

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 4 (71)

К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



*Как выглядит клиника,
получившая
сертификат JCI*

*Радикальное удаление
шванномы подъязычного
нерва*

*Реабилитация
в краевой клинической
больнице*

декабрь 2018 год



Жизнь продолжается!

Цитофлавин®

ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ АКТИВАЦИИ
МЕТАБОЛИЗМА НЕЙРОНОВ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Способствует:

- достоверному уменьшению объема церебральной ишемии в 1,5—1,7 раза ¹
- снижению степени неврологического дефицита к 21-му дню ²
- регрессу неврологической симптоматики в период стационарного лечения ³
- положительному исходу в сочетании с реперфузионной терапией ⁴



¹ С.А. Румянцева с соавторами // Журнал Неврологии и Психиатрии, 8, 2015;

² И.И. Кухтевич с соавторами // Журнал Неврологии и Психиатрии, 12/2, 2014;

³ И.Э. Сазонов с соавторами // Журнал Неврологии и Психиатрии, 2, 2017;

⁴ И.Э. Сазонов с соавторами // Журнал Неврологии и Психиатрии, 3, 2016.

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-904-895-30-62

www.medgorod.ru
kkb-red@mail.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин –
главный врач

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:

Алексей Иванович Грицан –
д.м.н., профессор
Елена Сергеевна Семенова –
шеф-редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., профессор С. Г. Вахрушев
Н.И. Головина
д.м.н., профессор И. В. Демко
д.м.н., профессор С. А. Догадин
д.м.н., профессор Ф. П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г. В. Матюшин
С. Л. Нефедова
к.м.н. Г. З. Низамеева
д.м.н. А. В. Протопопов
д.м.н. В. А. Сакович
В. М. Симакова
Е. В. Михайлова
д.м.н., профессор Д. В. Черданцев

Фото Семена Алексеева, Сергея
Головача, Валерия Тяпкина.
Используются материалы из музея
Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова – корректор

Допечатная подготовка,
печать ООО ПК «Знак»
660028, Россия, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21
тел. (391) 290-00-90

Тираж 999 экз.
Декабрь 2018 г.

За содержание рекламных мате-
риалов редакция ответственности
не несет.

Мнение редакции может не сов-
падать с мнением авторов мате-
риалов.

Содержание

События года	4
Передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника» пять лет работает в Красноярском крае	6
По германской стороне, на чужой планете	10
Как выглядит больница, получившая JCI?	12
НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ / CASUS EXTRAORDINARUS	
Шваннома подъязычного нерва. Клиническое наблюдение и анализ литературы	16
ВИЧ и оппортунистические инфекции – клинический опыт пульмонологического отделения ККБ	20
Возможности хирургии остеохондроза шейного отдела позвоночника.....	23
Паранеопластический амилоидоз, клинический случай.....	26
Успешная уранопластика тканями языка у пациентки с двухсторонней расщелиной твердого неба	30
Случай острого миокардита у юного пациента	32
DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ	
Перед колоноскопией едят то, что бегают, ползает, летает и плавает	34
Место цитофлавина в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией.....	36
Эндодонтическое лечение каналов – залог успеха сохранения зуба.....	39
Развитие реабилитации в краевой клинической больнице	42
ОТ ДУШИ / EX ANIMO	
Федор Капсаргин: «Врач не должен выходить из себя – это слабость»	48
Музею истории медицины – четверть века	50
Человеку сладко – поросенку горько	52
Наши сотрудники примеряют на себя «свинский» гороскоп	54
Мужественных, стойких, добрых комбустиологов – с юбилеем!	56



Дорогие жители Красноярского края! Поздравляем вас с Новым годом!

Этот праздник приносит в каждый дом особую радость и новые надежды. Он дает нам замечательный повод подвести итоги уходящего года, подумать о самом главном, поблагодарить друг друга за помощь и поддержку, пожелать новых добрых перемен, исполнения желаний.

Год, который мы оставляем позади, был наполнен важными событиями для всей нашей страны – и для Красноярского края, и для каждого из нас. Он потребовал от нас большой энергии, новых дел и серьезных усилий по их реализации. Тем ценнее одержанные нами победы. Все отрасли экономики, гуманитарной сферы принесли нам достойные результаты.

Самые значимые для края инициативы нашли поддержку на федеральном уровне. Одобрение Президента получили масштабный инвестиционный проект «Енисейская Сибирь» и планы по улучшению экологической обстановки в крупнейших городах края. Внимание и поддержка главы государства, федеральных органов власти сыграли решающую роль в качественной подготовке столицы региона к Всемирной зимней Универсиаде-2019.

В 2018 году мы строили новые школы и дворцы спорта, приводили в порядок дороги и мосты, благоустраивали наши города и районы. Красноярские аграрии, несмотря на все капризы погоды, в 15-й раз собрали лучший в Сибири урожай зерна. Продолжался рост в ключевых отраслях промышленности – металлургии, энергетике, добыче угля, нефти и газа. Благодаря стабильному развитию экономики в крае зарегистрирован самый низкий уровень безработицы за последние 25 лет. Главным достижением краевого здравоохранения стал рост продолжительности жизни красноярцев.

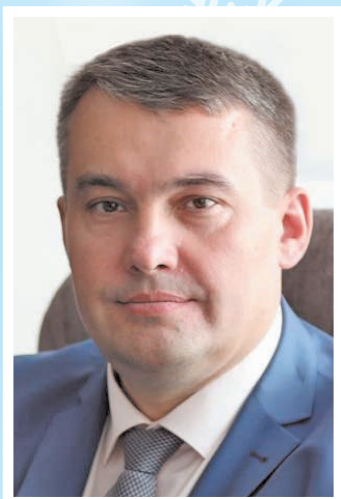
Уверены, каждый из вас ощущает свою причастность к этим большим делам. В наступающем, 2019 году работы будет не меньше. Впереди события, к которым мы готовились не один год. Предстоит встретить гостей Всемирных студенческих игр, отпраздновать 400-летний юбилей Енисейска – одного из старейших городов Сибири, с достойными результатами подойти к 85-летию Красноярского края.

Пусть новогодние праздники зададут радостный, оптимистичный тон всем делам предстоящего года.

Желаем вам хорошего настроения, доброго здоровья, удачи и благополучия.

С Новым годом, дорогие земляки!

**Губернатор Красноярского края
Александр Усс
Председатель Законодательного Собрания края
Дмитрий Свиридов**



Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с наступающим 2019 годом!

Первые месяцы нового года будут посвящены подготовке к грандиозному событию для города и края – Всемирной универсиаде. На медработников ложится огромная ответственность за здоровье молодых спортсменов, и мы сделаем все возможное для оказания им качественной медицинской помощи. Но и в будни, и в дни больших праздников коллектив краевой всегда помнит и выполняет свою главную миссию - заботиться о здоровье жителей Красноярского края, которым с каждым годом становится доступнее высокотехнологичная безопасная медицина.

Дорогие врачи и медицинские сестры!

Желаю вам здоровья, успехов, большого личного счастья!

Пусть новый год принесет вам удачу!

**Министр здравоохранения
Красноярского края
Виталий Денисов.**



Дорогие коллеги!

Желаю вам в Новом, 2019 году сохранить и преумножить то, чем вы дорожите.

Конечно, это семья, любовь, благополучие. Но я знаю, что в жизни каждого врача и медицинской сестры огромную роль играет работа – наше вечное ремесло, самое прекрасное на свете.

Пусть работа дарит вам радость, ощущение нужности, пусть люди благодарят вас за мастерство и доброту.

Желаю всем нам успешно отработать зимнюю Универсиаду, чтобы весь мир мог оценить качество оказываемой нами медицинской помощи. Но пусть у спортсменов будет как можно меньше травм и поводов обращаться к врачу.

Удачи вам, здоровья, всех благ!

**Ваш главный врач
Егор Корчагин.**

СОБЫТИЯ ГОДА

ККБ ПЕРВОЙ В КРАЕ ПОЛУЧИЛА СЕРТИФИКАТ КАЧЕСТВА ISO 9001

На этот документ весь коллектив больницы работал больше четырех лет.

Наличие сертификата в медицинском учреждении подтверждает, что больница работает в соответствии с международными стандартами ISO 9001 от 2015 года. Международного сертификата менеджмента качества нет ни в одном лечебном учреждении Красноярского края. Мы – первые!

Сертификат занял почетное место в приемной главного врача, а его копии висят по всей больнице, чтобы входящие могли видеть подтверждение нашего стремления оказывать медицинскую помощь качественно, наилучшим образом решая проблемы пациентов.

НАШИ РЕНТГЕНХИРУРГИ ПОТЯСЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МИР КЛИНИЧЕСКИМ СЛУЧАЕМ



Доклад об осложнении эндоваскулярно-го вмешательства у пациента краевой клинической больницы занял первое место на ежегодном Всероссийском саммите по коронарным осложнениям «Самко-2018».

Первое место HEART TEAM Регионального сосудистого центра завоевала благодаря четкому взаимодействию и пониманию между кардиохирургами, рентгенохирургами, реаниматологами.

История нашего послеоперационного пациента, у которого остановилось, но было успешно запущено сердце во время эндоваскулярной операции, прозвучала не только в столице, но и на Парижском курсе

по реваскуляризации. Работу наших врачей европейские врачи назвали фантастикой и сопровождали доклад рентгенохирурга Никиты Литвинюка возгласами «Wow!».

Больной выходил из тяжелейшего состояния трудно. Только крови ему перелили более 27 литров! Сегодня он готовится к еще одной операции и даже не знает, что его история болезни известна всему профессиональному сообществу эндоваскулярных хирургов.

ЗА ГОД ПРОВЕЛИ БОЛЕЕ 70 ТРОМБОЭКСТРАКЦИЙ ИЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

По словам руководителя Регионального сосудистого центра Алексея Протопопова, в современных клинических рекомендациях внутрисосудистая тромбоэкстракция получила высший класс доказательств и пользы в лечении пациентов с инсультами.

В Красноярском крае началось активное внедрение тромбоэкстракции – пока только в столице края в трех больницах – ККБ, ГБ № 6 и ГБ № 20. Усилиями этих клиник прогнозная частота тромбоэкстракций в городе в этом году достигнет более 100 на млн населения. После клинического внедрения в Красноярске эту технологию ждет тиражирование в межрайонные краевые центры.

Уже есть опыт проведения тромбоэкстракции районной пациентке, которую удалось в течение полутора часов доставить в краевую больницу.

ДЕНЬ МЕДИКА ВПЕРВЫЕ ОБЪЕДИНЕН С ФЕСТИВАЛЕМ САМОРАЗВИТИЯ

На турбазе «Такмак» мы убили одним выстрелом двух зайцев и даже трех: отметили профессиональный праздник, самосовершенствовались и насладились красивейшим пейзажем.

Для работы с нашими сотрудниками были приглашены более десяти бизнес-тренеров и психологов. Темы тренингов были самые различные, на первый взгляд, не очень близкие к медицине, например, «Успешные переговорные стратегии и навыки», «Бой на деревянных ножах», «Дизайн интерьера своими руками», «Аукцион эмоций». Но по ходу занятий тренеры приобщались к медицинской аудитории,



приводили примеры из врачебной и сестринской практики, старались разбирать рабочие ситуации, конфликты, проблемы, профессиональные стратегии и тактики.

Участие в фестивале саморазвития было по желанию, никакой «принудилочки», но не бесплатно, поскольку, как говорят психологи, то, что достается даром, и ценится невысоко.

МЫ ПОЛУЧИЛИ СЕРТИФИКАТ РОСЗДРАВНАДЗОРА

17 и 18 июля больница пережила суровую аудиторскую проверку во главе с заместителем генерального директора Центра мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора Олегом Швабским. Это был добровольный аудит для оценки соответствия деятельности больницы требованиям по безопасности и качеству оказания медицинской помощи.

На итоговом совещании с участием ведущих отделений и руководителей служб ККБ каждый из шести проверяющих кратко изложил свои замечания, пожелания, рекомендации.

Олег Швабский, подведя итоги двухдневной работы, сказал:

– Однозначно вы подтвердили звание одной из лучших клиник в России. Будем рекомендовать коллегам приезжать к вам за опытом.

Из 40 аудитов, проведенных в медицинских учреждениях страны до краевой больницы, положительное заключение было выдано только семи организациям.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ПООБЩАЛСЯ С ПРЕЗИДЕНТОМ

В марте в Санкт-Петербургском центре имени Алмазова состоялась встреча Владимира Путина с представителями российского здравоохранения. Президент разговаривал с главными врачами России более двух часов.



На встрече присутствовал и главный врач ККБ Егор Корчагин. В беседе с главой государства главный врач поднял две темы.

Во-первых, о внедрении клинических рекомендаций как базовых документов, определяющих технологию оказания медицинской помощи, основанных на лучших практиках и имеющих доказанную эффективность.

Вторая тема – крайне важная для нашего региона – санитарная авиация. Федеральная поддержка этого направления позволила нам использовать воздушные суда отечественного производства, оснащенные специализированными санитарными модулями.

ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ У НАС ДОБАВИЛОСЬ ЧЕТВЕРО!

Высокое звание Указом Президента присвоено Вадиму Тиграновичу Кеосьяну, Владимиру Адамовичу Мацкевичу, Андрею Александровичу Сурину и Марии Александровне Шамриной.

Владимир Адамович руководит ожоговой реанимацией – надо ли говорить, что это за работа?

Вадим Тигранович руководит единственным в крае отделением микрохирургии – все мы слышаны о его невероятных реплантациях пальцев и кистей.

Андрей Александрович много лет заведует отделением травматологии, куда поступают самые тяжелые пациенты со всего края, а Мария Александровна – основоположник функциональной диагностики в Красноярском крае, отличник здравоохранения, любящий и уважаемый наставник.

Поздравляем наших замечательных коллег с высокой наградой!

ПОЛЕЗНЫЕ КНИГИ ПРОФЕССОРА ШНЯКИНА

В этом году коллектив авторов под руководством д.м.н., нейрохирурга Павла Геннадьевича Шнякина выпустил две монографии,

имеющие огромный успех в медицинском сообществе.

Первая монография – о красноярском опыте борьбы с инсультами – выиграла конкурс учебных пособий и заслужила похвалу министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

Вторая монография посвящена телемедицине, мониторингам популяционно значимых заболеваний в Красноярском крае.



ПРОВЕЛИ ВТОРУЮ ВСЕРОССИЙСКУЮ КОНФЕРЕНЦИЮ ПО КАЧЕСТВУ

Планировали участие 250 делегатов. Реальность превзошла ожидания: в МВДЦ «Сибирь» приехали более 300 заинтересованных руководителей и специалистов медицинских организаций.

Участники ознакомились с презентациями о безопасности пациентов и персонала медицинских учреждений, о менеджменте в медицинских организациях, внедрении системы менеджмента качества во многих регионах России, бережливом производстве, службе управления персоналом.

Докладчики рассказывали также об организации работы приемного отделения, применении подхода TWI для обучения персонала, внедрении системы «Канбан», формировании и внедрении нового стандарта корпоративной культуры на основе бережливого производства.

Сотрудники краевой больницы поделились с участниками форума опытом работы клиентской службы, оптимизацией процесса доставки питания пациентам, проблемами организации платных услуг в многопрофильном стационаре.

Большой интерес вызвал доклад о мониторинге тяжелых внебольничных пневмоний на территории Красноярского края с помощью региональной телевизионной системы.

В завершение конференции участники съездили в Овсянку, в гости к Виктору Петро-

вичу Астафьеву, полюбовались на горы, Енисей и осеннюю тайгу.

НЕМЦЫ НЕ ЖАЛЕЛИ РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ НАШИХ ДОКТОРОВ

Правительство Красноярского края выделило средства на обучение новейшим технологиям наших перспективных молодых врачей в европейских именитых клиниках. Из краевой больницы в Германию на обучение уехали нейрохирурги, неврологи, рентгенирристы, рентгенологи, анестезиологи-реаниматологи.

Наши специалисты посещали лекции, разбирали клинические случаи, отработывали вопросы отбора пациентов, тонкости технического вмешательства, постоперационное ведение пациентов.

Тромбоэкстракцию проводили в лабораторных условиях, на животных, причем для русских немцы не жалели ни животных, ни расходников.

НАШ СТАЦИОНАР – САМЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ В РОССИИ!

Согласно экспертному мнению Росздравнадзора РФ – организатора XI Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество – 2018», краевая клиническая больница Красноярска стала лучшей в самой важной номинации, ведь именно в стационаре, вдали от дома и близких людей, больной человек особенно нуждается в заботе и обеспечении безопасности.

Теперь мы можем сказать, что наша краевая не только высокопрофессиональная, но и очень добрая клиника. Может быть, самая человечная в стране.

Диплом вручили Егору Корчагину в Москве, на сцене конференц-зала гостиницы и делового центра «Рэдиссон-Славянская».





краевая
клиническая
больница

профессионализм
человечность
ответственность

Передвижной консультативно-диагностический центр «МОБИЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

ЗА 5 ЛЕТ РАБОТЫ:

ПРОШЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ
33 865 ЖИТЕЛЕЙ КРАЯ:

маммографическое обследование
12 757 женщин
флюорографическое обследование
12 645 человек
УЗИ брюшной полости
2 928 человек
УЗИ сосудов
2 134 человека
проконсультировано специалистами
3 401 человек

ВЫЯВЛЕНО **10 028**
ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ:

патологии молочной железы
у 2 936 женщин
патологии легких и сердца
у 423 человек
патологии органов брюшной полости
у 508 человек
патологии сосудов различной локализации
у 525 человек

Мобильная поликлиника работает в районах края
более 120 дней в году

Ежегодно посещает
до **20 районов** Красноярского края
более **70 населенных пунктов**

Самые отдаленные населенные пункты работы «Мобильной поликлиники»:

на севере – п. Манзя
Богучанского района
(652 км от Красноярска),
на юге – п. Таяты
Каратузского района
(590 км от Красноярска)



1. Абанский
2. Березовский
3. Бирилюсский
4. Богучанский
5. Большемуртинский
6. Большеулуйский
7. Дзержинский
8. Емельяновский
9. Енисейский
10. Канский
11. Каратузский
12. Козульский
13. Манский
14. Минусинский
15. Назаровский
16. Партизанский
17. Рыбинский
18. Сухобузимский
19. Уярский
20. Шарыповский

КРУГЛАЯ ДАТА

ПЕРЕДВИЖНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МОБИЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ПЯТЬ ЛЕТ РАБОТАЕТ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

А. Д. Мельгунов

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Ровно пять лет назад, 10 декабря 2013 года, два КамАЗа с логотипами краевой клинической больницы впервые выехали в район для оказания помощи сельскому населению.

Это была пробная поездка. Но она позволила сделать вывод: приближать высококвалифицированную медицинскую помощь к жителям края необходимо – наших специалистов ждут, люди ждут нашу диагностическую аппаратуру, и это тот самый случай, когда «гора идет к Магомету». Для пользы последнего.

Как все начиналось

Профилактика заболеваний – приоритетное направление современного здравоохранения, поскольку единица денежных средств, вложенных в профилактику, предотвращает необходимость траты значительных сумм на лечение пациентов.

Красноярский край, второй по площади субъект РФ, протяженностью почти 3000 километров и шириной до 1200 км, включает в себя труднодоступные территории Крайнего Севера и состоит из 44 районов.

В некоторые районы края круглогодично можно добраться только воздушным транспортом (Эвенкийский муниципальный район, Норильская группа районов, Таймырский муниципальный район), водным транспортом в летнее время, а автотранспортом только в зимние периоды года. По автомобильным и железнодорожным дорогам расстояние от отдаленных населенных пунктов до районных центров доходит до 100 километров, а до краевого центра – до 700 километров.

Учитывая большие расстояния, в здравоохранении Красноярского края выделено восемь групп районов (Красноярск, Центральная, Восточная, Западная, Южная, Лесосибирская, Богучанская, Норильская группы, Таймырский муниципальный район, Эвенкийский муниципальный район). Большие расстояния в совокупности с ограниченностью населения в финансах, сезонностью занятости населения, живущего натуральным хозяйством, в т.ч. собирательством (черемша, папоротник, ягоды, грибы и др.), маргинальным укладом жизни (алкоголизм), провоцируют низкую ответственность населения за свое здоровье и плохую явку в медицинские учреждения. Это приводит к незначительному проценту охвата населения диспансеризацией, формированию очагов инфекции (туберкулеза) и других важных неинфекционных социальных заболеваний.

В середине осени 2013 года в рамках федеральной программы диспансеризации населения в распоряжение КГБУЗ ККБ поступил мобильный медицинский комплекс, состоящий из передвижного маммографа и флюорографа, установленных на базе двух автомобилей КамАЗ (на шасси 4308), а также кабинетов приема специалистов (ультразвуковой диагностики, гинеколога, хирурга, терапевта, ЛОРА/офтальмолога) – на базе двух грузовых прицепов.



На базе мобильного комплекса с целью совершенствования системы организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению Красноярского края, повышения ее доступности и качества, проведения диспансеризации населения, онкоскрининга и отбора пациентов на высокотехнологичные методы лечения был организован передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника».

За три месяца до поступления мобильного комплекса в КГБУЗ ККБ начался сбор заявок из районов Красноярского края.

После анализа заявок районных больниц, материально-технической базы учреждений здравоохранения и структуры заболеваемости в районах были приняты решения:

- пилотными территориями выбраны ближайшие к Красноярску (от 30 до 70 км) Березовский и Емельяновский районы;
- в первую очередь необходимо посещать районы края, в которых отсутствуют маммографы и флюорографы, и те населенные пункты, в которых исторически низкая явка в поликлиники районных и межрайонных центров;
- в зимнее время года осуществлять работу в близлежащих районах, постепенно удаляясь от краевого центра по мере повышения температуры окружающей среды, для обеспечения безопасности сотрудников и медицинского оборудования.

10 декабря 2013 года состоялся первый выезд мобильного комплекса. В общей сложности за первый месяц работы медики посетили 10 населенных пунктов в двух районах, обследовали 1500 человек, у 397 из них была выявлена патология.

За первый месяц выездной работы отработаны порядки оказания медицинской помощи:

- необходимо оповещать администрацию районного учреждения здравоохранения за две недели до приезда мобильного комплекса;
- осуществлять подключение к сетям электропитания инженером мобильной поликлиники совместно с электриком медицинского учреждения;
- подключение осуществлять за сутки до начала работы для прогрева оборудования и устранения мелких неполадок, вызванных вибрацией и тряской во время переезда;
- консультации узких специалистов оказывать на площадях учреждений здравоохранения, поскольку подъездные пути и площадь возле ЛПУ не позволяет расположить там прицепы с кабинетами консультативно-диагностического приема.

Сводная потребность территорий в медицинских услугах «Мобильной поликлиники» на 2014 год составила 36 414 медицинских услуг:

- 14 978 – флюорография,
- 6129 – маммография,
- 5684 – УЗИ брюшной полости,
- 2818 – консультации невролога,
- 2615 – консультации гинеколога,
- 2125 – консультации офтальмолога,
- 1765 – дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий,
- 300 – консультации эндокринолога.

Министерство здравоохранения Красноярского края совместно с территориальным фондом ОМС во время согласительной комиссии на 2014 год утвердило диагностические услуги в количестве 7446:

- 2048 – маммография,
- 3711 – флюорография,
- 1155 – УЗИ брюшной полости,
- 532 – ДС брахиоцефальных артерий.

В конце января 2014 года после повышения температуры окружающей среды выше критических цифр комплекс начал свою работу. За 104 дня мы посетили 46 населенных пунктов в 15 районах Красноярского края. В этом же году впервые стали возникать проблемы с оборудованием и программным обеспечением, что привело к длительному гарантийному ремонту и как следствие изменению графика выездов в районы края.

В общем, в 2014 году было обследовано 7868 пациентов. У 2120 пациентов были выявлены различные отклонения от нормы. Так как не все консультации были утверждены Минздравом, их дополняли за счет объемов консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ ККБ.

Пилотной территорией стал Шарыповский район Красноярского края, расположенный в 350 км от Красноярска.

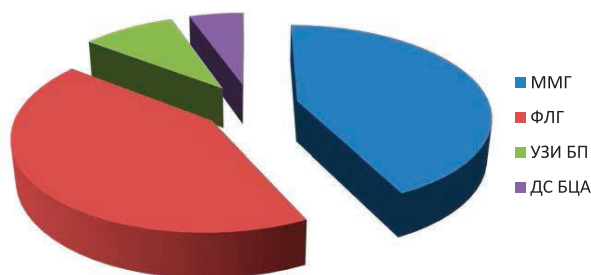
В ходе эксперимента установлено, что большинство пациентов приходят на консультацию узких специалистов необследованными, и оказать им качественную консультацию не представляется возможным.

По сложившейся практике основными услугами ПКДЦ «Мобильная поликлиника» являются цифровая маммография, флюорография, УЗИ брюшной полости, малого таза, почек, УЗИ с дуплексным сканированием брахиоцефальных артерий и сосудов конечностей. Также районные больницы заказывают узких специалистов – кардиолога, невролога, эндокринолога, уролога, проктолога.

По сути, КГБУЗ ККБ с помощью «Мобильной поликлиники» оказывает первичную медико-санитарную помощь, являясь при этом

медицинским учреждением III уровня, оказывающего специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Исследования



Размах действия – 1000 километров

С 2013 по 2018 год передвижной консультативно-диагностический комплекс посетил 22 района Красноярского края, более 310 населенных пунктов. Это примерно 1000 километров с севера на юг. Осмотрено более 33 тысячи пациентов.

Всего выполнено 29 983 исследования.

Из них:

- ММГ 12 833,
- ФЛГ 12 768,
- УЗИ брюшной полости 2 762,
- ДС БСА, сосудов конечностей 1 620.

Состоялось 3330 консультаций специалистов.

Таблица 1
Результаты исследований

Маммография	Возрастная норма	Мастопатия	Очаговые доброкачественные образования	Suspicio t-r молочной железы
12 833	59,8%	29,3%	6,8%	4,1%
12 833	7674	3760	873	526

Флюорография	Подозрения на ЗНО	Подозрения на туберкулез	Воспалительные заболевания
12 768	250	320	45
12 768	1,96%	2,51%	0,35%

УЗИ брюш. пол. компл.	Гепатомегалия	ЖКБ	МКБ	Образования печени	Образования печени	Изменения поджелудочной железы
2762	243	122	65	57	21	380
	9,06%	4,55%	2,42%	2,13%	0,78%	14,17%

ДС БСА, сосудов конечностей	Атеросклероз	Варикоз	Нарушение хода, развития сосудов
1546	352	208	56
	22,57%	13,45%	3,62%

После консультаций в территориях возрастает количество пациентов, направляемых в краевую клиническую больницу.

Во время командировки «Мобильная поликлиника» проводит до 2-4 часов в пути от места проживания до населенного пункта и обратно,



работает до последнего пациента при температуре от +35 до -35. Часть пути проходит по безлюдным дорогам с отсутствием сотовой связи.

Главный итог пятилетней работы комплекса – 7278 случаев выявленной патологии и, по самым минимальным подсчетам, 43,2 млн рублей, сэкономленных пациентами на дороге в Красноярск, питании и проживании.

Есть проблемы

Это, в первую очередь, низкая проходимость маммографа и флюорографа, часто ломается рентгенооборудование.

Кроме того, шасси КамАЗов предназначены для асфальтовых и хороших грунтовых дорог, а это сильно осложняет подъезд техники в отдаленные и труднодоступные территории.

Мы фиксируем низкую ответственность пациентов (преимущественно мужчин) за свое здоровье. К сожалению, в 55% населенных пунктах на флюорографию приходят 6-59 человек при плановой мощности 60-120.

Не отстают и женщины: на маммографию в 20% населенных пунктов приходят 18-29 человек при плановой мощности 35-45.

На УЗИ брюшной полости половина пациентов приходят после еды, что резко снижает качество исследования.

На консультации врачей-специалистов приходят без выписки с места жительства, без необходимых обследований и без предыдущих результатов диагностики и лечения.

С максимальной эффективностью ПКДЦ МП может работать при соблюдении определенных условий:

1. Комплексный подход.

Менее рискованно, когда мобильные маммограф, флюорограф, УЗИ и компьютерная кольпоскопия работают в одном населенном пункте, потому что при работе в разных селах одного района, часто возникают ситуации, требующие вмешательства инженера по ремонту медоборудования в двух местах одновременно.

2. Организационный подход.

В организации явки населения должна принимать участие администрация и органы внутренних дел (для асоциальных пациентов). Работать надо только там, где не работает передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий», структурное подразделение Дорожной клинической больницы.

Организовать единый центр управления мобильными медицинскими комплексами (маммографами, флюорографами) – их 12 в строю по краю. Все пациенты должны приходиться с результатами предыдущих исследований и консультаций.

Пациенты на УЗИ брюшной полости должны приходиться максимально подготовленными. Необходим комплексный подход к УЗИ-диагностике: с 8.00 до 12.00 – УЗИ брюшной полости натощак, после 12.00 – УЗИ органов, не требующих голода, таких как УЗИ щитовидной железы, почек, сосудов и так далее.

Консультативную помощь оказывать только на базе межрайонных центров, потому что ЦРБ далеко не всегда могут подготовить достаточное количество пациентов, обследованных согласно стандартам при направлении пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Необходимо приобрести маммограф и флюорограф на базе вездеходного транспорта для работы в труднодоступных территориях.

Организовать маммограф, флюорограф на судах для оказания медицинской помощи пациентам прибрежных районов на примере плавполиклиники «Николай Пирогов» Центра профессиональной патологии Ханты-Мансийского автономного округа.

Оказывать консультативную помощь с целью отбора пациентов для лечения в нашей клинике на базе каждого МРЦ раз в квартал.

Выводы

Выездная форма работы с помощью мобильных консультативно-диагностических бригад – эффективный способ и средство совершенствования системы организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению. Повышает ее доступность и качество, позволяет выполнять диспансеризацию и онкоскрининги в полном объеме и дает возможность отбора пациентов на высокотехнологичные методы лечения, особенно в отдаленных и труднодоступных территориях. Экономит время и денежные средства населения, направленные на косвенные траты при получении медицинских услуг.

Для районных и межрайонных медицинских учреждений «Мобильная поликлиника» – удобное средство по оказанию гарантированных медицинских услуг населению, особенно при отсутствии у них необходимого оборудования и специалистов. Косвенно это подтверждается тем, что с 2014 по 2018 год заявка территорий на услуги ПКДЦ МП районными и межрайонными больницами выросла с 36 414 до 47 015 медицинских услуг:

- флюорография – с 14 978 до 19 770;
- маммография – с 6129 до 9551;
- УЗИ брюшной полости – с 5684 до 4998;
- ДС БЦА и УЗИ сосудов – с 1765 до 5355;
- консультации невролога – с 2818 до 1770;
- консультации гинеколога – с 0 до 2615;
- консультации офтальмолога – до 2125;
- консультации эндокринолога – с 300 до 1525;
- консультации кардиолога – до 2439.

Это свидетельство необходимости дальнейшего развития данного направления профилактики, укрепления и улучшения материально-технической базы ПКДЦ «Мобильная поликлиника» за счет приобретения нового медицинского оборудования и автомобилей повышенной проходимости и надежности.

ОБРАЗОВАНИЕ

ПО ГЕРМАНСКОЙ СТОРОНЕ, НА ЧУЖОЙ ПЛАНЕТЕ

Молодые красноярские доктора за счет краевого бюджета обучались новейшим технологиям в немецких клиниках. Месяц прошел незаметно. Врачи вернулись домой и готовы поделиться впечатлениями

Николай Тюменцев,
заведующий отделом лучевой диагностики:



– Месяц – довольно длительный период времени, за который много было просмотрено и освоено.

В Германии к нам относились дружелюбно, везде принимали хорошо. Но, конечно, у врачей идет своя работа, поэтому мы прекрасно понимали, когда коллеги торопились к пациентам.

В отношении работы у нас не было настолько ярких впечатлений, чтобы «вау» – мы ведь сами давно в теме, у нас тоже очень крупная клиника и масса интересных клинических случаев. А вот в быту немцы, конечно, отличаются от нас. Ну, например, у них все настолько упорядочено, стабильно, люди никуда не торопятся. Я привык ходить быстро, и для меня было удивительно, что люди просто прогуливаются без видимой цели.

И на работе, кстати, они тоже медленно проводят консилиумы, очень спокойны и неторопливы на операциях. Правда, в первый день мы видели ускорение: поступил экстренный пациент, а операционная была занята. Медики перекатывали оборудование в соседнюю операционную и делали это быстро. Но все равно – мы гораздо более скоростные.

Что захотелось поменять в своей работе после поездки?

В плане организации, в рамках помощи инсультным больным мы хотим изменить алгоритм обследования при поступлении пациента с подозрением на ОНМК. В частности, вначале мы будем, как и немцы, исследовать сосуды, а уже потом проводить перфузию. Это более осмысленно, на мой взгляд.

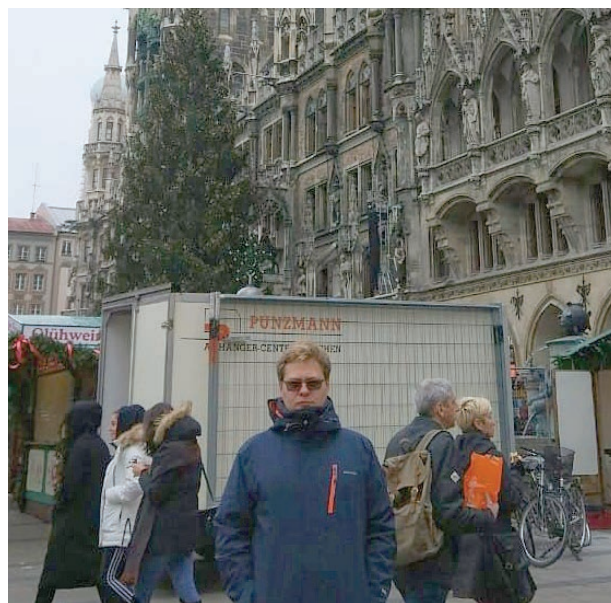
Вот что в обучении было самым полезным и эффективным – это немецкий пример командной работы. Никто не тянет одеяло на себя, все знают свои обязанности, все делается для пользы пациента.

Алексей Поляков, нейрохирург:

– Поездка удалась на все сто. Мы побывали в нескольких клиниках, в разных городах (Вупперталь, Кельн, Мюнхен, Ганновер, Любек), что, на наш взгляд, очень полезно как в профессиональном плане, так и в культурном.

Отношение немецких коллег на высоте – открытость, желание донести информацию в полном объеме. Очень интересный подход при общении с пациентами. Большое впечатление произвели и сами пациенты, которые без доли смущения, я бы сказал, с пониманием относились к тому, что с ними общались российские доктора.

Уровень оснащения клиник и профессионализм немецких докторов на высоте, есть к чему стремиться, но условия в нашей клинике явно не на последнем месте – это отмечали сами немцы.



Могу с полной уверенностью сказать, что поставленная задача по нашему проекту достигнута. В полной мере ознакомились с методикой электронейростимуляции спинного мозга при лечении хронических болевых синдромов. В ближайшие 1-2 месяца начнем оперировать таких пациентов.

Никита Литвинюк, рентгенхирург:

– Мне приходится бывать на конференциях за рубежом, но это другое. Год назад я был именно в этой клинике Аахена на 3-дневной стажировке – это совсем не то, что 30 дней.



В нашей команде были рентгенхирург, рентгенолог, невролог, анестезиолог-реаниматолог, то есть бригада, которая реально работает с пациентом. Было важно понять, какие у нас недочеты. Тромбоэкстракцией пациентов с ишемическим инсультом мы стали заниматься недавно, но опыт уже есть, и нам очень надо было понять, что поменять организационно, технически, каких пациентов отбирать, как вести их в послеоперационном периоде.

Я бы не сказал, что есть глобальные отличия в оснащенности клиники. Да, там больше вариантов инструментария, доступность некоторых видов диагностики выше, но качество аппаратуры у нас одинаковое.

У немцев есть четкое понимание, что делать с пациентом, и любая тактика жестко аргументируется. Университетская клиника в Аахене, в которой мы были, в иерархии клиник в Германии высшее звено, и поэтому там позволяют некоторые «излишества», отступления от стандарта. У них весьма агрессивная тактика ведения пациентов, то есть они берут практически всех. Молодых пациентов с инсультом берут поголовно с целью дать какой-то шанс, даже если кажется, что все без вариантов.

По приезду нас принял профессор Мартин Вайсман, заведующий отделением нейрорадиологии. Он занимался формированием программы нашего обучения, выделил в помощники русскоговорящего доктора Рябинкина. Утро начиналось с планерки, затем мы шли либо в операционную, либо в КТ, МРТ кабинет, и в конце дня проводилась пятиминутка, которая иногда длилась по часу, а иногда и более, где обсуждались какие-то клинически интересные случаи.

Было несколько дней, когда мы занимались в лабораториях – отработывали на свиньях тромбоэкстракцию, эмболизацию аневризм и навыки работы с нейроваскулярными осложнениями.

Самое главное отличие – у них нет эндоваскулярной хирургии, у них ротация специалистов. Допустим, в отделении нейрорадиологии неделю старший врач сидит в МРТ, занимается проверкой описаний, которые сделали младшие, потом он работает в операционной. То есть он диагност и оперирующий врач. Но зато на других сосудах врачи этого отделения не могут работать – только на голове. Коронарные артериями у них занимаются только кардиологи. А вот мы в ККБ занимаемся всеми сосудами... Мне кажется, в этом есть свои плюсы и минусы.

Конечно, мы «примеряли» себя к работе в клинике Аахена. Возможно, у нас бы получилось, но не сразу. Там, чтобы получить допуск даже в энзимал-лаб и вообще в операционную, мы прошли медосмотр, сдали анализы, которые требовали. Если же говорить о работе в операционной, то нужно сдать экзамен, подтвердить профпригодность, свой диплом и язык знать немецкий, чтобы работать с пациентом. Это, конечно, возможно, если есть мотивация, только месяца точно мало.

Для себя я понял, что знание одного иностранного языка – это уже моветон.

Хотя и с единственным языком, английским, немцы относились к нам весьма доброжелательно. У них в принципе нельзя пройти и не поздороваться с человеком, даже если вы не знакомы, достаточно, что вы работаете в одной клинике. Это минимальный этикет.

Самым важным результатом поездки, надеюсь, станет единство трех красноярских клиник – БСМП, КБ №20 и ККБ. Важно, чтобы мы пришли к единому мнению, единому алгоритму ведения пациента при ОНМК.



Клиника в Аахене



Команда ККБ по борьбе с ОНМК



Похоже на игровую приставку, но все серьезно



Такой медицинский транспорт на улице пропускают все

ВИЗИТ

КАК ВЫГЛЯДИТ БОЛЬНИЦА, ПОЛУЧИВШАЯ JCI?

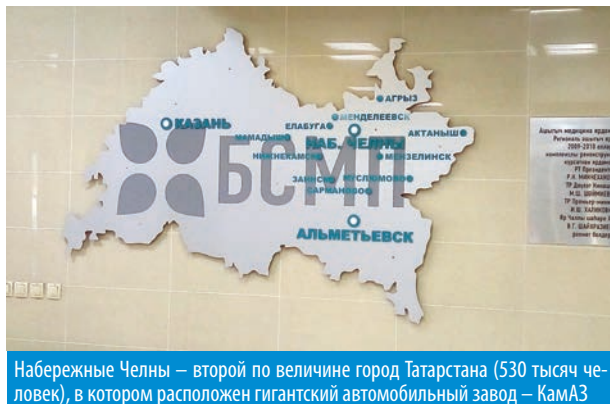
В октябре двенадцать наших сотрудников посетили БСМП Набережных Челнов, аккредитованную международной некоммерческой организацией Joint Commission International (JCI).

Сертификат JCI в мире имеют около 800 лечебных учреждений, из них российские больницы можно пересчитать по пальцам одной руки. БСМП Набережных Челнов – на пьедестале почета, в первой тройке.

Именно туда за опытом вылетела большая группа сотрудников ККБ – от врачей и медсестер до финансистов и журналистов.

Критерии аккредитации JCI невероятно жесткие и многочисленные, их выполнение требует долгой подготовки, высоких финансовых вложений, работы всего коллектива. Но некоторые требования по безопасности и качеству медицинского обслуживания вполне могут выполняться даже в ЦРБ.

Мы надеемся, что докторам и организаторам здравоохранения Красноярского края пригодится фоторепортаж из БСМП Набережных Челнов, предоставленный начальником информационного центра ККБ Сергеем Головачом.



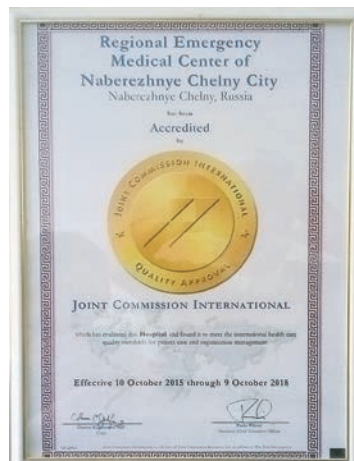
Набережные Челны – второй по величине город Татарстана (530 тысяч человек), в котором расположен гигантский автомобильный завод – КамАЗ



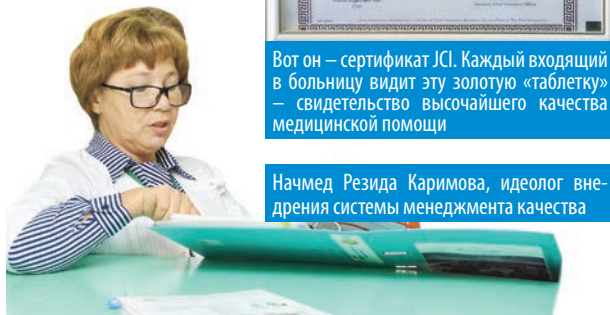
Макет БСМП.



Главный врач больницы Марат Мухамадеев



Вот он – сертификат JCI. Каждый входящий в больницу видит эту золотую «таблетку» – свидетельство высочайшего качества медицинской помощи



Начмед Резида Каримова, идеолог внедрения системы менеджмента качества



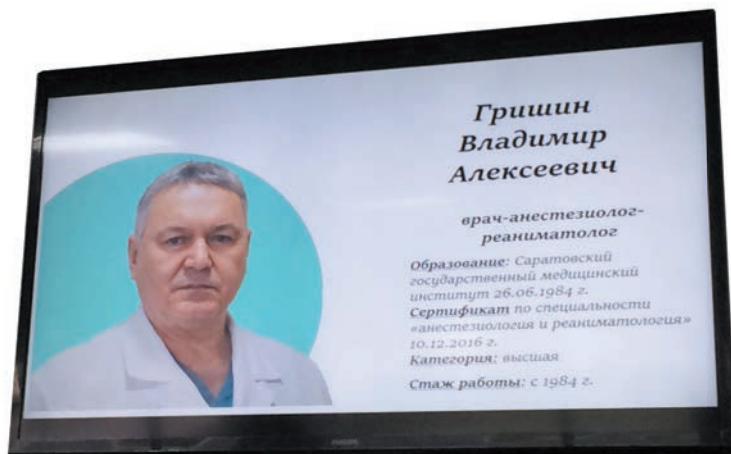
Цветные указатели под ногами пациентов значительно облегчают поиск нужных кабинетов



Безопасность пациентов – главное условие аккредитации JCI



В руках у заведующего отделением Марселя Хакимова тревожная красная табличка – СИТО! Пациента с таким бейджем пропускают везде без очереди



Таблички на кабинетах содержат максимальную информацию о лечащем враче



Одно из важных требований JCI – наличие молельных комнат. В БСМП это, конечно, не только православная часовенка, но и мусалля – молельная комната для мусульман. Примечательно, что сюда приходят не только пациенты, но и врачи. Например, хирурги молятся перед сложной операцией



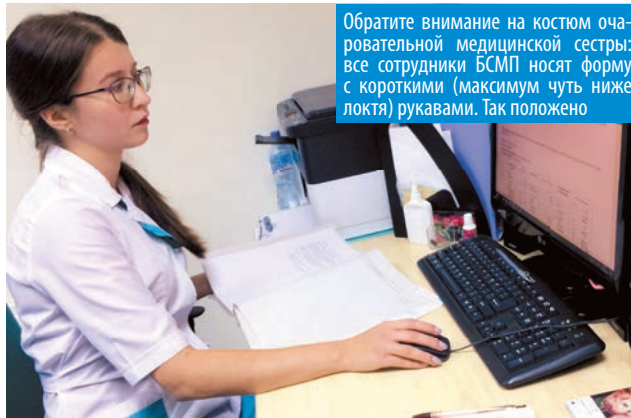
Указатели в БСМП на каждом шагу – все для удобства пациентов и сотрудников



Заместитель главного врача ККБ по хирургии Дмитрий Ложкин и заведующий оперблоком Артем Архипов во время экскурсии по больнице. Примечательно, что в БСМП Набережных Челнов гостей не переодевают и не предлагают бахилы. Считается, что больничная флора куда «серьезнее» принесенной с улицы и никакого вреда пациентам гости не нанесут



Только в оперблоке нашим коллегам пришлось переодеться



Обратите внимание на костюм очаровательной медицинской сестры: все сотрудники БСМП носят форму с короткими (максимум чуть ниже локтя) рукавами. Так положено



Слева — биометрический замок при входе в оперблок. Он «знает» ладони всех сотрудников.



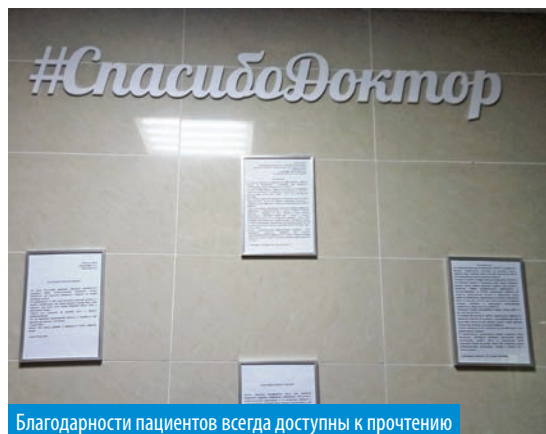
Реанимационная палата. Обратите внимание: на табличке над кроватью нет фамилии пациента, только номер истории болезни — так соблюдается врачебная тайна



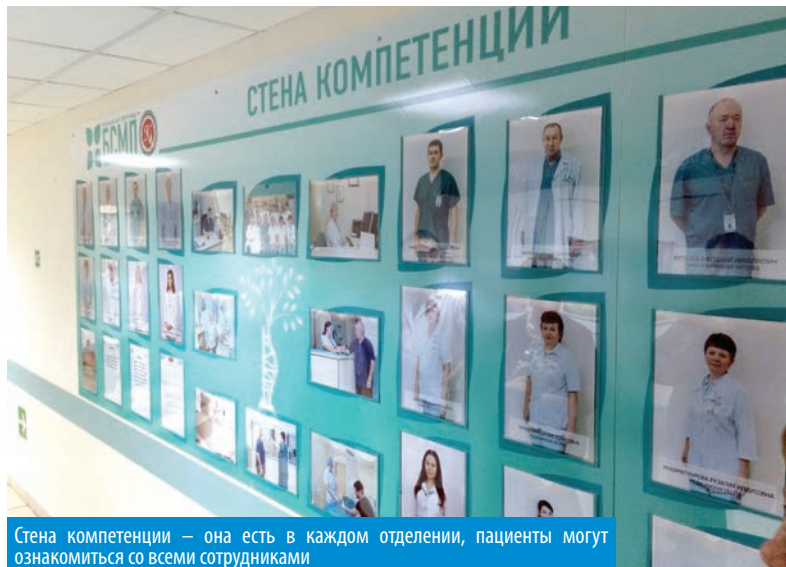
Сергей Головач стоит на липкой дезинфицирующей поверхности — эти квадраты чистят обувь и покрывают подошву кроксов антибактериальным составом



Так хранятся отходы



Благодарности пациентов всегда доступны к прочтению



Стена компетенции — она есть в каждом отделении, пациенты могут ознакомиться со всеми сотрудниками



Инструкция по обработке рук



Поездка оказалась полезной. Прощайте, Набережные Челны! Спасибо, БСМП!

Необыкновенный
Casus **extraordinarius**
случай

ШВАННОМА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ

П. Г. Руденко, И. Е. Милехина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Шванномы подъязычного нерва являются редкими новообразованиями. В англоязычной литературе описано всего около 100 случаев этих опухолей [18]. Основные симптомы заболевания – слабость и атрофия половины языка [1]. Хирургическое лечение шванном подъязычного нерва представляет значительную сложность из-за тесных анатомических взаимоотношений со стволовыми структурами, черепными нервами и артериями вертебробазиллярного бассейна.

В настоящей работе мы приводим случай шванномы подъязычного нерва интракраниальной локализации, без пареза и атрофии языка, что встречается достаточно редко в клинической практике.

Клиническое наблюдение

Больной С., 68 лет, поступил в отделение нейрохирургии краевой клинической больницы с жалобами на шаткость при ходьбе, головокружение и периодическую головную боль затылочной локализации.

Из анамнеза известно, что шаткость и головокружение беспокоят пациента в течение нескольких лет, с нарастанием жалоб за последние шесть месяцев. Учитывая симптоматику, не типичную для опухоли, и характерную для проявлений вертебробазиллярной недостаточности, пациент длительное время наблюдался неврологами по месту жительства и лишь при ухудшении состояния был направлен на дообследование.

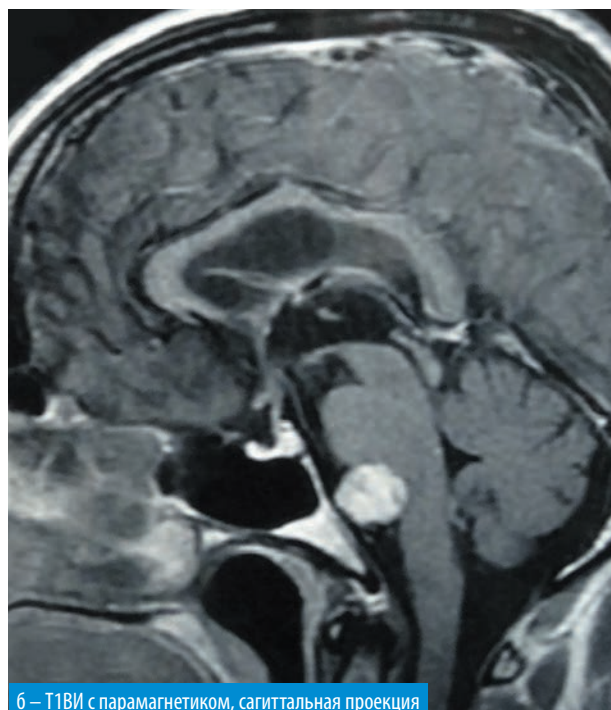
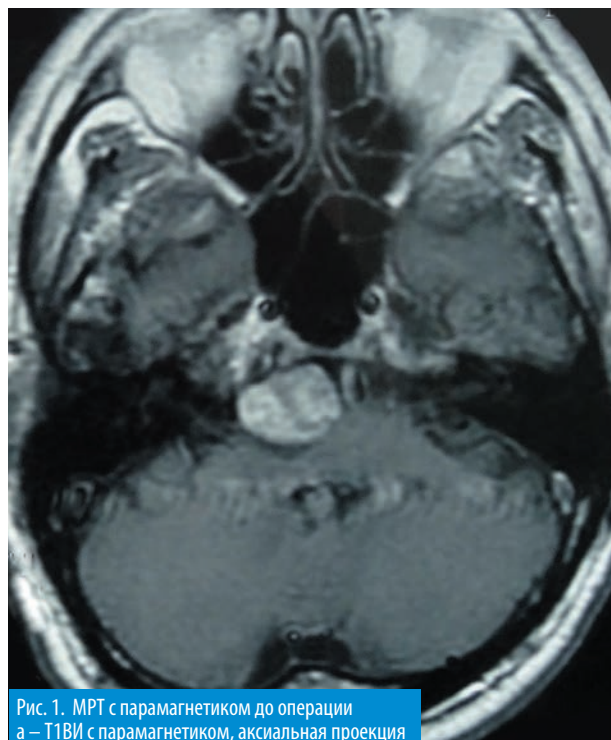
При проведении МРТ выявлена опухоль, локализующаяся в предпонтинной цистерне справа.

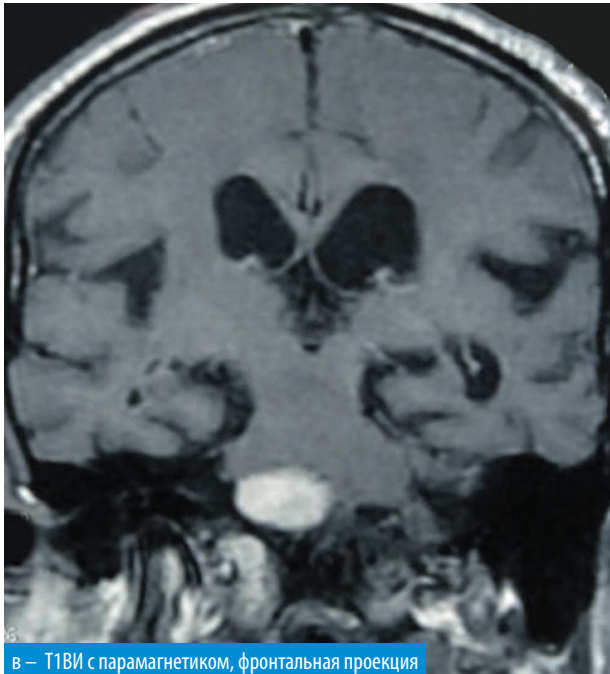
Объективно при поступлении – уровень качества жизни 70 баллов по шкале Карновского. Сознание ясное, полностью ориентирован, критика к своему состоянию снижена, эйфоричен. В неврологическом статусе – стволовых симптомов и симптомов поражения черепных нервов не выявлено. Язык по средней линии. Глотание и фонация в норме. Парезов конечностей нет. Тонус мышц в норме. Сухожильные рефлексы оживлены с небольшим расширением рефлексогенных зон, без четкой разницы сторон.

Намечены рефлексы Бабинского с двух сторон. Нарушений чувствительности нет. Нистагма нет. Пальценосовую пробу справа выполняет с промахиванием, но без интенции. В позе Ромберга неустойчив, шатается. Проявлений адиадохокинеза, гиперметрии не выявлено. Менингеальных знаков нет.

На серии МР-томограмм в области предпонтинной цистерны справа определяется объемное образование округлой формы, с ровными четкими контурами, компремирующее продолговатый мозг, каудальные отделы моста и прилежащие отделы мозжечка. Опухоль неоднородно гипоинтенсивна на T1ВИ и гиперинтенсивна на T2ВИ, интенсивно неоднородно накапливает парамагнетик. Размеры новообразования 28x22x19 мм (рис. 1 а-в).

По результатам МСКТ опухоль неоднородно гипо- и изоденсна, интенсивно неоднородно накапливает контрастный препарат,





в – Т1ВИ с парамагнетиком, фронтальная проекция



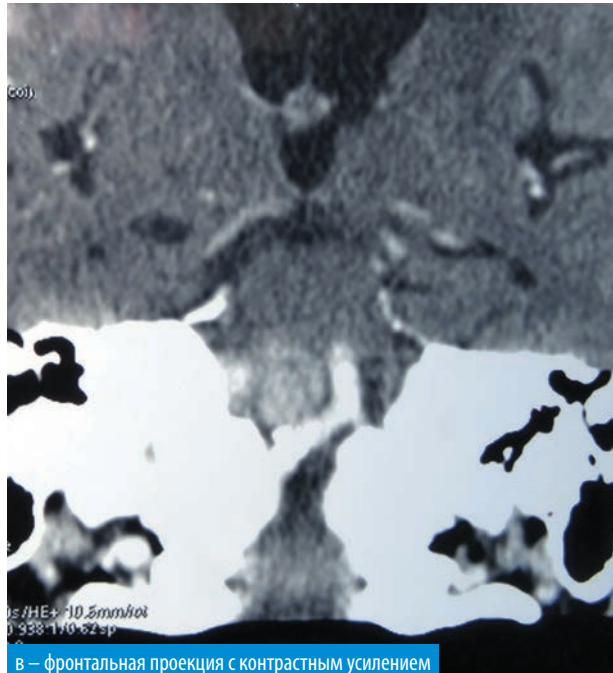
б – аксиальная проекция с контрастным усилением

интимно прилежит к основной и правой позвоночной артериям (рис. 2 а-в). Исследование в костном режиме («bone window») не выявило изменений костных структур основания задней черепной ямки.

Ход операции

Пациенту выполнена операция с использованием ретросигмовидного субокципитального доступа в положении сидя. С помощью электротрепана осуществлена краниотомия. Размеры трепанационного отверстия 3 см в диаметре. Твердая мозговая оболочка вскрыта подковообразным разрезом над латеральными отделами правой гемисферы мозжечка.

После вскрытия твердой мозговой оболочки эвакуирован ликвор из базальных цистерн. С помощью шпателей полушарие мозжечка приподнято и слегка смещено в верхнемедиальном направлении. В



в – фронтальная проекция с контрастным усилением



Рис. 2. МСКТ с контрастным усилением, до операции
а – аксиальная проекция без контраста

области латеральной мозжечково-предпонтинной и предпонтинной цистерн обнаружена опухоль с плотной капсулой (рис. 3 а).

Визуализированы каудальная и акустико-фациальная группы нервов, интактные по отношению к опухоли. Через анатомический коридор между акустикофациальной и каудальной группами нервов осуществлен доступ к новообразованию. В результате арахноидальной диссекции мобилизованы нижелатеральные отделы опухоли, отмечено отсутствие ее связи с отверстиями задней черепной ямки. Пересечены арахноидальные трабекулы, связывающие капсулу опухоли с нервами акустикофациальной группы.

После предварительной коагуляции капсула опухоли вскрыта. Строма опухоли желто-серого цвета, неоднородной консистенции, с более плотными в латеральных отделах участками. Кровоточивость стромы умеренная. Осуществлено интракапсулярное удаление стро-

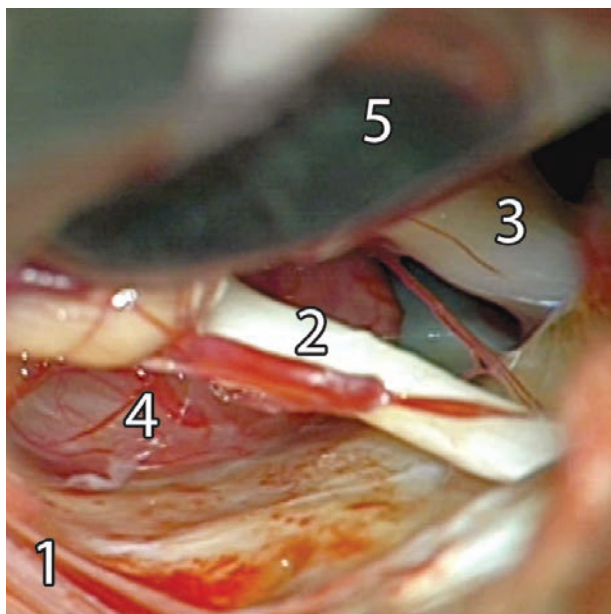
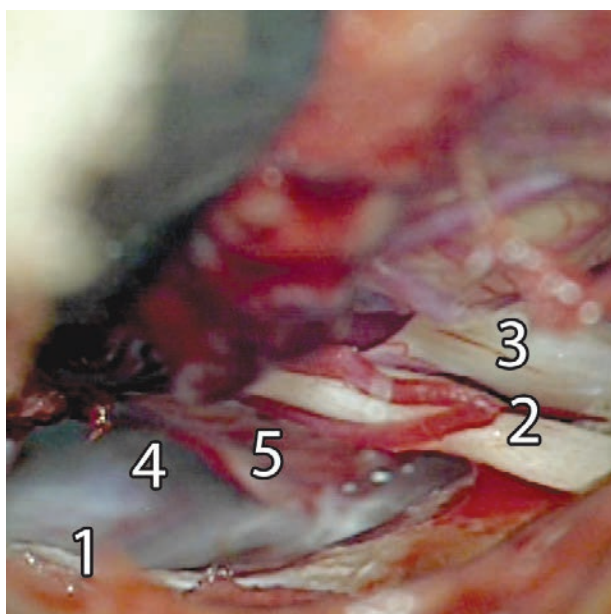


Рис. 3. Интраоперационные фотографии а – до удаления. 1 – каудальная группа нервов; 2 – акустико-фациальная группа нервов; 3 – тройничный нерв; 4 – опухоль; 5 – шпатель.



б – после удаления опухоли. 1 – каудальная группа нервов; 2 – акустико-фациальная группа нервов; 3 – тройничный нерв; 4 – ложе опухоли; 5 – подъязычный нерв.

мы новообразования. Рыхлые участки удалены при помощи ультразвукового аспиратора, плотные – фрагментированы и резецированы микроинструментами.

Следующим этапом нижнемедиальные и медиальные отделы капсулы отпрепарированы от задненижней мозжечковой артерии, позвоночной артерии и моста. Наиболее выраженные арахноидальные сращения наблюдались между капсулой опухоли и мостом.

После мобилизации капсулы визуализировано место исходного роста – корешки подъязычного нерва в нескольких миллиметрах от продолговатого мозга.

Основной ствол подъязычного нерва не изменен. Опухоль не распространяется в канал подъязычного нерва. Капсула шванномы отделена от подъязычного нерва, продолговатого мозга, часть корешков

подъязычного нерва в месте ее исходного роста пересечена. Новообразование радикально удалено (рис. 3 б).

Гемостаз с использованием Surgicel Fibrillar. Твердая мозговая оболочка ушита наглухо. Костный лоскут уложен на место и фиксирован системой CraniFix. Послойные швы на мягкие ткани. Явлений интраоперационной воздушной эмболии не было. Общая кровопотеря составила порядка 150 мл.

Гистологический диагноз: шваннома тип А.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В неврологическом статусе сохранялись мозжечковые расстройства, с тенденцией к нормализации. Стволовых симптомов, признаков поражения подъязычного и других черепных нервов не было. По результатам контрольной МСКТ с контрастным усилением – опухоль удалена радикально (рис. 4). Послеоперационное заживление первичным натяжением. Пациент выписан на 11-е сутки после операции.

Обсуждение

Шванномы составляют около 8% внутричерепных новообразований [1]. Чаще они развиваются из оболочек чувствительных черепных нервов, опухоли двигательных нервов встречаются крайне редко. Более 90% внутричерепных шванном представлены опухолями вестибулокохлеарного нерва [1].

Невестибулярные шванномы диагностируются значительно реже. По частоте встречаемости опухоли этой группы располагаются в следующем порядке: тригеминальные, шванномы языкоглоточного, блуждающего, лицевого, добавочного, подъязычного, глазодвигательного, трохлеарного и отводящего нервов [20].

Подъязычный является чисто двигательным черепным нервом и иннервирует все мышцы языка [21]. Шванномы подъязычного нерва – очень редкие новообразования, составляющие только 5% от всех невестибулярных интракраниальных шванном [13].

По классификации Кауе с соавт. (1984) выделяют три типа шванном подъязычного нерва: интракраниальные, экстракраниальные и экстра-интракраниальные опухоли «гантелевидной» формы [цит. по 17]. Nonaka Y. с соавт. (2011). Помимо вышеописанных, выделяют периферический тип опухоли [15].

Анализ литературных данных о шванномах подъязычного нерва приведен в работе Hoshi M. с соавт. (2000). Авторы отмечают, что эти новообразования наблюдались у женщин более чем в два раза чаще, чем у мужчин, – 67,1 и 32,9% соответственно. Левосторонняя латерализация опухоли встречалась чуть более часто, чем правосторонняя. Экстраинтракраниальная локализация опухоли диагностировалась в каждом втором случае. Чисто внутричерепные шванномы были отмечены в 31,5% случаев, и лишь в 18,5% наблюдений выявлено экстракраниальное расположение новообразования [7].

Средний возраст пациентов – 43 года [10]. Описан случай гантелеобразной экстраинтракраниальной подъязычной шванномы у 9-летнего ребенка [19].

Основными клиническими проявлениями этих новообразований являются парез и атрофия соответствующей половины языка [1, 3, 10, 11, 12, 23]. Данные симптомы развиваются у 85,7% пациентов со шванномой подъязычного нерва [7]. Также могут наблюдаться фасцикуляции языка [3].

В приведенном нами наблюдении – именно отсутствие пареза и атрофии языка привело к трудностям диагностики этого редкого новообразования.

В случаях развития шванномы из корешка подъязычного нерва – симптомы поражения этого нерва могут отсутствовать [10]. Y. Kik-



Рис. 4. МСКТ с контрастным усилением на 1-е сутки после операции. Опухоль удалена радикально.

кава с соавт (2007) у пациента без атрофии языка выявили на операции двустольное строение интракраниального отдела подъязычного нерва. При этом один из стволов нерва был интактным, а из второго развилась опухоль [9].

В нашем наблюдении на операции отмечалась схожая картина, когда опухоль происходила из одного корешка на выходе из продолговатого мозга, до формирования основного ствола подъязычного нерва. Именно интактностью остальных корешков мы объясняем отсутствие симптомов поражения подъязычного нерва в до- и послеоперационном периодах.

Другими частыми неврологическими симптомами заболевания являются мозжечковые расстройства, поражение каудальных черепных нервов и боль затылочной локализации [7, 10].

W. Li с соавт. (2010) отмечают, что парез языка в большинстве случаев является и симптомом манифестации опухоли, предшествуя другим неврологическим проявлениям [13]. S. Ohba с соавт. (2012) описали исключительно редкое наблюдение дебюта шванномы подъязычного нерва с кровоизлиянием в опухоль и субарахноидального кровоизлияния у 37-летнего мужчины [16].

Эти новообразования имеют характерную для шванномы МР-семiotику – четкие контуры, гипоинтенсивный сигнал на T1ВИ и гиперинтенсивный на T2ВИ, интенсивно накапливают парамагнетик. Структура их может быть гетерогенной за счет участков некроза [21].

В диагностическом плане представляется очень важным проведение МСКТ в костном режиме («bone window») с целью выявления расширения подъязычного канала и эрозии мыщелка затылочной кости. Однако этот симптом специфичен для экстраинтракраниальных шванном и отсутствует при чисто интракраниальных новообразованиях [1, 8, 10].

В большинстве случаев шванномы подъязычного нерва являются солидными, но описаны и кистозные опухоли [13].

Дифференциальный диагноз опухоли, поражающей канал подъязычного нерва, включает менингиому, солитарную фиброму, хемодектому, хордому, лимфому и метастатические опухоли [2, 3].

Основным методом лечения является хирургический [15, 23].

Для удаления интракраниально расположенных шванном используют ретросигмовидный доступ, а экстраинтракраниальные опухоли удаляют посредством расширенного латерального, транскондиллярного или бокового шейного подхода с мастоидэктомией и петрозэктомией [1, 6, 15, 26]. M. Tatagiba с соавт. (2006) и W. Li с соавт. (2010) для удаления шванном, располагающихся в области канала подъязычного нерва, используют срединный субокципитальный субтонзиллярный доступ [13, 24]. Ряд других авторов предпочитают подвисочный подход [4, 5]. Zhang Q. с соавт. (2012) описали успешное удаление подъязычных шванном посредством использования эндоскопического трансорального доступа [27].

A. Tucker с соавт. (2007) сообщили о своем опыте удаления интракраниальной части опухоли с последующим радиохирургическим лечением экстракраниального компонента шванномы [25].

Многие авторы подчеркивают, что радикальное удаление этих новообразований связано с высоким риском инвалидности вследствие поражения черепных нервов [15, 22, 23]. В связи с этим Sedney C.I. с соавт. (2013) предлагают ограничиваться субтотальным удалением шванном, что позволяет добиться более низкой частоты парезов черепных нервов [23].

Кроме того, разработаны различные варианты реконструкции подъязычного нерва после удаления шванномы [14, 15].

Заключение

Шванномы подъязычного нерва являются редкими новообразованиями, манифестирующими парезом и атрофией половины языка. Особенностью данного клинического наблюдения является отсутствие типичных симптомов поражения подъязычного нерва, что привело к трудностям диагностики до проведения МРТ.

Наш случай иллюстрирует, что только комплексное обследование пациента, включающее неврологический осмотр, МРТ и МСКТ, в том числе в костном режиме, дает возможность постановки правильного диагноза этой редкой опухоли. Своевременная диагностика шванномы на ранней стадии заболевания и тотальное микрохирургическое удаление позволяют избежать неврологического дефицита и сохранить хорошее качество жизни пациента в послеоперационном периоде.

Литература

- Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяншин С.В. Невриномы (шванномы) других черепных нервов. В кн.: Коновалов А.Н. ред. Клиническая неврология. – Т. III (ч. 1): Основы нейрохирургии. М., 2004; 279-293.
- Badion ML, Lim CC, Teo J, Ong PL, Hui F. Solitary fibrous tumor of the hypoglossal nerve. Am. J. Neuroradiol. 2003;24(3):343-345.
- Baghel PS, Gupta A, Tripathi VD, Reddy DS. Hypoglossal schwannoma presenting as hemi-atrophy of the tongue. Neurol. India. 2013;61(3):324-325.
- Calzada G, Isaacson B, Yoshor D, Oghalai JS. Surgical Approaches to the Hypoglossal Canal. Skull Base. 2007;17(3):187-196.
- Hadley KS, Shelton C. Infratemporal fossa approach to the hypoglossal canal: practical landmarks for elusive anatomy. Laryngoscope. 2004;114(9):1648-1651.
- Ho CL, Deruytter MJ. Navigated dorsolateral suboccipital transcondylar (NADOSTA) approach for treatment of hypoglossal schwannoma. Case report and review of the literature. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2005;107(3):236-242.

- Hoshi M, Yoshida K, Ogawa K, Kawase T. Hypoglossal neurinoma - two case reports. *Neurol. Med. Chir. (Tokyo)*. 2000;40:489-493.
- Ichimura S, Yoshida K, Kawase T. Surgical approach for hypoglossal schwannomas to prevent deformity of the atlanto-occipital joint. *Acta Neurochir. (Wien)*. 2009;151(6):575-579.
- Kikkawa Y, Shono T, Mizoguchi M, Nagata S, Sasaki T. A case of intracranial hypoglossal neurinoma without hypoglossal nerve palsy: operative view of the preserved rostral trunk. *Minim. Invasive Neurosurg.* 2007;50(5):296-299.
- Kobayashi S, Otsuka A, Tsunoda T, Inoue HK. Intracranial hypoglossal neurinoma without preoperative hypoglossal nerve paresis—case report. *Neurol. Med. Chir. (Tokyo)*. 1996;36:384-387.
- Lee MK, Sidell DR, Mendelsohn AH, Blackwell KE. Hypoglossal schwannoma masquerading as a carotid body tumor. *Case Reports in Otolaryngology*. 2012;2012.: Article ID 842761.
- Lee H, Liu C, Hsu Y, Jung S, Chen M, Huang C. Hypoglossal Schwannoma Presenting as Hemi-Atrophy of the Tongue. *Acta Neurologica Taiwanica*. 2007;16(1):37-40.
- Li W, Hong X, Wang L, Ge P, Fu S, Luo Y. Large Cystic Hypoglossal Schwannoma with Fluid-Fluid Level: A Case Report. *Skull Base*. 2010;20(3):193-197.
- Mathiesen T, Svensson M, Lundgren J, Kihlström L, Parisotto R, Bagger-Sjöbäck D. Hypoglossal schwannoma-successful reinnervation and functional recovery of the tongue following tumour removal and nerve grafting. *Acta Neurochir (Wien)*. 2009;151(7):837-841.
- Nonaka Y, Grossi PM, Bulsara KR, Taniguchi RM, Friedman AH, Fukushima T. Microsurgical management of hypoglossal schwannomas over 3 decades: a modified grading scale to guide surgical approach. *Neurosurgery*. 2011;69(2 Suppl. Operative):121-140.
- Ohba S, Inaba M, Kinoshita Y, Nakagawa T, Shimizu K, Murakami H. Hypoglossal nerve schwannoma with intratumoral hemorrhage. *Brain Tumor Pathol.* 2012;29(1):43-46.
- Oyama H, Kito A, Maki H, Hattori K, Noda T, Wada K. Schwannoma originating from lower cranial nerves: report of 4 cases. *Nagoya J. Med. Sci.* 2012;74:199-206.
- Piccirilli M, Anichini G, Fabiani F, Rocchi G. Neurinoma of the hypoglossal nerve in the submandibular space: case report and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)*. 2007;149:949-952.
- Santarius T, Dakoji S, Afshari FT, Raymond FL, Firth HV, Fernandes HM, Garnett MR. Isolated hypoglossal schwannoma in a 9-year-old child. *J. Neurosurg. Pediatr.* 2012;10(2):130-133.
- Sarma S, Sekhar LN, Schessel DA. Nonvestibular schwannomas of the brain: a 7-year experience. *Neurosurgery*. 2002;50(3):437-448.
- Sarrazin JL, Toulgoat F, Benoudiba F. The lower cranial nerves: IX, X, XI, XII. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2013;94(10):1051-1062.
- Sedney CL, Nonaka Y, Bulsara KR, Fukushima T. Microsurgical management of jugular foramen schwannomas. *Neurosurgery*. 2013;72(1):42-46.
- Suri A, Bansal S, Sharma B, Mahapatra AK, Kale SS, Chandra SP, Singh M, Kumar R, Sharma M. Hypoglossal Schwannomas: Single Institutional Experience of 14 Cases. *Journal of Neurological Surgery. Part B*. 2012;73:159-164.
- Tatagiba M, Koerbel A, Roser F. The midline suboccipital subtonsillar approach to the hypoglossal canal: surgical anatomy and clinical application. *Acta Neurochir (Wien)*. 2006;148(9):965-969.
- Tucker A, Miyake H, Tsuji M, Ukita T, Nishihara K, Ohmura T. Intradural microsurgery and extradural gamma knife surgery for hypoglossal schwannoma: case report and review of the literature. *Minimal Invasive Neurosurgery*. 2007;150(6):374-378.
- Xiao X, Wu Z, Zhang L, Jia G, Tang J, Meng G, Zhang J. Using a modified far-lateral approach to remove hypoglossal neurilemmomas: notes on technique. *J Neurosurg*. 2013;118(3):657-668.
- Zhang Q, Kong F, Guo H, Chen G, Liang J, Li M, Ling F. Surgical treatment of dumbbell-shaped hypoglossal schwannoma via a pure endoscopic transoral approach. *Acta Neurochir (Wien)*. 2012;154(2):267-275.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ВИЧ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ – КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ККБ

Ю. Г. Гусева, И. В. Демко, С. В. Зеленый, И. С. Гусева, А. А. Керзик, Н. С. Петрова, Э. С. Евдокименко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее антропонозное заболевание с контактным путем передачи, характеризующееся поражением иммунной системы с развитием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

ВИЧ вызывается РНК-содержащим вирусом из семейства ретровирусов и рода лентивирусов. Особенность ВИЧ – наличие фермента обратной транскриптазы, которая обеспечивает обратное направление потока генетической информации: от РНК к ДНК.

Патогенез ВИЧ-инфекции следующий: мишенями для ВИЧ являются клетки-носители рецептора CD4. Процесс происходит путем связывания гликопротеидов вируса с молекулой CD4 и хемокиновыми рецепторами. В клетке происходит преобразование РНК ВИЧ в ДНК (обратная транскрипция), которая в ядре клетки-хозяина встраивается в ДНК при помощи вирусного фермента интегразы.

Образуемые в клетке белки ВИЧ подвергаются воздействию фермента протеазы, который делает их функционально способными. После сборки вирионы покидают клетку.

Последствия – поражение Т-лимфоцитов хелперов (CD4+ -лимфоциты), приводящие к нарушению межклеточных взаимодействий внутри иммунной системы, ее функциональной несостоятельности, постепенному истощению и как результат – прогрессирующему иммунодефициту.

Таким образом, ВИЧ подрывает защитную функцию иммунной системы человека и создает условия для персистенции неспецифической воспалительной активации.

Развитие СПИД происходит в несколько стадий.

I стадия – инкубации

Это период от момента заражения ВИЧ до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Продолжительность стадии инкубации от четырех недель до трех месяцев, редко до одного года. В этот период происходит активное размножение вируса, но антитела к ВИЧ пока отрицательные.

II стадия – первичных проявлений

Считается, что пациент находится в стадии первичных проявлений в течение 12 месяцев после сероконверсии (появления антител к ВИЧ).

Варианты течения:

- А. Бессимптомное.
- Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
- В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

III стадия – субклиническая

Медленное прогрессирование иммунодефицита за счет модификации иммунного ответа и избыточного воспроизводства CD4+ лимфоцитов.

В крови обнаруживают антитела к ВИЧ, скорость репликации вируса замедляется.

Продолжительность субклинической стадии может варьировать от 2-3 до 20 и более лет, в среднем она составляет 6-7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение количества CD4+ лимфоцитов со средней скоростью 50-70 клеток/мкл в год

IV стадия – вторичных заболеваний

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяются:

1. Стадия 4А

С потерей массы тела менее 10%, грибковыми, вирусными, бактериальными поражениями кожи и слизистых, повторными фарингитами, синуситами, опоясывающим лишаем. Обычно развивается через 6-7 лет от момента заражения, уровень CD4+ лимфоцитов около 350 клеток/мкл.

Фазы:

- прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ;
- ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

2. Стадия 4Б

С потерей массы тела более 10%, необъяснимой диареей или лихорадкой более месяца, повторными стойкими вирусными, бактериальными, грибковыми, протозойными поражениями внутренних органов, локализованной саркомой Капоши, повторным или диссеминированным опоясывающим лишаем. Обычно развивается через 7-10 лет от момента заражения, уровень CD4+ лимфоцитов 200-350 клеток/мкл.

Фазы:

- прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ;
- ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

3. Стадия 4В

С кахексией, генерализованными вирусными, бактериальными, микобактериальными, грибковыми, протозойными, паразитарными заболеваниями, в том числе: кандидозом пищевода, бронхов, трахеи, легких; пневмоцистной пневмонией; злокачественными опухолями; поражением центральной нервной системы.

Обычно развивается через 10-12 лет от момента заражения, уровень CD4+ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл.

Фазы:

- прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ;
- ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

Одна из тяжелых СПИД-индикаторных инфекций – пневмоцистная пневмония.

Это латентная респираторная грибковая инфекция, которая у иммунокомпрометированных лиц протекает с выраженной дыхательной недостаточностью. Вызывается преимущественно *Pneumocystis jirovecii* (лат.) – видом грибов-аскомицетов.

По гистологическим признакам болезнь можно разделить на три стадии:

I стадия – начальная: возбудитель пневмонии вызывает механическое повреждение стенок интерстиция легких и прикрепляется к фибронектину альвеолярной стенки. Для этой стадии характерно отсутствие воспаления стенок альвеол и клеточной инфильтрации, а также каких-либо клинических проявлений.

На II стадии повышается количество цист в альвеолярных макрофагах, появляется десквамация альвеолярного эпителия. В этой стадии могут появиться первые клинические симптомы заболевания.

На III стадии развивается реактивный альвеолит с интенсивной десквамацией альвеолярного эпителия, вакуолизацией цитоплазмы альвеолярных макрофагов, моно- или плазмочитарной интерстициальной инфильтрацией, большим количеством пневмоцист как в макрофагах, так и в просвете альвеол.

В результате уменьшается поверхностное натяжение альвеол, снижается эластичность легких и нарушается вентиляционно-перфузионное соотношение. При этом снижается диффузия газов, развивается дыхательная недостаточность.

Предлагаем вашему вниманию случай диагностики и лечения пневмоцистной пневмонии у молодой пациентки.

Клинический случай

28-летняя пациентка поступила в пульмонологическое отделение ККБ с жалобами на выраженную одышку при минимальных физических нагрузках – при ходьбе на 15-20 метров.

Приступы затрудненного дыхания возникали на фоне провоцирующих факторов, в частности, резких запахов.

Отмечались также приступообразный кашель в течение дня с выделением скудной слизистой мокроты, подъема температуры тела с ознобами до 38°C на протяжении двух недель, слабость, утомляемость, снижение аппетита.

Девушка похудела на 12 кг за месяц.

Пациентка не курит.

Контакт с больными туберкулезом, ВИЧ-инфекцию, употребление наркотических средств отрицает. Пневмонией никогда не болела. Бронхиальную астму отрицает, на бытовую пыль, резкие запахи, духи, тополиный пух – чихание, зуд в носу.

Живет в старом частном доме с печным отоплением в течение двух лет, в доме собака, птиц нет, есть плесень.

Профессиональных вредностей нет – не работает.

Последнее профилактическое R-исследование органов грудной клетки производилось в сентябре 2018 года. Выявлены изменения, какие – не помнит.

Пациентка отмечает длительную умеренную одышку, не лечилась, не обследовалась.

В августе 2018 года в доме проведен капитальный ремонт. С конца августа отмечает приступы одышки, кашель сухой, подъемы температуры.

Обратилась к терапевту по месту жительства, получала муколитики, противовоспалительные, грудной сбор – без эффекта.

Направлена к пульмонологу ККБ.

По результатам МСКТ органов грудной клетки: легкие расправлены, с двух сторон по всем легочным полям определяются участки уплотнения легочной ткани по типу матового стекла, занимающие весь объем легких, в сочетании с ретикулярными изменениями в виде утолщения междолькового интерстиция и небольшим количеством центрилобулярных очагов в субплевральных отделах, плевропульмональные уплотнения в средней доле справа, легочные поля обычной формы.

Госпитализирована в отделение пульмонологии с подозрением на гиперчувствительный пневмонит.

По данным Центра СПИД, пациентка состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции с 2016 года.

С учетом анамнеза (ремонт в доме, положительный ВИЧ-статус), результатов МСКТ (уплотнение легочной ткани по типу матового стекла), признаков дыхательной недостаточности, показателей развернутого и биохимического анализа крови (воспалительная реакция в виде повышения СОЭ, нейтрофилии, С-реактивного белка, анемии), возникла необходимость проведения дифференциальной диагностики между альвеолитом и пневмоцистной пневмонией.

Объективно: носовое дыхание свободное, перкуторный звук ясный легочный, голосовое дрожание проводится равномерно, дыхание

везикулярное, аускультация легких затруднена – не может сделать глубокий вдох.

Сатурация O₂ 96% в покое, 89-90% – при физической нагрузке (ДН I-II ст).

В условиях отделения проведены лабораторные исследования.

При поступлении отмечалось повышение показателей лабораторной активности (СОЭ 68 мм/час, СРБ 90,7 мг/л), лейкоцитоз 11,1 г/л, нейтрофилия относительная 84,6%, абсолютная – 9,38 10⁹/л, анемия средней степени тяжести 98 г/л, фибриноген – 6,45 г/л, высокие трансаминазы, мокрота на КУМ – отрицательно, в мокроте эритроциты 10-15 в поле зрения.

По результатам микробиологического исследования промывных вод бронхов на грибы высеяны *Candida albicans* – 1.00*10² КОЕ/мл, *Aspergillus spp* – 1.00*10² КОЕ/мл.

УЗИ органов брюшной полости: в проекции II сегмента печени образование несколько повышенной эхогенности, с нечеткими контурами р. 2,7*2,2 см, аналогичное образование в проекции III сегмента и круглой связки р. 2,2*1,4 см, в проекции IV сегмента, ближе к воротам аналогичное образование р. 2,8*1,2 см. Необходимо дифференцировать образования в печени (гемангиомы) с очаговой формой жирового гепатоза. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.

Эхо-КГ: аорта обычная, митральная недостаточность I ст., умеренно расширены полость правого предсердия, ствол легочной артерии, межжелудочковая перегородка и задняя стенка левого желудочка не утолщены, диастолическая функция левого желудочка не нарушена, сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная, участков гипокинезии не определяется, недостаточность трикуспидального клапана II степени, умеренная легочная гипертензия (СДЛА 42 мм рт. ст.).

Дополнительных эхо-сигналов на клапанных структурах сердца на момент осмотра четко не выявлено. Перикардального выпота нет.

Лабораторно: мокрота на КУМ многократно отрицательна, CD4 – 23 кл/мл.

Консультирована фтизиатром – данных за спецпроцесс нет.

При исследовании крови на ВИЧ: В20 с 2016 года, CD4 4%, 23 кл/мл, РНК 2,02* 10⁵ копий/мл.

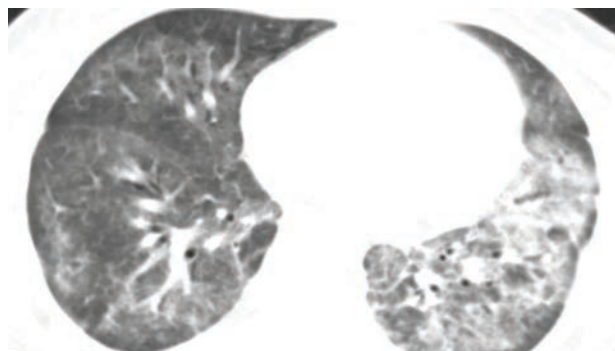
Проведено лечение: антибиотикотерапия (бисептол в лечебной дозировке, цефоперазон и Сульбактам Джодас, ванкомицин, ципрофлоксацин), муколитики (бромгексин), НПВС (кетопрофен), противогрибковая терапия (итраконазол), дезинтоксикационная терапия (стерофундин изотонический), препараты железа (сорбифер дурулес), ИПП (омепразол), бронхолитики (ипратерол-натив), физиолечение, немедикаментозные методы лечения.

По данным МСКТ в динамике: легкие расправлены, сохраняется тотальное уплотнение легочной ткани по типу матового стекла, но изменения стали более выраженными в нижних долях с двух сторон, в средней доле правого легкого и язычковых сегментах слева, жидкости в плевральной полости нет, лимфоузлы не увеличены.

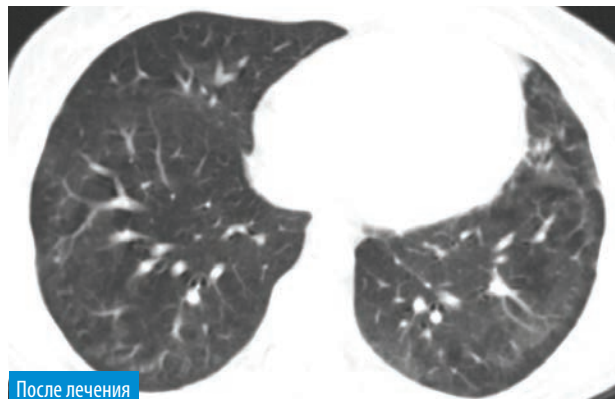
Неоднократно проведена коррекция антибиотикотерапии по согласованию с клиническими фармакологами.

На фоне скорректированной терапии на сегодняшний день состояние с положительной динамикой: лихорадка и интоксикационный синдром стойко купированы, одышка не беспокоит, кашель редкий, мокрота отходит скудная, слизистого характера, проявлений дыхательной недостаточности нет.

Лабораторно в динамике – снижение показателей лабораторной активности, лейкопения 3,14 10⁹/л, положительная динамика в би-



До лечения. Уплотнение легочной ткани по типу матового стекла



После лечения

охимическом анализе крови: печеночные трансаминазы снизились, показатели азотистого обмена, билирубин, ионнограмма в пределах нормы.

По данным МСКТ перед выпиской картина с положительной динамикой – пневматизация легочной ткани значительно повысилась, но еще сохраняются зоны уплотнения по типу матового стекла с двух сторон, бронхи I-III порядка проходимы, лимфоузлы не увеличены, жидкости в плевральной полости нет, средостение структурно, не смещено.

С диагнозом: В-20, IV стадия, осложненная двухсторонней полисегментарной пневмонией, вероятнее всего, грибковой этиологии (пневмоциста + аспергилла), тяжелое течение; осложнение: ДН I-II.

Пациентка переведена в ЦРБ на долечивание. Рекомендовано продолжение антибактериальной терапии, противогрибковых препаратов, препаратов железа, муколитиков и бронхолитиков.

Выводы

Особенность приведенного клинического случая заключается в намеренном сокрытии пациентом основного диагноза.

Верифицировать СПИД, осложненный пневмоцистной пневмонией, удалось благодаря специфической КТ-картине легких.

Несмотря на улучшение состояния, положительную динамику со стороны легких, пациентке необходим подбор АВРТ в условиях ЦРБ и дальнейшее наблюдение в Центре СПИД.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А. В. Малицкий

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Осложненным формам шейного остеохондроза, обусловленным в основном межпозвоночными грыжами и сужением позвоночного канала, должно уделяться большое внимание ввиду риска необратимых повреждений спинного мозга и его корешков при длительном сдавлении.

При наличии показаний к операции – последняя должна быть выполнена безотлагательно, потеря времени чревата серьезными необратимыми последствиями.

В нейрохирургическом отделении Красноярской краевой клинической больницы внедрены и активно выполняются современные малотравматичные хирургические вмешательства при межпозвоночных грыжах шейного отдела позвоночника.

Данные операции выполняются из минимальных доступов на шею с обязательным использованием оптики и микронейрохирургического инструментария и сопровождаются, как правило, полным удалением «разрушенного» межпозвоночного диска с его заменой современными межпозвоночными имплантами или укреплением конкретного позвоночно-двигательного сегмента шейной титановой пластиной.

Операции при грыжах шейного отдела позвоночника обычно протекают гладко, продолжительность таких операций обычно не превышает двух-трех часов, пациент активизируется на следующие сутки после операции с временным шейным головодержателем (воротником Шанца) и может быть выписан уже на шестые сутки после операции.

Обычно операции при грыжах шейного отдела позвоночника очень эффективные и результативные – пациенты уже на следующий день ощущают значительное облегчение, исчезновение слабости и болей в руке, болей в области шеи, постепенный регресс неврологической симптоматики.

Ниже приводим некоторые клинические примеры пациентов, которым в нейрохирургическом отделении ККБ были выполнены оперативные вмешательства по поводу шейного остеохондроза.

Клинический случай № 1

Большой С., 60 лет, житель села Кордово Красноярского края.

Диагноз клинический основной

Остеохондроз шейного отдела позвоночника с длительным стойким выраженным цервикобрахиалгическим и болевым корешковым синдромом по С5, С6 справа. Секвестрированная грыжа диска С5-С6 справа со стенозированием позвоночного канала и компрессией дурального мешка.

Особенности течения заболевания

Поступил в отделение с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника с выраженной иррадиацией в правую руку, прогрессирующую слабость и онемение в правой руке. Анамнез заболевания: болен с 2016 года, страдает цефалгиями, цервикалгиями. Ухудшение в течение последнего года, когда стали нарастать боли в шейном отделе позвоночника, появились онемение и слабость в правой руке. Лечение неэффективно.

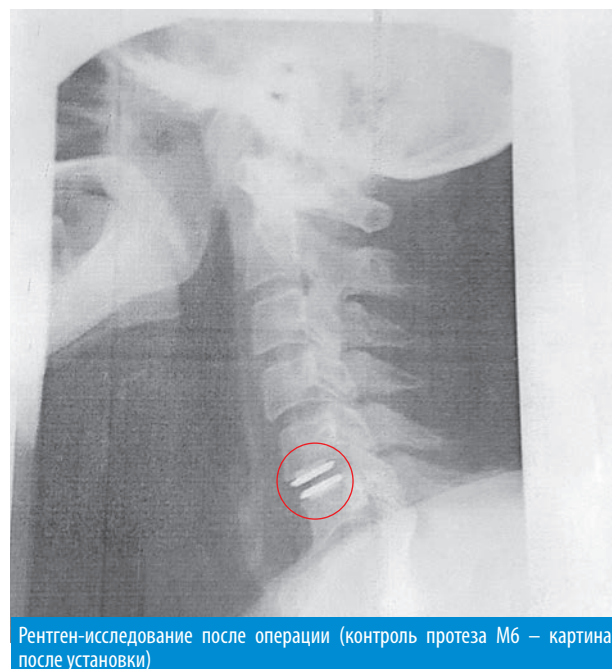
При МРТ-исследовании – секвестрированная грыжа диска С5-С6 со стенозом канала и компрессией корешка и дурального мешка.

Госпитализирован в отделение нейрохирургии ККБ.

Неврологический статус при поступлении: общее состояние удовлетворительное, в ясном сознании, адекватен. Зрачки D=S, глазодвигательных нарушений нет, реакция зрачков на свет адекватная. Другие ЧМН – без патологии. Активные движения, сила и тонус в конечностях: несколько снижена сила в правой кисти до 4 баллов. Сухожильные рефлексы с рук понижены S>D, с ног высокие D=S. Болезненность паравerteбральных точек на шее с обеих сторон, больше справа. Ограничение активных движений в шейном отделе. В позе Ромберга устойчив. Стойкая выраженная цервикокраниалгия и цервикобрахиалгия справа. Гипестезия в зоне иннервации дерматомов С5-С6 справа. Тазовых нарушений нет.



Данные МРТ-исследования больного до операции



Рентген-исследование после операции (контроль протеза М6 – картина после установки)

Пациенту в нейрохирургическом отделении ККБ выполнено оперативное вмешательство: передняя микродискэктомия C5-C6 с удалением секвестрированной выпавшей грыжи диска C5-C6 справа, декомпрессия дурального мешка и корешка. Передний спондилодез протезом М6.

Ход операции

Под общим эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине, валик в межлопаточной области, голова запрокинута назад, из левостороннего переднего цервикального доступа в проекции C5-C6 произведен линейный разрез кожи и мягких тканей длиной до 4 см.

После выделения переднего края кивательной мышцы, визуализации основного сосудисто-нервного пучка шеи и оттеснения его латерально произведен межфасциальный трансцервикальный доступ слева с обнажением предпозвоночной фасции и передних поверхностей тел шейных позвонков. Предпозвоночная фасция мобилизована вместе с длинными мышцами шеи с обеих сторон, рана разведена с помощью расширителя Каспара.

С помощью металлической метки и интраоперационного рентген-исследования локализован промежуток C5-C6. После резекции краевых остеофитов произведена дискотомия C5-C6 с максимально возможным удалением ткани межпозвоночного диска. Далее выполнена дистракция тел позвонков с помощью межтелового дистрактора.

После дистракции промежутка удалены остатки диска вместе с участками поврежденной и утолщенной передней продольной связки, грыжевыми секвестрами справа, явно компримирующими дуральный мешок и воронку корешка справа.

Установлен размер диска с помощью мерного зонда. Установлен протез М6. Контрольный интраоперационный рентген снимок: положение протеза М6 удовлетворительное.

Этапный гемостаз перекистью водорода, коагуляцией. Рана ушита послойно. Асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Неврологическая симптоматика полностью регрессировала. Больной выписан из отделения на шестые сутки после операции в удовлетворительном состоянии с полным регрессом корешковых болей.

Клинический случай № 2

Больная М., 48 лет, житель Железнодорожска.

Диагноз клинический основной

Остеохондроз шейного отдела позвоночника с длительным стойким выраженным цервикобрахиалгическим и болевым корешковым синдромом по C5, C6 слева. Секвестрированная грыжа диска C5-C6 слева со стенозированием позвоночного канала и компрессией дурального мешка.

Особенности течения заболевания

Поступила в отделение с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника с выраженной иррадиацией в левую руку, прогрессирующую слабость и онемение в левой руке. Анамнез заболевания: болеет с 2014 года, страдает цефалгиями, цервикалгиями. Ухудшение в течение последних шести месяцев, когда стали нарастать боли в шейном отделе позвоночника, появились онемение и слабость в левой руке. Лечение неэффективно.

При МРТ-исследовании – секвестрированная грыжа диска C5-C6 со стенозом канала и компрессией корешка и дурального мешка слева.

Госпитализирована в отделение нейрохирургии ККБ.

Неврологический статус при поступлении: общее состояние удовлетворительное, в ясном сознании, адекватна. Зрачки D=S, глазодвигательных нарушений нет, реакция зрачков на свет адекватная. Другие ЧМН – без патологии. Активные движения, сила и тонус в конечностях: несколько снижена сила в левой кисти до 3,5-4 баллов. Сухожильные рефлексы с рук понижены S<D, с ног нормальные D=S. Болезненность паравerteбральных точек на шее с обеих сторон, больше слева. Ограничение активных движений в шейном отделе. В позе Ромберга устойчива. Стойкая выраженная цервикокраниалгия и цервикобрахиалгия слева. Гипестезия в зоне иннервации дерматомов C5-C6 слева. Тазовых нарушений нет.

Пациентке в нейрохирургическом отделении ККБ выполнено оперативное вмешательство: передняя микродискэктомия C5-C6 с удалением секвестрированной выпавшей грыжи диска C5-C6 слева, декомпрессия дурального мешка и корешка. Передний спондилодез керамическим кейджем HRC № 5.



Данные МРТ-исследования больного до операции



Рентген-исследование после операции (контроль керамического кейджа HRC № 5 – картина после установки)

Ход операции

Под общим эндотрахеальным наркозом в положении больной на спине, валик в межлопаточной области, голова запрокинута назад, из левостороннего переднего цервикального доступа в проекции C5-C6 произведен линейный разрез кожи и мягких тканей длиной до 3 см.

После выделения переднего края кивательной мышцы, визуализации основного сосудисто-нервного пучка шеи и оттеснения его латерально произведен межфациальный трансцервикальный доступ слева с обнажением предпозвоночной фасции и передних поверхностей тел шейных позвонков. Предпозвоночная фасция мобилизована вместе с длинными мышцами шеи с обеих сторон, рана разведена с помощью расширителя.

С помощью металлической метки и интраоперационного рентген-исследования локализован промежуток C5-C6. После резекции краевых остеофитов произведена дискотомия C5-C6 с максимально возможным удалением ткани межпозвоночного диска.

Далее выполнена дистракция тел позвонков с помощью межтелового дистрактора. После дистракции промежутка удалены остатки диска вместе с участками поврежденной и утолщенной передней продольной связки, грыжевыми секвестрами справа, явно компримирующими дуральный мешок и воронку корешка слева.

Установлен размер диска с помощью мерного зонда. Установлен керамический кейдж HRC № 5.

Контрольный интраоперационный рентгенснимок: положение керамического кейджа HRC № 5 удовлетворительное.

Этапный гемостаз перекистью водорода, коагуляцией. Рана ушита послойно. Асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Неврологическая симптоматика полностью регрессировала. Больная выписана из отделения на шестые сутки после операции в удовлетворительном состоянии с полным регрессом корешковых болей.

Клинический случай № 3

Больной Д., 54 года, житель Норильска.

Диагноз клинический основной

Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Секвестрированные грыжи дисков C3-C4, C4-C5, C5-C6 справа со стенозированием позвоночного канала и компрессией дурального мешка. Цервикобрахиалгический синдром слева. Вертеброгенная миелопатия на уровне C3-C6 позвонков. Тетрапарез.

Особенности течения заболевания

Поступил в отделение с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника, ограничение движений, боли в левой руке, слабость, онемение рук, ног.

Анамнез заболевания: болен с 2016 года. Ухудшение в течение последнего года, когда стали нарастать боли в левой руке, слабость, онемение рук, ног. Лечение неэффективно.

При МРТ-исследовании – секвестрированные грыжи дисков C3-C4, C4-C5, C5-C6 со стенозом канала и дурального мешка. Выявлен участок миелопатии на уровне тел C3-C6 позвонков.

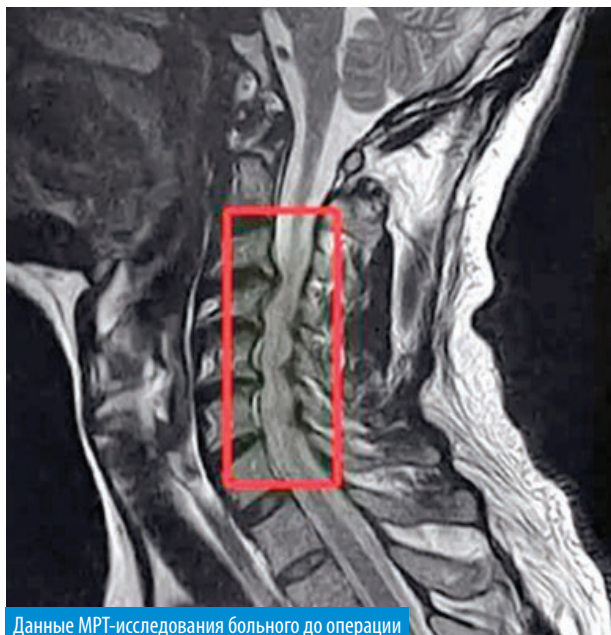
Госпитализирован в отделение нейрохирургии ККБ.

Неврологический статус при поступлении: общее состояние средней тяжести, в ясном сознании, адекватен. Зрачки D=S, глазодвижения не страдают, реакция зрачков на свет адекватная. Лицо симметрично. Глотание, фонация сохранены. Активные движения, сила и тонус в конечностях: снижена сила в руках и ногах до 3,5 балла. Сухожильные рефлексы рук и ног повышены S=D. Болезненность паравerteбральных точек на шее с обеих сторон. Ограничение активных движений в шейном отделе. В позе Ромберга устойчив. Гипестезия в руках и ногах. Газовых нарушений нет.

Пациенту в нейрохирургическом отделении ККБ выполнено оперативное вмешательство: передняя частичная резекция тел C4, C5 с резекцией дисков C3-C4, C4-C5, C5-C6, с удалением секвестрированных грыж дисков, декомпрессии дурального мешка. Передний спондилорез раздвижной кейдж-пластиной.

Ход операции

Под общим эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине, валик в межлопаточной области, голова запрокинута назад, из



Данные МРТ-исследования больного до операции



Рентген-исследования после операции (контроль раздвижной кейдж-пластины – картина после установки)

левостороннего переднего цервикального доступа в проекции C5-C6 произведен линейный разрез кожи и мягких тканей длиной до 5 см.

После выделения переднего края кивательной мышцы, визуализации основного сосудисто-нервного пучка шеи и оттеснения его латерально произведен межфациальный трансцервикальный доступ слева с обнажением предпозвоночной фасции и передних поверхностей тел шейных позвонков. Предпозвоночная фасция мобилизована вместе с длинными мышцами шеи с обеих сторон, рана разведена с помощью расширителя Каспара.

С помощью металлической метки и интраоперационного рентген-исследования локализованы промежутки C3-C6.

После резекции краевых остеофитов произведена передняя частичная резекция тел C4, C5 с резекцией дисков C3-C4, C4-C5, C5-C6, с удалением секвестрированных грыж дисков, декомпрессии дурального мешка. В образовавшийся костный дефект установлена раздвижная кейдж-пластина. Контрольный интраоперационный рентген-снимок: положение раздвижной кейдж-пластины удовлетворительное.

Этапный гемостаз перекисью водорода, коагуляцией. Рана ушита послойно. Асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. В неврологическом статусе положительная динамика (полный регресс болевого синдрома и постепенное восстановление силы в руках и ногах). Больной выписан из отделения на шестые сутки после операции.

Выводы

Особенностью клинических случаев является труднодоступная локализация для хирургии с высоким риском нарастания неврологического дефицита, которого удалось избежать. Можно добавить, что широко распространенный церикобрахиалгический синдром в амбулаторной практике невролога требует тщательного внимания при динамическом наблюдении, проведения визуализации (МРТ), особенно если пациент начинает предъявлять жалобы, обусловленные поражением спинного мозга (развиваются проводниковые, сегментарные расстройства).

НЕФРОЛОГИЯ

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ АМИЛОИДОЗ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

С. В. Ивлиев, И. В. Кульга
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Амилоидоз – термин, объединяющий группу заболеваний с большим разнообразием клинических проявлений и характеризующихся внеклеточным отложением нерастворимых патологических фибриллярных белков в органах и тканях [1]. Впервые эта патология описана в XVII веке Боне – саговая селезенка у больного с абсцессом печени.

В середине XIX века Вирхов применил ботанический термин «амилоид» (от греческого *amylon* – крахмал) для описания внеклеточного

материала, обнаруженного в печени при аутопсии, так как полагал его близким по структуре к крахмалу. Впоследствии была установлена белковая природа отложений, однако термин «амилоид» сохранился до настоящего времени.

Эволюцию претерпели и клинические представления об амилоидозе. Рокитанский в 1842 году установил связь «сальной болезни» с туберкулезом, сифилисом, риккетсиозами, Уилкс в 1856 году описал

«жирные органы» у больного, не имевшего никаких сопутствующих заболеваний, Аткинсон в 1937 году обнаружил амилоидоз у больных с миеломной болезнью. Выделены были старческие (Сойка, 1876) и наследственные (Андрате, 1952) формы, амилоидоз разделяли на генетический, первичный и вторичный типы. И, наконец, была принята классификация ВОЗ 1993 года, построенная на специфичности основного фибриллярного белка амилоида.

В 20-е годы XX столетия Бенхольд предложил окраску амилоида конго-красным, затем был обнаружен эффект двойного лучепреломления в поляризованном свете – изменение кирпично-красной окраски на яблочно-зеленую. В 1959 году Коген и Калкинс с помощью электронной микроскопии установили фибриллярную структуру амилоида.

В настоящее время амилоидоз принято клинически разделять на системные и локальные формы. Среди системных форм, в зависимости от состава фибриллярных отложений, выделяют четыре типа (таблица 1) [1].

Таблица 1
Системный амилоидоз (классификация ВОЗ, 1999)

Тип	Состав фибрилл		Ассоциированные заболевания
AL	Легкие цепи иммуноглобулинов или их фрагменты		Первичный амилоидоз, миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема, β-клеточные злокачественные лимфомы
AA	Острофазовый α-глобулин SAA, близкий по своим свойствам к С-реактивному белку		Вторичный амилоидоз при хронических воспалительных и ревматических заболеваниях, опухолях, а также при периодической болезни, синдроме Макла-Уэлса
Aβ2M	β2-микроглобулин		Хроническая почечная недостаточность, развивается вследствие резкого снижения выведения указанного белка почками и непроницаемости для него диализных мембран
ATTR	Транспортный белок трансферрин	Мутантный	Семейные наследственные формы (португальская, японская и др.)
		Нормальный	Старческие формы

К локальным формам амилоидоза относят болезнь Альцгеймера (A-β, фибриллы состоят из β-протеина, откладывающегося в головном мозге), амилоидоз островков поджелудочной железы, возможно, имеющий патогенетическую связь с диабетом II типа, амилоидоз, возникающий в эндокринных опухолях, амилоидные опухоли кожи, назофарингеальной области, мочевого пузыря и другие редкие виды [6].

AL-амилоидоз

Развитие AL-амилоидоза возможно при миеломной болезни, болезни Вальденстрема, В-клеточных лимфомах и может быть идиопатическим при первичном амилоидозе. Все эти варианты объединены общим патогенезом. Первичный амилоидоз представляет наибольшую трудность для распознавания в связи с отсутствием явных признаков гематологического заболевания, поэтому именно на этой форме стоит остановиться подробно.

При первичном амилоидозе, доброкачественной плазмоклеточной дискразии, родственной множественной миеломе аномальные клоны плазматических клеток костного мозга продуцируют амило-

идогенные иммуноглобулины. Некоторые аминокислоты в переменных участках легких цепей этих иммуноглобулинов занимают необычную позицию, что приводит к их нестабильности и склонности к фибрилlogenезу.

У больных с первичным амилоидозом содержание плазматических клеток в костном мозге повышено до 5-10% (в норме их менее 4%, при миеломной болезни – более 12%), и они продуцируют определенный изотип легких цепей иммуноглобулинов, преобладающих при иммуногистохимическом окрашивании. Свободные моноклональные легкие цепи преобладающего лямбда, или (реже) каппа изотипа, определяются в крови и моче, но содержание их ниже, чем при миеломной болезни [4].

Клиническая картина первичного амилоидоза многообразна и определяется преимущественным вовлечением в патологический процесс тех или иных органов – сердца, почек, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, печени и других. Первыми симптомами являются слабость и потеря веса, но на этой стадии, до появления органных симптомов, диагноз устанавливается крайне редко [8].

Органами-мишенями при AL-амилоидозе чаще всего становятся почки и сердце. Поражение почек проявляется нефротическим синдромом, персистирующим и при наступлении ХПН, гематурия и артериальная гипертензия не характерны [8].

При отложении амилоида в миокарде развиваются разнообразные нарушения ритма, прогрессирующая сердечная недостаточность, чему могут предшествовать бессимптомные изменения на ЭКГ в виде снижения вольтажа зубцов. Эхокардиографическое исследование выявляет концентрическое утолщение стенок левого и правого желудочков, уменьшение объема полостей сердца, умеренное снижение фракции выброса, диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка.

Часто отмечаются симптомы вовлечения нервной системы – вегетативной в виде ортостатической гипотензии, и периферической – в виде расстройств чувствительности. В последние годы стали описывать также поражения ЦНС, ранее считавшиеся не свойственными первичному амилоидозу.

Диспептические явления (ощущение переполнения, запоры, поносы) и синдром нарушенного всасывания могут быть обусловлены как поражением вегетативной нервной системы, так и амилоидозом желудочно-кишечного тракта. Очень характерна гепатомегалия, природу которой следует дифференцировать между застойными явлениями вследствие сердечной недостаточности и амилоидным поражением печени. Последнее подтверждается повышением уровня щелочной фосфатазы сыворотки крови. Селезенка поражается часто, однако спленомегалия обнаруживается не всегда и большого клинического значения не имеет.

Макроглоссия, классический признак первичного амилоидоза, отмечается у 20% пациентов, инфильтрация мягких тканей может приводить к атрофии мышц, кожи, дистрофии ногтей, алопеции и появлению опухолевидных образований – амилоидом.

Реже встречается поражение сосудов, симптомами которого являются периорбитальная пурпура – «глаза енота» и экхимозы. Могут наблюдаться кровотечения, в том числе мочепузырные, обусловленные как изменением сосудистой стенки, так и нарушением свертывающей системы, в первую очередь дефицитом X-фактора, который связывается с амилоидом. Дефицитом факторов свертывания принято объяснять и характерный для амилоидоза тромбоцитоз.

Амилоидоз легких часто обнаруживается лишь при аутопсии. Однако в некоторых случаях одышка, кровохарканье и гидроторакс

могут быть обусловлены не только застойной сердечной недостаточностью и нефротическим синдромом, но и амилоидным поражением легких. Возможно отложение амилоида в альвеолах и развитие легочных амилоидом. Рентгенологически могут выявляться сетчатые и нодулярные изменения в легочной ткани.

Поражение надпочечников может привести к надпочечниковой недостаточности, нередко остающейся нераспознанной, так как гипотензия и гипонатриемия рассматриваются как симптомы сердечной недостаточности и поражения вегетативной нервной системы. У 10-20% больных может иметь место гипотиреоз как проявление поражения щитовидной железы, нередко встречается увеличение подчелюстных слюнных желез.

Диагноз первичного амилоидоза, помимо указанных клинических черт, которые могут быть сходными и при вторичном амилоидозе, базируется на ряде лабораторных данных. У 85% пациентов при иммуноэлектрофорезе белков сыворотки крови и мочи выявляются моноклональные иммуноглобулины. При рутинных исследованиях те же моноклональные иммуноглобулины обнаруживаются в моче в виде белка Бенс-Джонса.

Биопсия костного мозга позволяет провести дифференциальный диагноз с множественной миеломой, а также выявить умеренное повышение количества плазматических клеток и их моноклональность при иммуногистохимическом окрашивании [4, 6].

Даже сочетание характерной клинической картины с наличием моноклональных плазмочитов и белков еще не является достаточным для подтверждения диагноза первичный амилоидоз. Решающую роль играют данные биопсии. Наименее инвазивной является аспирация подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки, дающая 80-90% положительных результатов при AL-амилоидозе (в нашей стране этот метод пока не нашел своего применения).

Определенное диагностическое значение имеет биопсия десны и слизистой оболочки прямой кишки, но процент положительных результатов широко варьирует в зависимости от стадии процесса, поэтому целесообразно выполнение биопсии одного из пораженных органов – почки, печени, сердца, дающее почти 100% положительных результатов при амилоидозе AL-типа.

В первую очередь биопсийный материал окрашивается конго-красным. При обнаружении конгофилии исследуемого материала необходимо его исследование в поляризованном свете, эффект двойного лучепреломления характерен только для амилоида, другие конгофильные вещества яблочно-зеленой окраски не приобретают. После этого желательна типирование амилоида.

Наиболее точным является иммуногистохимический метод с использованием моноклональных антител к белкам-предшественникам амилоида. Однако в нашей стране он практически недоступен. Поэтому для диагностики используются окрасочные методы с помощью растворов щелочного гуанидина или перманганата калия, позволяющие, хотя и косвенно, определить тип фибриллярных отложений.

Прогноз при первичном амилоидозе хуже, чем при других формах заболевания, средняя продолжительность жизни не превышает двух лет, при наличии поражения сердца или мультисистемного поражения без лечения больные погибают в течение нескольких месяцев. Наиболее частыми причинами смерти являются сердечная недостаточность, почечная недостаточность, сепсис, сосудистые осложнения и кахексия. Патогенетическое сходство с миеломной болезнью позволяет рассчитывать на торможение прогрессирования заболевания

при химиотерапии, проводимой с целью подавления моноклональных плазмочитов [5].

Применение химиотерапии в случае успеха лечения позволяет увеличить продолжительность жизни больных на срок от 10 до 18 месяцев. Но эффективность терапии невысока, в частности, в связи с тем, что во многих случаях прогрессирование заболевания приводит к гибели больных до завершения курса лечения, а также из-за развития цитопении, инфекционных осложнений, фатальных нарушений ритма при лечении сверхвысокими дозами дексазона.

Применение высоких доз мельфолана с трансплантацией аутологичных стволовых клеток позволяет достичь ремиссии в более чем 50% случаев, однако использование этого метода ограничено тяжестью состояния, возрастом больных, функциональными нарушениями со стороны сердца и почек. Во многих случаях возможной оказывается лишь симптоматическая поддерживающая терапия [7].

AA-амилоидоз

Развитие AA-амилоидоза происходит при хронических воспалительных процессах, предшественниками AA-амилоида являются сывороточные острофазовые белки, α -глобулины, продуцируемые клетками разных типов, в основном нейтрофилами и фибробластами. Вторичный амилоидоз развивается при ревматоидном артрите, болезни Бехтерева, псориатическом артрите, различных опухолях, лимфогранулематозе, неспецифическом язвенном колите и болезни Крона, при периодической болезни (семейной средиземноморской лихорадке), а также при туберкулезе, остеомиелите, бронхоэктатической болезни [3].

Характерными клиническими особенностями является поражение почек у большинства пациентов, и относительно редкое поражение печени и/или селезенки (около 10%) и сердца (выявляется лишь при эхокардиографии). Макроглоссия для вторичного амилоидоза не характерна. Диагноз основан на сочетании амилоидоза почек и хронического воспалительного заболевания, подтверждением служит иммуногистохимическое окрашивание биопсийного материала, в нашей стране используются уже упомянутые выше косвенные окрасочные методы [2, 4].

Прогноз во многом зависит от природы основного заболевания, при естественном течении у трети больных через пять лет от момента выявления протеинурии развивается почечная недостаточность. При периодической болезни пятилетняя выживаемость составляет 25% [8].

Лечение основано на подавлении очага – источника продукции сывороточных белков-предшественников. Удаление опухолей, секвестрэктомия, резекция кишки, лечение туберкулеза, уменьшение активности ревматоидного артрита (при использовании цитостатиков) приводит к прекращению прогрессирования амилоидоза, а иногда и к обратному развитию клинических проявлений, в частности нефротического синдрома [4].

Применение колхицина при периодической болезни является методом выбора, эффективность его доказана, лечение предотвращает развитие амилоидоза и тормозит его прогрессирование. При других формах вторичного амилоидоза эффективность колхицина не подтверждена [6].

Среди больных с вторичным амилоидозом преобладали пациенты с ревматоидным артритом, на втором месте среди причин – хронический остеомиелит и псориатический артрит, остальные заболевания встречались реже [4].

Таблица 2
Основной диагноз при вторичном амилоидозе [4]

Основной диагноз	Всего больных	%
Ревматоидный артрит	26	44
Хронический остеомиелит	9	15
Псориатический артрит	8	13
ХНЗЛ	5	9
Опухоли	4	7
Болезнь Бехтерева	3	5
Болезнь Крона	2	4
Лимфогранулематоз	1	1,5
Туберкулез	1	1,5
Всего	59	100

Лечение ревматоидного артрита и псориатического артрита проводилось с применением цитостатиков (метатрексата, азатиоприна), хотя во многих случаях возможности терапии были ограничены из-за наличия ХПН и сопутствующей патологии. Больные с хроническим остеомиелитом были направлены в отделения гнойной хирургии, пациенты с болезнью Бехтерева и болезнью Крона получали специфическое лечение, больные с ХНЗЛ и туберкулезом также были направлены в профильные стационары. Одна из больных с опухолью желудка была успешно оперирована и на протяжении четырех лет наблюдения нефротический синдром постепенно регрессировал, в остальных случаях опухолей распространенность процесса позволяла проводить только симптоматическую терапию, больной с лимфогранулематозом поступил в терминальном состоянии.

Смертность среди больных с вторичным амилоидозом составила 38%, за счет больных с далеко зашедшим поражением на момент установки диагноза. Все больные с периодической болезнью получали терапию колхицином [2, 4].

В качестве примера сложности диагностики паранеопластического амилоидоза приводим собственное наблюдение.

Клинический случай

Больной А., 1940 года рождения, неработающий пенсионер. Поступил в отделение гемодиализа с жалобами на резкую слабость, жидкий стул с примесью слизи до 10-15 раз в сутки, уменьшение количества выделяемой мочи до 700-800 мл/сут, умеренные отеки нижних конечностей, снижение АД до 110/70 мм рт. ст., похудание более чем на 20 кг в течение трех месяцев.

Из анамнеза: давность заболевания около трех месяцев (с начала октября 2011 года). Заболевание началось с лихорадки до 38°C, полиартралгий. Длительно принимал аспирин, другие НПВП, что привело к медикаментозной язве луковицы ДПК, осложнившейся кровотечением. По поводу чего в середине октября находился на лечении в хирургическом отделении, затем в гастроэнтерологическом отделении ГБ № 7.

В конце октября снижение количества мочи, при выписке из хирургии мочевины 14 ммоль/л. В динамике нарастают азотемические показатели, транзиторная гипергликемия до 8,9 ммоль/л, массивная глюкозурия, нарастающая протеинурия. В дальнейшем присоединилась диарея с примесью слизи до 30 раз в сутки, что привело к потере жидкости, белков, нарушениям электролитного баланса. С того же времени отмечается снижение АД до 110/70 мм рт. ст. (в анамнезе у пациента более 30 лет гипертоническая болезнь с повышением АД до 170-180/100-110 мм рт. ст.). Наросли азотемические показатели: креатинин до 1143 мкмоль/л.

В связи с высокой азотемией, необходимостью в экстренном гемодиализе госпитализирован в начале ноября поступил в отделение

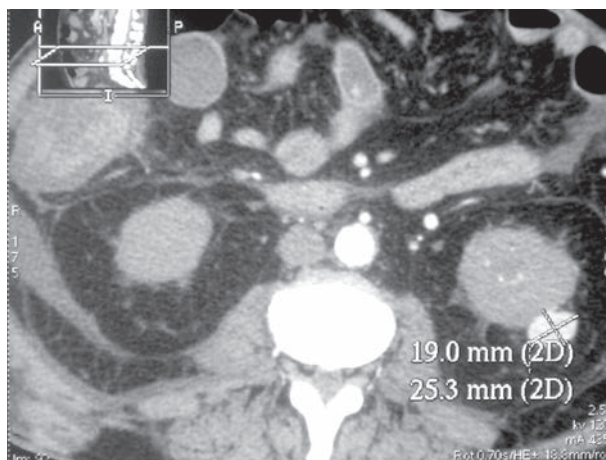


Рис. 1. Магнитная спиральная томография органов брюшной полости с контрастированием. В нижнем сегменте левой почки определяется овальное объемное образование тканевой плотности, хорошо накапливающее контраст, размером 25x19 мм (сосудистая опухоль).

гемодиализа ККБ. Объективно: состояние тяжелое за счет уремической интоксикации, гипотонии. Умеренные отеки голеней. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии, артериальное давление 110/70 мм рт. ст., ЧСС 64 в мин. Живот увеличен за счет вздутых петель кишечника, при пальпации мягкий, безболезненный.

При обследовании: в развернутом анализе крови Нв 99 г/л, эр 3,0, L 5,5, СОЭ 61 мм/час, н/бл 2:100, э1, п 1, с 81, л 13, м 4, группа крови А(2), Rh (положит.), фенотип СсДЕе. В биохимическом анализе крови: К 4,28 ммоль/л, Na 135 ммоль/л, Са 1,53 ммоль/л, Р 5,65 ммоль/л, мочевины 28,8 ммоль/л, креатинин 788 мкмоль/л, белок 40,8 г/л, альбумин 14,8 г/л, билирубин 8,5 ммоль/л, АлТ 7,9, АсТ 14,8, щел. фосфатаза 97,8 ммоль/л, мочевины 540 ммоль/л, холестерин 6,32 ммоль/л, сахар 6,9 ммоль/л., HbsAg отр, HCV отр., RW-отр. В общем анализе мочи: уд. вес. 1010, белок 5,580 – 12,810 г/л, Л 16-18, эр. изм. 1-1-0, эп. пер. 1-0, эп. пл 1-2, цил. зерн. 1-0-1, цил. воск. 1-2-1.

Рентгенография органов грудной клетки: без очаговых, инфильтративных затемнений. Тень средостеня середина, расширена влево. Отмечается обогащение легочного рисунка и его усиление за счет сосудистого компонента. Свободной жидкости в плевральных полостях не определяется.

ФГС: Язва лДПК на передней стенке d 1,0 см.

ЭКГ: ритм синусовый чсс 70 в мин.

Проктолог: псевдомембранозный колит. Гастроэнтеролог: язвенная болезнь ДПК. Состояние после желудочного кровотечения от 20.10.2008. Псевдомембранозный колит.

Стернальная пункция: препарат недостаточно клеточный. Тип кроветворения нормобластический. Белый росток – увеличено количество зрелых нейтрофилов. % бластов 0,7. Плазматических клеток 2,0. Красный росток умеренно сужен. Mts не найдено.

Гематолог: данных за заболевание крови нет.

Эхо-КГ: склероз аорты с начальным кальцинозом кольца Аок. Митральная недостаточность 1 ст. Симметричная гипертрофия ЛЖ. Нарушена диастолическая функция ЛЖ. Расширена полость ЛП. Недостаточность ТК 2 ст. Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена. Легочная гипертензия СДЛА 43-45 мм рт. ст. Минимальный перикардиальный выпот – заднее эхо-свободное пространство 0,6 см.

УЗИ почек: ПП 12,1x5,6, ЛП 12,3x5,7, паренхиматозный слой справа 1,9, слева 1,9, Дифференциация паренхима – почечный синус отсутствует. Конкрементов нет. ЧЛС не расширена. Паранефральное пространство без особенностей. В верхнем полюсе правой почки анэ-

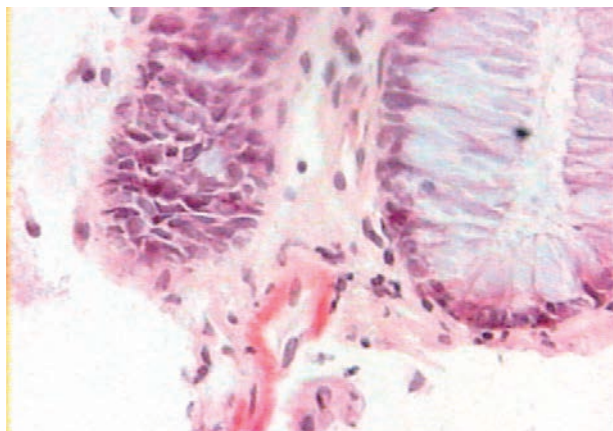


Рис. 2. Биопсия стенки толстого кишечника, окраска конго-рот, увеличение x250. Отложения амилоида кирпично-красного цвета в стенках капилляров.

хогенное образование до 1,3 см, в нижнем полюсе левой почки анэхогенное образование до 2,1x1,7 см.

Учитывая обнаружение объемного образования левой почки, проведена МСКТ органов брюшной полости: размеры почек не увеличены. Дифференцировка кортикомедулярная отсутствует во всех трех фазах контрастирования. Выделительная функция почек снижена. В нижнем сегменте левой почки определяется овальное объемное образование тканевой плотности, хорошо накапливающее контраст (сосудистая опухоль).

Почечные сосуды без патологических изменений. Размеры печени несколько увеличены. Поджелудочная железа обычных размеров. Лимфатические узлы не увеличены. В брюшной и плевральных полостях жидкость. Заключение: картина значительного снижения функции почек. Объемное образование нижнего полюса левой почки. Картина двухстороннего гидроторакса, асцита (рис. 1).

Уролог: хронический простатит. Tumor ren sinister. Онкоуролог: заболевание ren sinister (Susp. Tumor) 2,0 см.

В результате обследования у больного выявлена опухоль левой почки. Учитывая массивную протеинурию, диарею, проведена биопсия слизистой толстого кишечника. Биопсия слизистой кишечника (№ 67544-08): фрагмент слизистой слепой кишки с наличием мелких сосудов с уплотненными стенками, с отложением амилоидных масс – окраска на амилоид положительная (рис. 2).

Таким образом, учитывая данные клинической картины, обследования, у больного имеет место развитие вторичного паранеопластического амилоидоза на фоне Tumor ren sinister. Особенностью данного клинического случая является, с одной стороны, сложность диагностики опухоли почки, которая по УЗИ выглядела как киста почки, быстрое развитие и нарастание клинических проявлений амилоидоза кишечника и почек.

Литература

- Нефрология: национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 720 с.
- Нефрология: руководство для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – 688 с.
- Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Амилоидоз у пожилых // Клин. Мед. – 2005. – № 6.
- Рамеев В.В., Козловская Л.В., Саркисова И.А. Амилоидоз: вопросы диагностики и лечения // Клиницист. – 2006. – № 4. – С. 35-42.
- Рамеев В.В., Козловская Л.В., Саркисова И.А. Лечение амилоидоза // Врач. – 2007. – № 6.
- Merlini G., Bellotti V. Molecular Mechanisms of Amyloidosis // N. Engl. J. Med/ – 2003. – Vol. 349. – P. 583-596.
- Gillmore J.D., Hawkins P.N., Pepys M.B. Amyloidosis: a review of recent diagnostic and therapeutic developments // Br. J. Haemat. – 1997. – Vol. 99. – P. 245-256.
- Schena F.P., Pannarale G., Cardonara M.C. Clinical and therapeutic aspects of renal amyloidosis // Nephrol. Dial. Transplant. – 1996. – Vol. 11 (suppl. 9). – P. 63-68.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

УСПЕШНАЯ УРАНОПЛАСТИКА ТКАНЯМИ ЯЗЫКА У ПАЦИЕНТКИ С ДВУХСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ТВЕРДОГО НЕБА

Врожденные расщелины верхней губы и неба занимают второе место по частоте среди всех эмбриональных пороков и первое среди аномалий лица и челюстей. Эти дефекты приводят к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. По данным ВОЗ, частота рождения таких детей составляет 0,6-1,6 случая на 1000 новорожденных. Причины формирования порока много (эмбриональная дизрафия, генетические синдромы, опухоли, остеомиелит), но патогенез один – нарушается формирование лица эмбриона на 7-8-й неделе беременности.

В лобном отростке на 3-й неделе эмбриогенеза происходит деление на срединный и боковые носовые отростки. Из них формируются лоб, глазницы, нос и средние части верхней челюсти и верхней губы.

Срастание нижнечелюстных отростков происходит к концу 4-й недели, верхнечелюстных – на 6-й, а срастание верхнечелюстных отростков с лобным отростком и формирование губ – на 7-й неделе. Формирование постоянного неба завершается на 8-й неделе.

Тератогенный терминационный период при расщелинах губы определяется концом 7-й недели внутриутробного развития, неба – до конца 8-й недели. В зависимости от степени проникновения мезодермы в пространство между отростками верхней и нижней челюстей формируются полные или неполные расщелины.

При врожденных расщелинах неба имеются анатомические нарушения различной тяжести: расщепление тканей неба, дефект твердого и укорочение мягкого неба, расширение среднего отдела глотки.

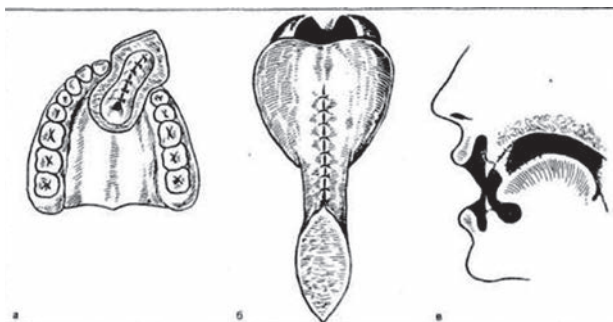


Схема закрытия дефекта неба лоскутом с языка (по Г. В. Кручинскому)

Порок предусматривает проведение этапного хирургического лечения. Оптимальный срок для проведения первичной операции, устранения расщелины верхней губы – 4-6 месяцев.

Следующий этап – операция уранопластики выполняется в возрасте 1,3-1,6 года. Эта операция очень значима для формирования речи ребенка. Операция предусматривает одноэтапное вмешательство с одновременным устранением расщелины твердого и мягкого неба. Это миопластика, при которой устраняются патологические точки фиксации мышц мягкого неба с перемещением и ушиванием их в правильном анатомическом положении. Увы, часто происходит расхождение швов в раннем послеоперационном периоде с последующим грубым рубцеванием и формированием срединного дефекта носовой поверхности мягкого неба.

При осложнениях производятся повторные операции, но нередко они не приносят эффекта, и более того, каждое повторное вмешательство усугубляет дефект и делает невозможным закрытие расщелины неба местными тканями.

Считается, что уранопластика должна быть завершена к возрасту 5-6 лет, до школы. Поздние операции, в подростковом возрасте, почти никем не одобряются.

Но мы хотим представить вашему вниманию уранопластику у взрослого пациента по крайне редко применяемой методике Кручинского. Суть ее в замещении дефекта твердого неба тканями языка.

Это уже вторая подобная операция в отделении челюстно-лицевой хирургии краевой клинической больницы. Уранопластика, при которой язык является донорским органом, уникальна – за Уралом она больше нигде не применяется, только в Красноярске.

Первым пациентом заведующего отделением А. Г. Симонова был молодой мужчина. После операции у него улучшилась речь, исчезло сообщение между носом и ротовой полостью – твердая пища и жидкости нормально проходят в пищевод, пациент отмечает повышение качества жизни.

Сегодня мы представляем клинический случай успешной уранопластики тканями языка у 20-летней пациентки с расщелиной твердого неба.



Двухсторонняя расщелина твердого неба

Клинический случай

Пациентка Б., 20 лет, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии на плановое оперативное лечение с диагнозом врожденная расщелина верхней губы, твердого и мягкого неба, состояние после хейлопластики и уринопластики.

Р-графия при поступлении: дефект альвеолярного отростка верхней челюсти, твердого неба в переднем отделе, частичная адентия.

Пациентке проведено оперативное вмешательство – устранение дефекта твердого неба в переднем отделе, пластика мышечным лоскутом на питающей ножке со спинки языка по Круковскому.

Ход операции

Под эндотрахеальным наркозом освежены края дефекта переднего отдела твердого неба, отслоены края, опрокинуты в полость носа.

На спинке языка выкроен лоскут слизисто-мышечного слоя на передней питающей ножке размером 3x2,5 см. Лоскут раневой поверхностью подшит к созданному ложу дефекта. Дефект устранен. Наложены швы викрилом. Заживление раны проходит без осложнений.

Олеся Б. проживет с развернутой на 180 градусов и подшитой к небу спинкой языка около двух недель. В эти дни она может употреблять только жидкую пищу, не может разговаривать. Сегодня девушка общается только письменно.

Через две недели лоскут языка приживется к ране – обычно это происходит успешно, потому что язык очень хорошо кровоснабжается. Затем лоскут будет отсечен, а дальше, по словам Андрея Гербертовича Симонова, язык будет жить своей жизнью, а небо – своей.

Первый пациент доктора Симонова делится ощущениями после операции: он отмечает тактильную чувствительность на перенесенном лоскуте и, возможно, вкусовую чувствительность. Девушка пока ничего не чувствует: после операции прошло всего несколько дней. Но она активна, не жалуется на боль и верит, что ее жизнь изменится.

– После операции ее надо будет протезировать, и будет вполне симпатичная девушка, – говорит Андрей Гербертович.

Уникальные операции Симонова дарят надежду тем, кто давно потерял веру в исправление дефекта.

Интересно, что Андрей Гербертович применил полузабытый метод Кручинского (патент 1972 года!), ориентируясь лишь на теорию и свой многолетний хирургический опыт. У него получилось реанимировать эту технологию.

Олеся Б. учится на повара. Мы знаем, что повара творческие и всегда пробуют еду в процессе приготовления. Благодаря ювелирной операции доктора Симонова, Олеся сможет без проблем работать и готовить всем нам прекрасные блюда.

Подготовила Елена Семенова



Третьи сутки после операции

СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА У ЮНОГО ПАЦИЕНТА

Э. Э. Иваницкая, А. Е. Рязанов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Ведение миокардитов является одним из сложных и дискутабельных направлений современной кардиологии.

Диагностика миокардитов не терпит отлагательства, ведь молниеносные формы воспаления миокарда приводят к гибели пациентов из-за фатальной аритмии, к кардиомиопатии. Но практически всегда кардиологу и терапевту приходится проводить дифференциальную диагностику миокардита с иной тяжелой сердечной патологией.

Воспалительное поражение миокарда может возникнуть после воздействия практически всех микроорганизмов, патогенных для человека, а также вследствие токсического действия лекарственных препаратов и других причин. Однако прямая связь миокардита с инфекционным заболеванием прослеживается не всегда.

Дебют острого вирусного миокардита иногда неотличим от дебюта острого коронарного синдрома. Дифференциальная диагностика проводится с помощью коронарографии. И при миокардитах случается длительный спазм коронарных артерий с очаговым или диффузным поражением миокарда, но все же часто наблюдается отсутствие патологии коронарных артерий.

И миокардит, и инфаркт сопровождаются повышением уровня тропонина, правда, при миокардите тропонин повышен длительно.

Эндомиокардиальная биопсия с ПЦР диагностикой являются «золотым стандартом», но в остром периоде миокардита сопровождается риском. Кроме того, обнаруженный вирусный геном, возможно, постоянный «обитатель» кардиомиоцитов.

Высокоэффективна МРТ сердца с контрастированием, однако технология пока мало доступна.

Мы рассматриваем клинический случай острого вирусного миокардита у юного пациента.

Клинический случай представляет интерес редко встречающейся патологией, очень молодым возрастом больного, успешной маскировкой миокардита под острый коронарный синдром и верификацией диагноза с помощью высокой технологии – магнитно-

резонансной томографии сердца с контрастом.

Клинический случай

19-летний пациент Б. из Шарыповского района 23 ноября 2018 года был экстренно доставлен в краевую больницу рейсом санавиации с диагнозом острый инфаркт.

Из анамнеза известно, что 19 ноября молодой человек заболел ОРВИ. Инфекция протекала с заложенностью носа, повышением температуры тела до 38 градусов. Лечился симптоматически.

В ночь на 22 ноября, когда симптомы ОРВИ уже пошли на убыль, пациент почувствовал сильную боль в груди с иррадиацией в шею, сопровождавшуюся потливостью и слабостью. По скорой доставлен в ЦРБ Шарыпово, где сняли ЭКГ и немедленно направили ленту в телемедицинский центр «Валента», находящийся в краевой клинической больнице.

Специалисты ККБ подтвердили диагноз шарыповских врачей: на ЭКГ юного пациента была классическая «кошачья спинка» – инфарктный подъем.

По экстренным показаниям Б. проведен тромболитизис, подключены кардиотоники, и, конечно, за молодым человеком вылетел вертолет санавиации – его не могли оставить в районе.

Пациента госпитализировали в кардиореанимацию ККБ с диагнозом острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда и провели экстренную коронарографию.

Коронарные артерии оказались полностью проходимы, диагноз острый инфаркт миокарда был снят, но состояние пациента оставалось тяжелым. Отмечалась высокая лабораторная активность: лейкоцитоз, повышение печеночных проб, тропонина (индикатора повреждения миокарда).

Учитывая наличие в анамнезе лихорадки, отсутствие патологии коронарных артерий, воспалительные изменения в анализах крови, отсутствие динамики ОИМ по серии ЭКГ, диагноз ишемическая болезнь сердца снят.

Пациенту выставлен диагноз острый вирусный миокардит. С учетом тяжести состояния и нестабильной гемодинамики молодой человек трое суток оставался в реанимационном отделении. Получал противовирусную терапию, антибиотики.

Верифицирован диагноз миокардита с помощью коллег из Федерального центра сосудистой хирургии – именно там пациенту Б. провели МРТ сердца с контрастированием, в ККБ такая технология не используется.

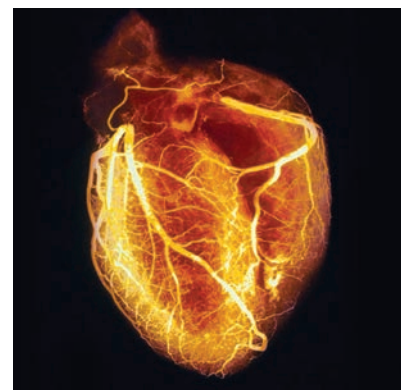
На МРТ сердца обнаружен отек задней и боковой стенок левого желудочка. Примечательно, что на Эхо-КГ патология выявлена не была.

На фоне лечения состояние пациента в течение недели приблизилось к удовлетворительному, пришли в норму лабораторные пробы.

Несмотря на это, молодому человеку придется провести в больнице как минимум три недели, чтобы полностью исключить осложнения, которые при миокардитах бывают грозными – аритмия, кардиомиопатия.

В течение полугода пациенту Б. придется избегать физической нагрузки и наблюдаться у кардиолога.

Время идет, технологии развиваются, и мы надеемся, что в ближайшее время в условиях ККБ станет возможным проведение МРТ сердца с контрастированием, а также проведение детекции инфекционного агента методом ПЦР, что позволит верифицировать диагноз в кратчайшие сроки, а следовательно снизить летальность от данной патологии в Красноярском крае.



Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

ДИАГНОСТИКА

ПЕРЕД КОЛОНОСКОПИЕЙ ЕДЯТ ТО, ЧТО БЕГАЕТ, ПОЛЗАЕТ, ЛЕТАЕТ И ПЛАВАЕТ

На семь вопросов об исследовании толстого кишечника отвечает заведующий отделением эндоскопии и эндоскопической хирургии краевой клинической больницы Павел Жегалов

1. Колоноскопия рекомендуется всем россиянам от 50 лет и старше. Почему?

Потому что колоноскопия – единственный метод выявления рака толстой кишки в бессимптомной стадии. Опухоли толстого кишечника развиваются долго. Считается, что от первой раковой клетки до метастазирования проходит около пяти лет. Но даже рак с метастазами может не проявлять себя клинически.

Только колоноскопия позволяет увидеть опухоль на ранней стадии развития, поэтому в США, например, она рекомендуется всем людям старше 45 лет, а тем, у кого в первой линии родных есть умершие от рака толстой кишки, необходимо проводить колоноскопию на 10 лет раньше, чем обычным людям, примерно после 40 лет. Роль генетики в развитии рака толстой кишки чрезвычайно велика.

2. Сколько лет колоноскопии как методу?

Около 50 лет, но до сих пор этот метод диагностики нельзя назвать широкодоступным для населения. В Красноярском крае не все ЦРБ оснащены видеокколоноскопами, и обученных специалистов не хватает. Более доступна гастроскопия. Например, в Европе соотношение проводимых гастро- и колоноскопий – 40/60%, а в Красноярском

крае по итогам 2017 года на девять ФГС приходится только одна колоноскопия.

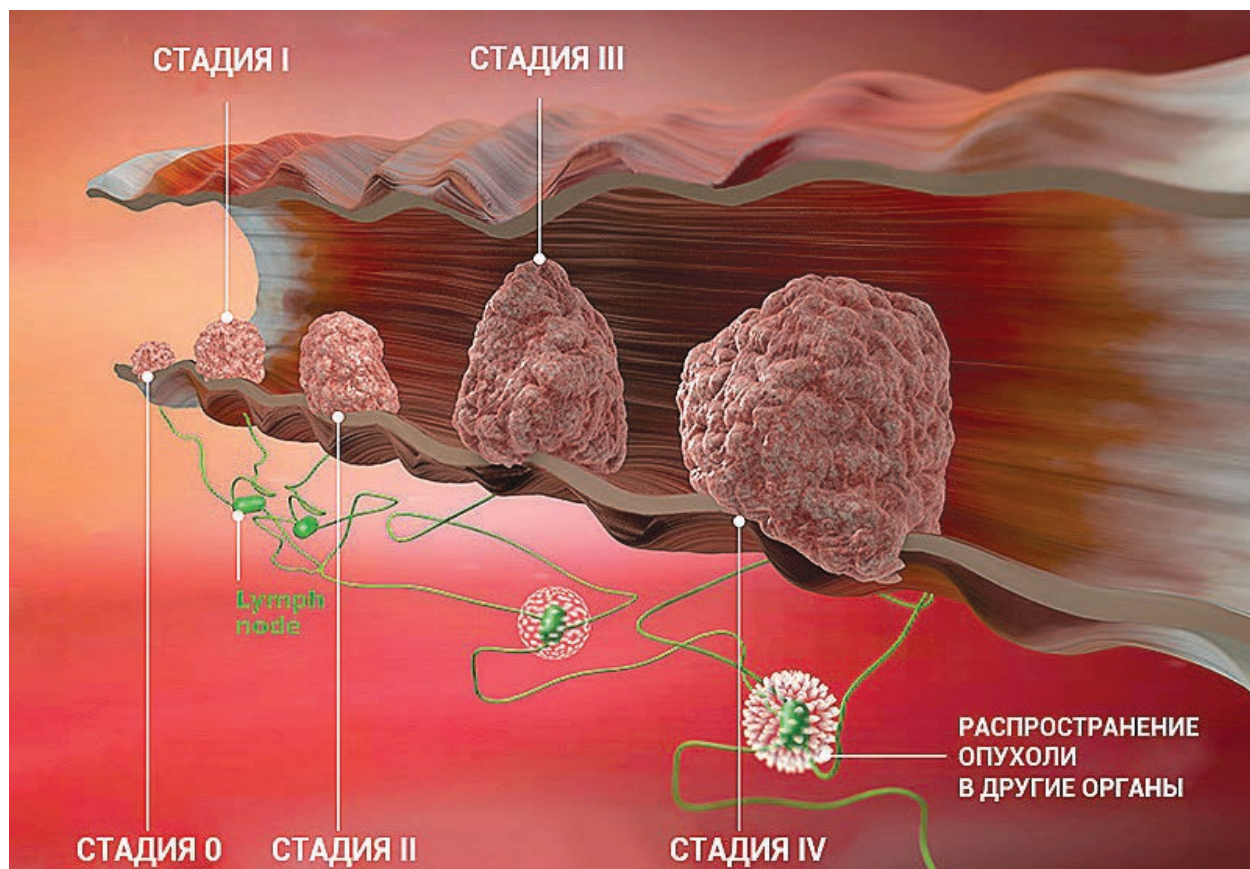
3. Нужно ли проводить колоноскопию под наркозом?

Я считаю, наркоз необходим. Во многом из-за боли, из-за психологического дискомфорта пациенты стараются избежать колоноскопии, которая должна проводиться регулярно – раз в три года.

И потом, качественная колоноскопия не может быть быстрой. Вначале эндоскоп проводится к куполу слепой кишки, а затем, уже на обратном пути, происходит исследование. Прохождение эндоскопа от купола слепой кишки до ануса должно занимать не менее 10 минут. Плюс взятие биопсии из крупных аденом, удаление мелких. Качественное исследование долгое, поэтому и врачу, и пациенту удобнее проводить его под наркозом.

4. Как лучше готовить пациента к колоноскопии – с помощью клизм или препаратов?

Во-первых, за трое суток до исследования пациент должен перейти на безволоконную диету. Это означает исключение из рациона растительной пищи, содержащей клетчатку. Мы говорим пациентам:



«Вы должны есть только то, что ползает, бегает, плавает и летает». Так они лучше запоминают, что должны перейти на белковую пищу – мясо и молочнокислые продукты.

Во-вторых, сегодня подготовка клизмами актуальна только для проведения экстренной колоноскопии, или для пациентов с явлениями непроходимости кишечника. В большинстве же случаев очищение кишечника осуществляется с помощью специальных препаратов. Это известные фортранс, пикапреп и недавно появившийся на рынке мовипреп, малодозный полиэтиленгликоль – он предпочтительнее всех иных способов очищения.

Принцип медикаментозной подготовки таков: препарат выпивается в два этапа, кишечник очищается в две «волны». Второй прием препарата должен осуществляться за 4-5 часов до исследования, не позже.

5. Если на колоноскопии обнаруживаются полипы, их обязательно нужно удалять?

Распространенность аденом толстой кишки очень велика – эти полипы есть у 60% пожилого населения. Но в процессе амбулаторной колоноскопии удаляются только мелкие образования – до 1 см. Для удаления крупных образований необходима госпитализация. Наша задача – взять ткани на биопсию, чтобы не пропустить перерождения аденоматозного полипа в рак – аденокарциному.

По статистике, рак кишечника в 99% случаев – аденокарцинома. Остальные виды опухолей находятся в пределах статистической погрешности.

Аденокарцинома относительно медленно растет. При своевременном ее выявлении и удалении выздоравливают до 90% пациентов.

Представьте, насколько обидно погибать от рака толстого кишечника, который мог быть диагностирован вовремя.

6. Краевая клиническая больница не может обследовать все население края. На что следует обращать внимание пациентам, которые хотят провести колоноскопию в частной клинике?

В краевой больнице действительно самая сильная команда врачей-эндоскопистов. Мы выявляем заболевания толстого кишечника буквально ежедневно, каждый из наших докторов обладает навыками эндоскопической хирургии, и даже по характеру у нас никто из команды не выбивается.

Врач-эндоскопист – человек терпеливый, ведь операции иногда длятся до пяти часов. И в то же время это решительный специалист: иногда время принятия решения измеряется в секундах.

Если вы планируете провести колоноскопию в частной клинике, поинтересуйтесь технологическим оснащением клиники, возможностью видеофотодокументации исследования и показателями выявленных аденом (ADR) у врачей-эндоскопистов.

Последний критерий, возможно, не применим в частной клинике, где обычно работает один специалист, но в крупных больницах типа ККБ фактор ADR при выборе врача очень значим. Попросту говоря, выбирайте врача, который находит много полипов.

7. Какое будущее у колоноскопии?

Врачи-эндоскописты шутят, что, отколоноскопировав все население Земли, можно избавиться от рака толстой кишки.

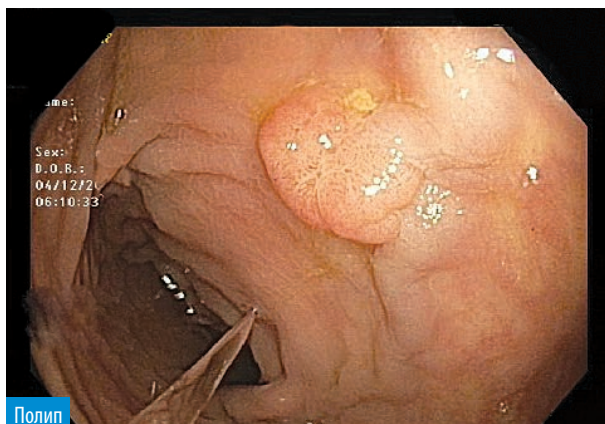
Увы, пока эта процедура не так доступна, как хотелось бы. Увеличение доступности колоноскопии – первое, чего мы должны добиться в Красноярском крае. Я знаю, что сегодня разрабатывается приказ о



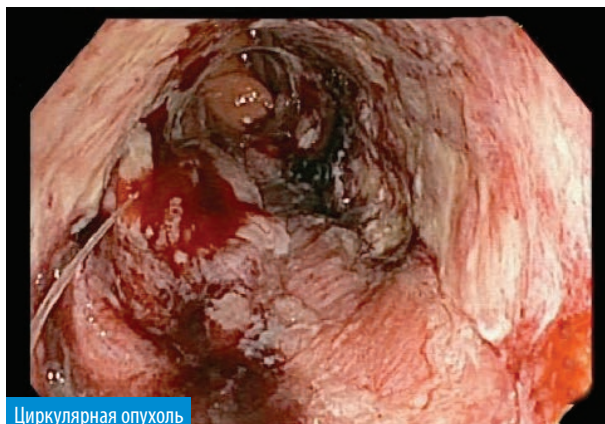
Результаты колоноскопии. Полип с подозрением на малигнизацию



Воспалительное заболевание кишечника



Полип



Циркулярная опухоль

колоноскопии как скрининге для особых групп населения в программе диспансеризации. Но каждый терапевт должен насторожиться, если больной жалуется на боли в животе, расстройство стула, кровь в стуле, и направить его на колоноскопию. И даже если нет серьезных жалоб, а только сомнения или страхи – отправьте пациента на колоноскопию. Так будет всем спокойнее.

Совершенствуются методики проведения колоноскопии, вводятся новые технологии. Например, скоро наше отделение оснастят ультразвуковыми мини-зондами, которые вводятся через эндоскоп. С их помощью мы сможем оценить подслизистое состояние кишки, диагностировать глубоко расположенные опухоли.

Сегодняшние эндоскопы – аппараты высокого разрешения, они видят полипы и объемные процессы миллиметровой величины.

В отделении эндоскопии и эндоскопической хирургии ККБ мы вводим критерии оценки качества колоноскопии: показатель выявленности аденом, зависящий, в свою очередь, от времени исследования.

Начиная с ноября, отделение принимает участие в международном исследовании по колоноскопии. Это будет способствовать повышению качества самого эффективного метода исследования толстого кишечника.

Справка «ПК»

Стадии развития рака кишечника

Нулевая стадия – небольшие скопления атипичных клеток. Патологический процесс ограничивается пределами слизистых оболочек.

I стадия – быстрый рост раковой опухоли, которая пока не выходит за пределы стенок кишечника и не может образовывать метастазы. На этом этапе при колоноскопии уже можно обнаружить неоплазию.

На II стадии опухоль разрастается до 2-5 см и начинает проникать в стенки кишечника.

III стадия – опухоль прорастает стенки кишечника. Поражаются лимфоузлы, соседние органы и ткани.

На IV стадии опухоль дает метастазы в отдаленные органы. Происходит токсическое поражение организма продуктами жизнедеятельности опухоли.

Продолжительность жизни: опухолевые клетки в поверхностном слое эпителия позволяют выживать 85% больным. При пораженном мышечном слое – 67%.

КАРДИОЛОГИЯ

МЕСТО ЦИТОФЛАВИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*А. П. Иванов, И. А. Эльгардт
Тверской клинический кардиологический диспансер*

Цель исследования

Изучить влияние включения цитофлавина в комплексную терапию больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

Материал и методы

В работе обследованы 80 больных, разделенных на две группы в зависимости от применения цитофлавина в ходе лечения.

Результаты

Отмечено, что использование цитофлавина сопровождалось улучшением клинического состояния и функционального статуса больных. Исчезновение приступов стенокардии сопровождалось улучшением толерантности к физическим нагрузкам, положительной динамикой диастолического артериального давления и изменениями в низкочастотной части спектра вариабельности сердечного ритма.

Заключение

У больных ИБС с АГ оправдано включение цитофлавина в комплекс проводимых лечебных мероприятий.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, лечение, цитофлавин.

Введение

В настоящее время проблема лечения и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистой патологией считается весьма актуальной в связи с большим числом больных, имеющих ишемическую болезнь сердца (ИБС) и артериальную гипертензию (АГ) [1]. Традиционные лекарственные средства, используемые для их лечения, могут иметь серьезные побочные эффекты.

Прогрессивный рост числа больных, которым не подходит проводимая им терапия, диктует необходимость использования новых лекарственных средств, не обладающих отрицательным хронотропным и инотропным эффектом. К таким препаратам можно отнести средства, позволяющие оптимизировать метаболизм миокарда, улучшая при этом процессы энергообразования, устраняя электролитный дисбаланс и переводя клетку на более экономичный способ использования энергетического субстрата [2].

В качестве метаболического средства нами использовался цитофлавин – препарат, содержащий в качестве активных компонентов в 1 мл раствора кислоту янтарную, 100 мг, никотинамид, 10 мг, рибоксин, 20 мг, рибофлавина мононуклеотид, 2 мг. Препарат производится ООО НТФФ ПОЛИСАН (Санкт-Петербург). Препарат цитофлавин представляет собой

сбалансированный комплексный препарат, обладающий антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывающий положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшающий продукцию свободных радикалов, восстанавливающий активность ферментов антиоксидантной защиты и снижающий выброс нейротрансмиттеров в условиях ишемии [3].

В 2013–2016 гг. в Тверском клиническом кардиологическом диспансере обследовано 80 больных ИБС с АГ. Методом рандомизации все пациенты были разделены на две группы в зависимости от тактики применяемого лечения.

1-я группа состояла из 40 пациентов, которые получали оптимальную традиционную терапию, включавшую прием пролонгированных нитратов, β -адреноблокаторов и ингибиторов АПФ. Пациентам 2-й группы дополнительно вводился цитофлавин в течение 10 дней, внутривенно капельно в объеме 10 мл в разведении на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 раз в сутки, затем препарат назначался амбулаторно по 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней (100 таблеток на курс лечения). Больные, включенные в исследование, не различались по возрастному и половому составу. Так, возраст пациентов 1-й группы составил в среднем 58 лет (52 – 64,6 года), 2-й группы – 59 лет (54,5 – 64,5 года). Из них в сравниваемых группах мужчин было 34 (85%) и 33 (82,5%).

У всех больных исходно и спустя месяц наблюдения оценивался клинико-функциональный статус. В соответствии с критериями Европейского общества кардиологов (2013) определялся функциональный класс (ФК) стенокардии, который соответствовал 1–3 ФК по Канадской классификации. В исследовании не включались пациенты, имевшие стабильную стенокардию 4 ФК.

Схема обследования больных включала традиционные клинические методы исследования: изучение жалоб и анамнеза заболевания, физикальный осмотр пациентов с измерением АД и ЧСС, общий анализ крови, биохимическое исследование крови. Показатели АД дополнительно оценивали с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД) совместно с электрокардиографическим (ЭКГ) контролем. СМАД проводилось с использованием портативных аппаратов Кардиотехника-04 АД (фирма ИНКАРТ, Санкт-Петербург, Россия). Измерения осуществлялись каждые 15 мин. днем (7.00–23.00) и каждые 30 мин. в ночное время (23.00–7.00). По данным СМАД, анализировали среднесуточные, среднедневные и средноночные значения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), индекс времени АД, вариабельность АД.

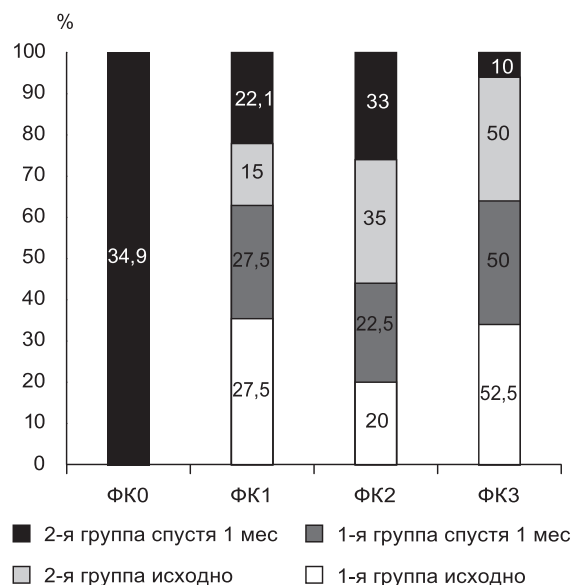
При суточном мониторировании ЭКГ дополнительно оценивались показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР). Изучались параметры SDNN – среднего квадратического отклонения, отражающего общий тонус вегетативной нервной системы (ВНС). Активность парасимпатического звена вегетативной регуляции определяли по RMSSD – квадратному корню суммы разностей последовательных интервалов RR и pNNS50% – проценту последовательных кардиоинтервалов, отличающихся более чем на 50 мс.

При спектральном анализе изучалась общая мощность волн (TP), мощность волн высокой частоты – HF (как параметр относительного уровня активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), мощность волн низкой частоты – LF (определяет относительный уровень активности симпатического отдела ВНС и вазомоторного центра), мощность волн очень низкой частоты – ULF и VLF (свидетельствует об относительном уровне активности симпатического звена регуляции), LF/HF – индекс централизации, отражающий симпатовагальный баланс.

С помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) оценивали размеры сердца, фракцию выброса (ФВ, %), ударный объем (УО, мл), минутный объем

(МО, л/мин), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (V_c , с⁻¹). Уровень двигательной активности оценивали с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ русифицированной версии программы Statistica (StatSoft, Россия, 1999), BIOSTAT (S. Glantz, McGrawHill, 1998). Результаты представлены в виде средней арифметической и ее ошибки ($M \pm m$). Проверка нормальности распределения проводилась по критерию Шапиро–Уилка. Для оценки достоверности различий независимых переменных между группами использовался t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.



Динамика состояния обследованных больных в результате проведенного лечения (в %)

Результаты

Распределение ФК стенокардии напряжения (по Канадской классификации, 1976) пациентов двух групп представлено на рисунке. Статистически значимых различий в исходном состоянии между группами не выявлено. При обследовании спустя месяц лечения положительная динамика клинического состояния отмечалась в обеих группах пациентов, но достоверно лучшие результаты получены после включения в лечение цитофлавина. В 1-й группе отмечалось статистически незначимое уменьшение числа больных с 3-м классом ФК стенокардии напряжения на 2,5%, во 2-й группе пациентов без симптомов стенокардии в 34,9% случаев, увеличение числа больных с 1-м классом ФК на 7,1% ($p < 0,05$) и снижение числа лиц с 2–3 ФК (на 3%; $p > 0,05$ и на 40%; $p < 0,001$).

Динамика АД в ходе проводимого лечения по данным СМАД представлена в таблице 1. Как следует из приведенных данных, показатели АД достоверно снизились в ходе лечения в обеих группах. При этом существенные отличия в конце исследования между группами имелись только по уровню ДАД, чей индекс времени у пациентов, принимавших цитофлавин, оказался ниже, чем в 1-й группе на протяжении всех суток, когда соответственно в 1-й и 2-й группах он снизился на 11 и 22,9% ($p < 0,05$).

При анализе вариабельности сердечного ритма у больных 1-й группы исходно выявлено снижение его параметров, возраставших в результате проведенного традиционного лечения. Однако, по данным спектрального анализа, регистрировалось снижение сосудистого тонуса, колебания метаболизма, симпатического тонуса, а также нарушения симпатовагального баланса. При этом положительная динамика отмечена

только для наиболее низкочастотных колебаний ритма сердца (ULF). В то же время у больных 2-й группы, принимавших цитофлавин, на фоне исходных изменений ВСР, отражающих изменения симпатического тонуса, отмечено более существенное повышение показателей в диапазоне низких и очень низких частот. Однако достоверная динамика отмечена так же только для показателя ULF (таблица 2).

Таблица 1
Показатели АД у обследованных пациентов по данным СМАД в зависимости от включения в терапию цитофлавина

Параметр СМАД	1-я группа исходно (n=40)	2-я группа исходно (n=40)	1-я группа после лечения (n=40)	2-я группа после лечения (n=40)	Р
Среднее САД днем, мм рт.ст.	165,6±3,2	166,0±3,0	149,1±2,0*	148,8±1,8*	>0,05
Среднее САД ночью, мм рт.ст.	133,5±4,4	133,7±4,9	126,8±2,7*	127,1±2,2*	>0,05
Среднее САД за сутки, мм рт.ст.	154,9±3,3	155,3±3,1	141,6±2,0*	141,6±2,0*	>0,05
Среднее ДАД днем, мм рт.ст.	94,8±1,1	95,1±1,1	89,3±1,0*	89,4±1,0*	>0,05
Среднее ДАД ночью, мм рт.ст.	78,3±1,0	78,4±1,0	74,4±0,7*	73,6±1,0*	>0,05
Индекс времени САД днем, %	65,3±1,0	66,0±2,0	55,7±1,6*	56,1±1,0*	>0,05
Индекс времени САД ночью, %	69,3±1,5	69,0±1,1	60,8±1,5*	59,1±1,6*	>0,05
Индекс времени САД за сутки, %	66,7±2,0	67,3±2,1	59,7±1,0*	58,8±1,3*	>0,05
Индекс времени ДАД днем, %	49,6±0,7	50,2±1,0	46,0±1,2*	45,2±1,2*	<0,05
Индекс времени ДАД ночью, %	55,3±1,4	55,0±1,6	48,3±1,5*	42,7±1,3*	<0,05
Индекс времени ДАД за сутки, %	51,8±1,2	52,5±1,1	46,1±1,5*	40,5±1,4*	<0,05

Примечание. * – $p < 0,05$ в группах при сравнении до и после лечения.

Таблица 2
Показатели ВСР у обследованных пациентов по данным холтеровского мониторирования ЭКГ в зависимости от включения в терапию цитофлавина

Параметр ВСР	1-я группа исходно (n=40)	2-я группа исходно (n=40)	1-я группа после лечения (n=40)	2-я группа после лечения (n=40)	Р
mRR, мс	826,2±103,7	859,3±9,7	789,4±96,1	862,2±95,0	0,27
SDNN, мс	46,8±15,1	60,3±6,2	36,9±2,4*	48,9±5,6	0,5
RMSSD, мс	26,6±2,7	46,7±2,6	28,7±2,9	34,1±2,3	0,67
pNN50, %	9,9±1,2	8,5±1,4	8,1±1,1	12,4±1,3**	0,91
TP, мс2	2413,4 ±1428,6	3053,7 ±794,9	1684,4 ±1080,4	2361,1 ±1650,5	0,14
ULF, мс2	588,5±273,5	665,3±18,9	292,1±218,3	483,8±270,3*	0,41
VLF, мс2	1786,6±44,3	2219,2±47,4	879,7±48,2	1394,8±51,3*	>0,05
LF, мс2	617,3±27,5	1177,4±23,4	489,2±26,8	761,3±25,6*	0,6

Параметр ВСР	1-я группа исходно (n=40)	2-я группа исходно (n=40)	1-я группа после лечения (n=40)	2-я группа после лечения (n=40)	Р
HF, мс2	238,4±14,1	474,5±15,8	340,8±29,3	411,4±29,7	0,2
LF/HF	3,2±1,3	2,8±1,9	2,2±1,5	2,3±1,3	<0,05

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ в группах при сравнении до и после лечения. ВСР – вариабельность сердечного ритма; mRR (мс), SDNN (мс) – среднее квадратическое отклонение; RMSSD (мс) – квадратный корень суммы разностей последовательных интервалов RR; pNN50 (%) – процент последовательных кардиоинтервалов, отличающихся более чем на 50 мс; TP (мс2) – общая мощность волн; ULF (мс2) и VLF (мс2) – мощность волн очень низкой частоты; LF (мс2) – мощность волн низкой частоты; HF (мс2) – мощность волн высокой частоты; LF/HF – индекс централизации.

По данным ЭхоКГ, существенных изменений показателей в сравниваемых группах не отмечено. Использование ТШХ выявило возрастание дистанции, проходимой за 6 мин, во 2-й группе на 46% (с 228±12 до 335±18 м; $p < 0,05$), тогда как в 1-й группе этот показатель возрос только на 29% (с 232±11 до 300±15 м; $p < 0,05$).

Обсуждение

Полученные данные еще раз демонстрируют важность нейропротекторной терапии при сердечно-сосудистой патологии. Значимым фактом, на наш взгляд, является положительная динамика клинического состояния пациентов. При этом только в группе больных, принимавших цитофлавин, спустя месяц отмечено полное исчезновение приступов стенокардии, что сочеталось с достоверным увеличением переносимости физических нагрузок в виде возрастания дистанции 6-минутной ходьбы на 46%.

В результате проведенного лечения нами не отмечено негативного влияния цитофлавина на уровень АД, который в обеих группах наблюдения снижался. Однако у пациентов, принимавших цитофлавин, нами выявлено более значимое уменьшение индексов нагрузки диастолическим АД (ДАД). В литературе описаны факты, свидетельствующие о корреляции параметров ДАД, как с улучшением функционирования миокарда [4], так и с улучшением параметров жесткости периферических артерий [5]. Более того, описана связь снижения ДАД при лечении больных АГ с увеличением дистанции 6-минутной ходьбы [6]. Данный факт авторы относят к положительному эффекту реабилитационных программ у больных с ИБС [7].

При анализе показателей ВСР привлекает внимание положительная динамика мощности волн в диапазоне ULF и VLF, что косвенно может характеризовать влияние цитофлавина на нейрогуморальный профиль.

Таким образом, при сравнительном анализе результатов проводимой терапии у больных ИБС с АГ, получавших цитофлавин, отмечено достоверное улучшение клинического и функционального состояния пациентов с антиангинальным и антигипертензивным эффектами, что позволяет рекомендовать препарат для включения в стандартную тактику терапии.

Литература

- 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2013;34(38):2949-3003. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehd296>.
- Стаценко М.Е., Туркина С.В., Лемперт Б.А. Использование метаболических средств в комплексной терапии ишемической болезни сердца. Лечащий врач. 2012;3:77-82. [Statsenko ME, Turkina SV, Lempert BA. Use of metabolic means in complex therapy of an ischemic heart disease. Treatingvrach. 2012;3:77-82. (In Russ.)].
- Верткин А.Л., Кнорринг Г.Ю., Семенов Ф.А. Нейропротекторная терапия: знакомьтесь – препарат цитофлавин. Амбулаторный прием. 2016;3:16-18. [Vyorkin AL, Knorring GV, Semyonov FA. Neijroprotektornaja therapy: get acquainted preparation Citoflavin. Outpatient reception hours. 2016;3:16-18. (In Russ.)].

4. McEvoy JW, Chen Y, Rawlings A, Hoogeveen RC, Ballantyne CM, Blumenthal RS, Coresh J, Selvin E. Diastolic blood pressure, subclinical myocardial damage, and cardiac events: implications for blood pressure control. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;68:16:1713-1722. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.07.754>.

5. Bart S, Alberto PA, Tan I, Butlin M, Reesink KD, Delhaas T. Arterial stiffness index beta and cardio-ankle vascular index inherently depend on blood pressure but can be readily corrected. *Journal of Hypertension*. 2017;35:1:98-104. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001132>

6. Lang M, Faini A, Caravita S, Bilo G, Anza-Ramirez C, Villafuerte FC, Macarlupu JL, Salvioni E, Agostoni P, Parati G. Blood pressure response to six-minute walk test in hypertensive subjects exposed to high altitude: effects antihypertensive combination treatment. *International Journal of Cardiology*. 2016;219:27-32. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.04.169>

7. Bellet RN, Francis RL, Adams L, Morris NR. Six-minute walk test distances in fast-track and traditional cardiac rehabilitation: a 3-year database review. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*. 2015;35:6:417-422. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000131>

СТОМАТОЛОГИЯ

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАНАЛОВ – ЗАЛОГ УСПЕХА СОХРАНЕНИЯ ЗУБА

О. В. Машукова, Т. Л. Соловьянович
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

*Discere artem remedium
(Учимся искусству лечить)*

В современной стоматологии одной из актуальных проблем является качество эндодонтического лечения.

В терапевтической стоматологии эндодонтическое лечение – одна из самых сложных процедур, и совершенствование методов лечения больных с одонтогенными очагами инфекции, профилактика их воспалительных осложнений является одной из важных проблем и залогом успеха сохранения зуба как активно функционирующего звена зубочелюстной системы. Это связано с многообразием клинических проявлений патологии, сложной дифференциальной диагностикой, индивидуальными особенностями системы корневых каналов, разным оснащением рабочего места стоматолога, разным опытом работы.

Эндодонтия – это в полном смысле микрохирургический метод лечения зуба, который требует от врача не только теоретической подготовки и мануальных навыков, но и абстрактного видения всего того, что скрыто от его глаз. Врач должен обладать седьмым чувством, так как эндодонтия – единственная стоматологическая дисциплина, в которой мы работаем «вслепую».

Если 20 лет назад эндодонтия считалась слабым звеном в планировании лечения, то сегодня она сделала прорыв и признана одним из самых сильных его звеньев. Появление новых технологий и быстрое распространение эндодонтической информации навсегда изменили эндодонтию.

Несмотря на значительные успехи клинической стоматологии в вопросах профилактики и лечения кариеса, его осложнения – пульпиты и периодонтиты являются весьма распространенной патологией. Это связано с тем, что пациенты поздно приходят на прием к стоматологу, состоянием гигиены полости рта, наличием латентных инфекций, влиянием внешних факторов.

Но что же такое эндодонтия?

Эндодонтия – это лечение системы корневых каналов. Корень зуба представляет собой сложное образование, содержащее большое количество анатомических микроструктур, состояние которых в значительной степени определяет исход лечения.

Целью пломбирования системы корневых каналов является сохранение ее биологически инертного состояния, предотвращение повторного инфицирования и проникновения микроорганизмов в периодонт. Любое вещество в корневом канале служит питательной средой для жизнедеятельности микроорганизмов. Поэтому полная obturation просвета основного канала и дополнительных канальцев, герметизация апикального отверстия на уровне апикальной констрикции биологически инертным и пространственно стабильным материалом является одним из залогов качественного лечения.

Существует много методик и техник пломбирования корневых каналов. Выбор метода зависит от клинических показаний, навыков врача и платежеспособности пациента. Наиболее распространенным является метод латеральной конденсации для obturation каналов гуттаперчей с использованием силера. Успех эндодонтического лечения во многом зависит от качественной obturation корневого канала (фото 1, 2, 3).

фото 1. Хронический фиброзный пульпит 46-го зуба



фото 2. Хронический фиброзный пульпит 47-го зуба





фото 3. Хронический фиброзный пульпит 26-го зуба

Лечение периодонтита, являющегося осложнением пульпита или некачественного эндодонтического лечения, также является важной проблемой терапевтической стоматологии.

Инфекция, депонированная в дентинных канальцах корневой системы зуба, является основной причиной развития периодонтита. Рост анаэробной флоры с преобладанием грамотрицательных бактерий в корневых каналах очень интенсивен. Ассоциативная флора продуцирует ферменты и эндотоксины, которые препятствуют процессам хемотаксиса фагоцитов в периодонте и ингибируют активность антибактериальных препаратов, применяемых для антисептической обработки корневых каналов.

Изменения со стороны микробной флоры либо нарушения в ее равновесии приводят к клиническому обострению периодонтита. Основными условиями излечения патологического процесса являются санация и хемомеханическая обработка каналов корня зуба с последующей плотной obturацией (фото 4-11).

Целью перелечивания некачественно запломбированных каналов является устранение инфекции и предотвращение реинфицирования за счет герметичного заполнения канала.

Перфорация коронок или корней зубов – одно из часто встречающихся осложнений эндодонтического процесса, которое, несмотря на

фото 4. До лечения хронического периодонтита 46-го зуба



фото 5. После лечения хронического периодонтита 46-го зуба

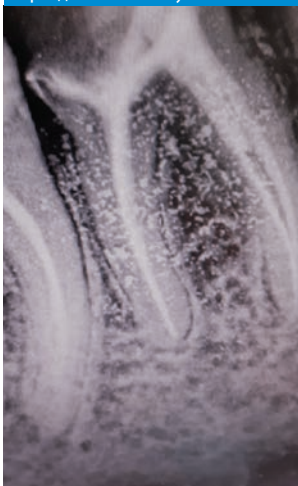


фото 6, 7. До лечения и после перелечивания 12-13-го зубов

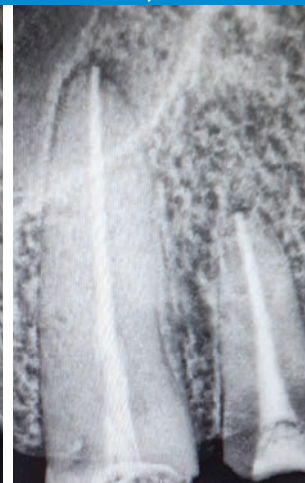


фото 8. До лечения



фото 9. После перелечивания

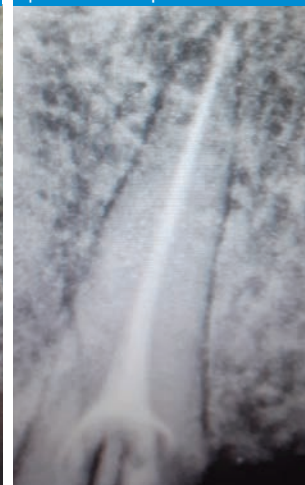


фото 10. До лечения



фото 11. После перелечивания



совершенствование технологий лечения, все еще остается актуальной проблемой. Перфорация корня зуба – это патологическое или ятрогенное сообщение между пространством корневого канала и периодонтом.

Если при возникновении перфорации нет показаний к удалению зуба, консервативное лечение может быть успешным и позволит сохранить зуб и его функции.

Идеальный материал для лечения перфораций должен быть нетоксичным, гидрофобным, рентгеноконтрастным, бактериостатичным и бактерицидным, стимулирующим остеогенез, а также обеспечивать герметичное закрытие перфорации для предотвращения микроподтекания.

Если наличие перфораций в зоне фуркаций либо стенок корневого канала было «приговором» для зуба (фото 12, 13), то сейчас с появлением цементов МТА эта проблема отошла на второй план (фото 14, 15).

фото 12, 13. Перфорации в 12 зубах

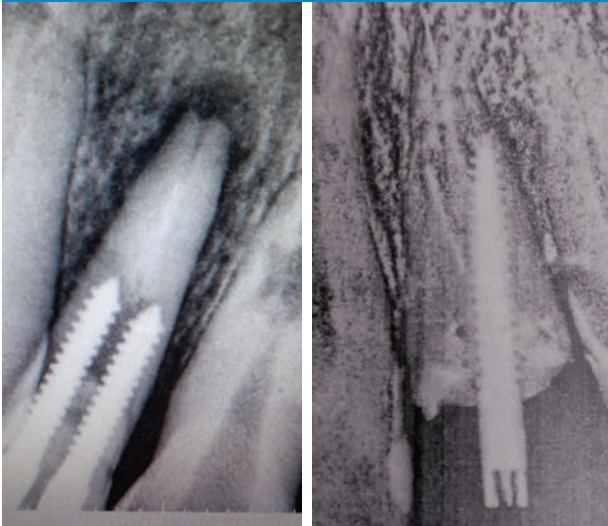


фото 14. Перфорация в бифуркации до лечения



фото 15. Перфорация после лечения через два года



Еще одной из наиболее частых ошибок эндодонтического лечения является сломанный инструмент в канале.

Пребывание инородного тела в канале зуба далеко не всегда сопряжено с болью, инфицированием и потерей зуба. Благоприятно развивается ситуация, если инструмент сломался после очистки зуба от кариеса, в процессе заключительной обработки канала. Неблагоприятный исход наиболее вероятен при поломке инструмента, когда в полости зуба еще остаются инфицированные ткани (фото 16).

фото 16. В канале инструмент



Сам по себе инструмент не представляет никакой опасности. Если возможно, то корневой канал проходят, расширяют рядом с отломком с дальнейшим включением его в пломбировочный материал (фото 17, 19).

фото 17. После включения отломка в пломбировочный материал в 36-м зубе



фото 18. 34-й зуб до перелечивания





фото 19. 34-й зуб после перелечения и включения отломка в пломбирочный материал

Законченность эндодонтического лечения заключается в непроницаемом для бактерий, полном и постоянном закрытии системы корневого канала биосовместимым материалом, дающим возможность полностью восстановить костную ткань и периодонт.

Показатель успешности лечения канала зуба – восстановление функционирования его корня. Корень – основа зуба, которая может послужить фундаментом для дальнейшего восстановления (реставрация, микропротезирование, протезирование).

Благодаря новым технологиям и материалам, качество и результаты лечения корневого канала стали гораздо выше, чем раньше. Теперь сохранить зуб стало легче, и следует подчеркнуть, что лучший имплантат – это естественный зуб.

Литература

1. Боровский Е.В., Жхова Н.С. Эндодонтическое лечение: Пособие для врачей. – Москва, 1997. – 64 с.
2. Иванов В.С., Винниченко Ю.А., Иванова Е.В. Воспаление пульпы зуба. – М: Медицинское информационное агентство, 2003. – 256 с.
3. Ронь Г.И., Дуброва Н.А. О необходимости системного подхода к лечению осложненного кариеса // Медицинский журнал «Дентал Юг». – 2009, № 3 (63).

ИТОГИ

РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

*С. Е. Русал, А. В. Бояринов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

Заканчивается 2018 год. В канун рождественских праздников мы вспоминаем все хорошее, что случилось в прошедшем году, начинаем строить планы на будущее, мечтать.

Подошли к концу два года работы Центра медицинской реабилитации краевой клинической больницы. Какие-то отделения тесно сотрудничают с нашей службой, какие-то практически не пересекаются с нами. Поэтому статья – повод сказать большое спасибо первым и познакомиться с нами вторых.

Бригадный подряд

Реабилитационная служба краевой клинической больницы в современном формате зародилась в 2008 году, когда в больнице начали работать первые врач ЛФК и инструктор-методист по лечебной физкультуре. Это был прообраз мультидисциплинарной бригады.

Мультидисциплинарная бригада – ядро реабилитационной работы, она объединяет специалистов, которые работают как единая команда, с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В бригаду обычно входят узкий специалист (невролог, травматолог, нейрохирург, кардиолог), врач ЛФК, психолог, логопед, инструктор или инструктор-методист ЛФК, массажист.

В 2009 году состоялось открытие Регионального сосудистого центра. На базе неврологического отделения для больных с ОНМК началась

реабилитация первого этапа. Начальный, первый, этап реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии по профилю основного заболевания при наличии реабилитационного потенциала и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

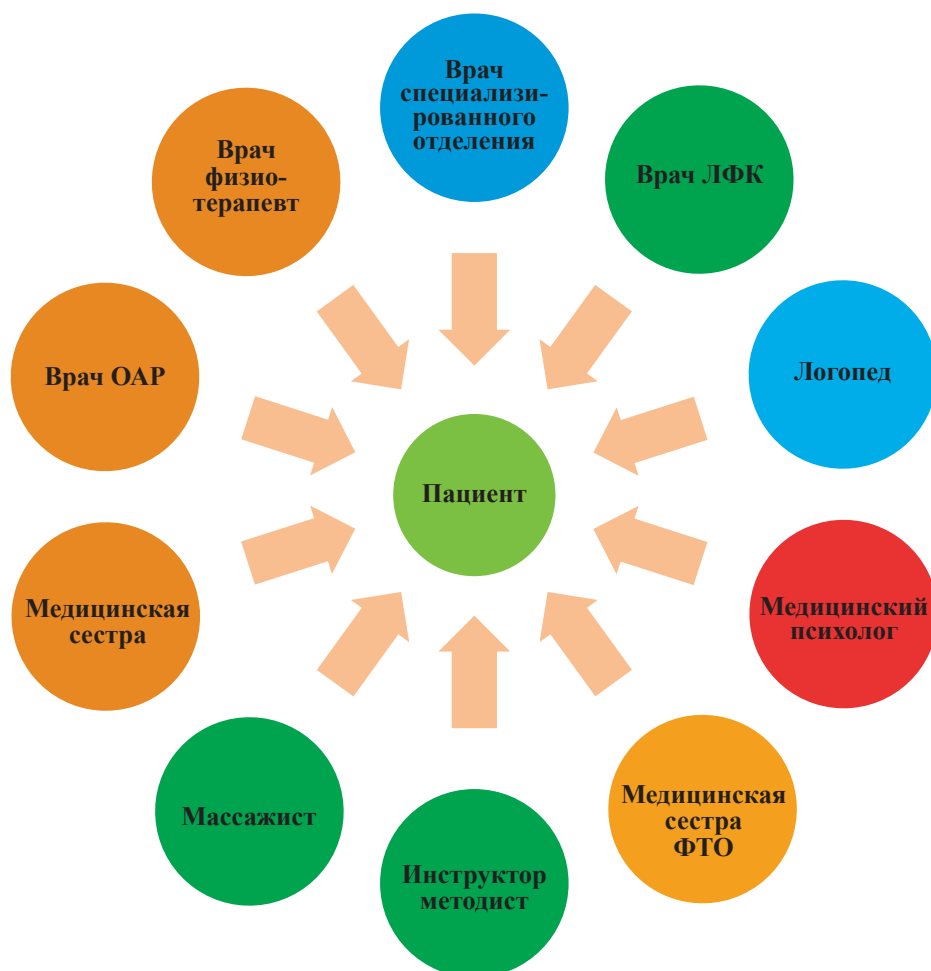
На первом этапе реабилитационная бригада состояла из сотрудников двух отделений: неврологии (неврологи, логопеды, медицинские психологи, массажисты) и физиотерапии (физиотерапевты, врачи ЛФК, инструкторы-методисты и инструкторы ЛФК).

Постепенно количество врачей и инструкторов ЛФК увеличивалось, началась работа с пациентами в отделениях нейрохирургии, сочетанной травмы, но работа этих специалистов не была структурированной, она осуществлялась только «по заявкам».

Осенью 2015 года неврологическое отделение краевой клинической больницы для больных с ОНМК было включено в реализацию пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» как первый этап медицинской реабилитации. Целью проекта была демонстрация эффективности «новой» модели медицинской реабилитации по сравнению с прежней, традиционной.

Это послужило хорошим толчком для развития службы. Мы научились пользоваться шкалами и опросниками, применять в формулировках целей реабилитации элементы международной классификации

Структура мультидисциплинарной бригады



функционирования, четко определять дальнейшую маршрутизацию пациента после окончания первого этапа реабилитации.

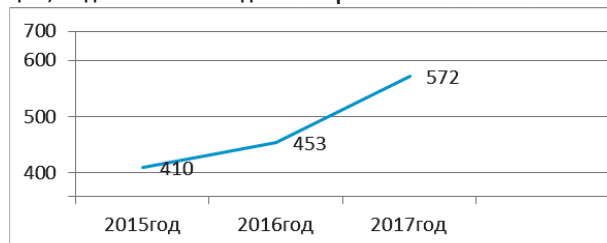
Рождение Центра

В октябре 2016 года приказом № 1606 от 05.10.2016 года КГБУЗ «Краевая клиническая больница» был организован Центр медицинской реабилитации. В состав центра вошли отделение физиотерапии, немедикаментозных методов лечения, психологи и логопеды неврологического отделения, а также массажисты отделений травматологии, ортопедии, нейрохирургии, неврологии – на функциональной основе.

Началась постоянная работа по двум направлениям: нейрореабилитация в отделениях неврологии для пациентов с ОНМК, нейрохирургии и отделении анестезиологии и реанимации № 5, и реабилитация пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы в отделениях травматологии, ортопедии, сочетанной травмы и в отделении анестезиологии и реанимации № 1.

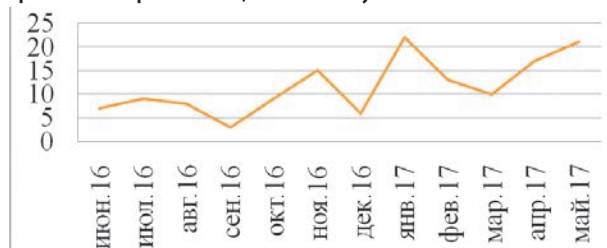
В каждом отделении появился «свой» врач ЛФК, инструктор и инструктор-методист ЛФК. Было налажено взаимодействие с врачами отделения, и по каждому пациенту вместо вопроса: почему его нужно взять на реабилитацию, появился вопрос: почему этот пациент еще не взят на реабилитацию? Также значительно изменился порядок работы и рациональное использование рабочего времени врачей ЛФК.

Изменение количества пациентов, получавших реабилитацию, по данным отчета одного из врачей ЛФК



При выписке пациента из стационара стала проводиться маршрутизация на дальнейшую реабилитацию. В связи с этим увеличилось количество пациентов, направленных на второй и третий этапы реабилитации по тем нозологиям, где в Красноярске существуют все три реабилитационных этапа.

Рост количества пациентов, направленных из ККБ на второй и третий этапы реабилитации после инсульта



Точку опоры даем в реанимации

Изменился подход к мобилизации (активизации) пациентов, находящихся в отделениях ОАР № 5 и ОАР № 1.

При определении тактики ведения пациента используются клинические рекомендации Союза реабилитологов России, которые четко регламентируют начало и остановку реабилитации.

Двигательная реабилитация пациентов начинается в отделении реанимации сразу после стабилизации их состояния.

Основные реабилитационные методы в ОАР следующие.



Мануальные – включающие дыхательную и глазодвигательную гимнастику, разные виды лечебной гимнастики, позиционирование



Аппаратные методы реабилитации, куда входят: вертикализация на поворотном столе...



...занятия с использованием имитатора опорной нагрузки «Корвит»

Выбор метода ЛФК зависит от стадии и тяжести заболевания, объема поражения и его локализации, клинической картины двигательных нарушений, наличия противопоказаний, стабилизации гемодинамических показателей.

Как мы боремся с дисфагией

Значительные изменения произошли в работе логопедической службы.

Большое внимание стало уделяться диагностике и лечению дисфагий. Дисфагия – нарушение функции глотания, ведущее к следующим осложнениям: мальнутриции, снижению веса, дегидратации, обструкции дыхательных путей, аспирационным пневмониям.

В процессе реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, нарушениям глотания всегда уделялось особое место, поскольку нейрогенная дисфагия встречается у 25-65% больных с инсультом, и летальность среди пациентов с постинсультной дисфагией и зондовым питанием варьирует от 20 до 24%.

В краевой больнице скрининговая оценка акта глотания, а также логопедическое обследование пациентов с подозрением на дисфагию проводилось всегда.

Задачи логопеда при работе с таким пациентом:

- определение этиологии и механизма нейрогенной дисфагии;
- определение ранней индивидуальной стратегии питания больного (через рот или необходима заместительная терапия);
- профилактика и выявление возможных осложнений дисфагии;
- разработка программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Весной 2017 года работа началась на принципиально новом уровне. Клиническими рекомендациями Союза реабилитологов России утвержден диагностический каскад обследований при нарушении функции глотания:

1. Тест трех глотков.
2. Пальпаторная техника («распальцовка»).
3. Клиническая диагностика логопеда.
4. Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема (VVT), который позволяет определить наиболее подходящий объем и консистенцию пищи для пациента.
5. Фиброларингоскопия с одновременным проведением VVT теста.
6. Пульсовая оксиметрия.

Благодаря появлению в нашей больнице загустителя (субстанция, которая позволяет придать пище определенную консистенцию, – нектара, жидкости, пудинга), а также помощи наших коллег из эндоскопического и ЛОР-отделений, диагностической фиброларингоскопии одновременно с VVT тестом стало возможно более объективно оценивать нарушение глотания у пациентов. Мы можем диагностировать «немые» дисфагии, подбирать оптимальную консистенцию для «разглатывания» и питания пациентов и определять дальнейший прогноз по глотанию.

В связи с тем, что прогноз по перспективам «разглатывания» у пациентов с дисфагией объективизирован, начата своевременная установка гастростом. Это значительно снижает риск возникновения осложнений у пациентов с длительно стоящим назогастральным зондом. С апреля по ноябрь 2018 года установлено девять гастростом у пациентов, поступивших в стационар с ОНМК и синдромом дисфагии.

В ноябре 2018 года начата диагностическая работа логопедов в ОАР № 1.

По литературным данным, существует группа пациентов в реабилитационной практике, не имеющих поражения структур головного мозга, у которых, тем не менее, может развиваться дисфагия. Это может быть постинтубационная дисфагия, как осложнение длительного стояния интубационной трубки (более 48 часов), дисфагия при исчезновении подскладочного давления при канюленосительстве, дисфагия при зондовом кормлении по типу «popuse», дисфагия как синдром приобретенной в ОРИТ полимионейропатии.

Мы начали разрабатывать алгоритм скрининговой диагностики, планируем определить для себя частоту встречаемости этой проблемы и пути ее решения.

Психологи помогают пациентам с инсультами и травмами

Медицинские психологи в Центре работают с мотивацией пациента, диагностируют ранние проявления тревожности и депрессии, выраженность когнитивных нарушений. В отделении неврологии нейропсихологии и медицинские психологи всегда входили в состав мультидисциплинарной бригады, имели четко очерченные задачи и цели при работе с пациентами.

Но в процессе реабилитационной работы в Центре травматологии и ортопедии выявилась не меньшая необходимость в нейропсихологическом тестировании пациентов после скелетной травмы, поступивших для эндопротезирования тазобедренных суставов, с сочетанием черепно-мозговой и скелетной травмы, потому что у этих пациентов достаточно часто встречаются когнитивные нарушения.

Максимально раннее выявление когнитивной недостаточности пациента позволяет обеспечить более пристальное внимание к нему медицинского персонала по соблюдению охранительного режима и безопасности, изменить тактику реабилитации, максимально детализировать аспекты охранительного режима, увеличить частоту повторений информации, действий, усилить контроль за усвоением материала, сделать акцент на обучении родственников.

Нами был разработан скрининговый тест на выявление когнитивных нарушений, который проводится врачами ЛФК при первичном осмотре.

Показатель	Да	Неточное выполнение	Нет
1 Когда Вы поступили в стационар, назовите сегодняшнюю дату			
2 В каком городе и больнице Вы сейчас находитесь			
3 Назовите полностью дату вашего рождения, возраст			
4 Сейчас я покажу Вам упражнение, после чего самостоятельно его повторите (до 5 попыток запоминания)			
5 Назвать любые предметы обихода (от 3 до 5 ед. покажите что у вас на тумбочке)			
5 Посчитать: 12-7; 8+3; 10/2; 5*4			
6 Какое упражнение мы с вами выполняли, повторите его самостоятельно			
7 Речь не нарушена, есть небольшие речевые нарушения, в контакт не вступает			
8 Самостоятельно способен выполнить вербальные инструкции, или по показу.			

Анализ результатов: 7-8 б. – нет повода для дальнейшей консультации;
 5-6 б. – легкое снижение когнитивной сферы;
 3-4 б. – умеренное снижение когнитивной сферы;
 0-2 б. – выраженное когнитивное расстройство.

Это позволяет врачу ЛФК вовремя обозначить задачи по ведению пациента перед медицинским психологом.

Врачей ЛФК оснастили технически

Работа службы двигательной реабилитации (ЛФК) в течение последнего года велась по двум направлениям: максимальный охват всех нуждающихся в реабилитации пациентов в профильных отделениях, увеличение времени работы с пациентом.

Это достигалось следующими средствами:

- мультидисциплинарная работа в отделениях Центра травматологии и ортопедии с привлечение физиотерапевта, медицинского психолога, логопеда. С пациентом теперь работает несколько специалистов, что позволяет суммарно увеличить время работы с ним;
- расширение видов реабилитационного оборудования;

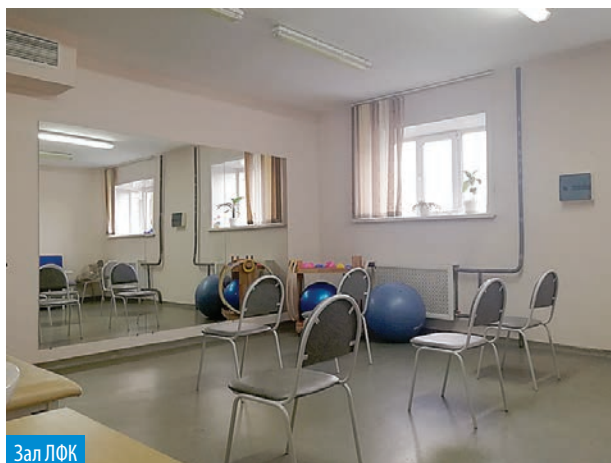


Артромот К-1



VIBRAMATIC в комплекте со сменными аппликаторами (терапевтический или респираторный набор по выбору)

– групповая работа в зале ЛФК: занятия для пациентов, перенесших операцию на верхнем плечевом поясе, пользующихся вспомогательными средствами передвижения, и для пациентов второго этапа медицинской реабилитации.



Зал ЛФК

Лицензия открыла пути для дальнейшего развития

26 апреля 2018 года краевая клиническая больница получила лицензию на проведение медицинской реабилитации. Это позволило начать проведение второго этапа медицинской реабилитации.

Этот этап осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации).

Реабилитация на втором этапе отличается тем, что необходимо сотрудничество с пациентом, его мотивированность на реабилитацию. Девизом второго этапа реабилитации можно было бы сделать цитату Бенджамина Франклина: «Скажи мне, и я забуду. Научи меня, и я запомню. Вовлеки меня, и я выучу». Поэтому на втором этапе реабилитации госпитализируются пациенты, имеющие нарушение функции передвижения в результате скелетной травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, нейроонкологических проблем, и мотивированные на реабилитационную работу.

Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания при условии стабильности клинического состояния пациента и наличии перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала);

когда риск развития осложнений не превышает реабилитационный потенциал и при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза.

Реабилитация второго этапа – не способ «долечивания» пациента. Это процесс, призванный максимально восстановить утраченные функции, уменьшить выраженность инвалидизации после тяжелого заболевания или травмы.

Пока мы все ждем завершения строительства нового корпуса, реабилитационные койки располагаются в отделениях нейрохирургии, травматологии, сочетанной травмы и ортопедии. Всего 10 коек. Но так как это первый опыт по организации второго этапа реабилитации на травматологических койках, мы используем любую возможность отработать методики, определиться со своими возможностями, адаптировать к жизни клинические рекомендации Союза реабилитологов России.

В 2018 году изменилась структура Центра. Теперь мы выглядим так (см. ниже).

Наш центр еще очень молод, поэтому у нас много планов на следующий год:

- упорядочить работу реабилитационной бригады в ОАР № 1 (определить приоритеты для медицинского психолога и логопеда);
- внедрить в свою работу принципы нутритивной поддержки пациентов на втором этапе медицинской реабилитации;
- сформировать штаты для работы отделения медицинской реабилитации на 30 койках;
- разработать стандарт реабилитационной работы для пациентов после эндопротезирования крупных суставов, для пациентов, находящихся в реанимационном отделении;
- продолжить работу над инструкциями различных методов ЛФК;
- продолжить работу над максимально эффективным использованием реабилитационного оборудования;
- продолжить обучение специалистов отделений по сочетанию ЛФК+ФТО в свете формирования новой профессии – врач физической и реабилитационной медицины;
- сформировать новые записи для специалистов реабилитационной бригады в qMS с учетом проходящего обсуждения «Порядка оказания помощи по медицинской реабилитации».

Спасибо тем, кто помогает в осуществлении наших планов.

Желаем всем в новом году, чтобы ваши мечты обязательно сбылись.

Структура центра реабилитации, 2018 год



Ex animo
От души

ЮБИЛЕЙ

Федор Капсаргин: «ВРАЧ НЕ ДОЛЖЕН ВЫХОДИТЬ ИЗ СЕБЯ – ЭТО СЛАБОСТЬ»



22 ноября заведующему кафедрой урологии, андрологии и сексологии КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого, главному внештатному урологу минздрава Красноярского края исполнилось 55 лет.

Интервью с Федором Петровичем неоднократно прерывалось. Вначале молодая мама, у которой во время беременности обнаружилась недоразвитая почка, требовала от профессора четкого прогноза на будущее.



Князь Иренек оставил нам потомков дипломатов, похожих на себя

– Живите, как жили всегда, – успокаивал пациентку Капсаргин неповторимым своим, мурлыкающим голосом. – Будут проблемы, мы их решим.

Потом его срочно позвали на консультацию. Потом заходили коллеги.

Потом ворвался пациент из знакомых – намешал профессорского кофе, выдал респекты юбиляру и убежал добавлять.

Помехи эти Капсаргина совершенно не волновали и с мысли не сбивали. Разозлить Федора Петровича вообще не представляется возможным. Я эту улыбку Будды помню с юности: мы с Федором однокурсники. Такой же был, как сегодня, – невозмутимо-доброжелательный.

Собственно, с невероятной терпимости ко всему живому мы и начали.

– Федор Петрович, открой страшную тайну: как удалось прожить до 55 лет и ни разу не засветиться раздраженным на публике?

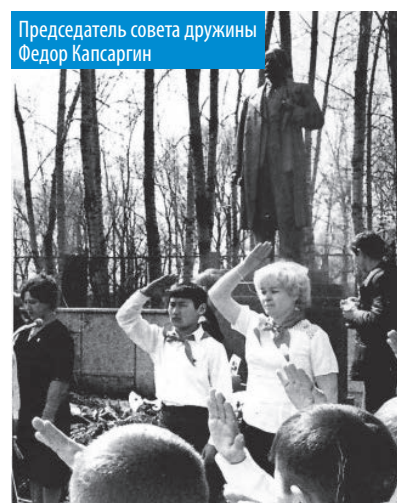
– Врач в принципе не должен выходить из себя, и особенно по отношению к больным, – это слабость. Пациент всегда прав. Если он нервничает, значит, ты виноват, не объяснил, не нашел подход к человеку. И вообще, у меня убеждение: на агрессию ни в коем случае нельзя отвечать агрессией.

Я рано понял, что победить себя – труднее всего. В 11 лет мама отдала меня учиться в Черногорск, в интернат. Там надо было выживать. Казалось бы, лучшее средство – кулаки. Но учителя взяли с меня слово, что драться не буду, и я выполнил обещание, хотя победить себя было сложно. Учился хорошо, выбрали меня председателем совета дружины и премировали поездкой во Всероссийский пионерский лагерь «Орленок».

А избежать конфликтов, на мой взгляд, можно единственным способом – нужно гасить их профилактически, на подступах к ссоре, при первом же намеке. Так я стараюсь жить.

– Это, может, и есть восточная мудрость?

– Скорее, это мудрость маленького народа. Хакасы знают свой род до десятого колена.



Председатель совета дружины Федор Капсаргин

Они знают, что грубые «косяки» отразятся на потомках, можно испортить репутацию всего сеока. Ну, вот, например, история моей семьи. Женился я по хакасскому обычаю: невесту нашла мама – студентку Фрунзенского мединститута Аллу, с которой мы давно и счастливо женаты.

Я у мамы спросил: почему именно эта девушка? Аргументы были простые и неоспоримые: девушка из хорошей семьи, будут красивые, умные дети. А через много лет мама запретила выдавать замуж внучку, мою дочку Любу, сказала, что дед потенциального жениха – недостойный человек.

– То есть карма существует? На потомков напрямую влияют предки? И кто же твои предки, Федор Петрович?

– По отцу родословная восходит к Иренику – последнему и самому известному хакасскому князю. История этого человека порази-



КГМИ. Военные сборы



С родителями

тельная. В XVII веке, в жестоком и коварном средневековье, Иренек умудрялся балансировать между Севером, Югом и Востоком, русскими казаками, джангирами и монголами, и создавать с ними не подчиненные – союзнические отношения. Он был настоящий игрок, дипломат, и почти полвека морочил голову своим врагам, сдерживал русских от похода на юг, пока не решил все-таки, что его народу будет выгоднее подчиниться Белому Хану, русскому царю.

С обеих сторон, отца и матери, в моем роду были люди с деловой хваткой и богатые, даже слишком. Например, Капсаргины имели столько лошадей, что запирали их не в конюшню, а в ущелье. Они торговали на международном уровне – со всеми ближайшими соседями.

Кстати, родился я в степном улусе Койбалы Бейского района – это наше родовое гнездо. Раньше называлось по имени моего прадеда, а теперь в честь этнографической группы хакасского народа.

Род Артоновых, из которого мама, был не настолько богатым и родовитым, но зато образованным.

Мой дед Андрей Артонов всю жизнь сожалел, что семья не отпустила его маленьким в Казань по приглашению первого хакасского ученого Николая Катанова. Он всегда твердил, что образование – самое дорогое, выучил всех



С главным врачом жд больницы Михаилом Явися

детей, передал им филологические способности – у моей мамы, например, очень богатый хакасский язык. У Артоновых в роду и писатели есть.

А еще дед Артонов запомнился мудрым поступком. Когда пришла Советская власть, он спрятал в лесу золотой клад. Потом, как дети ни просили, он не выдал свой тайник, говорил, что от золота этого больше зла, чем пользы, лучше учиться.

– И ты исполнил завет – учился.

– Врачами в семье стали двое – я и младшая сестра. С четвертого курса занимался в СНО по урологии. Благодаря декану лечфака Тамаре Константиновне Турчиной и ветерану кафедры Зинаиде Александровне Павловской остался по распределению в Красноярске, в БСМП.

И только там, в «тысячечкоечной», я испытал настоящий катарсис. Медицина мне, конечно, нравилась, учился я хорошо, но когда мы по дежурству прооперировали парня с ранением сердца и спасли его, причем я сдал для него кровь, я понял, что ради этого стоит жить.

– Ради хирургии?

– Да, ради хирургии. Я защитил кандидатскую – научными руководителями были Зинаида Александровна Павловская и Александр Генрихович Швецкий. Затем перешел на работу в железнодорожную больницу, где возглавлял 60-коечное отделение урологии и готовил докторскую диссертацию под руководством Маркса Израилевича Гульмана.

– Ого. Мощный у тебя был покровитель.

– Маркс Израилевич очень меня поддерживал. Иногда шутил, говорил Александру Израилевичу Неймарку: «Не много ли Израилевичей на одного хакаса?».

– Это он с нежностью.

– Конечно, и я очень благодарен всем своим учителям. Но самое большое удовольствие я получаю все же в операционной – от живой хирургии. Только ради нее стоит жить.

– В краевой больнице тебе нравится?

– Прекрасный коллектив, интересные больные, кафедра, преподаватели, студенты. Краевая больница за восемь лет стала моим домом.

– И дочь твоя здесь.

– У меня были амбициозные планы на Любу. Все родители мечтают, что дети достиг-



С женой Аллой, дочкой Любой и внучкой Нелей

нут большего, чем они сами. Люба знает английский, катается на горных лыжах, окончила аспирантуру, впереди у нее защита кандидатской диссертации. Но я чувствую, что самое дорогое для дочки – семья и маленькие дети, мои внуки. Нелли семь лет, Федору – пять.

Неля – музыкальная, веселая, она светленькая, похожа на папу. А вот Федя – моя реинкарнация. Я смотрю на него и вижу себя маленького: у него такие же повадки, те же реакции. Люба подарила Федору на мое 50-летие, у него 20 ноября день рождения, у меня – 22-го.

– Итак, к 55 годам все получилось, все хорошо. Чего ты ждешь от будущего?

– Знаешь, я люблю путешествовать, люблю Европу, ее музеи, классическую архитектуру, и я вижу, что общечеловеческие ценности у всех народов, во всех религиях одни и те же.

Когда-то хакасы были язычниками, потом приняли православие и никогда ему не изменяли. Но главное в нашей культуре неизменно – бережное отношение ко всему живому, к земле, которую нельзя ранить.

Поэтому всю оставшуюся активную жизнь хочу дарить, отдавать долги. Ведь судьба действительно была добра ко мне: и на первом этапе – обучения, работы опыта, навыков, и на втором этапе – амбиций и роста. Пусть она будет добра на третьем этапе, когда я могу принести пользу людям, которые нуждаются во мне как в профессионале и человеке.



Беседовала Елена Семенова

Федор-младший очень похож на деда

КРУГЛАЯ ДАТА

МУЗЕЮ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ – ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА

На что способны энергичные пенсионерки

В 1986 году врачу Тамаре Александровне Кулаковой исполнилось 60. Она посвятила ККБ более трех десятилетий врачебной деятельности, а в 60 крепко задумалась, чем может помочь своей любимой больнице на пенсии. Неумная энергия Тамары Александровны вначале привела ее к депутату Верховного Совета, писателю Роману Солнцеву. Но работа на депутатском приеме Кулакову не устроила. Попробовала себя в помощи многодетным семьям, но и там не нашла покоя.

И тогда, по словам Тамары Александровны, «Господь послал» передачу о музеях. Уже на следующий день доктор Кулакова пришла на прием к главному врачу Владимиру Яковлевичу Гаусу – с идеей создания в краевой больнице музея медицины. Практичный Гаус предложил Кулаковой работать под патронатом крайздраотдела, но Тамара Александровна не собиралась «сдаваться» чиновникам. Она и оргметодотделу не захотела подчиниться: ей нужна была творческая свобода.

Гаус решительность Кулаковой оценил и дал согласие. Произвел Тамару Александровну в канцеляристы с записью в трудовой книжке: «Переведена на организацию музея истории медицины при краевой клинической больнице. Зав. музеем».

Сегодня это кажется невероятным: человек без опыта, уже не юный провернул такое огромное дело.

Да, у Тамары Александровны была поддержка – начиная с профессора Одношвикина, главного дизайнера музея, создателя стеклянных композиций и стальных колючих багетов, и заканчивая главными

врачами больницы – решительным Гаусом и щедрым Петровым, смыслом жизни которого было созидание.

Но все равно – создательницей музея была и остается Тамара Александровна Кулакова, у которой получилось все, о чем мечталось.

Более пяти лет пополнялась экспозиция, выстраивалась идеология, копилась информация, которую Тамара Александровна добывала в архивах – больничном, городских и краевых. Несмотря на частое безденежье, отсутствие материалов, тяжелый кризис и распад государства, музей открылся в 1993 году.

Рыцари Кулаковой

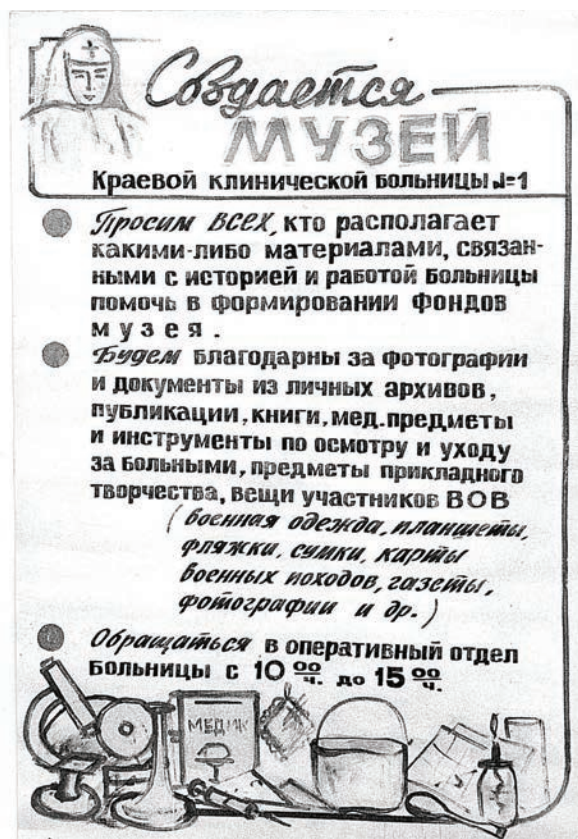
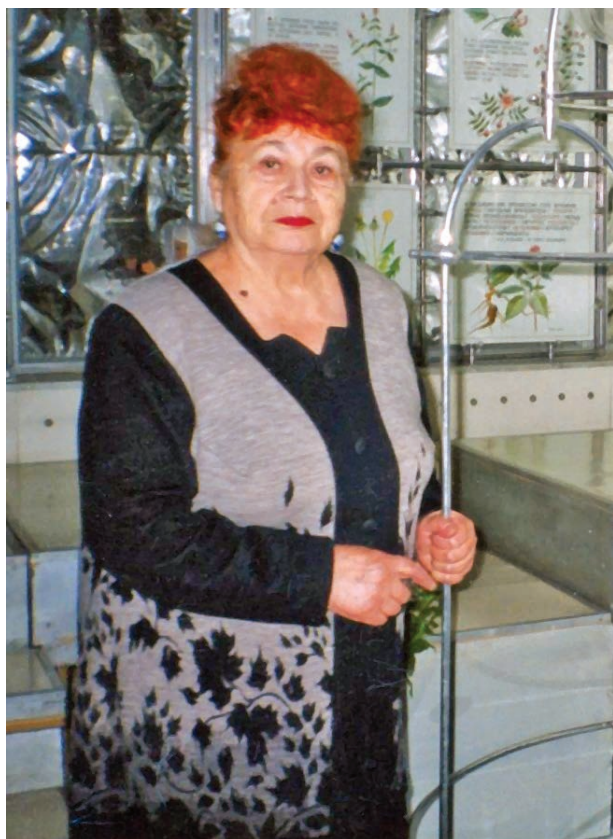
Ваграм Суренович Эмексузян, ассистент кафедры истории КПСС нашего мединститута, помогал Тамаре Александровне работать в архивах. Михаил Викторович Гусев, бригадир художников, бывший омоновец, работал по старым ценам, хотя стоимость материалов менялась почти еженедельно. Если бы не их помощь, вряд ли был бы музей.

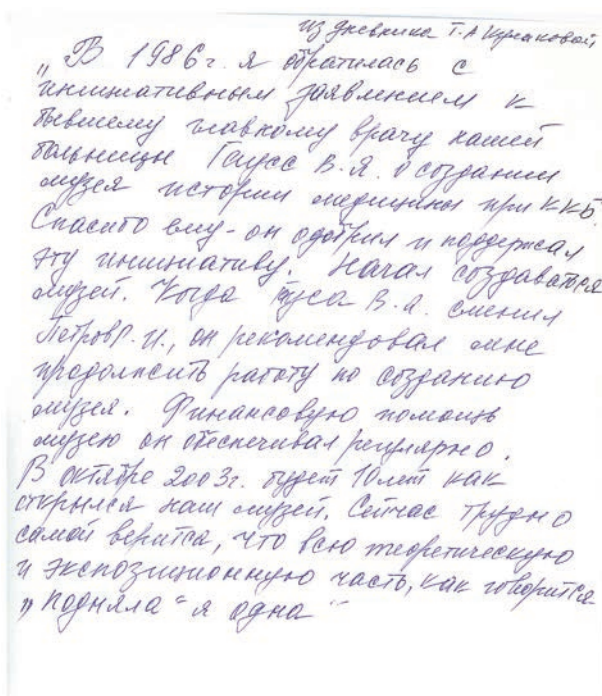
Константин Анатольевич Виноградов, на то время работавший в крайздраве, выделил деньги на шторы – а это была круглая сумма.

Помогали доктора – дарили живопись, мебель, книги, документы, списанную медицинскую технику.

Но, конечно, наибольший вклад в образ музея, каким мы его видим сейчас, внес Владимир Николаевич Одношвикин, заведующий кафедрой интерьера художественного института.

По его эскизу художник-монументалист Анатолий Слободян изготовил композицию, встречающую посетителей музея на третьем





этаже легочного корпуса, – это легендарные врачеватели Авиценна и Гиппократ.

И при входе в музей изумительная композиция Одношिवкина «Лекарственное дерево Сибири» – хрупкая, стеклянная: наверху колбы с лекарственными растениями, внизу, вокруг стола, призрачные стеклянные кресла членов дореволюционного Общества врачей – именные, с портретами на спинках.

Что будет с легочным корпусом в ближайшие годы – неизвестно, но в любом случае композицию Одношивкина необходимо сохранить, ибо она представляет собой настоящую художественную ценность.

Как и вторую стеклянную композицию «Клятва Гипократа», которая благодаря игре зеркал уносит посетителя и вверх, и в фантастическую глубину, символизируя вечность медицинского ремесла.

Именно Одношивкин помог Тамаре Александровне убедить руководство клиники отдать под музей такое большое светлое помещение. Для этого он сделал очень большой демонстрационный макет с указанием самых мелких деталей.

И помещение – бывший операционный зал и вспомогательные комнаты – музею отдали.

Музей сегодня

После смерти Тамары Александровны Кулаковой музеем более 10 лет заведовала ее дочь, Людмила Александровна Мотина. Документоведом работала Любовь Михайловна Лукинова.

В музей по-прежнему приходят экскурсионные группы и отдельные посетители – студенты, школьники, пациенты. Тема краевой медицины неисчерпаема, и поэтому экскурсии, проводимые новым музейным работником Ириной Александровной Мишаневой, вызывают неизменный интерес. Особенно медицинские приборы, инструменты, которые уже много лет не используются в практике. Вся история краевой больницы отображена на стендах, где запечатлены легендарные врачи и медицинские сестры, руководители клиники и краевого здравоохранения.

Фонд музея постоянно пополняется, но сегодня, через 25 лет после открытия, Музей истории медицины остро нуждается в реконструкции.

Поскольку на реконструкции находится вся краевая клиническая больница – вот-вот будет сдан в эксплуатацию новый хирургический корпус, пока неизвестно, что станет с легочным корпусом и куда будет «эвакуирован» музей.

Предварительно главный врач больницы Егор Корчагин планирует перенести экспозицию в холл главного корпуса – там много света и пространства, там засияют прозрачные композиции Одношивкина.

А пока экскурсии проходят в операционной, где профессор Дыхно провел первую в Красноярском крае операцию на сердце, был дан первый эндотрахеальный наркоз, где во время войны при свечах и керосиновых лампах оперировали усталые Михаил Ховес и Галина Воробьева, где уже в мирное время работали знаменитые Кокорина, Лубенский, Розовский, Роднянский, Захаров, Банникова, Гринько, Масленников-старший и другие врачи.

Стены этого оперблока помнят первых операционных медсестер Шахматову, Овсянникову, Соломонову, а в раме окна до сих пор трубки для выведения эфира.

За 25 лет работы Музей истории медицины посетили десятки тысяч человек. Музей получал призы на региональных выставках, отмечался дипломами. В книге отзывов десятки записей известных людей.

В частности, в апреле 2000 года музей посетил профессор кафедры интерьера, проректор Московского государственного художественно-промышленного университета им. Строганова Александр Стасюк. В книге отзывов он написал: «Медицина духовна. Что может быть прекраснее любви, любви к человеку».

Медицина духовна. И очень символично, что прямо за широкими окнами музея стоит красавица церковь Веры, Надежды, Любви и матери их Софьи. Храм построен почти одновременно с музеем, и именно в нем молятся близкие наших пациентов и медработники – до и после сложнейших операций.

Но и в музей люди идут, как в церковь. Нередко пациенты приходят перед операцией, и им становится легче, не так тревожно. Потому что они слушают неспешный рассказ об истории нашей больницы, видят, как далеко за почти 80 лет шагнула медицина, верят в профессионализм врачей и свою удачу.

ЧЕЛОВЕКУ СЛАДКО – ПОРОСЕНКУ ГОРЬКО

То, чего мы не знали о хрюшках, но стеснялись спросить

Грядет год Желтой Свиньи. По китайским приметам, самый спокойный год 12-летнего цикла.

Но прежде чем предаться суевериям, давайте поговорим о свинье и медицине, ведь это животное – не только любимое сало и отбивные.

Предок свиньи – лемур?

Самыми близкими нашими родственниками всегда называли обезьян. Но есть гипотеза, что свинья тоже произошла от примата! И этой невероятной версии даже есть подтверждение. На острове Мадагаскар найдены ископаемые останки лемуров, имеющих длинную морду с пяточком. Эти животные когда-то разрывали носом землю в поисках еды. При этом вместо копыт они имели пятипалую, как у человека, руку. Невероятно, но у эмбриончика современной свиньи пятипалая ручка и обезьянья мордочка.



Они наша биологическая модель

Совпадение в ДНК человек имеет практически со всеми видами млекопитающих. Различия с шимпанзе в генах составляют всего 1-2%. Сколько совпадений со свиньями, пока неизвестно. Но факты налицо: почти полностью совпадает с человеческой лейкоцитарная формула, схож почти на 70% гормональный и ферментативный профиль (и хрюшки, и мы – всеядны), одинаковы по весу и строению сердце человека и свиньи, легкие, печень, поджелудочная железа и почки. Так же схожи по строению челюсти и зубы, очень похож орган зрения.

Забавно, что из всех животных только свинья загорает на солнце, хотя меланина у нее меньше, чем у нас.

Но есть и разница: вкусовые рецепты у нас разные. Поросята совсем иначе ощущают сладкий и горький вкус.

Хавроньи страдают Альцгеймером

Свиней любили и уважали древние. Даже в фараоновых гробницах находили мумии свиней, усыпанные драгоценностями. Считается, что по интеллекту свиньи близки к собакам. Этим животных без труда можно научить выполнять команды. Как и собаки, свиньи способны издалека возвращаться в те места, где они когда-то проживали.

Практически одинаковые у приматов и поросят болезни. К примеру, у свиней в старости может диагностироваться болезнь Альцгеймера или болезнь Паркинсона. Свиньи страдают гриппом. Грудные поросятки болеют так же, как наши детеныши.

А уж о том, как легко мы со свиньями набираем вес, и говорить не приходится.

Свинья – это не только клапаны

Биологические сердечные клапаны, которые производятся из тканей свиней и телят, действительно на слуху.

Такие клапаны делают наши соседи в Кемерово. Для изготовления одного клапана требуется тысяча свиней, причем детали протеза изготавливаются вручную.

Биологические клапаны спасли жизни многим людям. Жаль, что они не так долговечны, как механические, но зато снижают риск тромбозных осложнений, присущих всем механическим протезам, а также опасность и неудобства постоянного приема антикоагулянтов.

Но хавроньи служат не только кардиохирургии – множеству медицинских специальностей.

Израильяне экспериментируют в неврологии – лечат парезы нервными клетками поросят.

Из свиного коллагена изготавливаются качественные контактные линзы.





Хрящевые клетки свиных ушей используются для выращивания протеза молочной железы.

Создана свинья, вырабатывающая полезные для человеческого сердца жирные кислоты Омега-3.

Поросят когда-то активно использовали для получения инсулина.

Украинские ученые предложили использовать ксенотрансплантаты из свиной кожи — для лечения ожогов. Высушенную и сохраненную особым образом свиную кожу на два-три дня накладывают на рану. После этого уже можно закрывать рану тонкими лоскутами кожи больного.

Экспериментальное животное

Лабораторные свинки обладают высоким уровнем чувствительности к большинству медикаментов и химических веществ. Они имеют преимущества перед грызунами — реакция на препараты практически аналогична человеческой. Вот почему все фармацевтические фирмы испытывают лекарства на свиньях.

На свиньях учатся студенты и ординаторы: технике неотложных оперативных вмешательств, инвазивных манипуляций, интубации, управляемому дыханию и наркозу, способам остановки кровотечения, разъединению и соединению живых тканей.

На свиньях выполняются фундаментальные научные исследования, требующие экспериментального подтверждения, доклинические испытания, разрабатываются технологии, новые эффективные способы лечения.

Свинки-малышки слушают музыку

Размеры домашней хавроньи не очень подходят для экспериментов. Другое дело — карликовые свинки, которых удобно содержать в лабораториях и использовать для различных манипуляций.

Существует порода свиней мини-пиг. Именно эти милые малышки чаще всего используются в медицине.

Примечательно, что мини-пиги содержатся в человеческих условиях. В чистоте, при водопроводе, канализации, центральном отоплении. В питании не используются никакие гормоны и антибиотики, только натуральные корма. Свинки слушают музыку и смотрят телевизор.

Карликовые поросята используются в экспериментах по изучению болезней сердца, сосудов, язвы желудка, алкоголизма, ожирения и других заболеваний.

Свинья как идеальный донор

На старте трансплантации, когда возник вопрос о донорских органах, начали присматриваться именно к свиньям.

Первым попытались пересадить свиное сердце, но пациент, конечно, умер.



На базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого работает тренинговый центр, где ординаторы шлифуют практические навыки на свиньях. По словам профессора анестезиолога-реаниматолога Алексея Грицана, 30-40 килограммовый поросенок наиболее сходен с человеком анатомически.

Позже появились трансгенные бактерии, а затем и животные, в том числе свиньи. Ученые взяли беременную свиноматку и ввели эмбрионам белую кровь человека, содержащую наследственную информацию. Беременность у животного закончилась успешными родами. В крови появившихся на свет поросят исследователи в последующем обнаружили клетки, содержащие большие участки как человеческих, так и свиных хромосом. Это, конечно же, стало настоящей сенсацией в научном мире. Помимо всего прочего, такие клетки в организме поросят оказались устойчивыми, сохранялись длительное время после рождения. Проще говоря, учеными впервые был получен стабильный генотип человек-свинья.

Пересаженные органы от таких животных тоже отторгаются, но не фатально — так, как это происходит при трансплантации от донора человека.

Есть идея выращивать человеческие органы в организме свиньи, но это опасно: массивный перенос материала, в котором есть вирусы свиньи, в организм человека, может привести к катастрофе — появлению совершенно новых возбудителей, способных уничтожить миллионы людей.

Кроме того, непонятно, сколько генов человека нужно перенести в свинью, чтобы по видовой принадлежности ее можно было отнести к человеку? А потом этого свино-человека убивать?

И все же ученые активно экспериментируют со свиными тканями и клетками. Так, появился поросенок со светящимся пятачком, а чуть позже — и полностью светящаяся свинка. Добиться чуда оказалось не так уж сложно: в геном хрюшки вставили ген медузы, кодирующий выработку светящегося белка.

Ну, и из разряда невероятного: пишут, что свиноматок в США и Китае используют для вынашивания человеческих эмбрионов.



НАШИ СОТРУДНИКИ ПРИМЕРЯЮТ НА СЕБЯ «СВИНСКИЙ» ГОРОСКОП

Вот что говорит китайский гороскоп о людях, рожденных под знаком Свиньи (в 1947, 1959, 1971, 1983 и 1995 годах): они характеризуются честностью, мягкосердечностью, благородством и добротой. Чрезмерно легковверны, их порой обманывают. В результате кредит доверия к зрелому возрасту исчерпывается.

В общении с близкими «свиньи» максимально искренни и тактичны. Любят семью, причем тихую и спокойную. Очень любят комфорт. Неконфликтны.

Свинья обладает чувством юмора, умеет «уходить в отрыв» на вечеринках, иногда заигрывается.

Давайте проверим, так ли это. Похожи ли наши сотрудники, родившиеся в 1959, 1971, 1983 и 1995 годах, на китайскую Свинью – одного из самых спокойных и добродушных знаков восточного гороскопа?

Илья Владимирович Кульга, заведующий отделением хронического гемодиализа:

– Я действительно человек уравновешенный, неконфликтный и довольно доверчивый по натуре. Меня обманывали в жизни, но я зла не помню и ни на кого не сержусь.

А еще я не тусовочный и никогда ничем не увлекаюсь так сильно, чтобы голову потерять.



Александр Евгеньевич Рязанов, заведующий кардиологией №1:

– По-настоящему комфортно мне в теплых странах, я плохо переношу холод. Да, стараюсь избегать конфликтов. Мне кажется, все мы, избравшие делом жизни медицину, изначально понимали: придется общаться с больными людьми, и поэтому терпимость, милосердие – ведущее качество врача.

Доверчив ли я? Скорее да, чем нет, ведь большинство людей все же порядочные и добрые.



Елена Владимировна Шленская, старшая медицинская сестра приемного отделения:

– Мне очень хорошо и комфортно дома. Там все, как я люблю, – мой уют, мое родное. Там мой муж. И самое большое счастье, когда приезжает дочка, живущая за границей.

А работа моя должна быть максимально честной, ведь приемное отделение – первое, что видит пациент и его родственники. С нас начинается больница, как театр с вешалки. Поэтому мы, конечно, относимся к людям терпеливо – выслушиваем, успокаиваем.

Случалось, что меня обманывали в жизни. И доверчивой я себя назвать, к сожалению, не могу.



Денис Аркадьевич Махотин, врач-колопроктолог:

– Сколько бы меня ни обманывали, я был и останусь доверчивым. Горбатого могила исправит.

Что такое комфорт? Это благодать... Она может наступить внезапно – и дома, и на работе, и на природе. Это ощущение счастья, полноты жизни. У меня спокойный характер, и я не склонен долго унывать – умею отвлекаться, переключаться.



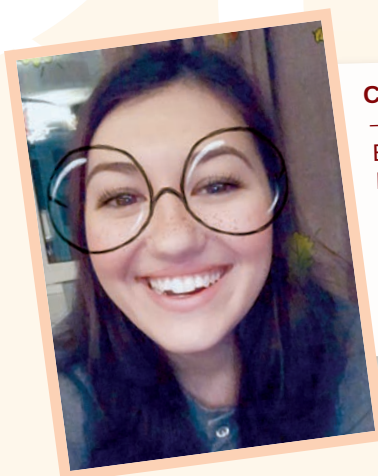


Татьяна Анатольевна Бахтина, старшая медицинская сестра кардиологии №4:

– Очень люблю свой дом, расслабляюсь после работы – там тепло и уютно. Гороскоп говорит правду: я очень выдержанный и спокойный человек, до самой последней капельки... Но если эта капля упала – назад дороги нет. Как я понимаю доброту и милосердие – это перенос чужой боли на себя, отношение к больному человеку, как к себе самому или своим родителям. И я всегда говорю молодым сотрудникам: помните, что помощь нужна всем, перед болезнью мы все равны, не поддавайтесь на провокации, общайтесь вежливо. Я не могу назвать себя доверчивой. Когда тебя обманывают близкие люди, быстро излечиваешься от легковерия.

Евгений Александрович Берлинец, врач-травматолог:

– Да, в будущем году мне 36, жаль, что время летит так быстро... Я люблю комфорт, как все люди, но это не обязательно дом. Например, на рыбалке мне комфортно в окружении друзей. По характеру я действительно спокойный, вывести из себя сложно. А вот доверчивым назвать себя не могу. Что такое доброта и милосердие в такой жесткой медицинской специальности, как травматология? Наверное, это ответ на вопрос – что я могу сделать для пациента и максимальные усилия для решения его проблемы. Доброта и милосердие – это когда ты говоришь себе: я сделал все, что мог.



Софья Кауниетис, ординатор отделения челюстно-лицевой хирургии:

– Не похожа я на «свинский» гороскоп. Во-первых, характер вообще не спокойный. Правда, психую и быстро остываю. Во-вторых, меня невозможно обмануть – я совсем не доверчивая. В-третьих, мне везде комфортно – даже в самых экстремальных ситуациях. Например, в операционной комфортно, на дежурстве. И в то же время я очень ценю стабильность. Пусть в новом году все останется, как есть, потому что куда уж лучше – я абсолютно счастлива. Я – ординатор в краевой больнице, чего еще желать.

Присоединяемся к словам Сонечки Кауниетис – пусть будет не хуже, чем есть.

Тем более, мудрые китайцы считают, что год Желтой Земляной свиньи обещает всем нам умиротворение, покой и много маленьких радостей.

С наступающим Новым годом!



ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ

МУЖЕСТВЕННЫХ, СТОЙКИХ, ДОБРЫХ КОМБУСТИОЛОГОВ – С ЮБИЛЕЕМ!

Андрею Борисовичу и Владимиру Адамовичу почти одновременно исполнилось 60 лет. Хлебникову – 23 ноября, Мацкевичу – 12 декабря.

Однажды в ожоговую реанимацию попали заключенные. Как и положено, у дверей отделения выставили охрану. Через день здоровенные мужики в форме взмолились, попросили начальство замечать.

– Мы думали, у нас ад, – говорили вохровцы. – Но здесь просто невыносимо.

Они так впечатлились всего лишь несколькими пациентами, проносимыми мимо. И запахом. Да, в ожоговой реанимации совершенно особый запах, не заглушаемый никакими моющими средствами.

Кем надо быть, чтобы десятилетиями существовать в тумане запредельных человеческих страданий? И не просто быть рядом, а бороться, убеждать, тянуть, радоваться каждой мелочи, каждому знаку с этого – не с того света.

Мацкевичем надо быть. Сильным и нежным. Трезвым и суеверным. Веселым и печальным. Жестким и всепрощающим. А еще детским врачом. Да, заведующий самой страшной в крае реанимации учился медицине на малышах, которых так жаль, что сердце рвется.

И ожоговых жаль, ведь в каждом из них кричит от боли ребенок.

Кем надо быть, чтобы принимать пациентов из реанимации и вести дальше – чинить обгоревшие, уцелевшие тела, выкраивать заплаты, иссекать рубцы, адаптировать к жизни. И оперировать, оперировать одних и тех же пациентов в несколько этапов.

Хлебниковым надо быть.

У Хлебникова в отделении тоже очень много боли, но уже веселее – под ногами катаются перевязанные малыши, в отделении детская комната, игрушки. Тут же взрослые, которым вынесен вердикт: жить! Они не так смелы, как дети. Малышня быстро забывает страдания и несется в будущее.

И среди этой суеты сам Хлебников, напоминающий легендарного Фернандела, – добрый, уютный, с басовитым голосом. Раз увидишь – не забудешь никогда.



Оба эти доктора, выражаясь немедицинским наречием, – селективные, нишевые. И если верить, что счастье – не иметь, а уметь, то вот оно счастье – жизнь Андрея Борисовича и Владимира Адамовича. Ведь они умеют делать то, что практически никому не под силу.

И Мацкевич, и Хлебников всей своей профессиональной деятельностью отвечают на вопрос: кто, если не я?

Пусть это продлится долго. Пусть оба будут здоровы.

Спасибо вам за все, дорогие коллеги!

С днем рождения!



профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»



Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края