475 от 06.05.1980.

Отделение расположено на 1 этаже главного корпуса больницы. В нем 25 коек/, шесть из них по решению Красноярского городского отдела здравоохранения, согласно рекомендациям МЗ СССР, с мая 1993 года функционируют как палата реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ).

В настоящее время отделение для больных с острыми отравлениями под руководством Татьяны Ген-

— из истории одного отделения —

| Год          | Место поражения | Токсикант     | Число пострадавших | Число умерших |
|--------------|-----------------|---------------|--------------------|---------------|
| 1997         | В быту          | Метанол       | 19                 | 8             |
| 2001         | В быту          | Хлор          | 13                 | -             |
| Апрель 2004  | На производстве | Угарный газ   | 6                  | -             |
| Октябрь 2004 | В быту          | «Кровяной яд» | 29                 | 2             |
| 2005         | На производстве | Хлор          | 7                  | -             |
| 2009         | В быту          | Хлор          | 8                  | -             |
| 2015         | В быту          | Метанол       | 43                 | 7             |
| 2016         | В быту          | Метанол       | 7                  | 1             |

надьевны Шивриной имеет в своем штате 7 врачей первой и высшей квалификационной категории по специальности токсикология, 5 из них имеют подготовку по специальности анестезиология-реаниматология и принимают участие в работе палаты реанимации и интенсивной терапии в составе отделения. При необходимости всем нуждающимся оказывается помощь врачом-психиатром Еленой Евгеньевной Скрипниковой.

Несмотря на то что многие пациенты отделения относятся к категории социально неблагополучных, велика частота сопутствующей психосоматической патологии, средний и младший медперсонал проявляет заботу и чуткость ко всем обратившимся за помощью, о чем говорят благодарственные письма от самих пациентов и их родных.

Сотрудники отделения являются авторами научных статей, докладов, принимают участие в конференциях, семинарах, продолжают работать в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе, других больницах рая и города, возглавляют ЛПУ.

Отделение является базовым для кафедры Мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, руководит которой д.м.н., доцент Олег Анатольевич Штегман. Работа врачей отделения курируется д.м.н., профессором Еленой Анатольевной Поповой и д.м.н., профессором Андреем Алексеевичем Поповым.

За 35 лет существования сотрудниками отделения была оказана помощь тысячам тяжелейших больных с различными отравлениями, включая детей старше 10 лет. Главным ориентиром отделения является повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых методов детоксикации, определения веществ в биосредах.



**Сальникова  
Марина Анатольевна ,**  
старшая мед.сестра



С  
Новым годом  
и Рождеством!

**MDK**

**Е н и с е й**

— золотой фонд БСМП —

## НАКАНУНЕ ЮБИЛЕЯ

АВТОР

**А.О. Бабушкин**

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



Надеюсь, я не одинок в понимании того, что осмысление пройденного пути весьма значимо и необходимо. В этой связи припомнилось высказывание академика Д.С. Лихачева о необходимости подведения на жизненном пути промежуточных итогов.

В 2018 году БСМП отметит свое 45-летие. Вспомним некоторые вехи в истории больницы.

1 марта 1973 года больница скорой медицинской помощи приняла своих первых пациентов: 60 инфекционных и 120 неврологических. А с 1 апреля – 120 инфекционных.

Сохранилась фотография территории больничного комплекса того времени, на которой представлен облик начальной первозданности. Приятно осознавать, что, начав свою трудовую деятельность врачом-интерном БСМП в августе 1974 года, я сумел продолжить своеобразную фотолетопись больницы. Воспроизведу некоторые фрагменты этого пути.

**1975 год.**

Мой первый учитель  
на пути в профессию –  
зав. отделением  
Е.С. Чанчикова.



— золотой фонд БСМП —



**1979 год.**

*Врачебная планерка  
в инфекционном корпусе.  
Доц. Н.И. Захаров,  
проф. Ю.В. Скавинский,  
доц. В.Г. Кузнецов.*



**Март 1983 года.**

*Торжественное собра-  
ние, посвященное 10-ле-  
тию БСМП, открывает  
заведующий городским  
отделом здравоохранения  
Л.Д. Остапенко.*



**7 ноября 1981 года.**

*Демонстрация. Во главе  
колонны коллектива  
БСМП – главный врач  
больницы Н.С. Карпович.*



**Апрель 1979 года.**

*Главный врач больницы  
объезжает объекты  
субботника.*

— золотой фонд БСМП —



**1985 год.**

*Зам. главного врача  
по медицинской работе  
С.И. Стародубцев  
проводит планерку врачей  
дежурной бригады.*

**Июнь 2004 года.**

*Патологоанатомическая  
конференция в инфекцион-  
ном корпусе.*

Не скрою: наряду с ощущением причастности к событиям нашей истории приходит осознание скоротечности времени и мысль о подведения итогов своего этапа трудовой деятельности.

Я благодарен своим учителям и наставникам, из которых в первую очередь выделяю проф. Ю.В. Скавинского, доц. Н.И. Захарова и зав. отделением Е.С. Чанчикову. Рад тому, что пришлось начинать трудиться под началом Н.С. Карповича. Не могу не отметить своих коллег по больнице и сотрудников кафедры инфекционных болезней, отличающихся высоким профессионализмом, с которыми у нас сложились доверительные отношения. Убежден, что инфекционный корпус является одним из самых стабильных подразделений больницы.

— золотой фонд БСМП —



**8 апреля 2009 года.**  
*Представление коллективу больницы главного врача А.Б. Когана.*



**Май 2011 года.**  
*Учения по ООИ в инфекционном корпусе.*



Наступило новое время – время новых технологий. И как своеобразный символ этого этапа развития БСМП – вступающий в строй новый приемно-диагностический и операционный корпус.

от всей души

## СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

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

Благодарность

С 7 по 18 августа 2017 года мы находились в 1-м травматологическом отделении по причине перелома верхней трети бедра моей мамы Бырда З.И. (1925 г.р.). Несмотря на ее преклонный возраст, доктора решились и провели блестящую операцию, благодаря чему она уже сидит и сможет ходить, а не проводить время только в лежачем состоянии.

Выражаю огромную благодарность коллективу 1-го травматологического отделения! Белоусов М.А., Копылов Р.В., Ушанов В.В., Самойленко С.В. и другие доктора делают свою работу блестяще!

Профессионализм и золотые руки позволяют докторам отделения правильно оценить состояние больного, умело прооперировать, быть уверенным в положительном исходе операции даже в самых сложных случаях и с осложненным анамнезом, тем самым взять ответственность за здоровье больного и существенно улучшить его.

Компетентный подход коллектива, уважительное отношение к больным оставляет самые лучшие впечатления о пребывании в «1-й травме» и во всей больнице!

Отдельное огромное спасибо сестрам и младшему персоналу отделения!

21.08.2017

к.т.н, профессор СФУ Покидышева Л.И.

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»:



Спасибо персоналу регистратуры, что приняли меня, не отказали в помощи))) Фурункул был уже слишком большой и сильно болел. В поликлинике сказали лечиться в домашних условиях, к хирургу не отправили. В случае температуры посоветовали обратиться в БСМП. Спасибо Андрееву Роману Ивановичу. Очень позитивный отзывчивый врач. Сделал все быстро аккуратно и почти безболезненно.

Елена

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»:



Выражаю благодарность персоналу больницы Маслову Сергею Геннадьевичу, Юриковой Ирине Георгиевне, Многогрешному Игорю Геннадьевичу за чуткое отношение при госпитализации Ковалевой Рады Викторовны, за оперативно выставленный диагноз и оказание медицинской помощи.

Опарова Анжела Александровна

— от всей души —

*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Хотелось бы уже публично поблагодарить приемное отделение и отдельно АНДРЕЕВА РОМАНА ИВАНОВИЧА. Врач в поликлинике сказал лечить дома. А Роман Иванович экстренно вскрыл мне карбункул. При этом ни намека, что такое лечить в поликлинике. А в тот день был огромный поток больных. Роман Иванович разрывался, но нашел время для всех. А ведь в такие моменты врачам не до карбункулов. Однако тут ни намека. Хотя во многих больницах и смотреть бы не стали... Позднее в поликлинике мне не хотели делать перевязки из-за отсутствия прописки. Пришлось добиваться через заведующую. С таким отношением оперировать меня никто бы не стал. И что бы было? Карбункул – некроз/абсцесс – гангрена. В моем случае это означало бы высокую ампутацию ноги... Еще раз огромное спасибо Роману Ивановичу! Хочу пожелать поменьше тяжелых больных и бессонных ночей в операционной, побольше благодарных пациентов.

Римма



*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Здравствуйте! Хочу оставить отзыв. Лежала во второй хирургии с 16 по 21 июля, была операция по удалению аппендицита. Врачи от бога!!!! Спасибо огромное! Медперсонал, начиная от врачей скорой помощи, на которой меня доставили, включая приемной покой, медсестер, санитаров, не говоря уже о хирургах, – профессионалы, очень внимательные, заботливые, за что огромная благодарность и низкий поклон!

Людмила



*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Находился на лечении в БСМП, в урологическом отделении, около трех недель. Очень хорошо перенес операцию и хочу выразить огромную благодарность Окладникову А.Ю. и Капкану А.В. Знатоки своего дела! Также огромное спасибо всему персоналу отделения, отдельно хотел бы выделить работу медсестер Татьяны, Дарьи и Оксаны, очень добрые и понимающие, а главное – с успехом побеждали мои плохие вены. Всем санитарам низкий поклон, я не запомнил имен, но молодые люди всегда очень быстро приходили на помощь! Питанию поставлю четверку! А в общем, всему отделению твердую пять! Так держатся! Спасибо!

Дмитрий



*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Я была госпитализирована в неврологическое отделение с диагнозом «инсульт». Хочу поблагодарить за помощь, которая была мне оказана. Все имеют высокую квалификацию и правильный подход к больным. Большое спасибо за хорошее отношение к людям!

Елизавета



*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Здравствуйте! Недавно проходила в вашей больнице лечение, хочу сказать всем спасибо, особо хочу отметить массажистку Татьяну Шефер. У нее просто золотые руки, про таких говорят – врачи от Бога, спасибо вам за таких специалистов.

Олеся



*С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:*

Здравствуйте. Благодарю второе травматологическое отделение за оказание своевременной и квалифицированной помощи. Во-первых, огромная благодарность лечащему врачу Гвоздеву Ивану Анатольевичу. Всегда внимательный, вежливый, умеет успокоить. Умный и компетентный врач. Не циничный, какими бывают хирурги. Оставайтесь всегда таким добродушным человеком. Очень слаженная операционная команда за исключением молодого человека, возможно, узист, который пришел в операционную облитый одеколоном с ног до головы. Во-вторых, выражаю сердечную признательность анестезиологу Годунову Анатолию Викторовичу. Человек с отличным чувством юмора и доброжелательностью к людям. Профессионал своего дела. Отлично умеет успокоить. Не теряйте доброту сердец! А также хотелось бы поблагодарить средний и младший медперсонал за ваш нелегкий труд. В частности, благодарю перевязочную медсестру Розу Романовну за доброе сердце и легкие перевязки, медсестру Татьяну Александровну за профессионализм и отзывчивость. Спасибо дезинфектору Алле за приветливость и чистые палаты. Благодарю санитарок Наденьку, Людочку и Леночку за чуткость и своевременную помощь. Не теряйте огонь в глазах, ведь вы делаете важное дело – помогаете людям!

Александра



от всей души

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП  
им. Н.С. Карповича»:



Хочу выразить благодарность хирургу сосудистой хирургии Макушеву Денису Ильичу за профессионализм, внимательное отношение к пациентам отделения, человек гордо несет звание доктор. Также большое спасибо Надежде Семеновне за ее доброту и золотые руки. Большое спасибо всему персоналу, весь персонал работает четко и слаженно. Спасибо руководству отделения за высокую организацию работы всего отделения. СПАСИБО ЗА ВАШ НЕЛЕГКИЙ ТРУД.

Галина С.

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:



Выражаю бесконечную благодарность врачам-хирургам гинекологического отделения Прохоренковой Альфие Серажуудиновне и Перфильевой Нелли Дмитриевне за их высокое мастерство, добрые сердца, внимание и заботу. Все сотрудники отделения оставили приятное впечатление, врачи Владимир Райнгольдович, Дмитрий Дмитриевич, София Самсоновна и, конечно же, Олег Александрович, все медсестры – Ася Николаевна, Валентина Николаевна, Светлана, Любовь и другие, добросовестные санитарки, которые поддерживают чистоту и порядок. Всем БОЛЬШОЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ СПАСИБО И ИСКРЕННЯЯ БЛАГОДАРНОСТЬ!

Людмила Гребнева.

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:



Хочу искренне сказать Большое Спасибо!!!! Спасибо второму нейрохирургическому отделению за их работу, за золотые руки! Поступил 31.08.2017 с острыми болями в позвоночнике, сразу приняли, и началось: все на своих местах, такая налаженная работа, провели комплекс лечения, и все прошло хорошо. Уже находясь в палате, сразу замечаешь, как в палатах чисто, уютно. Медсестры все милые, добрые, всегда ухоженные, всегда с улыбкой. Спасибо вам!!! Санитаркам низкий поклон, никогда ни в чем не откажут, всегда помогут. Спасибо вам!!! Спасибо этим милым женщинам, которые кормят нас. Спасибо лечащему врачу Бобрикову Александру Юрьевичу за ваше понимание и поддержку и, конечно же, за мое выздоровление. Спасибо заведующему отд. Куреко Владимиру Александровичу за организованный коллектив, слаженную работу и позитивную атмосферу в отделении, а также отдельное спасибо моему физиотерапевту Козловой (к сожалению, имя отчество не вспомнил) за профессиональный подход и человеческое отношение. Желаю вам всем здоровья и вашим близким и родным, успехов во всем! Спасибо!!!

Владимир Ефимович

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:



Здравствуйте! Хочу выразить слова благодарности ортопеду-травматологу 1-го травматологического отделения Ушанову Всеволоду Владимировичу. Предыстория: в ноябре 2016 года мне поставили диагноз «двухсторонний кокс-артроз и трех- и двухсторонний гонартроз 1 степени». Я прошел обследование в краевой больнице для постановки на очередь для квоты. В марте 2017 года мое заявление было рассмотрено кабинетом ВМП, мне сказали, что очередь подойдет к ноябрю 2017 года либо в начале 2018 года. Боли были невыносимы, и мне пришлось обратиться в страховую компанию (МСО «Надежа»), к сотруднику Челноковой Вере Николаевне, чтобы они посодействовали в ближайшем оперативном вмешательстве. Вера Николаевна связалась с кабинетом ВМП, и ей подтвердили, что квоту долго ждать. Но сообщили, что делают операцию в БСМП. Вера Николаевна связалась с врачом высшей категории Тутыниным Константином Валерьевичем, и через неделю доктор позвонил мне и сказал, что мои документы были переданы на рассмотрение в БСМП и принято решение о срочной госпитализации. 19.07.2017 года меня госпитализировали в 1-е травматологическое отделение. 20.07.2017 года мне сделал операцию травматолог-ортопед Ушаков Всеволод Владимирович. Хочу выразить искреннюю благодарность всему медицинскому персоналу за отличную работу, внимание, чуткость. Пожелать всем отличного здоровья и успехов в работе, быть такими же добросовестными!!! В надежде на ближайшую госпитализацию по замене второго тазобедренного сустава. Хотелось бы присоединиться к словам благодарности моей мамы Генераловой Тамары Сергеевны. Хочу высказать огромное человеческое спасибо за спасение и восстановление моего сына. За чуткое отношение и содействие в помощи моему сыну!!

С уважением, Тамара Сергеевна и Валерий Викторович Генераловы



24smg.ru



С НОВЫМ ГОДОМ  
**2018**  
MEDSINTES  
group

MEDSINTES.RU