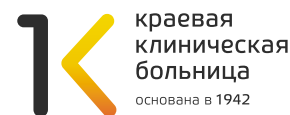


ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 5 (58)



ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Весеннее настроение

*«Красная папка» –
моральный кодекс
сотрудника краевой
клинической больницы*

*Успешное применение
ЭКМО у пациента
с двухсторонней
пневмонией*

*«Дембельский
альбом» – о врачах,
носивших погоны*

март 2015 года



ЗАЩИЩАЕТ В ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЯХ

- Антигипоксанта
- Антиоксиданта
- Энергокорректора



Комплексная защита клеток
головного мозга

ЦИТОФЛАВИН®

- Уникальный комбинированный препарат
- Снижает выраженность астенического синдрома
- Положительно влияет на когнитивно-мнестические функции
- Улучшает качество жизни

ООО «НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФИРМА «ПОЛИСАН»
INFO@POLYSAN.RU | WWW.POLYSAN.RU

РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОР. 2, ЛИТ. А,
ТЕЛ./ФАКС: +7 (812) 710-82-25

Интеллект на защите
здоровья
polysan

**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
д.м.н., профессор Н.И. Головина
д.м.н., профессор И.В. Демко
д.м.н., профессор С.А. Догадин
д.м.н., профессор А.А. Дрянных
д.м.н., профессор С.И. Жестовская
д.м.н., профессор Ф.П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г.В. Матюшин
к.м.н. С.Л. Нефедова
д.м.н. Г.З. Низамеева
д.м.н. А.В. Протопопов
к.м.н. А.К. Рымарчук
д.м.н. В.А. Сакович
д.м.н. В.М. Симакова
д.м.н., профессор Д.В. Черданцев
министр здравоохранения
Красноярского края,
к.м.н. В.Н. Янин

В.В. Тяпкин, И.В. Кочеткова —
фотокорреспонденты

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.
Март 2015 г.

За содержание рекламных мате-
риалов редакция ответственности
не несет.
Мнение редакции может не сов-
падать с мнением авторов мате-
риалов.

Содержание

События	2
Мероприятия по ознакомлению населения с симптоматикой инсульта в Красноярске.	6
Стажировка на рабочем месте как эффективная технология последипломного обучения хирургов	9
Особенности организации сестринской помощи пациентам, перенесшим острый инфаркт миокарда	11
Аптеке краевой больницы исполнилось 75 лет	14
Сравнительный анализ результатов мониторинга ассортимента и цен на ЖНВЛП за декабрь 2014 года и январь 2015 года.	18
КРАСНАЯ ПАПКА – моральный кодекс сотрудника краевой клинической больницы	21
CASUS EXTRAORDINARUS (НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ)	
Инвазивный легочный аспергиллез. Случай из практики	26
Первичный амилоидоз сердца: литературная справка и описание клинического случая	28
Хронический программный гемодиализ у больного с гемофилией А	31
В краевой больнице применяются новейшие технологии в лечении пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга	33
Случай успешного применения экстракорпоральной мембранной оксигенации у пациента с двухсторонней полисегментарной пневмонией	34
Развитие печеночно-клеточной недостаточности на фоне панкреатита.	37
В краевой больнице впервые выполнена микроваскулярная декомпрессия лицевого нерва	39
DUM DOCEMUS DISCIMUS (ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ)	
Клинические особенности ревматоидного артрита, протекающего с поражением почек	42
Опыт применения тералиджена при генерализованных и распространенных тиках у детей.	44
Использование нейронных сетей в выборе метода лечения мочекаменной болезни	46
Сексуальность и неврозы.	47
Синдром эмоционального выгорания	49
Современный подход к лечению больных острым деструктивным панкреатитом.	50
Рак щитовидной железы с метастазами в легкие.	52
EX ANIMO (ОТ ДУШИ)	
Дембельский альбом	54
Женщина-врач: что можно, а чего нельзя	58
Хирургия была ее религией. К 90-летию Нины Дралюк.	60
Галина Уразаева: «Я доверяю людям».	64

СОБЫТИЯ

СОСТОЯЛАСЬ КОЛЛЕГИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ДЕМОГРАФИИ, СЕМЬИ И ДЕТСТВА ПОД РУКОВОДСТВОМ ГУБЕРНАТОРА РЕГИОНА

27 января на совещании присутствовали члены правительства, руководители медицинских учреждений региона, а также главы муниципальных образований.

По данным министерства здравоохранения, в 2014 году в Красноярском крае родилось 41 358 детей, что на 104 ребенка больше, чем в 2013 году. При этом на 0,8 снизился процент смертности населения. Цифры могут быть еще благоприятнее. Первые результаты стала приносить программа диспансеризации населения, врачи стали выявлять больше заболеваний на ранней стадии.

Обращаясь к медикам и главам муниципальных образований, глава края Виктор Толоконский заявил, что Красноярский край должен прирастать населением. Губернатор отметил, что за последние несколько лет уровень медицины в регионе значительно вырос, однако до сих пор в некоторых населенных пунктах в медицинских

учреждениях отсутствует необходимое оборудование. Виктор Толоконский считает, что отсутствие самого элементарного оборудования унижает как пациента, так и доктора.

Нехватка кадров – еще одна проблема, которую поднял глава региона на совещании:

– Я готов к рассмотрению контрактной системы обучения, к тому, чтобы вводить дополнительные социальные пакеты для медиков, вкладывать средства в строительство служебного жилья.

С докладом о мерах, направленных на развитие медицинской помощи по снижению сердечно-сосудистых заболеваний, выступил главный врач краевой клинической больницы Егор Корчагин.

– Убежден, что вовлечение общества и власти в работу по снижению бремени сердечно-сосудистых заболеваний может привести к достижению серьезных успехов, – подытожил Егор Корчагин.

ВРАЧИ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ ОТСЛЕДИЛИ 4 ТЫСЯЧИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ НЕЙРОМОНИТОРИНГА

С момента запуска системы нейромониторинга в апреле 2014 года врачами Регионального сосудистого центра краевой больницы просмотрено более 4 тысяч заявок по больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Красноярске и крае.

К нейромониторингу подключены все первичные сосудистые центры, а также неврологические отделения МСЧ № 42 (Зеленогорск), МСЧ № 51 (Железногорск) и неврологическое отделение Урая.

Ежедневно в систему нейромониторинга вносятся десятки пациентов с ОНМК, поступившие в городские и краевые стационары. Врачи краевой больницы оказывают экспертные рекомендации по лечению таких больных, в том числе решая вопросы о госпитализации в краевую больницу либо необходимости оперативного вмешательства на месте.

По системе нейромониторинга врачи краевой больницы мо-

гут оценить, какие пациенты, какого возраста, с какой исходной тяжестью и в какие сроки поступают в стационары города и края, а также насколько верно, в соответствии с рекомендациями и стандартами, проводится лечение больных с инсультом.

Система нейромониторинга со времени запуска постоянно изменяется, вводятся дополнительные опции, дополнительные параметры для заполнения (например, в последнее время введены следующие заполняемые пункты: переведен ли пациент на ИВЛ, имеется ли, по данным УЗИ, стеноз сонных артерий), что также направлено на усиление контроля качества лечения.

Таким образом, система нейромониторинга реализует задачи не только в отношении консультативной помощи, но и по ежедневному контролю диагностического и лечебного процесса, что улучшает качество оказания помощи больным с ОНМК в Красноярском крае.

ВСТУПИЛ В СИЛУ НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА 2015 ГОД

Новый перечень ЖНВЛП на 2015 год включает 608 препаратов, 67% из которых изготавливаются в России на собственных или локализованных производствах.

В Красноярском крае насчитывается более 800 тыс. человек, имеющих право на получение льгот по лекарственному обеспечению (каждый третий житель края). В 2015 году на реализацию дополнительного лекарственного обеспечения в крае федеральным бюджетом выделено 1,13 млрд руб., из краевого бюджета – 1,16 млрд руб.

Перечень формировался по принципам оценки доказательной базы эффективности препаратов, сопоставления фармакоэкономической эффективности препаратов с ближайшими аналогами, на основе двухуровневой экспертизы и с участием широкого круга экспертов, в том числе главных внештатных специалистов Минздрава России по основным направлениям клинической медицины

Решения о включении (об исключении, отказе во включении) принимались на заседаниях комиссии Минздрава, которые в целях открытости транслировались на официальном сайте Минздрава России.

В перечень включено 50 дополнительных позиций лекарственных препаратов, шесть новых лекарственных форм для уже включенных в перечень ЖНВЛП позиций, исключено четыре позиции из перечня ЖНВЛП. В новый перечень вошли несколько инсулинов и сахароснижающих препаратов для диабетиков, лекарства от тяжелых заболеваний почек и от заболеваний дыхательной системы, а также костной ткани. Кроме того, в перечень впервые включен ряд дорогостоящих препаратов для лечения редких и жизнеугрожающих заболеваний.

Полный список препаратов можно посмотреть на сайте министерства здравоохранения Красноярского края.

<http://krasdrav.ru/news/3679#.VRTThY6L4dV>

МЕЖДУНАРОДНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА ОСМОТРЕЛА МЕДИЦИНСКИЕ ОБЪЕКТЫ ЗИМНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ-2019

Технический комитет FISU совершил визит в краевую клиническую больницу. Гостям был представлен проект концепции медицинского и антидопингового обеспечения XXIX Всемирной зимней Универсиады в Красноярске. Оказание неотложной, экстренной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи будет сосредоточено в двух крупных клиниках Красноярска – краевой клинической больнице и Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи, географически наиболее приближенным к местам соревнований.

Главный врач краевой больницы Егор Корчагин доложил комитету о том, что все необходимое в клинике уже имеется. Современное оборудование, специалисты и технология оказания медицинской помощи по любому профилю, включая травматологическое и нейрохирургическое направления – соответствуют международным стандартам. Кроме того, на базе больницы работает отделение санитарной авиации, а на территории клиники находится вертолетная площадка, что позволит врачам в случае травмы максимально оперативно доставить пациента в стационар.

Полным ходом идет проектирование нового современного хирургического корпуса на 615 койко-мест и 108 реанимационных коек. Новый объект обеспечит качественной медицинской помощью не только участников, гостей, но и жителей города



и края. Как отметил заместитель министра здравоохранения края Борис Немик, наследие Универсиады будет востребовано в дальнейшем при организации медицинской помощи жителям края.

В ходе осмотра клиники Душан Хамар, медицинский председатель организационного комитета, отметил, что в министерстве здравоохранения есть полное понимание, что необходимо для организации медицинской помощи при проведении состязаний высокого уровня.

ВРАЧИ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ ОТРАБОТАЛИ НА ВЫСТАВКЕ «ЕНИСЕЙ-МЕДИКА»

XXIII специализированный медицинский форум-выставка «ЕнисейМедика» прошел в выставочном центре «Сибирь» с 10 по 12 марта. В этом году врачи краевой больницы посвятили свое участие в выставке вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Выставка была разделена на несколько оздоровительных площадок:

- на первой посетители могли оценить индивидуальный риск развития инсульта, инфаркта, пообщаться с кардиологами и неврологами краевой клинической больницы. Для тех, кто столкнулся с сердечно-сосудистыми заболеваниями, работала Школа для пациентов. Здесь врачи краевой больницы рассказывали, как жить после инсульта, инфаркта, что делать, чтобы не повторилась сердечно-сосудистая катастрофа, давали советы по уходу за больным;

- еще одна часть выставки была посвящена здоровью глаз. Гостям проводили диагностику зрения, при необходимости выписывали рецепты, советовали эффективные способы лечения;

- третья зона включала множество диагностик. Так, прямо на площадке выставки, в специальных медицинских комплексах, гостям проводили УЗИ сосудов, щитовидной железы, тестирование на ВИЧ, анализ крови на сахар. На выставке работала Мобильная поликлиника краевой клинической больницы, где красноярцам предлагали флюорографическое и маммографическое обследование. Мобильный комплекс работал с 10.00 до 16.00;



- четвертая зона была посвящена женскому здоровью. Все дни выставки на «женской площадке» гинекологи консультировали посетительниц по вопросам сохранения здоровья и деторождению, проблемам бесплодия и лечению различных гинекологических заболеваний, возрастным проблемам женщин после 50 лет.

Традиционно участие в форуме принял Красноярский краевой центр крови, который организовал донорскую акцию для всех желающих.

В рамках масштабной деловой программы прошли конференции, симпозиумы, семинары по кардиологии и сосудистой хирургии, гастроэнтерологии, пульмонологии и аллергологии, лучевой диагностике, реабилитации и неврологии.

Выставка собрала более 7 тысяч посетителей.

ПРОФЕССОР ДЕМКО – ЛАУРЕАТ ПРЕМИИ ГЛАВЫ КРАСНОЯРСКА



11 февраля в администрации Красноярска состоялась церемония вручения премии главы города в области образования и науки.

Участников торжественной встречи поздравил мэр Красноярска Эдхам Акбулатов:

— Сегодня профессора, ученые, педагоги являются богатейшим

интеллектуальным потенциалом Красноярска. Город ставит перед собой все более глобальные и амбициозные задачи, и во многом их успешная реализация зависит от научной элиты.

Эдхам Акбулатов вручил профессорам Красноярска именные премии за высокий профессионализм, значительные достижения в области образования, науки и культуры, большой вклад в развитие и процветание Красноярска. Каждый из победителей получил диплом лауреата премии и золотой знак Профессорского собрания.

Среди победителей этого года наша коллега — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ПО Ирина Владимировна Демко.

Ирина Владимировна, как и другие лауреаты премии, — известный в Сибири и России ученый, признанный специалист в своей области, обаятельный человек, мудрый наставник. Научная и практическая жизнь профессора Демко связана с краевой клинической больницей.

Поздравляем, Ирина Владимировна!

В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ПРОШЛО СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЫТУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТАКТ-ЦЕНТРА

В февральском совещании приняли участие заместитель министра здравоохранения Красноярского края Борис Немик, представители министерства здравоохранения, ТФОМС, главные врачи и другие сотрудники 24 медучреждений города и районных больниц.

Опыт краевой клинической больницы в части реализации системы автоматического подтверждения или отмены записи пациентов доложила заместитель главного врача по поликлинике Валентина Симакова. Валентина Михайловна рассказала об использовании автоматического интерактивного голосового контакт-центра, который был запущен в июне 2014 года.

За время работы сервис совершил свыше 27 тысяч звонков пациентам.

— Если пациент не может приехать в указанное время или день, нам крайне важно уметь перераспределять талоны (окна) на прием к специалистам. Назрела необходимость контакт-центра для обзвона пациентов с напоминанием, что они записаны к врачу и, что более важно, узнать, придут они на прием или нет, — рассказала Валентина Симакова.

Решение оказалось не только эффективным с точки зрения оптимизации очередности на прием к узким специалистам краевой больницы, но и экономически оправданным.

Система окупилась уже в первые месяцы работы и сегодня позволяет экономить больнице на оплате труда операторов, которых пришлось бы нанять и обучить, а также на перераспределенных приемах специалистов, которые могли бы стать пустым окном, в случае когда пациент не приехал.

— Для нас важно понимать, что мы управляем очередностью на прием к узким специалистам, — отметил главный врач краевой клинической больницы Егор Корчагин.

В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ВЫПИСАН 10-ТЫСЯЧНЫЙ МАЛЫШ

Маленькая Варвара появилась на свет чуть раньше срока, 29 января, ее вес 2,3 кг, рост — 46 см. Почти три недели она находилась под присмотром врачей отделения второго этапа выхаживания новорожденных и недоношенных детей.



— Мы имеем все условия для того, чтобы выхаживать таких новорожденных. Некоторые говорят: «Зачем вы выхаживаете таких маленьких детей?». Но, по нашим наблюдениям, бывает и 700 граммов — абсолютно нормальный, жизнеспособный, хороший ребенок, — рассказала Юлия Гарбер, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической работе.

Сейчас все сложности позади, мама и дочка чувствуют себя хорошо. Счастливую семью со знаменательным событием поздравили министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин, руководитель территориального фонда ОМС Сергей Козаченко, председатель комитета по здравоохранению и социальной политике ЗС края Юрий Данильченко, и.о. гендиректора ГПКК «Губернские аптеки» Андрей Лапшин.

Главный врач краевого центра охраны материнства и детства Андрей Павлов пожелал маме и малышке крепкого здоровья, вручил традиционный сертификат и подарки от гостей.

В честь выписки состоялась праздничная программа, где собрались «тысячные» малыши с родителями. В гости на праздник приехал даже самый первый малыш, который родился в перинатальном центре 22 декабря 2011 года. Именно с его дня рождения принято отмечать день рождения краевого перинатального центра. На прощание молодая семья оставила добрые слова-послания врачам на яблоньке — «дереве жизни» в холле центра, ведь яблочко — это визитная карточка и символ учреждения.

De facto

По факту

ПРОФИЛАКТИКА

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОЗНАКОМЛЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ С СИМПТОМАТИКОЙ ИНСУЛЬТА В КРАСНОЯРСКЕ

П.Г. Шнякин, Н.В. Исаева, Е.В. Ипполитова, Н.В. Хало, А.А. Газенкамф, Н.В. Литвинюк, И.С. Усатова, И.Е. Ермакова, К.А. Галац
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Во всех регионах России отмечается существенный прогресс в методах лечения острых нарушений мозгового кровообращения, что непременно сказывается на снижении смертности от этого заболевания. Внедрены высокотехнологичные методики лечения: микрохирургические, эндоскопические, пункционно-аспирационные методы хирургии геморрагического инсульта, методики селективного внутриартериального тромболизиса и тромбэкстракции при ишемическом инсульте.

При этом не отмечается столь же выраженной параллельно идущей работы с ознакомлением населения о симптомах инсульта, необходимости быстрого попадания в стационар, о методах лечения и реабилитации. Практически отсутствует социальная реклама об инсульте на телевидении, радио, какие-то другие масштабные мероприятия по работе с населением. И это притом что именно об инсульте, в отличие, например, от инфаркта миокарда, население имеет самое поверхностное и часто неверное представление.

Хорошо известно, что ключевой фактор в лечении инсульта – время. В этой связи мы проанализировали, сколько человек поступает в первые три часа от развития симптоматики в Красноярске и других городах Красноярского края (по данным за 2014 г.) (рис. 1).

Как видно из данных, представленных на рис. 1, только от 5 до 15% человек с клиникой ОНМК поступают в первые три часа в специализированные стационары. В то время как большая часть пациентов поступает в интервале 6-12 часов, а некоторые через несколько суток.

Поздняя госпитализация пациентов с инсультом в стационары города и края в большинстве случаев обусловлена низкой грамотностью населения о том, что такое инсульт, чем он опасен и что нужно делать при подозрении на это грозное заболевание.

В октябре 2014 года группа студентов-волонтеров Красноярского медицинского университета провела опрос 700 жителей разных районов Красноярского края о том, знают ли они симптоматику инсульта и что делать при подозрении на инсульт. Если человек называл хотя бы один из симптомов инсульта (появление слабости в конечностях, нарушение речи, появление асимметрии лица), засчитывался правильный ответ.



Правильные симптомы инсульта называли всего 23% опрошенных. Чаще всего прохожие определяли инсульт только как головную боль, потерю сознания, некоторые считали, что инсульт – это заболевание сердца. Но, несмотря на то, что симптомы инсульта знали только 23% опрошенных, 47% правильно ответили, что при подозрении на инсульт необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

Как вызвать «скорую помощь» с мобильного телефона, знали чуть больше половины из них (большинство считало, что «скорую помощь» можно вызвать с мобильного, набрав «03»). В 53% случаев люди отвечали, что при подозрении на инсульт необходимо принять какие-то препараты, туго перевязать голову, принять лежачее положение, растереть мочку уха и проч.

В связи с низкой грамотностью населения об инсульте и при этом важностью временного фактора для лечения и прогноза заболевания региональный сосудистый центр при поддержке МЗ Красноярского края с сентября 2014 года по февраль 2015 года провел активную работу по ознакомлению населения с симптомами инсульта.

В первую очередь были разработаны информационные листовки (несколько вариантов) о симптомах инсульта и необходимости вызова «скорой помощи» (10 тыс. листовок), которые были разнесены группой студентов-волонтеров по аптекам, поликлиникам, холлам стационаров.

На следующем этапе были изданы наклейки (400 штук) по симптомам инсульта, которые были расклеены в муниципальном транспорте (рис. 2).

Для ознакомления населения с инсультом мы воспользовались помощью телевидения. Совместно с Прима-ТВ был проведен социальный эксперимент. Актер драматического театра имитировал симптомы инсульта (гемиплегия, нарушение речи, асимметрия лица) на одной из центральных улиц Красноярского края. Несмотря на будний день (около 12 часов дня) и достаточно оживленный поток прохожих, к имитировавшему инсульт актеру подходили далеко не сразу (иногда он лежал на асфальте по 10-15 минут). Некоторые подходили к нему, но совершенно не знали, что делать, и только тормозили его, пытались поднять и посадить на скамейку.

Когда спрашивали, что произошло с этим человеком, большинство ответили, что думали, что он пьян. Двое прохожих пытались вызвать «скорую помощь», но не знали, как это сделать с мобильного (один из них побежал в соседнее здание позвонить «03» со стационарного телефона). Только один человек (за 30 минут проведения эксперимента) абсолютно верно определил, что у человека инсульт, и попытался вызвать «скорую помощь», набрав номер 112.

В конце эксперимента доктора из регионального сосудистого центра рассказали о симптомах инсульта и важности скорейшего вызова «скорой помощи». Ролик получил довольно широкий общественный резонанс и транслировался не только по снявшему его телеканалу, но и широко в социальных сетях.

Кроме низкой грамотности населения, стоит отметить, что далеко не всегда врачи и фельдшеры «скорой помощи» хорошо знают симптомы ин-

сульта и FAST-тест, что в некоторых случаях также замедляет госпитализацию пациентов в неврологические стационары.

Проведены занятия на шести подстанциях «скорой помощи» Красноярска и подстанции «скорой помощи» Железнодорожска. Проведены занятия по темам: «Порядок организации помощи больным с ОНМК. Догоспитальный этап», «Неврологический осмотр больного с подозрением на ОНМК».

Занятия включали в себя лекцию и интерактивный опрос. Во время опроса было выявлено, что, несмотря на работу бригад СМП в системе оказания помощи больным с ОНМК по порядку, существующему с 2009 года, догоспитальной шкалой диагностики ОНМК (FAST-тестом) владеют не более 40% сотрудников СМП. Выявлено, что не все владели неврологической терминологией (не могли объяснить, что значит гемиплегия, афазия), что не позволяет корректно заполнить карту вызова СМП. Но главное, что только в 80-85% случаев безошибочно определялась тактика врача и фельдшера СМП при подозрении на ОНМК. Имеется в виду понятие о невозможности на догоспитальном этапе выявить тип ОНМК (ишемический, геморрагический) и назначения дифференцированной терапии. В результате обучения при итоговом тестировании и опросе все сотрудники дали правильные ответы как по симптоматике инсульта, так и по базовой неврологической терминологии.

Планируется рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики ОНМК и инсультподобных состояний, вопросы тактики сотрудников СМП с разбором ошибок на догоспитальном этапе, вопросы взаимодействия с ПСО, тромболитической терапии. Занятия планируются регулярно, с частотой один раз в два-три месяца.

Наиболее крупным образовательным мероприятием стал городской день профилактики инсульта, который прошел 7 февраля 2015 года. Мы хотим поделиться анализом этого мероприятия, что может помочь коллегам, планирующим подобные мероприятия в своем регионе.

За два месяца до городского дня профилактики инсульта были проведены следующие мероприятия по рекламе этого события:

- распечатаны рекламные плакаты формата А1, которые были на местах размещены во всех ЛПУ города;
- из архивов трех больниц Красноярска (РСЦ и 2 ПСО) были подняты истории болезни пациентов, пролеченных с диагнозом ОНМК в 2013-2014 годах. Из историй, на которых был обозначен контактный телефон, была создана база пациентов (680 пациентов и их родственников). Звонки с приглашением на мероприятие проводились дважды: 15 января – первый звонок, и из тех лиц, которые ответили утвердительно, что придут на мероприятие, – повторный звонок 3 февраля;



Рис. 3. Результаты опроса посетителей городского дня профилактики инсульта о том, откуда они узнали о мероприятии.

- размещение информации о мероприятии в социальных сетях;
- аудио- и видеореклама в супермаркетах (с 1 до 6 февраля);
- информационный листок о мероприятии выдавался пациентам, проходившим лечение в кардиологических и неврологических отделениях крупных стационаров Красноярска и шести поликлиниках (январь-февраль);
- информационные листки о городском дне профилактики инсульта (4 тысячи листовок) оставались при вызовах к пациентам кардиологических бригад «скорой помощи» (январь-февраль);
- освещение мероприятия в краевом и городском советах ветеранов.

Представляют интерес данные, полученные путем опроса пришедших на городской день профилактики инсульта о том, как они узнали о мероприятии (рис. 3).

Как видно из данных, представленных на рис. 3, большинство посетителей узнали о мероприятии из листовок, полученных в больницах и поликлиниках (45%). Это пациенты, которые лечились в кардиологических и неврологических отделениях либо приходили на прием в поликлинику к неврологу или кардиологу. Такой высокий процент пришедших по данному каналу распространения информации говорит о том, что специалисты не просто выдавали информационный листок пациенту, но и объясняли важность и значимость мероприятия.

В этом сильное отличие от «скорой помощи», где на вызовах было роздано 4 тысячи листовок, а при этом только 2% пришедших узнали о мероприятии по этому каналу. Видимо, это связано со спецификой работы бригад «скорой помощи», когда срочная ситуация не позволяла объяснять пациентам важность для них мероприятия и просто выдавался информационный листок.

Инсульт как его распознать

1. ПОВИС УГОЛ РТА

2. ОСЛАБЛЕНИЕ РУКИ и/или НОГИ

3. НАРУШЕНИЕ РЕЧИ

4. РЕЗКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ / ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

! При появлении одного или нескольких признаков немедленно вызывайте «скорую помощь»!

112/03



Вторым по значимости способом, который привлек население на мероприятие, оказалась информация в СМИ, соцсетях, реклама в супермаркетах – 23% посетителей. На третьем месте (16% посетителей) – это лица, узнавшие от знакомых о мероприятии.

Только 9% пришедших – это лица, которым позвонили из регионального сосудистого центра (из 680 пациентов, перенесших инсульт, которым дозволились, на мероприятие пришли только 27 человек). При этом согласие во время телефонного разговора дали почти 80%. Видимо, это связано с тем, что население не сильно доверяет телефонным разговорам и без подкрепляющей информации, например, рекламы по телевидению, на такое мероприятие не пойдет.

Индивидуальная работа с пациентами на уровне стационаров и поликлиник (объяснение им важности мероприятия для них и их родственников), а также широкий охват населения при помощи СМИ позволяет привлечь наибольшее количество людей на подобные мероприятия, поэтому этим двум каналам информирования стоит впредь уделять большее внимание.

Местом проведения городского дня профилактики инсульта стал кинотеатр, в котором было организовано три площадки:

- площадка первичной и вторичной профилактики инсульта (холл кинотеатра). На этой площадке работали ординаторы (по Фрамингеймской шкале определяли риск развития инсульта), врачи-неврологи (давали рекомендации по первичной и вторичной профилактике инсульта), врачи-кардиологи (давали рекомендации больным с нарушением ритма сердца, артериальной гипертонией), сотрудник (к нему обращались по вопросам социальной защиты);
- площадка ознакомительных лекций и видеороликов о симптомах инсульта (большой кинозал);
- площадка по уходу и реабилитации пациентов после инсульта (малый кинозал).

Мероприятие посетило более 300 человек, почти все были осмотрены врачами-ординаторами (измерялось АД, рассчитывался индекс массы тела) с определением индивидуального риска развития инсульта в ближайшие 10 лет.

Насколько по-разному относятся к своему здоровью мужчины и женщины, можно понять по следующим цифрам: в мероприятии участвовало

86% женщин и только 14% мужчин. Это притом что в России заболеваемость и смертность от инсульта у мужчин выше, чем у женщин.

Посетители были разделены на три категории: лица, перенесшие инсульт; лица, у которых имеется ближайший родственник, перенесший инсульт; люди, пришедшие узнать об инсульте. Их численное распределение представлено на рис. 4.

В связи с таким распределением посетителей несколько чаще врачами-консультантами давались рекомендации по первичной профилактике инсульта, чем по вторичной. Среди лиц, перенесших инсульт, о вторичной профилактике знали, а тем более что-то выполняли, только единицы. Это обуславливает высокие цифры повторных инсультов как в Красноярском крае, так и в России. В этой связи должна проводиться серьезная системная работа с амбулаторно-поликлиническим этапом долечивания таких пациентов, патронаж за ними, выявление случаев несоблюдения рекомендаций по вторичной профилактике инсульта, организация школ инсульта при поликлиниках.

Представляют интерес сведения о знании симптомов инсульта пришедших на мероприятие посетителей (до ознакомительной лекции об инсульте). Выявлено, что один-два из симптомов инсульта (паралич конечностей, нарушение речи, асимметрия лица) назвали 75% опрошенных. Это цифра существенно выше той, что мы получили при анкетировании случайных прохожих осенью 2014 года, когда правильно назвали хотя бы один симптом инсульта только 23% опрошенных. Это, во-первых, связано с тем, что 37% пришедших на мероприятие – это люди, перенесшие инсульт, или их родственники, во-вторых, среди пришедших узнать о риске инсульта и его профилактике некоторые уже имели информацию о симптомах инсульта из рекламных листовок и информации в СМИ о мероприятии. При этом есть основания считать, что имеется некоторый вклад в этот показатель проводимой нами системной просветительской работы с населением Красноярск с осени 2014 года.

Из симптомов инсульта (в соответствии с FAST-тестом) наиболее часто называли парализацию конечностей, намного реже асимметрию лица (рис. 5).

На фоне неплохого знания симптомов инсульта пришедших на мероприятие мы получили довольно озадачившие нас сведения о том, что только 55% опрошенных знали, что при инсульте не бывает способов первой помощи и лечения на дому и необходимо срочно вызывать «скорую помощь». Это почти сопоставимо с цифрами, полученными при опросе случайных прохожих (осень 2014 г.), когда о необходимости срочного вызова «скорой помощи» сказали 47%. В просветительской работе с населением надо делать некоторый крен на необходимость наивысшего вызова «скорой помощи» для попадания пациента в «терапевтическое окно» с более благоприятными результатами лечения.

Измерение артериального давления у посетителей городского дня профилактики инсульта выявило следующие показатели (таблица 1).

Как видно из данных, представленных в таблице 1, 63% посетителей имели гипертоническую болезнь от 1 до 3 степени. Лица, у которых было зафиксировано артериальное давление 140/90 мм рт. ст. и выше, были

Таблица 1. Показатели артериального давления у посетителей городского дня профилактики инсульта	
Цифры артериального давления	% посетителей
до 140/90 мм рт. ст.	37%
140-159/90-99	0%
160-179/100-109	10%
выше 180/110	3%

осмотрены кардиологом и получили рекомендации по гипотензивной терапии. 46% посетителей имели в анамнезе ишемическую болезнь сердца и нарушения ритма.

При расчете индекса массы тела пришедших было выявлено, что 73% имели избыточный вес (рис. 6).

76% пришедших на городской день профилактики инсульта не курили. Однако эта высокая цифра объясняется в первую очередь, тем, что 86% пришедших были женщины.

На основании Фрамингемской шкалы риска инсульта, среди посетивших городской день профилактики инсульта были выявлены следующие показатели риска в ближайшие 10 лет показатели (рис. 7).

Как видно из данных на рис. 7, 38% пришедших на мероприятие имели высокий и очень высокий риск развития инсульта в ближайшие 10 лет. Врачи-неврологи дали рекомендации по первичной и вторичной профилактике инсульта пациентам (и с низким, и с очень высоким риском инсульта). Многих из этих рекомендаций должна находиться под постоянным патронажем врачей поликлинического звена (лечение гипертонической болезни, аритмий, сахарного диабета), иначе большинство из обозначенных нами рекомендаций останутся только записью на бумаге.

В заключение стоит отметить, что значимость подобных мероприятий не вызывает сомнений. Для того чтобы это повлияло на реальное снижение смертности от инсульта, необходимо проводить их системно, регулярно, в разных форматах, максимально возможно используя возможности СМИ для наибольшего охвата населения.

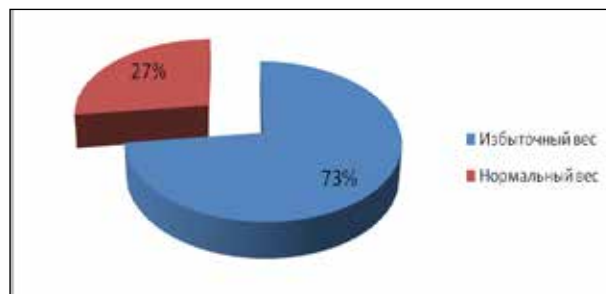


Рис. 6. Результаты расчета индекса массы тела у посетителей городского дня профилактики инсульта.

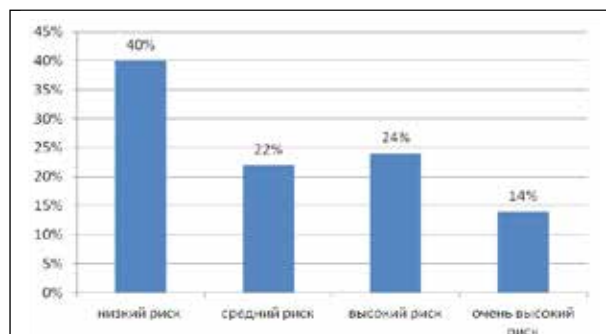


Рис. 7. Риск развития инсульта в ближайшие 10 лет (по Фрамингемской шкале).

ОБУЧЕНИЕ

СТАЖИРОВКА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ХИРУРГОВ

*Д.В. Черданцев, А.Е. Попов, А.И. Грицан, Л.М. Степанова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Подготовка специалистов по разделам медицины, требующим освоения мануальных навыков, требует постоянного совершенствования. По этой причине стажировка как вариант дополнительной образовательной программы имеет важное значение в системе непрерывного образования и подготовки хирургических кадров.

Внедрение в хирургическую практику новых технологий связано не только с накоплением теоретических знаний, но и с обязательным ознакомлением с принципами работы новых приборов, инструментов, нередко очень сложных в эксплуатации. Умение эффективно использовать современную медицинскую аппаратуру имеет важное значение для успешного лечения пациентов. В этой связи особую привлекательность как для заказчика, так и для учреждения, проводящего обучение, имеют такие формы сотрудничества, которые имеют практическую направленность и гибкую временную схему — от краткосрочных до длительных циклов обучения, в зависимости от сложности осваиваемой технологии.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 610 от 1995 г. [1] стажировка может быть самостоятельным видом дополнительного профессионального образования, основной целью которой является

формирование и закрепление на практике профессиональных знаний, умений и навыков, полученных в результате теоретической подготовки.

Технология подготовки специалистов в РФ через стажировки реализуется на основании рекомендаций Управления дополнительного образования Госкомвуза России «Об организации и стажировке специалистов» от 1996 года [2], предусматривающих договорные отношения между образовательным учреждением и заинтересованной организацией.

Долгосрочный вариант стажировки специалиста может проводиться в виде прерывистого модульного обучения и состоять из различных по продолжительности блоков. Такая подготовка становится более предпочтительной для стажера, так как отпадает необходимость его отъезда с основного места работы на длительный срок, являющейся нередкой причиной отказа от продолжительного непрерывного обучения [3]. Краткосрочные стажировки позволяют эффективно ознакомиться с конкретной методикой.

Применительно к запросам практического здравоохранения министерством здравоохранения Красноярского края, краевой клинической больницей и Красноярским государственным медицинским университетом сформирована программа стажировок по различным разделам

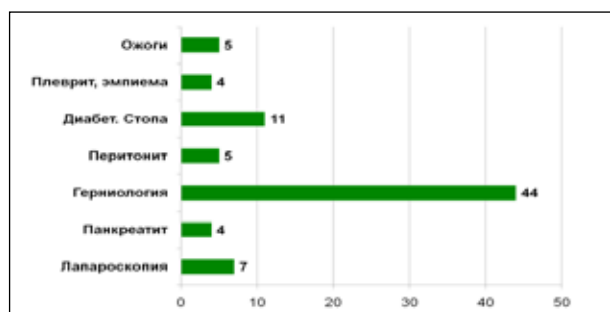


Рисунок 1. Распределение обучающихся по темам стажировок.

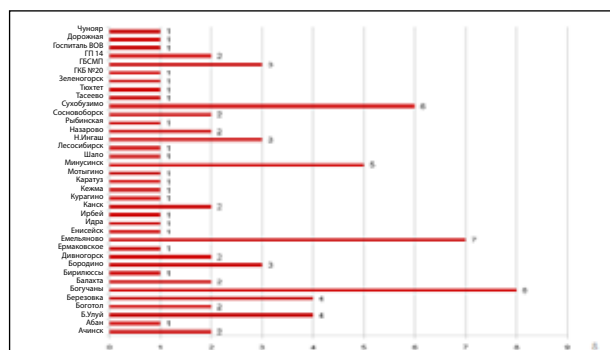


Рисунок 2. Распределение стажеров по лечебным учреждениям.

медицины. Очевидно, что совместными усилиями кафедр КрасГМУ и МЗ Красноярского края через проведение стажировок на базе специализированных отделений ведущих ЛПУ, путем интенсивной теоретической и практической подготовки непосредственно на рабочих местах можно ускорить продвижение новых высокоэффективных технологий на уровень межрайонных больниц региона.

Стажировки проводятся с целью освоения современных лечебно-диагностических методик и отработки новых медицинских технологий, то есть подготавливаются специалисты по какой-то определенной хирургической методике или новому способу лечения заболевания.

С учетом актуальности для здравоохранения региона выбраны следующие темы стажировок общехирургического профиля:

- неотложная диагностическая и лечебная лапароскопия;
- технология лечения ожоговых ран;
- технология диагностики и тактика лечения острого панкреатита;
- технология лечения распространенного гнойного перитонита;
- герниопластика с применением сетчатых эндопротезов;
- этапное оказание помощи больным синдромом диабетической стопы;
- диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры.

Главным врачам медицинских учреждений Красноярского края рассылается информация о темах стажировок, и на основании заявок от лечебных учреждений формируется расписание стажировок. Продолжительность стажировки – пять рабочих дней (начало в понедельник, окончание в пятницу). За стажером закрепляется заведующий отделением подразделения ЛПУ, сотрудник кафедры, курирующий отделение, где проводится стажировка.

В обязанности руководителя стажировки от ЛПУ входят регулярные консультации стажера, совместная отработка в операционной конкретной методики или способа оперативного лечения, а также контроль над результатами его практической деятельности в период стажировки. За время пребывания в краевой клинической больнице стажер участвует в

операциях, куриции тематических пациентов, прослушивает две лекции по соответствующей тематике.

В процессе стажировки ведется дневник. В пятницу происходит собеседование с участием стажера, главного врача ККБ, заместителей главного врача, заведующих отделениями, руководителя программы стажировки.

Программа стажировки может предусматривать самостоятельную теоретическую подготовку, приобретение профессиональных навыков, освоение лечебно-диагностических методик и новых медицинских технологий, а также работу с технической, нормативной и другой документацией.

В целом содержание стажировки определяется с учетом пожеланий организаций, направляющих специалистов на стажировку, самих стажеров, рекомендаций ведущих специалистов, содержания образовательных программ. Программы целевых краткосрочных стажировок могут предусматривать изучение какой-либо одной темы или конкретной медицинской технологии. Например, освоение современных методик герниологии, в частности, применение различных видов аллопластического закрытия грыжевого дефекта брюшной стенки.

Основным отчетным документом является дневник стажировки. В дневнике стажер дает краткую характеристику места стажировки и формирует личные цели согласно утвержденной программе. Кроме того, в дневнике ведется ежедневный учет выполненной работы, возникших проблем и записываются вопросы для консультантов и руководителей стажировки. Дневник заканчивается отчетом по стажировке [2].

Программа работает больше года, за это время в хирургических отделениях краевой клинической больницы прошли обучение 80 хирургов.

На рисунке 1 представлено распределение обучающихся по темам стажировок. Наибольший интерес хирургов вызвала возможность освоения хирургических вмешательств при грыжах с применением сетчатых эндопротезов. Активно направлялись специалисты и для освоения лапароскопии, а также принципов этапного лечения синдрома диабетической стопы.

На рисунке 2 представлена информация, из каких учреждений направлены хирурги на стажировки. Наиболее активно направлялись специалисты из Сухобузимской районной больницы, Минусинской межрайонной больницы, Емельяновской районной больницы, Богучанской районной больницы. Из этих учреждений в программе стажировок приняли участие несколько специалистов по разным направлениям.

На итоговом собеседовании с участием главного врача высказывались различные предложения по улучшению этой образовательной технологии. Основные из них – расширение перечня тем стажировок, увеличение продолжительности стажировки до 10-14 дней, предоставление информационных материалов (видео, презентации) в электронном виде в процессе стажировки, разработка программы стажировки для операционных сестер, определение статуса стажировки в системе последилового образования.

Таким образом, применение технологии стажировок на рабочем месте позволяет быстро подготовить специалистов для внедрения в практическое здравоохранение высокоэффективных медицинских технологий и современных методов лечения заболеваний.

Литература

1. Постановление Правительства РФ № 610 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации специалистов)». – М.: 1995. – 18 с.
2. Рекомендации Управления дополнительного образования Госкомвуза России «Об организации стажировки специалистов». – М.: 1996. – 8 с.
3. Система образования и подготовка преподавателей. Т. 1. / Под ред. Н.А. Белякова, А.П. Щербо. – СПб.: СПбМАПО, 2002. – 480 с.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Е.В. Зорина, Е.В. Пивоварова, О.Н. Будаева, Л.А. Мудрова,
И.И. Барон, О.С. Грушкина, Л.К. Данилова
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
МУЗ ГБ № 4, г. Улан-Удэ*

Одной из составных частей совершенствования системы организации медицинской помощи больным и инвалидам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) является концепция развития сестринского дела (СД) с 2010–2020 гг., где указаны основные сферы деятельности медицинских сестер по профилактике, реабилитации, психологической поддержке человека или семьи.

Функции сестринского персонала (по определению бюро ВОЗ по сестринскому делу) – повышение качества сестринской помощи за счет рационального использования ее потенциала, обеспечивающего повышение качества и продолжительность жизни населения, способствующего удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами, а также их доступности и экономичности.

На первом этапе развития сестринского дела (2010–2015) в концепции предусматривается разработка и внедрение программ и технологий профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний специалистами со средним медицинским образованием. При этом необходимо учитывать, что стратегия профилактики и стратегия реабилитации больных с высоким риском осложнений ССЗ не должны противопоставляться, а должны взаимно дополнять друг друга.

Сердечно-сосудистые заболевания неблагоприятно влияют на качество жизни больных, особенно перенесших инфаркт миокарда, и являются основной причиной инвалидности и смертности не только пожилых и старых людей, но и людей трудоспособного возраста. По литературным данным, в Российской Федерации (2001), более чем у 800 тысяч россиян ежегодно наблюдаются эпизоды нарушения коронарного кровообращения, такие, как сердечный приступ и остановка сердца. Более чем у половины из них указанные состояния возникают впервые в жизни, тогда как у остальных наблюдается повторение (рецидив) сердечной симптоматики.

В 2–3 раза чаще сердечные приступы возникают у мужчин, нежели у женщин. С возрастом частота развития сердечных приступов и заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) также увеличивается, что способствует повышению уровня инвалидизации, который является одним из основных показателей здоровья населения.

В России, по данным Росстата, общая численность инвалидов на 1 января 2013 г. больше 13 млн. человек, и 50% из них – лица трудоспособного возраста. Среди причин инвалидности первое место занимают болезни системы кровообращения (по МКБ), и прежде всего ИБС.

Обсуждаются новые критерии количественной оценки степени нарушенных структур и функций организма у больных, пере-

несших инфаркт миокарда (ИМ), а также критерии эффективности восстановления трудоспособности у этих пациентов после лечения. Однако результаты отечественных исследований демонстрируют низкий процент возвращения больных к трудовой деятельности после ИМ у пролеченных больных.

Цель исследования

Определить основные мероприятия по восстановлению трудоспособности у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, и выявить уровень преемственности в работе стационара и поликлиники в городской больнице № 4 г. Улан-Удэ.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения и кардиологического кабинета поликлиники МУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ. Изучены 53 истории болезни и амбулаторные карты больных кардиологического отделения и кардиологического кабинета поликлиники ГБ № 4 г. Улан-Удэ, а также отчеты о работе этих отделений за 2011–2013 гг.

Большую часть историй болезни и амбулаторных карт составляли больные мужского пола в возрасте 60–70 лет (77%), среди которых бывшие или настоящие работники Улан-Удэнского авиационного завода (92%). Применялся статистический метод обработки данных: описательная статистика, позволяющая охарактеризовать и воспроизвести в виде таблиц и диаграмм те или иные данные.

В ходе изучения историй болезни и амбулаторных карт больных с инфарктом миокарда (ИМ) производилась выборка больных по следующим категориям: пол, возраст, контингент, форма ИМ, осложнения. Кроме того, проводилось анкетирование медсестер этих отделений по определению мероприятий, осуществляемых ими у больных с ИМ.

Результаты

Кардиологическое отделение функционирует с 1979 года и рассчитано на 40 коек. В отделение госпитализируются пациенты в плановом и экстренном порядке. Особенностью отделения является наличие специализированного кабинета для проведения холтеровского мониторирования.

Кардиологический кабинет поликлиники продолжает лечение больных по поводу инфаркта миокарда после выписки из стационара. Оснащение кардиологического кабинета представлено: электрокардиографы – два прибора Cardiofax ECG 9620 K/M, Cardiovit AT-2, система суточного мониторирования АД фирмы SCILLER, система реографических исследований «Реоспектр». Все аппараты получены в 2007 году по национальному проекту «Здоровье» или по программе «Профилактика и лечение АД».

Нами были проанализированы данные госпитализации

Таблица 1. Госпитализация пациентов с ОИМ за 2011-2013 гг. в МУЗ ГБ № 4

Возраст	2011 г. (%)	2012 г. (%)	2013 г. (%)
30-40 лет	-	-	3,7
41-50 лет	8,3	11,8	4,9
51-60 лет	24	15,6	28
61-70 лет	25,6	30,3	17
71-80 лет	30,5	30,3	39
Старше 80 лет	11,6	12	7,4
Итого	121	109	82

пациентов с ОИМ в МУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ за 2011-2013 годы (таблица 1).

Мы видим, что в 2013 году зарегистрированы случаи инфаркта миокарда у пациентов 30-40 лет, чего не наблюдалось в предыдущие годы. По П.Е. Лукомскому и Е.М. Тарееву ИМ чаще наблюдается у лиц старше 50 лет (в 76,3%), при этом в 41,2% приходится на возраст от 50 до 59 лет.

Таблица 2. Распределение больных ОИМ по социальному признаку и полу

Показатели	2011 г. (чел.)	2012 г. (чел.)	2013 г. (чел.)
Работающие	33	20	13
Неработающие	88	89	73
Всего	121	109	86
Мужчины	61	49	44
Женщины	60	60	42
Всего	121	109	86

Отмечается тенденция к снижению госпитализации пациентов с ОИМ с 109 человек в 2011 году до 86 человек в 2013 году. Соотношение заболеваемости инфарктом при распределении по полу в 2011 и 2013 гг. почти одинаковое и несколько больше среди женщин в 2012 году. Тромболитическая терапия в МУЗ ГБ № 4 стала применяться с 2009 года.

Таблица 3. Летальность от ОИМ в МУЗ ГБ № 4

Год	Умерло (%)	Вскрыто (%)	Расхождений (%)	До суток (%)
2008	6,7	4,9	1,6	50
2009	10	8,2	1,6	54,5
2010	9,3%	6	0	37,5

В 2013 году летальность от ОИМ по сравнению с 2011 годом стала выше на 2,6%, в то время как в 2012 году снизилась на 0,7%, Также снизилась суточная летальность на 17% в 2013 году по сравнению с 2012 годом (37,5 и 54,5).

От ОИМ в 2013 году умерли 8 человек (6,7%), причины – фатальные осложнения (ареактивный кардиогенный шок, фатальные аритмии, в одном случае тампонада сердца). Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда и относящиеся по сводному регистру

застрахованных к МУЗ ГБ № 4 г. Улан-Удэ, а соответственно к поликлинике № 4, при выписке из стационара наблюдаются в кардиологическом кабинете.

Принцип преемственности перехода пациента из стационара в поликлинику облегчает контакт как с пациентом, так и с его родственниками, что особенно важно для инвалидов и пожилых пациентов. Больные, прошедшие лечение в стационаре, взяты на диспансерное наблюдение в поликлинике. Для этих целей применяется метод регистрации ЭКГ, анализы крови, измерение артериального давления, при необходимости проводится СМАД, определение липидного спектра крови, нагрузочные тесты.

С целью совершенствования оказания медицинской помощи больным, перенесшим ОИМ, в условиях внедрения новых сестринских технологий в практическое здравоохранение рамки деятельности медицинской сестры значительно расширились и ориентированы не только на пациента, но и на его социальное окружение. Для этой категории пациентов разрабатываются специальные диетические программы, направленные на снижение концентрации холестерина в крови. Прием лекарственных средств, назначаемых врачом с целью нормализации сердечного ритма и артериального давления, контролируется пататными и участковыми медсестрами.

В 2005 году МЗ РФ утвержден «Стандарт медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда». В приложении к стандарту приведены стандарты диагностики, лечения заболевания из расчета 12 дней. В частности, в стандарте указаны 23 медицинские услуги, которые находятся в компетенции специалистов со средним медицинским образованием.

Следует отметить, что разработанные и утвержденные стандарты оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда не в полной мере учитывают не только возможности профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием, но и статус самого пациента (пожилой пациент, с сочетанной патологией).

1 января 2008 года введен в действие новый Национальный стандарт Российской Федерации – «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения». Однако, по опросам медицинских сестер, работающих непосредственно с пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, были отмечены дополнительные медицинские манипуляции, которые выполняются ими при оказании помощи больным с ОИМ, но которые не вошли в стандарт медицинской помощи таким больным:

- измерение суточного диуреза;
- расширение двигательного режима;
- круглосуточное наблюдение за больным;
- прием таблетированных препаратов в присутствии медсестры (раздача лекарств);
- кислородотерапия;
- помощь в передвижении по палате;
- оказание реанимационных мероприятий при осложнении или рецидиве заболевания;
- создание благоприятной обстановки и максимального комфорта для лечения и реабилитации пациента;
- уход за полостью рта и зубами (или зубными протезами);
- уход за глазами;
- обучение пациента самоуходу;
- обучение родственников основным принципам профилактики и особенностям ухода за пациентами;

- катетеризация мочевого пузыря;
- профилактика пневмонии (дыхательная гимнастика);
- обработка повреждений кожных покровов;
- помощь при врачебных действиях;
- подготовка пациента к различным видам исследований, процедур;
- дезинфекция инструментов, предметов ухода, одноразового белья, перчаток после проведения манипуляций;
- контроль за диетой пациента.

На основании всего вышеперечисленного администрацией МУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ разработаны и внедрены на практике «Стандарты качества диспансеризации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Стандарт активно применяется в практической деятельности, как для кардиологического кабинета, так и участковой службы. Эти стандарты включают разработки индивидуальных схем реабилитации по физическому и психологическому восстановлению больных после ИМ.

Кроме того, разработаны и внедрены в практику для больных, перенесших ИМ, «Программа физической реабилитации больных ИМ в раннюю фазу» и «Программа физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе». Эти программы осуществляют медсестры во время прохождения реабилитации больных после ИМ.

Несмотря на то, что перенесшие инфаркт миокарда пациенты в фазе постреконвалесценции возвращаются к труду, они по-прежнему относятся к наиболее уязвимой группе больных с ИБС. Эти лица нуждаются в особом внимании врача и медсестры. Постоянное наблюдение за состоянием здоровья и самочувствия проводятся медицинской сестрой при каждом переходе больного от одного комплекса лечебной гимнастики к другому.

Программа физической реабилитации больных после ИМ строится с учетом принадлежности больного к одному из четырех классов тяжести состояния. Класс тяжести определяется на второй-третий день болезни после ликвидации болевого синдрома и таких осложнений, как кардиогенный шок, отек легких, тяжелая аритмия, и является динамичной величиной.

Цель физической реабилитации – ранняя активизация больных, перенесших инфаркт миокарда, и, главное, в возвращении их к трудовой деятельности. В основу физической реабилитации положена методология расширения режима физических упражнений и применение комплексов лечебной гимнастики.

Перед началом физической реабилитации больных определяется объем и характер нагрузки, в последующем периодически осуществляется контроль над адекватностью нагрузок, проводятся консультации больных по вопросам двигательного режима. Особенностью сестринской помощи больным после ИМ является постоянное наблюдение медсестры (палатной и участковой), которая фиксирует изменения внешнего вида и поведения больного, координацию движений, наличие признаков несоответствия предлагаемых упражнений возможностям больного, определяет изменения пульса, АД и других функциональных показателей и обо всем информирует врача для принятия своевременных действий.

Заключение

Еще недостаточно изучены и не получили широкого распространения методы длительной поддерживающей терапии и диспансеризации больных, перенесших инфаркт миокарда,



а главное – нет тенденции к снижению инвалидности у этой группы пациентов, несмотря на внедрение новых методов их лечения.

В постреконвалесцентной фазе для пациентов, перенесших ИМ, жизненно важное значение приобретают систематическое диспансерное наблюдение, определение возможности возврата к труду и правильная, обоснованная лекарственная терапия.

Для совершенствования сестринской помощи пациентам, перенесшим ИМ, в МУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ разработаны и применяются стандарты по восстановлению их трудоспособности, которые включают:

- восстановительную реабилитацию по специально разработанным программам;
- обучение пациентов;
- повышение медицинской грамотности и приверженности больного к лечению заболевания;
- умение оказать себе помощь при ухудшении состояния;
- снижение вредного влияния факторов риска;
- психосоциальную и медицинскую реабилитацию.

Все эти дополнительные мероприятия способствуют повышению качества жизни больных, перенесших ИМ, и способствуют восстановлению их трудоспособности.

Литература

1. Аронов Д.М., Бубнова М.Г. Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца // Кардиосоматика. 2010. № 1. С. 11-18.
2. Волков В.С. «Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда». Москва. 2008. 232 с.
3. Поздняков Ю.М., Соколова О.Ю., Погосова В.Г. под ред. Оганова Р.Г. «Школа здоровья. Ишемическая болезнь сердца». ГЭОТАР-Медиа. 2011. С. 112.
4. Резолюция «круглого стола» // Рабочая группа по согласованию текста резолюции: О.И. Барбараш (Кемерово), Р.К. Кантемирова (Санкт-Петербург), И.В. Самородская (Москва) и др. «Врач». – 2014. № 7. С. 86-88.
5. Чазов Е.И. Кардиологическая реабилитация // Кардиосоматика. 2010. № 1. С. 9-11.
6. Шестакова М.А., Ахмадеева Л.Н. Психологические особенности сестринского ухода в кардиологической практике и роль руководителей сестринского персонала в процессе создания в больнице благожелательного отношения к пациентам // «Главная медицинская сестра». 2007. № 2. С. 14-18.
7. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М. «Реабилитация больных ишемической болезнью сердца». Москва. 2008. 30 с.

КРУГЛАЯ ДАТА

ИСТОЧНИК ЖИЗНИ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ

АПТЕКЕ КГБУЗ ККБ ИСПОЛНИЛОСЬ 75 ЛЕТ



13 марта 1940 года на первом этаже хирургического корпуса городской больницы открылась аптека. Она занимала три комнаты, в которых коллектив фармацевтов под руководством первой заведующей Александры Александровны Халутиной занимался приобретением, хранением, отпуском медицинского инструментария, перевязочного материала, медикаментов.

Городская больница в годы Великой Отечественной была переоборудована в тыловой военный госпиталь, а после организации кафедр медицинского института на базе больницы в 1942 году, получила статус краевой клинической больницы № 1.

В этих условиях аптека становится производственной, для нужд больницы изготавливаются стерильные лекарственные средства и лекарственные формы для внутреннего и наружного применения.

Естественно, развитие аптеки напрямую зависело от расширения краевой больницы. Открытие новых отделений, строительство поликлинического корпуса привело к увеличению объемов, ассортимента используемых лекарственных средств, перевязочного материала, изделий медицинского назначения.

В 1965 году аптека переехала из нынешнего легочно-аллергологического корпуса на первый этаж поликлиники, заняла шесть комнат и материальные в подвальном помещении.

Принципиальное отличие аптеки 1960-х от нашего времени в огромном количестве лекарственных форм, изготавливаемых *ex tempore*. Сегодня больница использует в основном готовые лекарственные средства, тогда же в день изготавливалось и фасовалось до 15 тысяч порошков, до 100 кг мазей и линиментов. Ампулы заводского производства поступали в госпитальных упаковках и тоже фасовались по 5-10 штук – в день до 500 упаковок. Плюс готовились растворы для внутреннего и наружного применения.

И надо учесть, что, кроме взрослых, в краевой больнице были детские отделения – была потребность в детских дозировках медикаментов. Со всем этим объемом справлялись 12 фармацевтов.

В 1982 году под руководством Екатерины Петровны Комаровой была произведена реконструкция аптеки. Производственные мощности пополнены новым современным оборудованием и специальной аптечной мебелью. Увеличение количества хирургических отделений привело к росту изготовления стерильных лекарственных форм до 1000 флаконов в день. Это был цех производства СЛФ.

С 1993 по 1995 год в аптеке был произведен капитальный ремонт, после чего она стала располагаться на двух этажах поликлинического корпуса, на площади 900 квадратных метров.

Аптека сегодня

Все преобразования в госпитальной фармации осуществляются, исходя из общей концепции развития клинической больницы.

Аптека имеет лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности.

Штат аптеки состоит из 11 провизоров, 12 фармацевтов и 12 сотрудников младшего персонала. Руководит аптекой Юлия Харитоновна Яковлева.

Изменилась структура товарных запасов: существенно расширился ассортимент готовых лекарственных средств, перевязочного

материала, дезинфицирующих средств, энтерального питания. Наряду с этим аптека обеспечивает все структурные подразделения больницы различными медицинскими изделиями, в том числе, имплантируемыми в организм человека.

В связи с этим возникла необходимость распределения объемов работы сотрудников по следующим направлениям:

- работа с лекарственными средствами;
- работа с медицинскими изделиями;
- работа по изготовлению лекарственных форм.

Несмотря на явные преимущества готовых лекарственных препаратов, лекарственные формы аптечного изготовления актуальны.

Лекарственные средства (ЛС) используются не только для лечения больных, но и для обеспечения лечебного процесса в целом (растворы для электрофореза, обработки кожи, дезинфицирующие средства) и другие.

Некоторые ЛС отсутствуют среди препаратов промышленного производства (раствор натрия хлорида 10%, перекись водорода 6%), поэтому они изготавливаются только в условиях аптеки.

Внутриаптечное изготовление лекарственных средств является важнейшей функцией больничных аптек не только в нашей стране, но и в мире, поэтому вводятся стандарты надлежащей аптечной практики (Good Pharmacy Practice) для инновационного подхода в выборе качественной системы изготовления ЛС.

Организация лекарственного обеспечения начинается с формирования заявок на приобретение лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента.

Годовые внеочередные заявки формируются на основании потребностей отделений больницы с учетом расходов за предыдущие периоды и текущих остатков, а также финансовых планов и задач, стоящих перед лечебным учреждением на данном этапе.

Для оптимального планирования необходимо также учитывать изменения коечного фонда, внедрение новых методов и стандартов лечения, специализацию функционирующих отделений, предстоящие ремонтные работы и т. д.

Рациональный подход к закупкам основан на принципах фармакоэкономики, когда учитывается не только стоимость единицы упаковки лекарственного препарата, но и курсовая стоимость лечения, и оценивается соотношение польза/затраты.

Только с учетом всех этих факторов при имеющихся реальных возможностях финансирования можно наиболее оптимально решить проблему лекарственной помощи пациентам, получающим лечение в условиях стационара.

Одним из значимых разделов работы аптеки является организация работы по выявлению недоброкачественных, контрафактных и фальсифицированных лекарственных средств. С этой целью ежедневно в режиме мониторинга с сайта Росздравнадзора провизоры получают информационные письма об изъятии из обращения либо приостановке реализации забракованной продукции. Такая работа проводится в отношении лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Основной задачей аптеки является своевременное и качественное обеспечение отделений лечебного учреждения товарами аптечного ассортимента в объемах утвержденного финансирования. Отпуск медицинских товаров из аптеки в отделения осуществляется ежедневно в соответствии с утвержденным графиком, а также в слу-





чаях экстренной необходимости, вне графика, в любое время суток дежурным администратором аптеки.

Внедрение новых технологий является залогом предоставления пациентам качественной лекарственной помощи. Аптека и отделения больницы оснащены компьютерной программой, которая позволяет постоянно совершенствовать процессы выписки, выдачи, контроля за расходованием лекарственных препаратов и медицинских изделий.

С 2012 года в больнице введен персонифицированный учет лекарственных средств (ЛС) и медицинских изделий (МИ). Для успешной работы персонифицированного учета в 2013 году введено штрих-кодирование всего товара.

Назначение данного кода — обеспечить необходимый для всех участников сферы обращения ЛС и МИ объем информации о товаре.

Внутренний штрих-код позволяет экономить время медицинского и фармацевтического персонала, обеспечивая тем самым оперативность оказания фармацевтической услуги и минимизировать риск возникновения ошибок — таких, как неправильное написание названий лекарственных препаратов, их дозировок, ошибок при выдаче медикаментов пациентам.

Безопасность лечения пациентов напрямую зависит от качества используемых лекарственных препаратов и медицинских изделий. Для этого необходимо обеспечить должные условия хранения товарных запасов в соответствии с требованиями нормативной базы на всех этапах.

В рамках этого раздела деятельности больничная аптека проводит большую работу по рациональному размещению и организации должного хранения товара на имеющихся площадях. Ведется работа по оснащению материальных комнат аптеки и отделений больницы соответствующим оборудованием, позволяющим обеспечить необходимый температурный режим и защиту от неблагоприятного воздействия различных факторов окружающей среды. Осуществляется ежедневный контроль параметров микроклимата помещений хранения.

Провизором аптеки проводится регулярный контроль за соблюдением условий хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий в отделениях больницы.

Наши кадры

Важную роль в сохранении преемственности поколений, традиций фармацевтической этики, соблюдении фармацевтического порядка и внедрении новых технологий в сфере обращения лекарств играют провизоры и фармацевты. Укомплектованность фармацевтическими кадрами в аптеке стабильна в течение ряда лет. В настоящее время с актуальными задачами, стоящими перед фармацевтическими работниками, справляются наши провизоры: Елена Вячеславовна Попова, Марина Георгиевна Белова, Татьяна Николаевна Люкшова, Светлана Александровна Маликова, Наталья Владимировна Ступакова, Галина Григорьевна Петрик, Оксана Олеговна Веселова, Наталья Валерьевна Назарова, Олеся Анатольевна Соболевская, Татьяна Владимировна Столярова; и фармацевты: Татьяна Васильевна Малахова, Ирина Павловна Толокнова, Нина Васильевна Безуглая, Галина Ивановна Савчук, Татьяна Валентиновна Шикотько, Наталья Георгиевна Горестова, Клавдия Николаевна Суровцева, Светлана Борисовна Ворсина, Татьяна Михайловна Ананина, Галина Васильевна Аборнева, Елена Владимировна Левданская, Валентина Владимировна Истомина.

Согласно международным требованиям, предъявляемым к технологии изготовления лекарственных средств и рациональной организации труда работников больничных аптек, особое внимание уделяется компетентности специалистов и качеству их работы. Для повышения профессионализма сотрудники аптеки направляются на курсы повышения квалификации по специальности, на курсы по изучению вновь вводимых компьютерных программ. Проводятся занятия по повышению качества оказания лекарственной помощи в соответствии с современными рекомендациями МЗ РФ.

Перспективы больничной аптеки

Перспективы развития больничной аптеки охватывают все разделы ее деятельности. В первую очередь это касается усовершенствования персонифицированного учета медикаментов в отделениях больницы.

В настоящее время аптека совместно с отделом АСУ разрабатывает и внедряет электронные требования-накладные на отпуск товаров. Это позволит оптимизировать процесс выписывания необходимых аптечных товаров для отделений больницы, сократить время их поступления из аптеки в отделения и обеспечит своевременную информацию об их наличии или отсутствии в режиме текущего времени.

Для аптечной службы это даст возможность получать оперативную информацию по дефектурным (отсутствующим) позициям, принимать меры по их сокращению, рационально распределять товарный запас по отделениям.

На основании полученных данных появится возможность формировать различные аналитические отчеты, использовать их в дальнейшем при составлении плановых и экстренных заявок.

Такой подход позволит принимать соответствующие управленческие решения с целью своевременного обеспечения подразделений больницы товарами аптечного ассортимента в полном объеме.

Перспектива развития персонифицированного учета позволит фармацевтическому работнику произвести выдачу лекарственных средств непосредственно пациенту в индивидуальной упаковке для разового приема. Решение данной задачи возможно в обозримом будущем с внедрением роботов-манипуляторов и новых систем хранения товарных запасов.

Таким образом, больничная аптека, являясь неотъемлемой частью госпитального звена, способствует организации качественного лекарственного обеспечения, безопасности лекарственной терапии и оптимизации расходования бюджетных средств.

Деятельность госпитальной аптеки в условиях непрерывного развития медицинской науки и совершенствования стандартов оказания медицинской помощи населению на всех уровнях направлена на обеспечение надежной взаимосвязи врач-провизор-пациент и является залогом успеха лечения пациента.



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Юлия Харитоновна Яковлева, заведующая аптекой КГБУЗ ККБ:

— Один из писателей-медиков дал такое определение роли аптеки в больничной службе: «Если врачи — это руки, ноги, голова, сердце и душа клиники, то аптека в ней, безусловно, — кровь и лимфа, поставляющая все необходимые ингредиенты для нормального функционирования органов».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА АССОРТИМЕНТА И ЦЕН НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЗА ДЕКАБРЬ 2014 ГОДА И ФЕВРАЛЬ 2015 ГОДА

А.А. Мелехов, М.А. Лаптева

ТОФС по надзору в сфере здравоохранения по Красноярскому краю

Резюме

На основе разработанного программного продукта проведен анализ результатов мониторинга ассортимента и цен на ЖНВЛП в амбулаторном и госпитальном сегментах фармацевтического рынка Красноярского края. В процессе анализа цен на ЖНВЛП осуществлялось сравнение показателей, введенных в мониторинг субъектами обращения лекарственных препаратов за декабрь 2014 г. и февраль 2015 г.

Ключевые слова: закупочная цена, розничная цена, розничная надбавка, розничная реализация, лекарственный препарат, жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

В соответствии с Положением, утвержденным Приказом Минздрава России от 13.12.2012 № 1040н, и Положением, утвержденным Приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения № 2325-ПР/13 от 06.06.2013, Территориальный орган Росздравнадзора по Красноярскому краю проводит мониторинг ассортимента и цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

На территории Красноярского края розничную реализацию лекарственных препаратов (ЛП) в полном объеме осуществляет около 400 хозяйствующих субъектов, которые имеют около 1300 структурных подразделений (аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски). В мониторинге принимают участие 66 хозяйствующих субъектов. Участвующие в мониторинге субъекты имеют в своих структурах свыше 800 аптечных организаций. Перечень аптечных учреждений представлен аптечными учреждениями (организациями) всех форм собственности.

Перечень ЛПУ, участвующих в мониторинге, сформирован по следующим основаниям: в перечень включены федеральные учреждения здравоохранения, краевые многопрофильные учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную помощь, центральные районные и городские больницы, в т. ч. Норильска. Краевые специализированные учреждения здравоохранения, оказывающие стационарную помощь, представлены головными крупными диспансерами и больницами по профилям — наркология, онкология, туберкулез, дерматовенерология и психоневрология.

Лекарственное обеспечение специализированных учреждений здравоохранения на территории края унифицировано и осуществляется на основании централизованного закупок по их заявкам и распределения препаратов, закупаемых по целевым программам.

Предельные размеры оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей лекарственных препаратов установлены на территории Красноярского края постановлением правительства Красноярского края от 22.11.2011 № 705-п «Об установле-

нии предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и утверждении поправочных коэффициентов дифференциации к расчетным размерам оптовых и розничных надбавок к ценам на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

В связи с тем, что протяженность Красноярского края с севера на юг очень велика, предельные размеры оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам утверждены указанным постановлением с учетом не только ценовых категорий, но и географических зон:

- районы Крайнего Севера;
- местности, приравненные к районам Крайнего Севера;
- города и районы края, за исключением районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

Это один из факторов, влияющих на разброс розничных цен на одни и те же наименования лекарственных препаратов в крае.

Проведен анализ результатов мониторинга ассортимента и цен на ЖНВЛП в амбулаторном и госпитальном сегментах фармацевтического рынка Красноярского края.

При проведении анализа цен на ЖНВЛП осуществлялось сравнение показателей, введенных в мониторинг субъектами обращения лекарственных препаратов за декабрь 2014 г. и февраль 2015 г. При этом были рассмотрены цены на лекарственные препараты перечня ЖНВЛП по полному совпадению наименования, дозировки и производителя. Проанализированы цены в амбулаторном и госпитальном сегментах. Для сравнения были отобраны в амбулаторном сегменте: 166 наименований лекарственных препаратов отечественного производства и 244 наименования импортных лекарственных препаратов, в госпитальном сегменте: 386 наименований лекарственных препаратов отечественного производства и 361 наименование импортных лекарственных препаратов. Анализ проводился в различных ценовых категориях — до 50 руб. включительно, свыше 50 до 500 руб., свыше 500 руб.

При осуществлении мониторинга ассортимента и цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, отмечено, что с 2014 года нарушений в части превышения установленных постановлением правительства Красноярского края от 22.11.2011 № 705-п предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, не выявлено.

РИСУНОК 1. Динамика средних закупочных цен на отечественные ЛП в амбулаторном сегменте в различных ценовых категориях

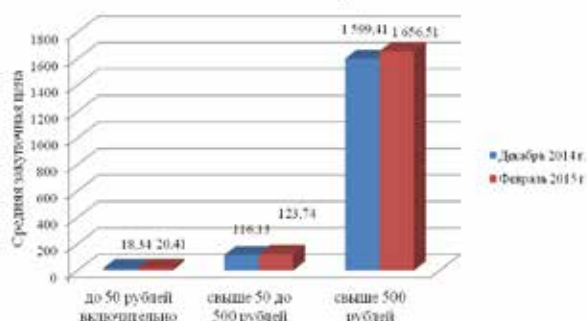


РИСУНОК 3. Динамика средних закупочных цен на импортные ЛП в амбулаторном сегменте в различных ценовых категориях

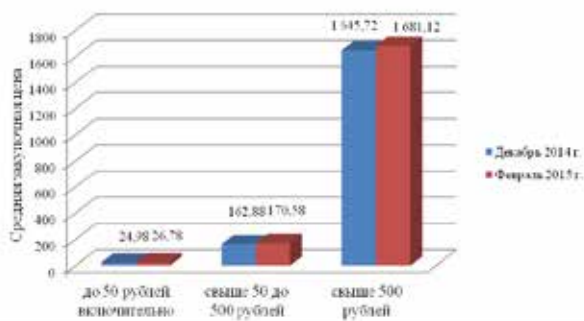


РИСУНОК 2. Динамика средних розничных цен на отечественные ЛП в амбулаторном сегменте в различных ценовых категориях

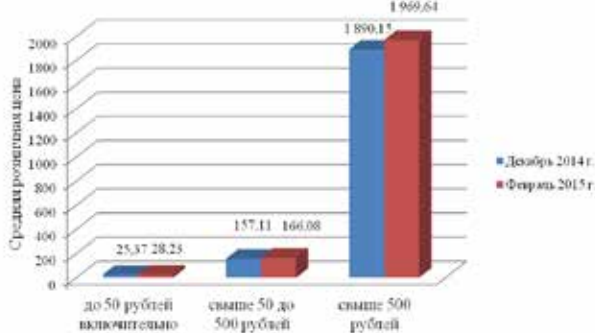
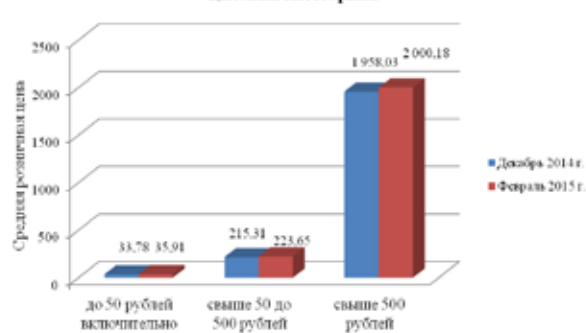


РИСУНОК 4. Динамика средних розничных цен на импортные ЛП в амбулаторном сегменте в различных ценовых категориях



Динамика уровня цен в амбулаторном сегменте

Анализ цен на лекарственные препараты отечественного производства показал, что наибольший прирост уровня закупочных и розничных цен отмечен в ценовой категории до 50 рублей включительно, что составило 11,29 и 11,28% соответственно (таблица 1). Наименьший прирост уровня закупочных и розничных цен отмечен в ценовой категории свыше 500 рублей, что составило 3,57 и 4,21% соответственно.

Динамика средних закупочных и розничных цен на отечественные лекарственные препараты представлена на рисунках 1 и 2.

— до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на отечественные ЛП составила 18,34 руб., в феврале 2015 г. — 20,41 руб.;

— свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на отечественные ЛП составила 1116,13 руб., в феврале 2015 г. — 123,74 руб.;

— свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на отечественные ЛП составила 1599,41 руб., в феврале 2015 г. — 1656,51 руб.

— до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на отечественные ЛП составила 25,37 руб., в феврале 2015 г. — 28,23 руб.;

— свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на отечественные ЛП составила 157,11 руб., в феврале 2015 г. — 166,08 руб.;

— свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на отечественные ЛП составила 1890,15 руб., в феврале 2015 г. — 1969,64 руб.

В процессе анализа цен на импортные лекарственные препараты выявлено, что в ценовой категории до 50 рублей включительно отмечен наибольший прирост закупочных и розничных цен на 7,21 и 6,29% соответственно, а в ценовой категории свыше 500 рублей закупочная и розничная цена на импортные лекарственные препараты увеличилась на 2,15%.

Динамика средних закупочных и розничных цен на импортные лекарственные препараты представлена на рисунках 3 и 4.

— до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на импортные ЛП составила 24,98 руб., в феврале 2015 г. — 26,78 руб.;

— свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на импортные ЛП составила 162,88 руб., в феврале 2015 г. — 170,58 руб.;

— свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на импортные ЛП составила 1645,72 руб., в феврале 2015 г. — 1681,12 руб.

— до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на импортные ЛП составила 33,78 руб., в феврале 2015 г. — 35,91 руб.;

— свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на импортные ЛП составила 215,31 руб., в феврале 2015 г. — 223,65 руб.;

свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на импортные ЛП составила 1958,03 руб., в феврале 2015 г. — 2000,18 руб.

Динамика уровня цен в госпитальном сегменте

Анализ цен на отечественные лекарственные препараты показал, что в ценовых категориях до 50 рублей включительно и свыше 50 до 500 рублей уровень цен возрос соответственно на 0,22 и 2,95%, а в ценовой категории свыше 500 рублей уровень цен, наоборот, снизился на 0,43% (таблица 2).

Анализ цен на импортные лекарственные препараты показал, что рост уровня цен произошел во всех ценовых категориях, при этом наибольший рост наблюдается в ценовой категории до 50 рублей включительно — 1,56%.

Динамика средних цен на отечественные и импортные лекарственные препараты представлена на рисунках 5 и 6.

— до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя цена на отечественные ЛП составила 24,33 руб., в феврале 2015 г. — 24,38 руб.;

— свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на отечественные ЛП составила 178,31 руб., в феврале 2015 г. — 183,63 руб.;



– свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на отечественные ЛП составила 3273,81 руб., в феврале 2015 г. – 3259,82 руб.
 – до 50 руб. включительно: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на импортные ЛП составила 26,76 руб., в феврале 2015 г. – 27,18 руб.;
 – свыше 50 руб. до 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя розничная цена на импортные ЛП составила 220,91 руб., в феврале 2015 г. – 222,48 руб.;
 – свыше 500 руб.: в декабре 2014 г. средняя закупочная цена на импортные ЛП составила 4134,18 руб., в феврале 2015 г. – 4137,74 руб.

Для проведения анализа цен на ЖНВЛП Территориальным органом Росздравнадзора по Красноярскому краю разработан программный продукт в среде разработки Microsoft Visual Studio 2012 на языке программирования C#. Программа дала возможность произвести выборку лекарственных препаратов по полному совпадению наименования, дозировки и производителя, позволила увеличить объем анализируемой выборки лекарственных препаратов до 1157 наименований, что, в свою очередь, обеспечило получение корректных результатов, а также позволило сократить временные затраты на проведение анализа.

ТАБЛИЦА 1. Динамика уровня розничных и закупочных цен и надбавок в амбулаторном сегменте

Уровень цен на ЛП	В общем случае			На отечественные ЛП			На импортные ЛП		
Расчетные формулы	АфевАдек-100%-100%	АфевАдек-100%-100%	Вфев-Вдек	Афев Адек-100%-100%	Афев Адек-100%-100%	Вфев-Вдек	Афев Адек-100%-100%	Афев Адек-100%-100%	Вфев-Вдек
	Изменение закупочных цен (%)	Изменение розничных цен (%)	Изменение розничной надбавки (%)	Изменение закупочных цен (%)	Изменение розничных цен (%)	Изменение розничной надбавки (%)	Изменение закупочных цен (%)	Изменение розничных цен (%)	Изменение розничной надбавки (%)
Среднее изменение цен, (%)	3,1	3,06	0,22	4,5	4,8	0,62	2,65	2,52	-0,04
до 50 рублей включительно	10	9,73	0,85	11,29	11,28	1,1	7,21	6,29	0,12
свыше 50 до 500 рублей	5,24	4,41	0,08	6,55	5,71	0,08	4,72	3,87	0,08
свыше 500 рублей	2,46	2,59	0,06	3,57	4,21	1,59	2,15	2,15	-0,38

где А – среднее значение цены закупочной и розничной соответственно, В – среднее значение розничной надбавки.

ТАБЛИЦА 2. Динамика уровня цен в госпитальном сегменте

Уровень цен на ЛП	В общем случае	На отечественные ЛП	На импортные ЛП
Расчетные формулы	АфевАдек-100%-100%	АфевАдек-100%-100%	АфевАдек-100%-100%
среднее изменение цен (%)	0,1	0,01	0,18
до 50 рублей включительно (%)	0,46	0,22	1,56
свыше 50 до 500 рублей (%)	1,51	2,95	0,71
свыше 500 рублей (%)	-0,02	-0,43	0,09

где А – среднее значение закупочной цены.

ЭТИКА

КРАСНАЯ ПАПКА

МОРАЛЬНЫЙ КОДЕКС СОТРУДНИКА КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Уважаемые медработники!

В 1994 году Ассоциацией врачей России был принят «Этический кодекс российского врача». Это не нормативно-правовой акт, а свод моральных норм и требований, носящих рекомендательный характер. С осени 2014 года краевая клиническая больница разрабатывала свой кодекс чести, который нисколько не противоречит этическому кодексу российского врача, но приближает его к конкретному лечебному учреждению.

Представляем на ваш суд «Красную папку», с которой, по нашему мнению, должны быть знакомы все сотрудники ведущей клиники Красноярского края.

ВВЕДЕНИЕ

Вы — сотрудник краевой клинической больницы. Что это значит?

В первую очередь, ваши действия, ваше рабочее время подчинены миссии больницы:

МЫ ОКАЗЫВАЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОТВЕТСТВЕННО, НАИЛУЧШИМ ОБРАЗОМ РЕШАЯ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ.

Во-вторых, для вас понятны и приемлемы три принципа краевой клинической больницы:

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ. Мы развиваем компетентность сотрудников на основе на-

учных знаний, клинических исследований и практического опыта поколений, используем современные методы диагностики, лечения и управления.

ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ. Мы проявляем заботу о пациентах в трудные минуты их жизни, поддерживаем атмосферу доброжелательности, взаимопомощи и доверия.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. В своей деятельности мы следуем этическому кодексу медицинского работника, обеспечиваем условия для самореализации, обучения и комфортной работы.

В-третьих, вы осознаете, что работа в краевой клинической больнице, ведущем

лечебном учреждении Красноярского края со славной 73-летней историей, традициями единения медицинской науки и практики, подвижничества, наставничества, интеллектуального и технологического лидерства, накладывает на вас определенные обязательства. Что это за обязательства?

На самом деле, требование одно: вы должны быть достойным представителем краевой клинической больницы.

За этим абстрактным определением стоит свод конкретных корпоративных правил, которые заключены в КРАСНОЙ ПАПКЕ — моральном кодексе наших сотрудников.

Зачем нужна КРАСНАЯ ПАПКА?

Молодым сотрудникам — для скорейшего понимания, чем «дышит», как живет больница, где им выпала честь работать, для адаптации к коллективу, новому месту работы.

Сотрудникам опытным КРАСНАЯ ПАПКА должна стать духовной опорой и аргументом в наставнической деятельности.

КРАСНАЯ ПАПКА — помощник сотрудникам краевой клинической больницы независимо от стажа и опыта.

КОРПОРАТИВНЫЕ ПРАВИЛА ОБ ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ

Каждый человек, которому повезло стать сотрудником краевой клинической больницы, знает, что наша клиника появилась не вчера. Сегодняшние успехи в диагностике и лечении сложных заболеваний, интеллектуальная и технологическая мощь больницы — результат работы нескольких поколений организаторов здравоохранения, талантливых врачей-клиницистов и среднего медицинского персонала.

Оценивая свою роль и вклад в развитие больницы, мы с благодарностью и уважением вспоминаем о предшественниках.

О РЕПУТАЦИИ БОЛЬНИЦЫ

Мы работаем на основе:

Законности. Любое действие, совершаемое в рамках профессиональной деятельности и от лица ККБ, находится в рамках закона. Отклонение от этого принципа может поставить под удар репутацию всего коллектива, а главное — здоровье и жизнь наших пациентов.

Профессионализма. Главное, к чему должен стремиться сотрудник ККБ, — стать компетентным специалистом в своей области. Ничем другим вы не заработаете авторитет у коллег и доверие пациентов.





Командной работы. Каждый сотрудник ККБ соблюдает интересы клиники, ощущает свою работу как вклад в общее дело.

Краевая клиническая больница — ориентир для всего медицинского сообщества Красноярского края. Поэтому мы чувствуем ответственность за действия каждого члена нашего коллектива и знаем, что они влияют на репутацию больницы в целом.

О ДОСТИЖЕНИЯХ

Мы убеждены, что наша работа максимально полезна для общества.

Мы ставим перед собой конкретные цели и осуществляем их с применением всех возможностей современной медицины.

Мы рассчитываем на увлеченность, мотивацию и стремление каждого сотрудника к успеху, уважаем амбициозных, энергичных людей.

Мы приветствуем тесное взаимодействие медицинского персонала с руководителями, обмен идеями и предложениями ради повышения эффективности работы в целом. Мы поддерживаем друг друга, радуемся победам и наградам коллег, воспринимаем их как собственные.

Подчиненные могут обращаться к своему непосредственному руководителю за советом, обсуждать проблемы и свободно выражать собственное мнение. Необходимая в работе информация всегда доступна. Каждый сотрудник может быть «генератором идей».

Главным своим достижением мы считаем сохраненную жизнь и возвращенное здоровье пациентов.

ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ СОТРУДНИКОВ

Мы обеспечиваем конфиденциальность полученной в процессе работы информации, никогда не используем эту информацию для личной выгоды либо в интересах третьих лиц.

Мы работаем так, чтобы это не привело к потере деловой репутации больницы, не разрушало имидж подразделения и не нанесло морального и физического вреда нашим пациентам.

Конфликтные ситуации между сотрудниками мы разрешаем на уровне руководителей подразделений.

Мы выполняем поручения руководителя качественно и в срок. Если в срок не укладываемся, предупреждаем об этом и предлагаем другой вариант решения проблемы.

Договоренности с руководителем мы записываем и записываем.

Мы помним, что максимально комфортно работает с сотрудниками, которые все выполняют с первой просьбы и не нуждаются в жестком контроле.

Мы знаем, что от качества нашей работы зависит жизнь человека. В сложной ситуации мы всегда просим коллег о помощи и получаем ее.

Мы четко следуем трудовой дисциплине — не опаздываем и не покидаем рабочее место раньше срока. Мы помним, что у руководителя есть право знать, где мы находимся в данный момент.

Мы понимаем, что больница платит нам не за то, что мы рассказываем о своих проблемах, а за то, что мы решаем проблемы наших пациентов.

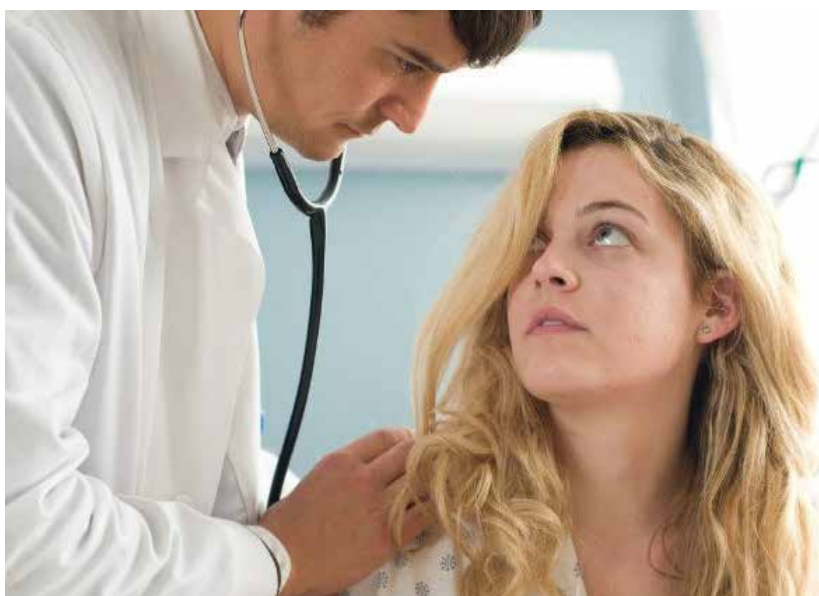
ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

Руководители обеспечивают всем сотрудникам равные возможности для проявления лучших личных и профессиональных качеств.

Формируют коллективу четкие цели работы, организуют и направляют работу подразделения, делегируют сотрудникам необходимые полномочия для решения оперативных вопросов, находящихся в рамках их компетенции.

Всегда готовы оказать сотрудникам консультативную и практическую помощь.

Руководители требуют от всех сотрудников поддержания деловой репутации и имиджа подразделения как внутри больницы, так





и вне ее — в среде пациентов и в медицинском сообществе.

Руководители подразделений прикладывают все усилия, чтобы разрешить проблемы на уровне главного врача, его заместителей и не выносить сор из избы (например, не давать информацию о корпоративны

О ДЕЛОВОМ ЭТИКЕТЕ

Мы сохраняем доброжелательность при решении любых, даже самых запутанных проблем.

Конфликтные отношения между сотрудниками никогда не отражаются на рабочем процессе и, самое главное, неизвестны пациентам. Если больной явился свидетелем конфликта сотрудников, это грубейшее нарушение медицинской этики.

Если больной услышал от медработника компрометирующую информацию о коллегах, в том числе из других медицинских учреждений, — это тоже грубейшее нарушение медицинской этики.

Мы стремимся создать такую атмосферу в коллективе, чтобы пациенты чувствовали к медработникам доверие и уважение, а врачи и медицинские сестры мечтали устроиться к нам на работу.

О ТЕХНОЛОГИИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

Мы знаем, что умение сотрудников говорить с пациентами, их родственниками, а также с коллегами и другими заинтересованными лицами способствует созданию благоприятного впечатления о больнице в целом.

Мы помним, что пребывание в больнице — стресс, и во многом именно от нас зависит психологическое состояние пациентов.

Внимание, терпение и доброжелательность к больному человеку — признак высокого профессионализма медработника, поэтому мы никогда не позволяем себе грубить или отмахиваться от просьб о помощи.

Мы в совершенстве владеем методикой телефонного общения с пациентами и их родственниками.

Разговаривая по телефону, мы представляем собеседника сидящим напротив. Гово-

рим спокойно и доброжелательно, словно смотрим ему в глаза, чтобы исключить соблазн отмахнуться или даже нагрубить человеку, которого не видим.

В процессе телефонного общения мы руководствуемся следующими нормами и правилами делового этикета:

- наш голос звучит приветливо, несмотря на рабочую загрузку. Мы помним, что в больницу крайне редко звонят люди в хорошем настроении. В подавляющем большинстве случаев они встревожены, переживают и нуждаются в сочувствии;
- отвечаем на телефонный звонок быстро, насколько это возможно. Этим мы экономим собственное время, потому что родственники пациента все равно будут настойчиво звонить;
- рядом с телефоном постоянно лежат

бумага и ручка, а неподалеку находится список пациентов с номерами палат;

— не дожидаясь обращения собеседника, мы четко представляемся. Например, «Урологическое отделение, постовая медсестра Иванова». Или: «Нейрореанимация. Врач-реаниматолог Смирнов». Эта «визитка» дисциплинирует нашего собеседника — чаще всего нам так же четко докладывают цель звонка;

— если мы действительно не можем в данную минуту уделить собеседнику время, извиняемся и просим перезвонить. Внимание! В данном случае слово «позже» — некорректно. Если собеседнику необходима беседа с конкретным врачом, уточняем время повторного звонка — пять минут, десять, час;

— мы крайне осторожны с передачей информации о состоянии пациента по телефону, но с учетом контингента пациентов ККБ





(жители отдаленных районов края) нам приходится доверять собеседникам заочно. В этом случае мы дозируем информацию — говорим коротко, без подробностей, ограничиваемся констатацией тяжести пациента, не даем категоричных прогнозов, приглашаем родственников на личную встречу;

- мы стараемся не напрягать родственников медицинской терминологией. Мы помним, что наша задача — максимально успокоить собеседника, а профессиональная лексика граждан пугает. Стараемся говорить понятно. Например: «У вашего мужа инсульт. Он в очень тяжелом состоянии. Приезжайте, мы расскажем вам подробности». Уточнение — геморрагический или ишемический инсульт — может поставить собеседника в тупик;

- мы не отказываемся принять и записать информацию для своего коллеги, если не являемся лечащим врачом пациента;

- если собеседник набрал неправильный номер, вежливо поправляем, сообщаем телефон нужного отделения или номер справочной службы.

О ДОКУМЕНТООБОРОТЕ

Мы умеем оформлять медицинскую документацию и так же грамотно ведем деловую переписку. Прежде чем отнести документ руководителю, перепроверяем факты и цифры, уточняем формулировки, делаем выравнивание, расстановку переносов, проверяем орфографию и пунктуацию, расставляем номера страниц.

Ни скорость подготовки документа, ни то, что «это всего лишь черновик», не служат оправданием неряшливости.

О КАДРАХ

Мы знаем, что в краевой клинической больнице можно сделать блестящую карьеру. Надо много работать, брать на себя ответственность и эту ответственность достойно нести. Но мы никогда не ставим личные амбиции выше общего дела.

Мы готовы учиться, проявлять инициативу, конкурировать с коллегами, но наше тщеславие не должно оборачиваться риском для пациента.

Мы помним, что наиболее ценный работник — тот, который может обучать новых работников. Пусть даже молча — собственным примером и отношением к делу.

О ГОРДОСТИ

Мы работаем в краевой клинической больнице, и значит, нам выпал счастливый билет: еще до того, как мы наберемся опыта и станем известными специалистами, бренд «краевая» уже работает на нас. Мы по определению сильны, профессиональны, умны, ведь в краевой больнице нет «плохих врачей».

Мы дорожим этим обстоятельством, стараемся соответствовать. И никогда не упускаем случая заявить, что работаем в лучшей больнице Красноярского края.

О ЗАРПЛАТЕ

Мы знаем наизусть несколько тезисов:

- нет на свете человека, который считал бы, что его труд адекватно оценен в финансовом выражении;

- нельзя отвлекать руководителя по мелочам. Чем меньше он думает за нас, тем больше платит, и наоборот;

- если бы за усталость платили, мы были бы миллиардерами.

Но нам платят за результат.

О ВНЕШНЕМ ОБЛИКЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Мы знаем, что наша подтянутость и аккуратность вызывают у пациентов доверие и уважение.

Мы никогда не подойдем к постели больного без медицинской униформы, в уличной обуви или в расстегнутом халате.

Мы понимаем, что такое эстетика, и умеем выглядеть привлекательно, но никогда не злоупотребляем косметикой, парфюмом, бижутерией, не делаем вызывающий маникюр, не носим шпильки в отделении.

Мы бережем покой наших пациентов, не позволяем себе громко разговаривать, смеяться, вести личные разговоры по сотовому, когда рядом страдающие люди.

В нашем облике нет ничего вызывающего и вульгарного, мы — представители благородной, аристократической профессии и мы знаем цену нашему белому халату.

У нас всегда чистые руки и чистые мысли.

МЫ КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВ

Прогулов, пьянства, наркотического опьянения, грубости по отношению к пациентам, взяточничества, лени, низкого уровня производительности труда.

Для нас неприемлемо пренебрежение общепринятыми нормами делового общения, внутренними правилами больницы.

НАШИ ЦЕЛИ

Мы стремимся сохранить лидерство в медицинской отрасли Красноярского края и укрепить имидж передовой больницы на всероссийском уровне.

Мы участвуем в создании эффективной работающей клиники XXI века, которая обеспечивала бы пациентам весь ассортимент медицинских технологий, комфортное пребывание в стенах больницы и полностью соответствовала мировым стандартам медицинской деятельности.

Мы стремимся к тому, чтобы работа приносила стабильный заработок персоналу и положительные оценки со стороны учредителей.

Мы стремимся создать в коллективе атмосферу доброжелательности, чтобы каждый из нас был счастлив работать в окружении умных, красивых, интеллигентных людей.

НАШИ КОНКУРЕНТНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Самое главное конкурентное преимущество заключается в том, что, несмотря на высокую репутацию краевой клинической больницы, мы постоянно спрашиваем себя: «Сделал ли я для пациента все, что мог? Чему новому я еще должен научиться?».

Клинический
Casus **extraordinarius**
случай

ИНВАЗИВНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*И.С. Гусева, И.В. Демко, С.В. Зеленый, А.А. Керзик, А.А. Шведова,
Т.В. Кондакова, М.В. Ботова, С.В. Батышев, И.В. Вершинин
КГБУЗ ККБ, отделение пульмонологии
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
ФМБА России КБ № 51, Железногорск КГБУЗ ККПАБ*

Аспергиллы широко распространены в окружающей среде, существуют повсюду. Грибковые споры постоянно находятся в воздухе в виде биоаэрозоля и ингалируются микроорганизмами. Споры могут обсеменять слизистую оболочку дыхательных путей, параназальных синусов и благодаря малым размерам (2,5-3 мкм) достигать альвеол. Основная масса спор грибов, попадающая в организм, элиминируется за счет мукоцилиарного клиренса. Остатки спор и мицелия фагоцитируются альвеолярными макрофагами.

В норме существует, по крайней мере, три линии защиты организма против инвазии организма грибами: мукоцилиарный клиренс, фагоцитоз спор макрофагами, а также повреждение и элиминация гифов нейтрофилами. При нормальном функционировании врожденной системы иммунитета этих систем вполне достаточно для защиты организма от инвазии грибами.

Известно более 600 видов аспергилл, но лишь немногие патогенны для человека. Аспергиллез является второй по частоте митотической инфекцией после кандидоза и в большинстве случаев вызывается *Aspergillus fumigatus* (более 90%), а также *A. flavus*, *A. niger*, *A. terreus*, *A. nodulans*.

Аспергиллы могут проникать в легочные ткани в качестве сапрофитов, аллергенов или инвазивного возбудителя. Таким образом, в зависимости от преморбидного фона возникают три основные формы легочного аспергиллеза — сапрофитный аспергиллез (аспергиллема), аллергический бронхолегочный аспергиллез и инвазивный аспергиллез.

Инвазивный аспергиллез легких (ИАЛ) объединяет все формы аспергиллезной инфекции, протекающие с пенетрацией грибов через эпителиальный барьер дыхательных путей. В литературе описывают в основном случаи ИАЛ, которые развиваются у больных, получающих иммуносупрессивную терапию.

Эта инфекция всегда жизнеугрожающая. К факторам риска развития ИАЛ относятся длительная терапия СГКС, иммуносупрессивная цитотоксическая терапия, вызывающая глубокую и длительную нейтропению, иммунодефицитные состояния, в частности, ВИЧ-инфекция, ставшая в последнее время очень актуальной, причем чем больше продолжительность жизни больного ВИЧ-инфекцией, тем больше вероятность развития у него аспергиллеза.

Кроме того, описаны случаи развития ИАЛ после респираторной вирусной инфекции, у больных хронической обструктивной болезнью легких, длительно получавших ингаляционную глюкокортикостероидную терапию. Описан также случай ИАЛ у садовника, когда отсутствие предшествующих заболеваний легких и иммунодефицитного состояния позволило предполагать, что в данном случае важную роль сыграл профессиональный фактор — массивный контакт со спорами *A. fumigatus* (Zuket.al., 1989).

Различные причины обуславливают высокую патогенность аспергилл в условиях иммуносупрессии. Гифы аспергилл пенетрируют, вероятнее всего, при помощи освобождения протеиназ и фосфолипаз,

слизистую оболочку бронхов и прилегающую легочную ткань, которая реагирует некротическим пневмонитом.

Аспергиллы обладают тропизмом к кровеносным сосудам. Они проникают в сосудистые стенки, где происходит их дальнейший рост. Следствием этого процесса может быть тромбоз сосуда и инфаркт перфузионно зависимой области ткани легкого или гематогенная диссеминация и вовлечение в патологический процесс отдаленных тканей. Грибковая инфекция мало симптомна на ранних стадиях, что составляет трудность в диагностике, причем ни лабораторные, ни рентгенологические методы не могут помочь в верификации диагноза.

К сожалению, в большинстве случаев диагноз остается предположительным по совокупности признаков. Грибковая инфекция считается подтвержденной при положительном результате гистологического исследования материала, взятого при биопсии, высева аспергилл при бактериологическом исследовании биологических жидкостей, взятых из стерильных локусов (кровь, асцитическая, плевральная жидкость).

При проведении БАЛ или взятии мокроты обязательно проведение как культурального исследования, так и микроскопического, хотя следует помнить, что грибы *Aspergillus* высевают только от 8 до 34% случаев острого инвазивного аспергиллеза (Denning D.W., 1998). В то же время определение культуры гриба занимает довольно продолжительное время (3-5 суток), поэтому руководствоваться только получением культуры для начала терапии представляет известный риск для жизни больного.

Известно, что при начале лечения после десяти дней от первых клинических проявлений смертность достигает 90%. Если терапию начинали раньше, то смертность падала до 40%, поэтому отсутствие у больных с выраженной иммуносупрессией эффекта от антибактериальной терапии пневмонии должно рассматриваться как возможность развития ИАЛ, и лечение у таких больных следует начинать немедленно.

При постановке диагноза существенное значение придают компьютерному томографическому исследованию (КТ). Утверждают, что это исследование необходимо для ранней диагностики в период, когда клинические проявления еще минимальны и неспецифичны. Цель — выявление очагов затемнения для последующей биопсии или оценки эффекта терапии.

ИАЛ имеет характерную рентгенологическую картину, хотя на ранних стадиях болезни специфических отличий может и не быть. Ангиоинвазивный легочный аспергиллез часто характеризуется множественными узелками 1-3 см в диаметре, уплотнением с клиновидной зоной некроза. Наблюдаемые узлы локализуются периферически.

Уплотнение ткани вокруг узла (симптом ореола, нимба или венчика — *halosigh*), что, по сути, является отеком или кровоизлиянием вокруг ишемического очага и может быть ранним сигналом инвазивного аспергиллеза у больных с высокой степенью риска. Так называемый симптом полумесяца или мениска (*aircrescentsigh*) формируется позднее и отражает некроз узла после инфильтрации нейтрофилами и появления способности давать воспалительный ответ.

При рентгенографическом исследовании на поздних стадиях заболевания можно обнаружить характерные клиновидные участки затемнения или полости, сопряженные с плеврой. Как правило, изменения на томограммах предшествуют таковым на рентгеновских снимках, поэтому компьютерная томография обязательно должна включаться в диагностический поиск при подозрении на инвазивный аспергиллез. При этом спиральная КТ и КТ с высоким разрешением имеют несомненное преимущество перед обычной компьютерной томографией.

Для некультуральной диагностики инвазивного аспергиллеза также может быть полезным использование иммуноферментного теста на галактотоманнан. Галактотоманновый антиген был также обнаружен в анализах спинномозговой жидкости, полученной от больных с аспергиллезом ЦНС, в крови и бронхоальвеолярном лаваже, полученном от пациентов с инвазивным аспергиллезом легких. В дополнение к облегчению раннего выявления инфекции, последовательная оценка галактотоманновой антигенемии может облегчить терапевтический контроль над ее течением.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А., 68 лет, поступил в терапевтическое отделение клинической больницы № 51 г. Железногорска 30.03.2013 г. в тяжелом состоянии. Тяжесть была обусловлена лихорадочным синдромом – фебрилитетом, выраженной интоксикацией, явлениями дыхательной недостаточности, церебральной симптоматикой, проявляющейся когнитивными расстройствами (дезориентация во времени, месте, собственной личности).

Из анамнеза известно, что заболел остро, после переохлаждения и острой респираторной вирусной инфекции. До этого был соматически здоров, без тяжелых хронических заболеваний и вредных привычек. При поступлении на рентгенограммах органов грудной полости – двусторонняя массивная инфильтрация легочной ткани.

В анализах крови при поступлении: лейкопения: л – $2,5 \times 10^9/\text{л}$ (н – 76% , л – 19% , м – 5%). Нв – 141 г/л , СОЭ – 16 мм/час , тр – $220 \times 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови зафиксировано только повышение С-реактивного белка (СРБ) до 150 мг/л , остальные показатели в норме. ВИЧ – отрицательно.

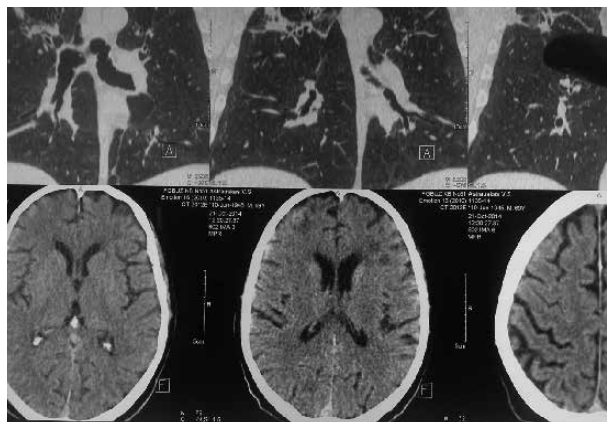
Больному был выставлен диагноз внебольничная двусторонняя пневмония, тяжелое течение. Делирий на фоне соматического заболевания. Назначена антибактериальная терапия согласно федеральным рекомендациям: цефалоспорины 3-го поколения в сочетании с макролидами.

Несмотря на терапию, состояние пациента ухудшалось, сохранялся фебрилитет, интоксикационный синдром, в анализах крови в динамике, повышение лейкоцитов до $15,8 \times 10^9/\text{л}$ (н – 865% , л – $8,9\%$, м – $4,5\%$), резко ускоренное СОЭ – 50 мм/час . Рентгенологически появились двусторонние очаговые тени, преимущественно в периферических отделах обоих легких.

Было решено провести МСКТ органов грудной полости, где в верхних долях легких выявили множественные многокамерные полости с толстыми стенками, нечеткими наружными контурами, с наличием вокруг полостей мелких очагов, а также наличием множественных участков уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла».

Для дальнейшего лечения и обследования пациента перевели в пульмонологическое отделение Красноярской краевой клинической больницы. При поступлении в ККБ 5.05.2013 г. состояние пациента тяжелое, тяжесть обусловлена эндотоксикозом, умеренной дыхательной недостаточностью и когнитивными расстройствами.

Объективный статус: состояние тяжелое, дезориентирован во времени, месте, собственной личности. Очаговой и менингеальной невро-



логической симптоматики не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипы инспираторные над нижними отделами. ЧДД – 22 в минуту. Сатурация кислорода – 97% . Сердечные тоны ритмичные, ясные. ЧСС – 110 в мин. , АД – $130/80 \text{ мм рт. ст.}$ Печень +2 см из-под края правой реберной дуги.

В анализах крови – Л – $13,83 \times 10^9/\text{л}$ (миелоциты – 1% , п/я – 4% , с/я – 82% , л – 9% , м – 4%), Нв – 108 г/л , тр – $456 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 65 мм/час . Прокальцитонин тест меньше $0,5 \text{ нг/мл}$. В биохимическом анализе крови умеренное повышение трансаминаз: АСТ – $51,8 \text{ Ед/л}$, АЛТ – $95,3 \text{ Ед/л}$, остальные показатели в норме.

На УЗИ брюшной полости – диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. На ЭхоКГ – сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. Участков гипокинезии не определяется, Митральная недостаточность 1 ст. Недостаточность ТК 1 ст. СДЛА – 33 мм рт. ст. Консультирован неврологом и психиатром, диагностирована сенильная деменция средней степени тяжести с психотическими включениями.

На основании данных клинической картины, данных спиральной компьютерной томографии ввиду отсутствия, а даже наоборот, прогрессирования заболевания на фоне антибиотикотерапии больному был заподозрен инвазивный аспергиллез легких. В плане дифференциальной диагностики обсуждались следующие нозологии: туберкулез, сепсис, онкопатология.

С целью подтверждения диагноза неоднократно исследовалась мокрота на грибы, результат отрицательный, брались образцы крови на стерильность и грибы, кровь стерильна. И для верификации диагноза на вторые сутки госпитализации под общей анестезией проведена чрезбронхиальная биопсия легких. На пятые сутки получено гистологическое заключение: в представленных препаратах среди гнойно-некротического детрита определяется мицелий гриба, септированный, ветвящийся, ШИК(+). Наиболее вероятнее аспергилла.

Параллельно, учитывая неврологическую симптоматику, дебютирующую практически одновременно с легочным процессом, была выполнена компьютерная томография головного мозга. Заключение: в супратенториальных отделах головного мозга определяются множественные образования округлой формы с четкими контурами, неоднородной структуры, за счет полостей распада, выраженным перифокальным отеком, диаметром от $0,8$ до $1,8 \text{ см}$. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система не расширена. Конвекситальное субарахноидальное пространство умеренно расширено. В проекции гипофиза участков патологической плотности не выявлено. Кости основания и свода черепа не изменены.

Данные дополнительных методов обследования позволили диагностировать инвазивный легочный аспергиллез, проявляющийся

двусторонней полисегментарной деструктивной пневмонией, тяжелое течение. Осложненный сепсисом с поражением центральной нервной системы и формированием множественных абсцессов головного мозга.

Течение заболевания осложнилось ятрогенным повреждением – развитием пневмоторакса справа после проведения чрезбронхиальной биопсии легкого. Правая плевральная полость была задренирована по Бюлау.

После верификации диагноза для дальнейшего лечения пациента перевели в клиническую больницу Железнодорожского района. Больному проведен курс антифунгальной терапии вориконазолом в дозе – первые сутки 6 мг/кг каждые 12 часов, затем по 4 мг/кг 2 раза в течение 12 недель.

Результатом терапии стали регрессия легочной симптоматики, восстановление всех витальных функций пациента, восстановление в неврологическом статусе. Пациент самостоятельно себя обслуживает и даже водит машину.

Выводы

Диагностика ИАЛ у данного пациента оказалась затруднительной, так как в анамнезе не было указаний на иммуносупрессивные состояния, отсутствовали тяжелые хронические заболевания. ИАЛ протекал под маской внебольничной пневмонии. В дебюте страдания отсутствовали характерные для грибкового поражения легких рентгенологические признаки.

Диагноз инвазивный аспергиллез верифицирован морфологически, что позволило назначить соответствующую патогенетическую терапию.

Инвазивный легочный аспергиллез в данном клиническом случае развивался на фоне нормального иммунитета, без сопутствующей коморбидной патологии. Следствием этого стало полное выздоровление больного, восстановление всех витальных функций, в том числе нормализация неврологического статуса.

Литература

1. Елинов Н.П., Митрофанова В.С., Чернопятаева Р.М. Аспергиллезная инфекция; подходы к ее диагностике и лечению // Проблемы мед. микологии – 2002 – № 4 (1) – с. 13-20.
2. Масчан А.А., Клясова Г.А., Веселов А.В. Обзор рекомендаций Американского общества по инфекционным болезням по лечению аспергиллеза // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия – 2008 – Том 10 (2) – с. 96-142.
3. Митрофанов В.С., Свищевская Е.В. Аспергиллез легких. – СПб.: Изд-во «Фолиант», 2005. – 144 с.
4. Аравийский Р.А., Климов Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. – СПб.: СПб МАПО, 2004. – 186 с.
5. Митрофанов В.С., Свищевская Е.В., Аспергиллез легких, издание 2 переработанное и дополненное – СПб.; Изд-во «Фолиант», 2013-184 с.

КАРДИОЛОГИЯ

ПЕРВИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА: ЛИТЕРАТУРНАЯ СПРАВКА И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Л.И. Пелиновская, Р.Н. Глизер, Э.Э. Иваницкая, А.Е. Рязанов,
Л.Г. Битюкова, В.А. Мосина, Л.С. Глизер, О.М. Сакович, О.Б. Маштакова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Амилоидоз сердца считают редким заболеванием. Термин «амилоид» ввел немецкий ботаник М. Шлейден для описания восковидного крахмала в растениях. В 1854 г. Р. Вирхов, учитывая, что ткани, пораженные амилоидом, воспринимают окраску йодом как крахмал, ввел понятие «амилоид» в медицинскую терминологию. Позднее было выявлено сходство органного расположения амилоида при миеломной болезни и первичном амилоидозе.

Основным признаком, объединяющим все формы амилоидоза, является отложение белка амилоида бета-фибриллярной структуры в тканях, вне зависимости от причины, приведшей к этому.

В клинической практике разделяют амилоидоз на локальный и системный. Классификация системного амилоидоза основана на различиях амилоидогенных белков-предшественников. Согласно этой классификации [1, 12], первичный и ассоциированный с миеломной болезнью амилоидоз обозначается в литературе аббревиатурой AL. Прописная буква А указывает на конкретный амилоидный протеин, буква L обозначает участие в патологии легких цепей иммуноглобулинов. Амилоид при этих формах образован легкими цепями иммуноглобулинов, отличительной

способностью которых является физико-химическая нестабильность в растворе. Осаждаясь в тканях, эти белки образуют нерастворимые фибриллы амилоида [1, 6, 12].

Амилоидоз сердца – одно из самых тяжелых проявлений системного амилоидоза. Поражение сердца при первичном амилоидозе приводит к снижению средней выживаемости больных до шести месяцев. При всех других формах амилоидоза поражение сердца всегда ухудшает прогноз. При первичном амилоидозе поражение сердца отмечается более чем в 90% случаев [6], но кардиомиопатия, как единственное проявление заболевания, встречается менее чем у 5% больных.

Поражение сердца при амилоидозе относят к инфильтративным кардиомиопатиям. Однако в патологический процесс может быть вовлечен не только миокард, но и эндокард [5, 11]. Во всех случаях амилоид обнаруживают в интерстиции миокарда в виде диффузных или узловых депозитов. Узловая амилоидная инфильтрация межжелудочковой перегородки может напоминать картину гипертрофической обструктивной кардиомиопатии. Но чаще на секции находят диффузное утолщение межжелудочковой перегородки, утолщение стенок обоих желудочков

встречается в 40-80% случаев, утолщение межпредсердной перегородки отмечается у 40% больных.

Утолщение стенок сердца с ухудшением расслабления и податливости миокарда («резинный миокард») приводит к повышению давления наполнения и развитию рестриктивной кардиомиопатии, для которой характерна дилатация предсердий, менее податливые желудочки при этом не дилатируются. У больных обнаруживают значительную вакуализацию кардиомиоцитов, что, по данным Е.А. Ждановой с соавторами, лежит в основе повышенной эхогенности зернистого типа, часто наблюдаемой при ультразвуковом исследовании сердца.

Эпикариальные сосуды поражаются редко, а интрамуральные — почти в 90% случаев. Диффузное поражение приводит к образованию множества очагов ишемии, субэндокардиальных инфарктов миокарда и, в конечном итоге, к фиброзу, что также нарушает функционирование миокарда и приводит к нарушению ритма и проводимости [10].

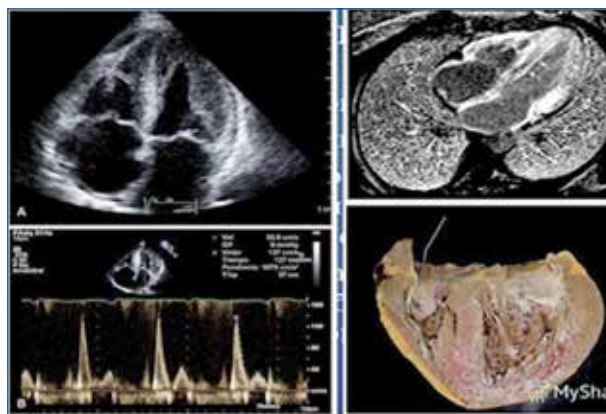
Клинические проявления существенно различаются у больных с разными типами амилоидоза. Выраженная системность поражения характерна для AL-амилоидоза. У большинства больных обнаруживают поражение почек (нефротический синдром, почечная недостаточность), печени (гигантская гепатомегалия, внутрипеченочный холестаз), селезенки (спленомегалия), мышц (макрогlossия, псевдогипертрофия мышц), кожи (периорбитальная пурпура, амилоидные бляшки), периферической (синдром карпального канала, нарушения чувствительности) и вегетативной (ортостатическая гипотония с развитием обморочных состояний, моторная диарея, нарушения потоотделения) нервной системы [3, 5, 6].

У четверти больных частой жалобой со стороны сердца является боль. Типичная стенокардия встречается у больных с поражением амилоидозом коронарных артерий, часто поражается микроциркуляторное русло, при котором изменения на коронарограммах отсутствуют. Наблюдаются головокружения, приступы сердечбиений, ортостатическая гипотония. У части больных (5-27%) развивается фибрилляция предсердий.

Но в первую очередь амилоидоз сердца характеризуется развитием рефрактерной к лечению застойной сердечной недостаточности. У 23% больных с AL-амилоидозом сердечная недостаточность диагностируется уже в дебюте болезни и затем быстро прогрессирует, являясь причиной смерти у 40% больных [8]. Преобладают проявления правожелудочковой сердечной недостаточности, включая отеки нижних конечностей, гепатомегалию, асцит, повышение давления в яремных венах [10]. Прогрессирующая одышка, снижение толерантности к физическим нагрузкам отмечаются более чем у половины пациентов и сопровождаются признаками легочной гипертензии [5, 6, 8]. Течение сердечной недостаточности при амилоидозе всегда характеризуется быстрым прогрессированием и резистентностью к терапии.

Изменения на ЭКГ не являются специфическими, но встречаются у 90% больных. Наиболее часто выявляется низкая амплитуда зубца R (менее 5 мм) в прекардиальных отведениях или отведениях от конечностей. Более чем у 50% больных обнаруживают патологические зубцы Q и отрицательные зубцы T, но, по данным коронарографии, изменения в коронарных артериях при этом отсутствуют [8]. Признаки гипертрофии миокарда на ЭКГ выявляются крайне редко, редко наблюдаются и нарушения проводимости. Возможны вовлечение клапанов сердца с развитием их недостаточности и поражение перикарда, трудно отличимое от клиники констриктивного перикардита [10].

При эхокардиографии (ЭхоКГ) выявляются выраженное утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки, нормальный или уменьшенный размер камер обоих желудочков и диастолическая дисфункция, обычно сопровождающиеся гиперэхогенностью миокарда, так называемым зернистым свечением миокарда. Находка такого «зер-



нистого свечения» считается патогномоничным для амилоидоза сердца. Размеры полостей обоих предсердий дилатированы. На ранних стадиях амилоидоза при доплер-ЭхоКГ часто выявляется нарушение изоволюмического расслабления миокарда по снижению соотношения E/A — 1-й тип диастолической дисфункции [6, 8]. При прогрессировании заболевания снижается систолическая функция сердца.

Решающее значение для первичного амилоидоза имеют данные биопсии [2, 6]. Наименее инвазивной является аспирация подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки, дающая 80-90% положительных результатов [7]. Определенное диагностическое значение имеет биопсия десны, слизистой прямой кишки. Биопсийный материал окрашивают конго-красным, при обнаружении конгофилии исследуемого материала его подвергают исследованию в поляризованном свете. Эффект двойного лучепреломления характерен только для амилоида, другие конгофильные вещества яблочно-зеленой окраски при этом не приобретают [7, 8, 11].

При лечении больных с амилоидозом сердца наиболее важным является снижение количества белков-предшественников, что может остановить рост отложений амилоида в тканях и способствовать, соответственно, уменьшению их количества. При AL-амилоидозе снижение количества белков-предшественников (легких цепей иммуноглобулинов) достигается элиминацией патогенного клона плазматических клеток при помощи химиотерапии, в том числе высокодозных режимов с поддержкой аутологичными стволовыми клетками костного мозга [1, 2, 5, 6, 8, 10].

Наиболее распространенной схемой лечения является схема МД (мелфалан с дексаметазоном курсами), а также лечение ингибиторами протеасом (бортезомиб). Разрабатывается схема лечения амилоидоза сердца сочетанием талидомида с мелфолоном или циклофосфамидом и дексаметазоном [6, 13]. Значение трансплантации сердца как метода лечения амилоидоза сердца окончательно не определено.

Клинический случай

Больной К., 62 года, на протяжении 2013 года дважды поступал в кардиологическое отделение № 1 ККБ в связи с нарастанием клинических проявлений сердечной недостаточности: одышкой, массивными отеками голеней, асцитом, явлениями гидроторакса и гидроперикарда. Проявления выраженной сердечной декомпенсации появились за полтора-два месяца до первой госпитализации, во время которой больному была проведена коронарная ангиография, позволившая исключить ишемическую болезнь как причину сердечной декомпенсации: коронарные артерии не были изменены.

По данным эхокардиографического исследования в первую госпитализацию выставлен диагноз гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции путей оттока из левого желудочка. Уже тогда обращало на себя внимание наряду с уменьшением в размерах полости левого желудочка

значительное увеличение полости левого и правого предсердий и резкое, по описанию функционалистов, снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса – 35%).

Через три месяца при поступлении в период повторной госпитализации пациент предъявлял жалобы на одышку при малейшем движении и в положении лежа, выраженную слабость на боли в области сердца, тупые без четкой связи с нагрузкой, длительные, на массивные отеки ног и эпизоды кратковременной потери сознания.

Состояние больного при поступлении было оценено как тяжелое. Астенизирован, кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены в размерах, костно-мышечная система без особенностей. Границы относительной сердечной тупости несколько расширены в обе стороны. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушивались.

Частота сердечных сокращений – 89 в минуту, ритм правильный. АД – 85/60 мм рт. ст. на обеих руках. Частота дыхательных движений в положении сидя – 22 в минуту. Притупление перкуторного звука над нижними отделами легких с обеих сторон, здесь же ослабление везикулярного дыхания. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступала из-под края реберной дуги на 6 см, плотно-эластической консистенции. Массивные отеки голеней и верхней трети бедер.

СО₂ – 20 мм/час, лейкоциты – $10,61 \cdot 10^9$ /л, Эр. – $5,54 \cdot 10^{12}$ /л. Анализ мочи без патологии, показатели азотистого обмена – не изменены. В биохимических анализах крови постоянно выявлялась гипокалиемия, гипонатриемия, остальные показатели были без изменений.

При первичном рентгенологическом обследовании обнаружены двусторонний гидроторакс и умеренные застойные явления в легких. На электрокардиограмме: ритм сердца нижнепредсердный с ЧСС – 82 в минуту, выявлено снижение общего вольтажа желудочкового комплекса в стандартных отведениях и отведениях от конечностей. На одной из ЭКГ зафиксирован пароксизм фибрилляции предсердий с частотой сокращений – 140 в минуту.

Эхокардиография: полость левого предсердия расширена до 4,8 см, правого – до 4,6 см. Выраженная гипертрофия стенок левого желудочка (толщина задней стенки ЛЖ до 1,7 см, межжелудочковой перегородки до 1,7 см) с уменьшением его полости. Сократительная способность миокарда значительно снижена, фракция выброса – 39%. Легочная гипертензия – 35 мм рт. ст. Перикардиальный выпот.

Проведено холтеровское мониторирование электрокардиограммы: на протяжении большей части записи регистрировался нижнепредсердный ритм с частотой сокращений от 52 до 100 в минуту. На фоне этого ритма зафиксированы парная, групповая, наджелудочковая экстрасистолия, периодически с аберрантным проведением, регистрировались эпизоды фибрилляции предсердий с частотой 52-195 в минуту, фибрилляци-трепетания предсердий, трепетания предсердий с проведением 2:1 с ЧСС желудочков 195 уд/мин. и различной степенью блокирования ПНПГ. Зарегистрированы две пароксизматические с широким QRS, вероятно, трепетание предсердий с проведением 2:1, ПБПНПГ.

УЗИ внутренних органов выявило наличие свободной жидкости в обеих плевральных полостях и брюшной полости, спленомегалия не описана.

В первую госпитализацию (август 2013) изменения на ЭхоКГ были расценены как проявления гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) без нарушения путей оттока из левого желудочка. Больной поступал в стационар с клиникой 2-Б стадии сердечной недостаточности, коронарография исключила вероятность диагностики ишемической болезни сердца.

Повторная госпитализация была через четыре месяца уже с клиникой терминальной сердечной недостаточности с проявлением анасарки. Преобладала клиника застоя по большому кругу кровообращения, о чем свидетельствовала невысокая гипертензия в малом круге кровообраще-

ния (СДЛА=35 мм рт. ст.). Не укладывалось в клинику ГКМП как начало проявлений болезни с сердечной декомпенсацией, так и ее быстрое прогрессирование на протяжении 5-6 месяцев до необратимой стадии.

Нехарактерным для диагностики гипертрофической кардиомиопатии было преимущественное и значительное увеличение размеров полостей обоих предсердий, низкий вольтаж зубцов ЭКГ при наличии гипертрофии стенок левого желудочка по данным ЭхоКГ. Обращали на себя внимание такие сопутствующие патологии сердца проявления болезни, как выраженная артериальная гипотония, ортостатические коллапсы.

Указанные проявления заболевания обоснованно заставили предположить диагностику рестриктивной кардиомиопатии, вызванной первичным амилоидозом сердца. Поэтому ЭхоКГ-исследование было проведено повторно с привлечением коллегиального обсуждения врачей-функционалистов.

Во время эхокардиографического просмотра дополнительно к полученным ранее изменениям было выявлено типичное проявление для амилоидоза сердца – гиперэхогенное «зернистое свечение» миокарда. Для подтверждения диагноза первичного амилоидоза была проведена аспирация подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки, при селективной окраске амилоид не найден. Сделана стерильная пункция – число плазматических клеток в костном мозге – 1,2%.

Опираясь на клинические проявления болезни и эхокардиографические находки рестриктивной кардиомиопатии с выявленным феноменом «зернистого свечения», больному был выставлен диагноз первичный амилоидоз сердца.

Во время госпитализации больному проводилась активная терапия сердечной недостаточности, включая помимо активной терапии диуретиками проведение плевральных пункций. Учитывая нарушения ритма сердца, выявленные при проведении холтеровского мониторирования и два синкопальных эпизода, больному имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

Эффекта от терапии не было, через три недели госпитализации больной умер. Посмертным диагнозом выставлена рестриктивная кардиомиопатия как проявление первичного амилоидоза сердца. При секционном исследовании: масса сердца 810 гр. твердой каменной консистенции. Миокард на разрезе желтовато-белесого цвета. Гистологическое исследование сердца: в стенках сосудов, межтканевой ткани определяются обширные отложения амилоидных масс с положительной окраской Конго Рот на амилоид с использованием метода поляризационной микроскопии. Выявлено сдавление и атрофия прилежащих полей миоцитов. При гистологическом исследовании селезенки в стенках сосудов определяются обширные отложения амилоидных масс с положительной окраской Конго Рот на амилоидоз.

Таким образом, больной страдал системным генерализованным первичным амилоидозом с поражением двух органов – сердца по типу рестриктивной кардиомиопатии с исходом в тотальную сердечную недостаточность и клинически не проявляющимся поражением селезенки.

Литература

1. Ардашев В.Н., Потехин Н.П., Рукавицын О.А. и соавторы. Случай первичного амилоидоза // Клиническая медицина. – 2006. – № 6. – С. 56-58.
2. Булаева Н.И., Голухова Е.З., Машина Т.В. и соавторы. Амилоидоз сердца: клинический случай и литературная справка // Креативная кардиология. – 2012. – № 2. – С. 85-89.
3. Галлямова Ю.А., Верхогляд И.В. Изменения кожи при амилоидозе // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2006. – № 2. – С. 45-52.
4. Жданова Е.А., Рамеев В.В., Моисеев С.В. и соавторы. Амилоидоз сердца // Клиническая фармакология и терапия. – 2011. – № 20 (5). – С. 44-49.

5. Жданова Е.А., Рамеев В.В., Моисеев С.В. и соавторы. Амилоидоз сердца: клиника, лечение, прогноз // Фарматека. — 2012. — № 9. — С. 9-15.
6. Жданова Е.А., Гудкова К.В., Рамеев В.В. и соавторы. Современные представления об амилоидозе сердца // Кардиология. — 2013. — № 12. — С. 70-78.
7. Захарова Е.В. Системный амилоидоз: диагноз, дифференциальный диагноз, лечение // Лечащий врач. — 2004. — № 3. — С. 60-64.
8. Козловская Л.В., Чегаева Т.В., Рамеев В.В. Новое в классификации, диагностике и лечении амилоидоза // Российский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 46-50.
9. Мясников А.Л., Рябыкина Г.В., Соколова Р.И. и соавторы. Рестриктивная кардиомиопатия при первичном амилоидозе // Кардиология. — 1991. — № 6. — С. 110-111.

10. Сторожаков Г.И. Поражение сердца при амилоидозе // Журнал «Сердечная недостаточность». — 2008. — № 5. — С. 250-256.
11. Guidelines on the diagnosis and management of AL amyloidosis. Br. J. Haematol. 2004; 125(6): 681-700 (Guidelines Working Group of UK Myeloma Forum; London: British Committee for Standards in Haematology, British Society for Haematology).
12. Ogawa H., Mizuno Y., Ohkawara S. et al. Cardiac Amyloidosis Presenting as Microvascular Angina: A Case Report. Angiology. 2001; 52:273.
13. Wechalekar A.D., Goodman H.J., Lachmann H.J. et al. Safety and efficacy of risk-adapted cyclophosphamide, thalidomide and dexamethasone in systemic AL amyloidosis. Blood. 2007; 109:457-464.

ГЕМОДИАЛИЗ

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ А

И.В. Кульга

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Хронический программный гемодиализ в Красноярском крае получает более 500 больных. В последние годы происходит расширение показаний для проведения хронического программного гемодиализа. Его получают больные с диабетической нефропатией, пожилые пациенты (старше 80 лет), люди, страдающие системными заболеваниями, антифосфолипидным синдромом.

Мы представляем клинический случай хронического программного гемодиализа у пациента с гемофилией А.

Гемофилия — врожденное нарушение свертывания крови, сцепленное с X-хромосомой и проявляющееся недостатком фактора свертывания крови VIII (FVIII) — при гемофилии типа А или фактора IX (FIX) — при гемофилии типа В. Это заболевание является результатом мутации соответствующих генов фактора свертывания крови.

Гемофилия встречается приблизительно у одного из 10 тысяч новорожденных. В мире приблизительно 400 тысяч человек больны гемофилией. Гемофилия А встречается чаще, чем гемофилия В, и составляет 80-85% от общего числа людей, страдающих этим заболеванием.

Обычно гемофилия поражает лиц мужского пола со стороны матери. Однако как гены FVIII, так и гены FIX подвержены мутации de novo, и в одной трети всех случаев гемофилия является результатом спонтанной мутации в отсутствие генетической предрасположенности к заболеванию.

Характерным клиническим проявлением гемофилии является тенденция к кровотечениям. Кровотечения обычно сопровождают больного в течение всей его жизни. Больные с гемофилией могут не иметь кровотечений до тех пор пока, они не получают травму или не перенесут хирургическую операцию.

Кровотечения в большинстве случаев возникают в суставах или мышцах, некоторые из них могут угрожать жизни больного и требовать срочного лечения.

Поражение почек при гемофилии

Поражение почек у пациентов с гемофилией характеризуется следующими симптомами:

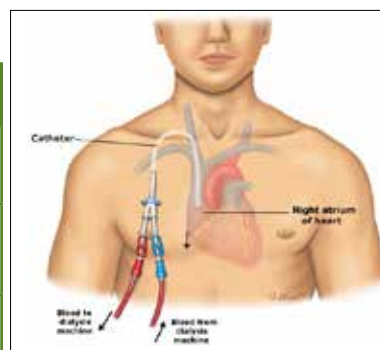
- микро- и макрогематурией;
- пиелонефритом;
- повышенной экскрецией кальция с мочой.

Кальций принимает участие в формировании кристаллурии и нефролитиаза, а также непосредственно повреждает мембраны клеток почечного эпителия.

При наличии в крови высоких титров ингибиторов антигемофилических факторов иногда развивается нефротический синдром. У больных с гемофилией в два раза чаще, чем в популяции, выявляется артериальная гипертензия.

ОТНОШЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ К УРОВНЮ ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Степень тяжести	Уровень фактора свертывания крови	Случаи кровотечений
Тяжелая	<1 МЕ/дл (<0,01 МЕ/мл) или <1% от нормы	Спонтанное кровотечение в суставы или мышцы, особенно в отсутствие определенной причины
Средняя	1-5 МЕ/дл (0,01-0,05 МЕ/мл) или <1% от нормы	Спонтанные кровотечения возникают время от времени; продолжительные кровотечения при небольших травмах и хирургических вмешательствах
Легкая	5-40 МЕ/дл (0,05-0,4 МЕ/мл) или 5-<40% от нормы	Сильные кровотечения при травмах или хирургических вмешательствах. Спонтанные кровотечения редки.



Основная цель лечения – предупреждение и лечение кровотечений у пациентов с дефицитом факторов свертывания крови. Профилактическое лечение заключается во введении внутривенной инъекции концентрата фактора свертывания для предупреждения ожидаемого кровотечения.

Существует два основных протокола профилактики, для использования которых есть долгосрочные данные:

– протокол Мальмо – 25-40 МЕ/кг на введение три раза в неделю для больных с гемофилией А и два раза в неделю для больных с гемофилией В;

– протокол Утрехта – 15-30 МЕ/кг на введение три раза в неделю для больных с гемофилией А и два раза в неделю для больных с гемофилией В.

Клинический случай

В отделение хронического гемодиализа поступил пациент Н. 42 лет с жалобами на тошноту, рвоту, одышку, нестабильность АД, уменьшение количества мочи, общую слабость, утомляемость.

Ап. morbi: в 13 лет после бытовой резаной раны колена было длительное кровотечение. При обследовании в ГБ № 20 выставлен диагноз гемофилия А. В дальнейшем у гематолога не наблюдался. Гемартрозы отрицает. В анамнезе язвенная болезнь желудка, частые желудочно-кишечные кровотечения. Резекция желудка в 2004 году по поводу кровотечения из язвы.

Последнее кровотечение в январе 2012 года, проходил стационарное лечение в ГБ № 7 с диагнозом синдром Меллери-Вейса, кровотечение.

Отмечает длительное повышение АД, с максимумом до 200/110 мм рт. ст. Регулярную гипотензивную терапию не принимал.

В течение полугода перед госпитализацией в отделение хронического гемодиализа наблюдалась слабость, утомляемость, тошнота, одышка, уменьшение количества мочи, по этому поводу обследовался у гематолога. Зафиксировано повышение азотемических показателей: креатинин 1300 мкмоль/л, мочевины 37,5 ммоль/л. Больной направлен на консультацию в отделение хронического гемодиализа.

Лабораторные данные: РАК от 04.07.2014 г.: Нв 63г/л, эрит. $2,68 \times 10^{12}$, лейкоц. $8,85 \times 10^9$, тромбоц. 176×10^9 , с/я 63%, эозин. 3%, базоф. 1%, лимф. 30%, мон. 3%, СОЭ 36 мм/час.

Б/х анализ крови при поступлении от 04.07.2014 г: креатинин 1618 мкмоль/л, мочевины 52 ммоль/л, мочевая кислота 467 мкмоль/л, калий 5,66 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, хлор 102 мкмоль/л, АЛТ 15,2 Ед/л, АСТ 20,6 Ед/л.

ОАМ: цвет светло-желтый, удельная плотность 1015, белок 0,225 г/л, эпителий плоский 2-1-2 в п/зр., лейкоциты 5-4-6 в п/зр, бактерии 1+.

УЗИ почек: правая почка 8,8х3,7 см, паренхима 0,77 см, левая почка 8,6х3,8 см, паренхима 0,7 см.

ЭХОКГ: ФВ 61%, СДЛА 26 мм рт. ст. Аорта уплотнена с расширением корня аорты. Уплотнение створок АОК и МК. Митральная недостаточность I ст. Расширение полости ЛП и ЛЖ. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 в минуту. Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

Гематолог: гемофилия А, средней тяжести.

Коагулограмма от 4.07.2014 г: VIII фактор 4,5% (60-150%); IV фактор 79% (60-150%); АЧТВ >58,4 сек. (28-40); протромбин по Квику

81%; фибриноген 4,32 г/л (2-4); тромбоциты 217×10^9 ; РФМК 11 мг/г (<5); тромбиновое время 17 сек. (14-17).

Агрегация тромбоцитов с АДФ: 69% (N 69-88%).

Агрегация тромбоцитов с эпинефрином: 34% (N 78-88%).

Агрегация тромбоцитов с коллагеном: 41% (N 70-94%).

Агрегация тромбоцитов с ристомидином: 113% (N 55-100%).

Заключение: гипокоагуляция. Дефицит фактора VIII. Нормальный уровень факторов протромбинового комплекса. Легкое повышение фибриногена. Конечный этап свертывания не нарушен. Умеренная тромбоцитопения. Волчаночный антикоагулянт не выявлен. Выраженное снижение протеина С. Снижение уровня индуцирования агрегации тромбоцитов с эпинефрином, коллагеном. Эндотелиоз.

Ds: Гипертоническая болезнь III риск 4.

Осложнение: гипертоническая нефропатия. ХПН, терминальная стадия (ХБП 5). Нефрогенная анемия тяжелой степени.

Фон: гемофилия А, средней степени.

Учитывая наличие клиники уремии, высоких азотемических показателей, по жизненным показаниям было назначено проведение диализной терапии.

В отсутствие постоянной терапии фактором свертывания у больного очень высокий риск кровотечения из области пункции двухпросветного катетера, операционной раны после формирования артериовенозной фистулы.

На консилиуме с участием гематологов решено начать вводить VIII фактор свертывания с поддержанием его плазменной концентрации не менее 20%, с последующей установкой двухпросветного катетера и формированием артериовенозной фистулы.

6.07.2014 г. начато введение фактора свертывания VIII в дозе 1000 ЕД 2 раза в день, достигнут уровень VIII фактора 22%. В дальнейшем – доза 1000 ЕД 3 раза в неделю.

На этом уровне во внутреннюю яремную вену справа установлен двухпросветный катетер, начато проведение хронического программного гемодиализа

14.07.2014 г. была проведена попытка формирования артериовенозной фистулы (АВФ) в нижней трети левого предплечья. Ввиду анатомической сложности фистула не сформирована. В послеоперационном периоде отмечалось кровотечение в течение трех суток. Купировано введением увеличенных доз VIII фактора до 2000 Ед/сутки.

В связи с невозможностью формирования АВФ из-за повышенной кровоточивости в динамике установлен туннельный перманентный катетер в правую подключичную вену.

Через три месяца нахождения на хроническом программном гемодиализе, проводимом без антикоагуляции, самочувствие пациента удовлетворительное. В РАК: Нв 96г/л, креатинин 735 мкмоль/л, мочевины 32,3 ммоль/л, калий 3,4 ммоль/л. Эпизодов кровотечений, гемартрозов за время нахождения на амбулаторном гемодиализе не было. Уровень VIII фактора 28%/

Выводы

В настоящее время уменьшается число противопоказаний для проведения хронического программного гемодиализа.

Ведение больного с гемофилией требует постоянного контроля уровня факторов свертывания, особенностей формирования сосудистого доступа.

Настоящий случай демонстрирует, что наличие коагулопатии при ее коррекции не является противопоказанием для проведения диализной терапии.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИНОГО МОЗГА

А.Е. Поляков, Ю.Я. Пестряков, Н.Г. Яковенко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В настоящее время множество пациентов с заболеваниями позвоночника, к сожалению, получают лишь симптоматическое лечение и не являются объектом комплексного подхода. Происходит игнорирование первопричины – грубого искривления позвоночника с сопутствующими неврологическими и соматическими синдромами, ограничением трудоспособности и существенным снижением качества жизни.

С конца 2013 года в отделении нейрохирургии краевой больницы внедрены и активно развиваются методы хирургического лечения приобретенных ригидных деформаций позвоночника у взрослых.

На базе НИИ ТО им. Вредена (Санкт-Петербург) под руководством заведующего кафедрой травматологии и ортопедии, профессора Д.А. Пташникова прошли обучение специалисты КГБУЗ ККБ заведующий отделением нейрохирургии Ю.Я. Пестряков, врач-нейрохирург А.Е. Поляков и анестезиолог-реаниматолог ОАИР №5 И.Г. Барсуков.

Наши врачи освоили методики хирургического лечения ригидных деформаций позвоночника с использованием протяженных транспедикулярных металлоконструкций с коррекцией сколиотической деформации позвоночника.

В 2014 году нами прооперировано пять пациентов с приобретенными ригидными деформациями позвоночника. Все они предъявляли жалобы на постоянные выраженные боли в спине с иррадиацией в ноги, трудность передвижения, каудогенную хромоту, отсутствие эффекта от консервативного лечения.

При дообследовании были выявлены приобретенные сколиотические деформации позвоночника разной степени выраженности (как правило, III-IV степени). Пациентам были выполнены операции с использованием протяженных систем стабилизации позвоночника с одномоментной коррекцией сколиотической кривизны.

Это достаточно продолжительные операции, требующие длительного по времени анестезиологического пособия, реинфузии.

Интраоперационно, после выполнения основного этапа, использовалась методика пробуждения пациента на операционном столе для оценки объема движений в ногах.

Также нами внедрена и активно используется методика пролонгированной местной анестезии с применением нарлопиновой помпы. Это позволяет значительно уменьшить объем вводимых наркотических анальгетиков.

Пациенты выписываются из стационара в среднем на 10-е сутки для дальнейшего реабилитационного лечения.

Клинические примеры

Пациентка Н., 1978 г.р. поступила с жалобами на постоянную боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, трудность передвижения из-за болевого синдрома, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

При дообследовании выявлен дегенеративный левосторонний поясничный сколиоз II степени. Стеноз позвоночного канала.

Пациентка П., 1960 г.р., поступила с жалобами на интенсивные постоянные боли в пояснице, усиливающиеся при движении, иррадиирующие в правую ногу, по заднебоковой поверхности бедра, голени, онемение в левой ноге, хромоту на правую ногу.

При дообследовании выявлен дегенеративный правосторонний поясничный сколиоз. Стеноз позвоночного канала.

Пациентка С., 1963 г.р., поступила с жалобами на постоянную выраженную боль в спине, быструю утомляемость при незначительной нагрузке, асимметрию тела за счет искривления позвоночника.

При дообследовании выявлен дегенеративный левосторонний поясничный сколиоз. Стеноз позвоночного канала.

Пациентке выполнена операция: ТПФ Th9-S1 с одномоментной коррекцией сколиотической дуги.

В послеоперационном периоде у пациентки отмечался нижний монопарез слева. На фоне комплексной консервативной восстановительной терапии положительная динамика в виде регрессии пареза. Пациентка передвигается самостоятельно. Была выписана для дальнейшего реабилитационного восстановительного лечения.



Снимок 1.



Снимок 2.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ДВУХСТОРОННЕЙ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

К.А. Линев

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Методы экстракорпорального поддержания жизнедеятельности (Extracorporeal Life Support) заключаются в использовании механических устройств для временной поддержки функции сердца и/или легких при сердечной и легочной недостаточности.

Пациенту обеспечивается пролонгированная поддержка дыхания и/или кровообращения, пока болезнь исчезает или регрессирует. Но применение этих методов не является лечением основной патологии и неуместно, если основная патология необратима.

В практическом плане это всегда дилемма: необходимо разделить больных на тех, кто достаточно тяжело болен, чтобы оправдать затраты на дорогостоящий метод, и тех, кто слишком тяжело болен, чтобы использование метода могло повлиять на исход. Одним из таких методов и является экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО).

Исторический предшественник ЭКМО – аппаратное искусственное кровообращение (АИК, применяемое при операциях на сердце). Подобно оборудованию для АИК, в ЭКМО используется насос, обеспечивающий циркуляцию крови «вне тела», газообменное устройство – оксигенатор, в котором происходит насыщение крови кислородом и эвакуация из нее углекислого газа, устройства для подачи в оксигенатор дозированного потока газовой смеси и воды (для контроля температуры крови), а также монитор, позволяющий управлять процедурой.

Для присоединения этого аппаратного комплекса к кровеносной системе больного применяются специальные кровопроводящие магистрали и канюли, непосредственно устанавливаемые в сосуды пациента через кожный или хирургическим способом. В зависимости от используемых мест присоединения к кровеносной системе, ЭКМО подразделяется на вено-венозную и вено-артериальную процедуру. Первая применяется для изолированной поддержки функции легких, вторая может поддерживать или даже заме-

щать функцию легких и сердца на достаточно продолжительное время.

ЭКМО показана при тяжелой гипоксемической или гиперкапнической дыхательной недостаточности, рефрактерном кардиогенном шоке, в комплексном лечении остановки сердца, при возникновении проблем с отключением аппарата искусственного кровообращения на кардиохирургических операциях. ЭКМО используется и как «мост» к трансплантации сердца, легких, органокомплекса сердце/легкие, фактически обеспечивая время для принятия решения.

В Красноярске техническими возможностями для проведения ЭКМО располагают две клиники – ФЦССХ на ул. Караульной и КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Однако потребность в применении ЭКМО может возникнуть и у пациентов других больниц. Описываемый ниже клинический случай, на наш взгляд, представляет интерес как опыт успешного использования медицинской технологии и как пример эффективного взаимодействия специалистов и клиник.

Клинический случай

27 мая 2014 года пациент К., 54 года, поступил в реанимационное отделение городской клинической больницы № 20 имени И.С. Берzona с диагнозом двухсторонняя пневмония, респираторный дистресс-синдром.

Была назначена антибактериальная терапия, инфузионная терапия, в связи с тяжелыми проявлениями дыхательной недостаточности начата искусственная вентиляция легких. К вечеру 28 мая у пациента сформировалась клиника септического шока, развилась анурия, возникла необходимость в гемодиализе.

Коллеги обратились ко мне с вопросом технического плана – помочь организовать проведение гемодиализа на их недавно приобретенном аппарате, но, как выяснилось, текущее состояние пациента потребовало наших более масштабных интервенций.

Пациент погибал. Крайняя тяжесть состо-

яния. Седация, миорелаксанты – состояние мозга определить пока сложно. Акроцианоз, температура кожи умеренно снижена. При искусственной вентиляции легких PCV с частотой 22 в мин. 100% кислородом, PIP 35 hPa и PEEP 10 hPa дыхательный объем не более 600 мл, PaO₂ 42, PaCO₂ 62 ммHg.

АД 100-110/60-70 ммHg на фоне введения дофамина до 10 мкг/кг/мин. и адреналина 0,05 мкг/кг/мин., ЧСС – относительная брадикардия 80-90 в мин., ЦВД 180 ммH₂O. В крови ацидоз 7, лактат 11 мм/л, азотемия, К 6 мэкв/л, гипербилирубинемия, значительное повышение трансаминаз и амилазы, Hb 110 г/л, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до миелоцитов, умеренная тромбоцитопения.

По данным компьютерной томографии, двухсторонняя полисегментарная пневмония, в неплохом состоянии только нижняя доля справа. В общем, огромная пневмония, септический шок, полиорганная недостаточность, еще и возможная гипоксическая кома, а время уже к полуночи.

Однако дежурный реаниматолог энтузиазма к лечению пациента не утратил, медицинские сестры толковые, больной вентилируется современным респиратором, медикаменты – практически любые, есть аппарат и расходные материалы для гемодиализа, так что можно хотя бы попробовать. Пригласив дополнительно товарища, недурно разбирающегося в заместительной почечной терапии, мы занялись коррекцией наиболее жизнеугрожающих показателей – гипоксемией, гиперкалиемией, гипергидратацией и декомпенсированным ацидозом смешанного генеза.

В течение ночи на фоне процедуры гемодиализа и подбора параметров искусственной вентиляции легких удалось увеличить PaO₂ до 50-55 ммHg при сохраняющейся гиперкапнии до уровня 60-65 ммHg на фоне ИВЛ 100%O₂ и PEEP 17-20 hPa, нормализовать электролитный состав крови, уменьшить выраженность ацидоза. При отмене



Слева у постели больного аппарат ЭКМО

седации у пациента определялись элементы сознания, что очень нас обрадовало и придало определенный импульс дальнейшему планированию терапии. В плане подготовки к подключению ЭКМО выполнена гастроскопия (стрессовые эрозии в желудке обнаружались, но небольшие и без признаков кровотечения) и заказаны препараты крови. Пациенту ЭКМО была, очевидно, показана, но возникал вопрос технического плана: как обеспечивать проведение этой достаточно непростой процедуры?

О транспортировке в краевую больницу пациента со столь «жесткими» параметрами искусственной вентиляции легких, инфузией адреналина и норадреналина и серьезной зависимостью параметров кислотно-основного состояния организма от процедуры заместительной почечной терапии не стоило и думать. Было принято решение организовать проведение ЭКМО в реанимационном отделении ГКБ № 20.

Утро 29.05.2014 г. Из краевой клинической больницы приехала команда специалистов по искусственному кровообращению и кардиохирург (на случай возникновения проблем с установкой в сосуды канюль большого диаметра – пациент весил 130 кг). Привезли аппарат для ЭКМО, расходные материалы, автоматический коагулометр для контроля свертываемости крови в условиях необходи-

мой гепаринизации и другие полезные «мелочи».

Канюлю диаметром 23 Fr «на возврат» оксигенированной крови установили во внутреннюю яремную вену справа чрезкожным пункционным способом, канюлю 21 Fr – в бедренную вену справа установил кардиохирург. Начав процедуру экстракорпоральной мембранной оксигенации и доведя ее производительность до 70-80% расчетного минутного кровообращения пациента, добились устойчивого повышения PaO_2 до 80 ммHg на фоне перевода параметров искусственной вентиляции легких в более щадящие режимы (PCV, f 12, FiO_2 0,5, PEEP 13hPa, PIP 28hPa, VT 550 ml).

К быстрой нормализации $PaCO_2$ не стремились, растянув этот процесс на 2-3 часа установками параметров подаваемой в оксигенатор кислородо-воздушной смеси.

Продолжалась постоянная заместительная почечная терапия в виде гемофильтрации с замещением 35-40 мл/кг/час, введение адреналина и норадреналина в средних дозах, антибактериальная терапия и другие мероприятия интенсивной терапии в соответствии с рекомендациями The Surviving Sepsis Campaign.

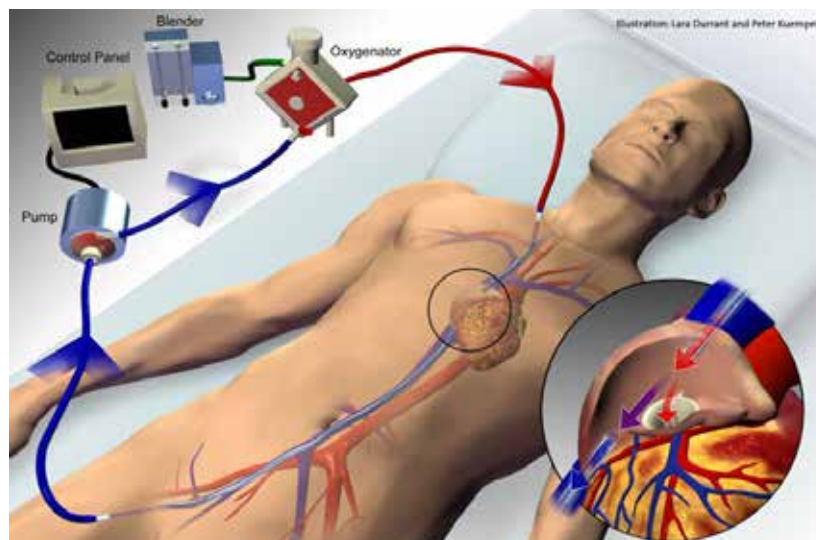
Для контроля процедуры ЭКМО в ГКБ № 20 организовали дежурство специалиста-перфузиолога из краевой больницы.

В течение ночи 29-30.05.2014 г. состояние больного без ухудшения, параметры газового состава и кислотно-основного состояния крови в норме, существенно снижена доза адреналина, появился редуцированный диурез.

Прогнозировать длительность ЭКМО в данном случае было затруднительно, ведение столь сложного пациента в другой больнице для сотрудников ККБ также легким не назовешь. Поэтому днем 30 мая пациент на машине санитарной авиации, в условиях продолжающихся ЭКМО 75% МОК, ИВЛ и инфузии норадреналина в средней дозировке, был переведен в кардиореанимационное отделение краевой клинической больницы.

Общая длительность транспортировочных мероприятий от начала перемещения больного с койки реанимационного отделения ГКБ № 20 до укладывания на койку кардиореанимационного отделения ККБ составила чуть более часа. Проблем с перфузией и вентиляцией (во время транспортировки в оксигенатор ЭКМО подавался 100% кислород) не возникло, ухудшения гемодинамических показателей также не отмечено.

В кардиореанимационном отделении ККБ была продолжена ЭКМО производительностью 75% МОК с вентиляцией оксигенатора 50% кислородовоздушной смесью и вентиляционно-перфузионным соотношением 1-1,5 под контролем газового состава крови.



Возобновлена процедура постоянной гемофильтрации с коэффициентом замещения 35 мл/кг/час под контролем динамической оценки гидробаланса пациента, кислотно-основного состояния и концентрации лактата в крови, введение адреналина и норадреналина в небольших дозах.

Учитывая сохраняющиеся проявления гемодинамической нестабильности и ориентируясь на значения LAL-теста, отражающего концентрацию в крови больного патогенных частиц грамм-отрицательных бактерий, гемофильтрация была дополнена сеансом двухчасовой перфузии крови через специфический анти-липосахаридный сорбент Alteco. Предполагая развитие расстройств кровообращения в периферических тканях в условиях экстракорпоральной перфузии, пациента уложили на два противоположных матраса общей высотой 42 см.

Продолжена антимикробная терапия дорипрексом и микосистом. В связи с обнаружением в крови пациента высокой концентрации антител к легионелле, в дальнейшем к лечению был добавлен сумамед. Проводилась коррекция анемии и гипоальбуминемии, энтеральное питание и другие компоненты современной интенсивной терапии.

Потребность пациента в протезировании газообменной функции легких методом экстракорпоральной мембранной оксигенации сохранялась до 2.06.2014 г. Процедура общей длительностью 102 часа, сохранившая больному жизнь, была прекращена после функциональных тестов, подтвердивших способность его легких поддерживать адекватный газообмен в условиях обычной аппаратной вентиляции с РЕЕР 10hPa и FiO2 0,5.

4.06.2014 г. в связи с нормализацией диуреза, стабильностью показателей КОС и гемо-

динамики прекращена постоянная заместительная почечная терапия (гемофильтрация), длившаяся более шести суток.

Искусственная вентиляция легких продолжалась до 20.06.2014 г., были проблемы с отлучением от респиратора из-за тяжелых проявлений полинейромиопатии, развившейся в связи с перенесенным критическим состоянием. Неоднократно выполнялись санационные бронхоскопии в связи с эпизодами легочного кровотечения. Течение заболевания осложнил левосторонний гемопневмоторакс, потребовавший дренирования и торакоскопической эвакуации сгустков крови.

МЫ ПОЛУЧИЛИ УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКМО В ДРУГОЙ КЛИНИКЕ И В ПРОЦЕССЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТА.

В кардиореанимационном отделении пациент находился до 1.07.2014 г., выписан из стационара краевой клинической больницы 9.07.2014 г. По имеющимся у нас данным, он не имеет проблем с состоянием здоровья и работает в прежней должности.

Выводы

В связи с описанным случаем применения экстракорпоральной мембранной оксигенации, особого внимания, по моему мнению, заслуживают следующие важные моменты.

Первый — несомненная жизненно важная роль применения ЭКМО у данного пациента. Искусственная вентиляция лег-

ких, как метод интенсивной терапии дыхательной недостаточности, имеет свои ограничения и оказывается бессильной, если вентилировать уже просто нечего, нет функционально состоятельной легочной ткани.

Второй — мы получили уникальный опыт использования ЭКМО в другой клинике и в процессе транспортировки пациента. При приобретении аппарата для экстракорпоральной мембранной оксигенации именно хорошие транспортные возможности, компактность аппарата и экстракорпорального контура и насыщенность мониторинга процедуры остановили наш выбор на аппарате Cardiohelp фирмы Maquet. Ранее описанных событий, этот аппарат уже использовался при внутригоспитальной транспортировке пациента с инфарктом миокарда и кардиогенным шоком, а также пациента после остановки сердца в условиях рентген-хирургической операционной и экстренного аорто-коронарного шунтирования, что является вполне обычной практикой для многих кардиохирургических центров. Информации о российском опыте применения ЭКМО для обеспечения межбольничной транспортировки пациентов с тяжелыми формами дыхательной недостаточности мы не нашли ни в печатных изданиях, ни в личных сообщениях коллег.

Третий и важнейший — сколь бы совершенной ни была сейчас и ни станет в будущем техника для интенсивной терапии, основой лечебного процесса и залогом его успеха останутся люди, их компетентность и ответственность, командный дух и воля к победе.

Мы благодарим коллег из городской клинической больницы № 20 за их самоотверженную работу по спасению жизни больного на самых ранних и наиболее ответственных этапах лечения.

Отдельная благодарность специалистам краевой детской больницы, обеспечившим для нас выполнение специфических лабораторных тестов, и лично профессору А.П. Колесниченко за практическую помощь и моральную поддержку.

Сотрудникам краевой клинической больницы, принимавшим участие в лечении этого сложнейшего пациента, лаборантам, эндоскопистам, рентгенологам, ультразвуку, торакальным хирургам, ЛФК — наша признательность.

Поклон также санитарам, медицинским сестрам и врачам отделения кардиореанимации ККБ.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

РАЗВИТИЕ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПАНКРЕАТИТА

К.И. Чикинева, Н.Ю. Брудская, М.В. Песегова,
И.В. Путинцева, В.В. Курсинова, Н.Н. Подковырина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Больной Т., 51 год, поступил в гастроэнтерологическое отделение краевой клинической больницы с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, увеличение живота в размерах.

Считает себя больным с июня 2013 года. Лечился по месту жительства. По словам больного, в ЦРБ был диагностирован цирроз печени. Выписки на руках нет. Злоупотребление алкоголем не отрицает.

По данным МСКТ от 19.07.2013 г., КТ-признаки перенесенного острого панкреатита с изменениями в головке поджелудочной железы — киста до 10 мм (размеры поджелудочной железы 35х16х19 мм), отек брыжейки, асцит с формированием осумкованного скопления жидкости в поддиафрагмальном пространстве слева, киста левой доли печени 12,8х9,9 см.

В октябре 2013 года обследовался в поликлинике ККБ у хирурга, но уехал, не получив заключения. До марта 2014 года чувствовал себя относительно удовлетворительно, с марта вновь выраженные боли в животе, значительное увеличение живота в размерах, повышение температуры. Лечение в ЦРБ без эффекта.

24.04.2014 года обратился в приемный покой ККБ с жалобами на значительное увеличение в размерах живота, боли в верхних отделах живота, тошноту, периодическую рвоту пищей, резкую слабость, одышку при малейшей физической нагрузке, снижение аппетита, выраженное похудание — за два месяца на 20 кг, повышение температуры до субфебрильных цифр с ознобами, стул до трех раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей.

Лабораторные анализы

РАК: гемоглобин — 124, эритроциты — 3,88, тромбоциты 337, СОЭ — 41 мм/час, амилаза — 328, липаза — 666, диастаза — 113,3, АСТ — 42,2, АЛТ — 38,3, ГГТ — 281, ЩФ — 257, билирубин 18,8, протромбин 100%, альбумин 35,6, прокальцитонин тест — менее 0,5.

ПоФГС: варикозное расширение вен пищевода в н/з 1-2 ст., эрозивный гастрит.

УЗИ органов брюшной полости: асцит, свободная жидкость в плевральных полостях. Визуализация затруднена. Размер печени 13,5 см, селезенка не увеличена.

В связи с выраженным болевым синдромом проведено МСКТ: КТ — данных за панкреонекроз не выявлено. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Осмотрен хирургом: острой хирургической патологии не выявлено.

Объективно: состояние тяжелое, больной заторможен, питание резко снижено, расширена венозная сеть на груди и животе, в легких дыхание ослаблено над н/отделами, АД 90/60 мм рт. ст., живот болезненный, значительно увеличен за счет асцита. Температура тела периодически до 37,5, на момент осмотра 36,5 °С.

По результатам жалоб, анамнеза, осмотра, обследований диагноз не совсем ясен.

Нормальный уровень трансаминаз, альбумина и протромбина ставил под сомнение диагноз цирроз печени. Однако наличие выраженного асцита, варикозно расширенных вен пищевода, анамнестические данные позволили заключиться в пользу цирроза печени. Повышение же панкреатических ферментов и наличие кист поджелудочной железы говорили в пользу хронического панкреатита, который был вынесен как конкурирующее заболевание.

25.04.2014 г. проведена диагностическая пункция брюшной полости.

Асцитическая жидкость: белок 11,6 г/л, амилаза 52, липаза 75. Назначена базисная терапия цирроза, антибактериальная терапия.

26-27.04.2014 г. — выходные дни, больной оставлен под наблюдение дежурного терапевта, а 28.04.2014 в 3.40 рвота алой кровью объемом до 1,5 литра (рвота повторялась трижды).

Больной переведен в отделение реанимации. Состояние крайне тяжелое.

В РАК: анемия 67 г/л, лейкоцитоз до 18 тыс. со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 51 мм/час, нарастание азотемических показателей, билирубина, амилаза — 119, липаза — 110 ед/л, прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности: альбумин 32, протромбин 66%, прогрессия энцефалопатии (сопор — прекома — кома). Несмотря на терапию, состояние продолжало прогрессивно ухудшаться. Смерть наступила 01.05.2014 г.

Посмертный диагноз

Основной: цирроз печени неуточненной этиологии, стадия декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью.

Осложнения: портальная гипертензия: ВРВП с кровотечением из них от 28-29.04.2014 г., асцит, двусторонний гидроторакс; печеночно-клеточная недостаточность: гипопротейнемия, гипопротромбинемия, печеночная энцефалопатия — кома III ст. гепато-рентальный синдром. Постгеморрагическая анемия.

Конкурирующее: обострение хронического панкреатита с формированием псевдокисты головки поджелудочной железы.

Сопутствующее: эрозивный гастрит. Верхне-долевая правосторонняя пневмония.

Причина смерти: печеночная кома.

На вскрытии: визуально цирротических изменений не выявлено, печень гладкая, ткань печени полнокровная. Тромбоз одной из ветвей воротной вены.

Клинико-патологоанатомический эпикриз

Основным заболеванием явился хронический панкреатит в стадии обострения с формированием псевдокисты поджелудочной железы, сформированной в результате некроза паренхимы. Воспалительный процесс в поджелудочной железе сопровождался массивным выбросом в кровь продуктов распада и ферментов, что привело к развитию тромбоза одной из ветвей воротной вены,

чему также способствовало наличие псевдокисты головки поджелудочной железы, сдавливающей прилежащие сосуды.

Ферментативное поражение жировой ткани привело к формированию панкреатогенного абсцесса с локализацией между левой долей печени и малой кривизмой желудка. Заболевание носило длительное и прогрессирующее течение с развитием в финале заболевания портальной гипертензии, печеночной комы, что и явилось непосредственной причиной смерти.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: хронический индуративный панкреатит в стадии обострения с формированием псевдокисты поджелудочной железы, осложнившийся тромбозом одной из ветвей воротной вены. Панкреатогенный абсцесс с локализацией между левой долей печени и малой кривизмой желудка. Синдром портальной гипертензии: гидроторакс слева 1500 мл, справа – 1500 мл, асцит 5000 мл, варикозное расширение вен пищевода. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Постгеморрагическая анемия. Гепаторенальный синдром. Печеночная кома. Отек легких. Отек и набухание вещества головного мозга. Правосторонняя верхне-долевая серозно-гнойная пневмония. Дистрофические изменения внутренних органов.

Трудности диагностики

Во-первых, короткий анамнез пациента, отсутствие данных за тромбоз по МСКТ. Невысокие показатели цитолиза возможны при терминальной стадии цирроза печени, а также сочетание патологии печени и поджелудочной железы – частое явление у больных, злоупотребляющих алкоголем.

Асцит обусловлен циррозом печени лишь в 60% случаев. В остальных 30% – злокачественные новообразования, а в 10% – другие причины: первичные болезни брюшины, туберкулезный перитонит, мезотелиома, тромбоз печеночных вен, тромбоз или стеноз нижней полой вены выше или в месте впадения печеночных вен, обтурация или стеноз воротной вены и ее ветвей, нефротический синдром, хронический нефрит, констриктивный перикардит, правожелудочковая сердечная недостаточность, кишечная лимфангиэктазия, микседема, синдром Мейгса, а также панкреатит.

Головка поджелудочной железы располагается таким образом, что при увеличении ее в объеме при воспалении или формировании кист происходит сдавление воротной вены. Развитие синдрома сдавления соседних органов при панкреатических кистах происхо-

дит чаще, чем при других заболеваниях поджелудочной железы. С этим синдромом связаны жалобы на желтушность кожи, зуд (сдавление холедоха), отеки на ногах (сдавление воротной вены), одышку (высокое стояние диафрагмы, прорыв кисты в плевральную полость), задержку мочи (сдавление мочеточников).

По данным литературы, возможна частичная или полная кишечная непроходимость из-за сдавления кистой просвета кишечника [1]. Сдавление воротной вены механически препятствует оттоку крови, что приводит к тромбозу воротной вены и ее ветвей и как следствие развитию портальной гипертензии. При тяжелом остром панкреатите возможно возникновение спонтанных тромбозов в системе воротной вены на фоне системного изменения коагуляционного потенциала крови [1].

Стоит заметить, что в данном случае развивается подпеченочная форма портальной гипертензии, тогда как при циррозе печени – внутripеченочная (вследствие непосредственного поражения клеток печени). Но при обследовании в обоих случаях выявляют варикозное расширение вен пищевода, спленомегалию или асцит [1, 2].

Частота встречаемости внепеченочной портальной гипертензии у больных ХП, по данным различных авторов, колеблется в пределах 7-18% [4].

Помимо портальной гипертензии при длительно текущем, рецидивирующем хроническом или остром панкреатите возможно развитие гепатопривного синдрома (тяжелой печеночно-клеточной недостаточности). Обусловлено это тем, что печень является первым органом-мишенью, на который приходится основной удар панкреатогенной токсемии в виде массивного попадания в оттекающую по воротной вене кровь активированных панкреатических и лизосомальных ферментов, токсических продуктов распада паренхимы поджелудочной железы, что и обуславливает развитие гепато-целлюлярного синдрома и как следствие снижение сывороточных белков [5].

Выводы

Особенность течения данного случая – это развитие гепатопривного синдрома, что является достаточно редким осложнением панкреатита в клинической практике. Основное клиническое проявление гепатопривного синдрома – печеночная энцефалопатия, которая и привела к развитию печеночной комы у данного больного, а также явилась непосредственной причиной смерти.

Интерес случая заключается в трудностях диагностики и неверной интерпретации механизмов и причин портальной гипертензии.

Литература

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. «Осложнение панкреатитов: кисты, псевдокисты, синдром портальной гипертензии», 2013.
2. Козлов И.А., Пашовкин И.Т. «Внепеченочная портальная гипертензия у больных хроническим панкреатитом», 2010.
3. Кондратенко П.Г., Васильев А.А. «Острый панкреатит: современный взгляд на проблему», 2012.
4. Коробка В.Л., Кострыкин М.Ю., Шаповалов А.М., Кучеренко О.Б. «Хирургические методики устранения внепеченочной портальной гипертензии у больных хроническим панкреатитом», 2012.
5. Чудных С.М., Соловьев Н.А., Иванов Ю.В. «Лечение и профилактика печеночной энцефалопатии при панкреатите», 2004.



НЕЙРОХИРУРГИЯ

В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНЕНА МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Напоминаем, в № 51 журнала «Первая крайевая» была опубликована статья о впервые проведенной микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва, избавляющей пациента от многолетней невралгии и мучительных болей (<http://medgorod.ru/images/docs/magazine/51.pdf>).

С 2013 года в нейрохирургическом отделении выполнено более десяти операций по микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва. Все операции привели к стойкому купированию болевого синдрома.

В 2015 году в краевой клинической больнице впервые выполнена микроваскулярная декомпрессия по поводу гемифациального спазма, обусловленного сдавлением корешка VII пары черепных нервов.

Что такое гемифациальный спазм

Это симптомокомплекс односторонней гиперактивной дисфункции лицевого нерва, развивающийся вследствие компрессии корешка лицевого нерва в зоне его выхода из ствола головного мозга. Проявляется в виде безболезненных судорог в круговой мышце глаза, затем вовлекается вся мимическая мускулатура.

Со временем заболевание прогрессирует — приступы становятся чаще и длятся до нескольких часов. По мере развития заболевания на половине лица появляется тоническая полумаска: глазная щель уже, рот и нос оттянуты. Гемиспазм не распространяется за пределы зоны, иннервируемой VII черепным нервом, но может сочетаться с невралгией V и VIII пары ЧМН.

Каждый год появляется восемь новых пациентов с гемифациальным спазмом на миллион населения. В два раза чаще болеют женщины. Чаще всего заболевание стартует в пожилом возрасте одновременно с началом дегенеративных сосудистых изменений.

Патогенез и лечение

Клинически гемифациальный спазм описан в XIX веке.

Компрессия VII пары артериальным сосудом у пациентов с гемифациальным спазмом впервые обнаружена в 1947 году.

В 1962 году американский нейрохирург Gardner предложил микроваскулярную декомпрессию для лечения невралгии тройничного нерва и гемифациального спазма.

Обычно причиной подергивания мышц лица является компрессия корешка лицевого нерва сосудом. Чаще это передняя нижняя мозжечковая артерия, реже другие артерии: задняя нижняя мозжечковая, верхняя мозжечковая, вертебральная, кохлеарная, основная, ветви передней нижней мозжечковой артерии. В единичных случаях возможна компрессия сосудистыми мальформациями или венами.

Еще одной причиной гемифациального спазма считаются доброкачественные опухоли или кисты мосто-мозжечкового угла, рассеянный склероз, рубцово-спаечный процесс различного генеза, костные деформации пирамиды височной кости.

Медикаментозная терапия при гемифациальном спазме неэф-

фективна. В дебюте заболевания многие пациенты проходят курсы иглорефлексотерапии, которые иногда дают кратковременный положительный эффект.

В последнее время большую распространенность получает лечение введением в мышцы лица ботулотоксина, спазмы урежаются, но эффект длится всего 18 недель, инъекции приходится повторять. Кроме того, часты осложнения, вызванные инъекциями ботулотоксина: опущение верхнего века — до 74% пациентов, уплотнение мышц и перерождение их в рубцы, рубцеобразование век — до 20%, реже — слабость лицевой мускулатуры, двоение предметов перед глазами.

До применения метода микроваскулярной декомпрессии для лечения спазма применялось хирургическое повреждение экстракраниальной или интракраниальной порции лицевого нерва. Его просто перерезали на уровне шило-сосцевидного отростка. Однако деструкция сопровождалась развитием паралича лицевой мускулатуры, что являлось не меньшим страданием для пациентов. Тогда же применялась операция по пересечению лицевого нерва и наложению анастомоза с добавочным или подъязычным нервом.

Несмотря на положительный эффект операций, связанных с частичным или полным перерывом лицевого нерва, они не используются из-за частых осложнений в виде паралича разной степени выраженности, глухоты и возникновения рецидивов. Даже после полного пересечения экстракраниальной порции лицевого нерва и создания его анастомоза с подъязычным нервом возможен рецидив гемифациального спазма.

Основным патогенетическим методом лечения гемифациального спазма является васкулярная декомпрессия корешка лицевого нерва.

КАЖДЫЙ ГОД ПОЯВЛЯЕТСЯ ВОСЕМЬ НОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ НА МИЛЛИОН НАСЕЛЕНИЯ. В ДВА РАЗА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ЖЕНЩИНЫ.

Клинический случай

Пациентка К., 64 года, поступила в нейрохирургическое отделение КГБУЗ ККБ с жалобами на постоянные приступы непроизвольных сокращений мимических мышц лица. Подобные симптомы беспокоили женщину более 15 лет. Длительное консервативное лечение было неэффективно. Постепенно развился негрубый парез лицевой мускулатуры. По результатам МРТ выявлен нейроваскулярный конфликт между корешком лицевого нерва и артериальным сосудом.

Было принято решение провести микроваскулярную декомпрессию корешка лицевого нерва.

— У нас есть опыт микроваскулярной декомпрессии V пары, но операция по декомпрессии VII пары ЧМН сложнее, — рас-

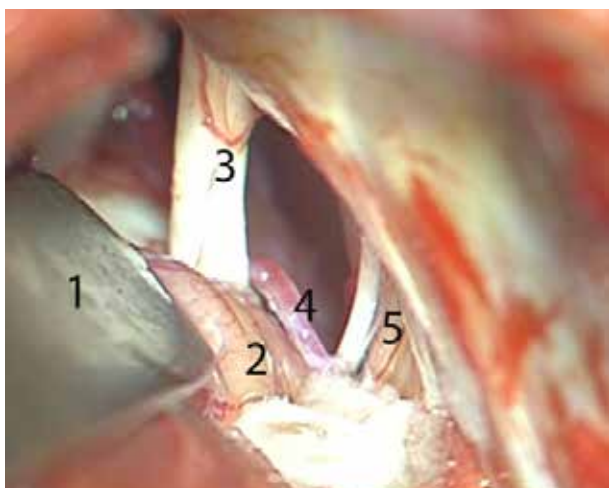


Рис. 1. Операционная фотография нейроваскулярного конфликта до начала манипуляций.

1 – шпатель, 2 – ткань мозжечка, 3 – лицевой нерв, 4 – передняя нижняя мозжечковая артерия, 5 – нервы каудальной группы.

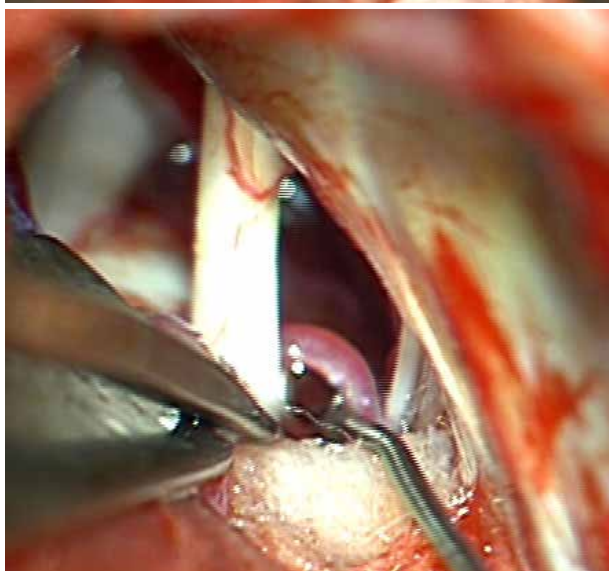
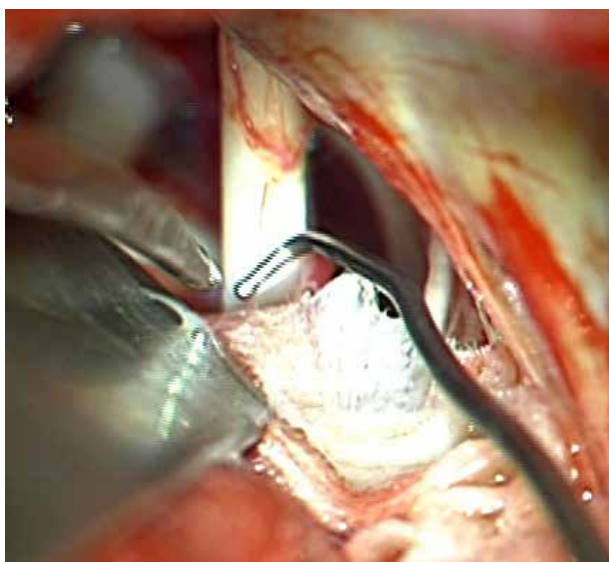


Рис. 2-3. Операционные фотографии различных этапов препаровки артерии и лицевого нерва.

сказывает к.м.н., нейрохирург высшей категории Павел Геннадьевич Руденко. – Отличие заключается в меньшем калибре невралгических и сосудистых структур и их большей значимости. В большинстве случаев корешок лицевого нерва перекрыт петлей передней нижней или задней нижней мозжечковых артерий в 2-3 мм от выхода корешка лицевого нерва из мосто-мозжечкового угла.

Передняя нижняя мозжечковая артерия играет большую роль в кровоснабжении ствола головного мозга, поэтому спазм этого сосуда неизбежно приведет к развитию ишемического стволового инсульта. Лицевой нерв, соответственно, отвечает за иннервацию лицевой мускулатуры, и манипуляции на нерве могут привести к развитию паралича мимических мышц половины лица. Поэтому операция микроваскулярной декомпрессии корешка лицевого нерва проводится крайне деликатно, с использованием максимально возможного разрешения операционного микроскопа и специальных микроинструментов.

После всестороннего обследования пациентке К. проведена операция: автоматическая костно-пластическая трепанация задней черепной ямки ретросигмовидным доступом. Микроваскулярная декомпрессия корешка лицевого нерва.

Оперировал П.Г. Руденко, ассистировала И.Е. Ермакова, анестезиолог В.В. Стародубец, операционная сестра А.П. Куценко.

На операции визуализирована компрессия стволом передней нижней мозжечковой артерии нервов акустико-фациальной группы. С использованием микроинструментария произведена арахноидальная диссекция, после чего ствол артерии отпрепарован и отведен от корешка лицевого нерва. Между нервом и артерией уложена прокладка из хирургического фетра.

Послеоперационный период протекал без осложнений, со значительной положительной динамикой и уменьшением явления гемифациального спазма.

Регресс гемифациального спазма в виде прекращения подергивания мышц лица происходит сразу же после операции у 65% больных. Еще у 27% больных исчезновение сокращений наступает от 4 до 12 месяцев после операции.

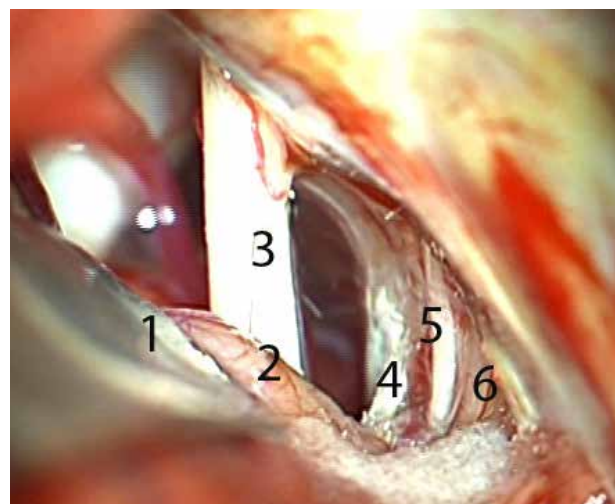


Рис. 4. Операционное фото после разрешения нейроваскулярного конфликта.

1 – шпатель, 2 – ткань мозжечка, 3 – лицевой нерв, 4 – прокладка из хирургического фетра, 5 – передняя нижняя мозжечковая артерия, 6 – нервы каудальной группы.

Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК

Е.А. Ключникова, И.В. Демко, Т.Л. Панченко, Е.П. Ключникова
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Цель исследования

Изучить особенности клинического течения ревматоидного артрита (РА), протекающего с поражением почек.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 541 истории болезни больных РА, среди которых поражение почек по результатам нефробиопсии установлено у 17 (3,14%) больных.

Результаты

Поражение почек по типу гломерулонефрита отмечено у 4 больных, по типу амилоидоза у 13 человек. В группе пациентов с гломерулонефритом регистрировались высокие значения иммунологических показателей (РФ и АЦЦП). В группе больных с амилоидозом почек наблюдалась высокая частота тяжелых системных проявлений, таких, как полинейропатия (38,5%), поражение легких (23,07%), васкулопатия (46,1%).

Заключение

Результаты демонстрируют важность широкого использования нефробиопсий у пациентов с РА на ранних этапах заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, амилоидоз почек, гломерулонефрит, хроническая болезнь почек, системные проявления.

Keywords: rheumatoid arthritis, renal amyloidosis, glomerulonephritis, chronic kidney disease, systemic manifestations.

Введение

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание, характеризующееся развитием хронического симметричного деструктивного полиартрита с вовлечением в патологический процесс многих систем организма. Формирование внесуставных системных поражений при РА во многом определяет тяжесть и прогноз заболевания [1, 2, 5]. Ежегодная заболеваемость – приблизительно 0,02% населения [3, 5].

По данным литературы, поражение почек при РА встречается с высокой частотой – от 57 до 73%. Поражение почек по типу гломерулонефрита или амилоидоза – наиболее тяжелое висцеральное проявление ревматоидного артрита [4].

Течение ревматоидной нефропатии, как и других хронических болезней почек, носит прогрессирующий характер с развитием нефросклероза и уменьшением количества функционирующих нефронов, с исходом в хроническую почечную недостаточность, с крайне неблагоприятным прогнозом [5].

Развитие нефропатий при РА имеет многофакторный характер, что рождает многообразие их клинических и морфологических вариантов при незначительных и неспецифических изменениях в анализах мочи. РА предполагает развитие лекарственной нефропатии, АА-

амилоидоза, гломерулонефрита [1]. Последние, как правило, имеют длительное малосимптомное течение и проявляются в виде незначительных и неспецифических изменений в анализах мочи и зачастую не имеют должной и своевременной интерпретации.

Развитие системных проявлений предопределяет тяжесть и неблагоприятный прогноз заболевания. Наличие любой стадии хронической болезни почек (ХБП) является независимым фактором риска кардиоваскулярных осложнений [3, 4], предопределяющие преждевременную летальность при РА [5, 6].

Исследования, касающиеся этой проблемы, немногочисленны и их данные противоречивы, что свидетельствует о необходимости продолжения поиска клинических особенностей течения РА с поражением почек с учетом данных нефробиопсии.

Цель исследования

Изучить особенности клинического течения ревматоидного артрита, протекающего с поражением почек.

Материал и методы

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 541 пациента с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987), наблюдавшихся в нефрологическом отделении краевой клинической больницы № 1 Красноярск в 2011–2013 гг.

Внесуставные проявления РА, протекающие с поражением почек, отмечены у 17 больных, что составило 3,14%. Средний возраст больных составил $52,1 \pm 13,7$ года, среди них было мужчин – 5 (29,4%), женщин – 12 (70,6%). Средняя продолжительность заболевания составила $17,1 \pm 9,1$ года.

С учетом результатов нефробиопсии пациентов РА, протекающим с поражением почек, разделили на две группы. В 1-ю группу вошли 13 (76,4%) больных РА с амилоидозом почек, во 2-ю группу были включены 4 (23,6%) пациента РА с гломерулонефритом.

Критериями включения пациентов в группу исследования были: возраст 18 лет и старше, верифицированный диагноз РА по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987), наличие почечной дисфункции.

Критериями исключения из исследования послужили: наличие злокачественных заболеваний любой локализации, печеночная недостаточность, органическая патология почек, не связанная с РА, сахарный диабет.

Стадия заболевания определялась по O. Steinbrocker (1949). Для оценки активности использовался индекс DAS (DiseaseActivityScore) 28 (1994):

0 (ремиссия) – DAS 28 меньше 2,6; 1 (низкая) от 2,6 до 3,2; 2 (средняя) от 3,2 до 5,1; 3 (высокая) больше 5,1.

Иммунологическое исследование включало определение С-

реактивного белка (СРБ) иммунотурбидиметрическим методом на анализаторе Beckman Coulter серии AU, ревматоидного фактора (РФ) иммунотурбидиметрическим методом на анализаторе Beckman Coulter серии AU, антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) с помощью иммуноферментного метода (Euroimmun AG, Германия).

Исследование функций почек включало выполнение общего анализа крови, мочи, пробы Зимницкого, определение суточной протеинурии, скорости клубочковой фильтрации, ультразвукового исследования почек.

Функция почек оценивалась по показателям скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которые рассчитывали по формуле CKD-EPI, уровню мочевины и креатинина крови, данных патогистологической картины.

Нефробиопсию проводили закрытым методом (чрескожная пункция) под местной анестезией под контролем УЗИ. Препараты окрашивали трихромным методом по Массону, методом Конго-рот – на амилоид. Для оценки состояния базальных мембран капилляров клубочка проведена ШИК-реакция, окраска метенамин серебром. В результате были изучены цитологические и гистологические признаки поражения почек при РА. В клубочках проведена оценка выраженности склеротических процессов, в интерстиции – инфильтративных, атрофических и дистрофических процессов, фиброза, изучены особенности сосудистого ремоделирования, повреждения сосудов.

Статистический анализ данных проводился с помощью программы STATISTICA версия 6.0. Для описания нормально распределенных количественных признаков было использовано среднее значение признака и среднее квадратичное отклонение. Для описания признаков, распределение которых отличалось от нормального, указаны медиана, нижний и верхний квартили. Ассоциации качественных признаков проверялись с помощью метода Х² по методу Пирсона. Различия и взаимосвязи между признаками считали достоверными при $p < 0,05$ по методу Манна-Уитни.

Результаты

Среди 541 больного с РА у 17 (3,1%) человек было выявлено поражение почек. С целью уточнения морфологических изменений почек была проведена диагностическая нефробиопсия у 15 (88,2%) больных с наличием мочевого синдрома. По данным нефробиопсии амилоидоз был верифицирован у 13 (76,4%) пациентов, у 2 (11,8%) больных выявлен мембранозный гломерулонефрит. У 2 (11,8%) пациентов нефробиопсия не проводилась ввиду тяжести состояния, однако клиника поражения почек соответствовала гломерулонефриту.

Половозрастная характеристика больных представлена в таблице 1.

Не выявлено различий между группами по полу, возрасту и длительности заболевания.

Пациенты 1-й группы получали терапию метотрексатом – 6 (46,1%) человек, плаквенилом – 4 (30,8%) больных, сульфасалазином – 3 (23,1%) человека. Системные глюкокортикостероиды (СГКС) в дозе от 7,5 до 15 мг принимали 9 (86,4%) пациентов.

Во 2-й группе терапию плаквенилом получали 2 (50%) больных, метотрексатом – 1 (25%) пациент, азатиоприном – 1 (25%) человек. Глюкокортикостероиды в дозе от 20 до 40 мг принимали 3 (75%) больных.

Обращает на себя внимание использование более высоких доз СГКС у больных 2-й группы (в среднем в 3 раза), что косвенно свидетельствует о высокой активности процесса.

При анализе функционального состояния почек установлено, что

Таблица 1. Половозрастная характеристика больных

Показатель		Амилоидоз (n=13)	Гломерулонефрит (n=4)	p
Пол (%)	Женский	9 (69,2%)	3 (75%)	
	Мужской	4 (30,8%)	1 (25%)	
Возраст, лет		58 [48;61]	60,5 [42; 63]	> 0,05

Таблица 2. Спектр и частота встречаемости системных проявлений РА у пациентов с поражением почек

Системные проявления	Амилоидоз (n=13)	Гломерулонефрит (n=4)
Анемия	30,7%*	50%*
Миотрофия	7,69 %**	75%**
Поражение легких (ИФЛ, плеврит, пневмонит)	23,07%	-
Васкулопатии (с-м Рейно, сетчатое ливедо, васкулит кожи)	46,1%	-
Полинейропатия	38,46%	-
Гиперпигментация	7,69 %	-
Кератоконъюнктивит	7,69 %	-
Лимфаденопатия	7,69 %	-

в 1-й группе ХБП 1-я стадия регистрировалась у 3 (23,1%) больных, 2-я стадия у 3 (23,7%) человек, 3-я стадия у 4 (30,8%) больных, 4-я стадия у 2 (15,4%) пациентов, у 1 (7,7%) больного диагностирована 5-я стадия заболевания (таблица 2). У больных 2-й группы ХБП 1-я стадия регистрировалась у 1 (25%) больного, ХБП 2-й стадии наблюдалась у 1 (25%) больного, ХБП 5-й стадии встречалась у 2 (50%) больных. Наличие пациентов с 5-й стадией ХБП, возможно, свидетельствует о быстром прогрессировании заболевания на фоне высокой активности процесса.

Вместе с тем, при анализе иммунологических показателей установлено более значимое увеличение содержания РФ и АЦЦП в сыворотке крови у больных 2-й группы ($p < 0,05$) (рис. 1).

Спектр и частота встречаемости внесуставных проявлений РА у пациентов с поражением почек (таблица 2) отражают тенденцию к более частому выявлению тяжелых системных проявлений, таких, как полинейропатия, поражение легких, васкулопатия.

Заключение

Таким образом, согласно нашим данным, поражение почек среди 541 больного РА диагностировано у 17 (3,41%) человек. По данным литературы, эти показатели имеют более высокие значения и могут достигать 73%.

Согласно результатам нефробиопсий, наиболее частыми вариантами поражения почек при РА являются амилоидоз – 13 (2,4%) и гломерулонефрит – 4 (0,78%).

Анализ клинического течения ревматоидного артрита у больных с поражением почек по типу гломерулонефрита выявил более значимую иммунологическую активность, что подтверждается высоким уровнем РФ и АЦП в сыворотке крови. Кроме того, больные этой группы получали более высокие дозы ГКС терапии, что свидетельствует о повышенной лабораторной активности процесса у пациентов с гломерулонефритом. В то время как в группе больных РА и амилоидозом почек значительно чаще выявлялись тяжелые системные проявления, такие, как полинейропатия (38,5%), поражение легких (23,07%), васкулопатия (46,1%).

Результаты наглядно демонстрируют важность более широкого использования нефробиопсий у пациентов с РА, желательного на ранних этапах заболевания для выявления пациентов с прогностически более неблагоприятным течением заболевания и своевременной коррекции терапии.

Литература

1. Батюшин М.М., Выставкина Е.А. Клинические проявления и факторы риска поражения почек при ревматоидном артрите // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 2. — С. 249-252.
2. Батюшин М.М., Выставкина Е.А., Курбатова Э.В. Распространенность и особенности клинических проявлений поражения почек при ревматоидном артрите // Актуальные проблемы современной ревматологии. Сборник научных работ. Вып. XXVIII. Волгоград. — 2011. — С.16-17.
3. Выставкина Е.А. Особенности почечной дисфункции у больных ревматоидным артритом // Материалы II съезда терапевтов юга России. — М. — 2011. — С. 54.
4. Жигалов С.А., Марасаев В.В. Особенности мочевого синдрома у больных с ревматоидным артритом // Ярославская государственная медицинская академия.

5. Жигалов С.А., Марасаев В.В., Бажина О.В., Загородникова Н.В. Гломерулярные поражения почек при ревматоидном артрите // Клиническая нефрология. — 2013. — № 6. — С.42-45.

6. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Насонов Е.Л., Насонова В.А. (ред.) Ревматология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 290-331.

7. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 25-72.

8. Никитина Н.М., Ребров А.П. Определение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ревматоидным артритом // Тер. архив. 2009; — № 6. — С.29-34.

7. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. Национальные рекомендации по лечению // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 7.

9. Astor B.C., Hallan S.I., Miller E.R. et al. Glomerular filtration rate, albuminuria, and risk of cardiovascular and all-cause mortality in the US population // Am. J. Epidemiol. 2008; 167: 1226-1233.

10. Helin H.J., Korpela M.M., Mustonen J.T., Pasternack A.I. Renal biopsy findings and clinicopathologic correlations in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. 1995. V. 38 (2). P. 242-247.

11. Maradit-Rremers H., Nicola P.J., Crowson C.S. et al. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis: A population-based study // Arthritis. Rheum. 2005; 52: 722-733.

12. Prevoo M.L.L., van't Hof M.A., Kuper H.H. et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts: Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1995; 38: 44-8.

13. Remuzzi G., Ruggenti P., Benigni A. Understanding the nature of renal disease progression // Kidney Int. 1997. V. 51. P. 2-15.

14. Steinbrocker O, Traeger CN et al. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. J AmMedAssoc 1949; 40 (8): 659-62.

ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАЛИДЖЕНА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ТИКАХ У ДЕТЕЙ

Е.В. Шишкина, С.С. Шепелева, Г.В. Денисова
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «КККЦОМД»

Резюме

Описано наблюдение группы детей со стойкой резистентностью к классическим фармпрепаратам при лечении генерализованных и распространенных тиков в педиатрии. Представлен опыт применения препарата тералиджен в сочетании с другими препаратами и как монотерапии.

Ключевые слова

Распространенные и генерализованные тики в детском возрасте, пантокальцин, клоназепам, опыт применения тералиджена.

Тики являются наиболее часто встречающимся неврологическим расстройством в детском и подростковом возрасте. Этот

синдром сопровождается как психологической, так и физической дезадаптацией ребенка в коллективе [1].

В большинстве случаев тики отличаются доброкачественным течением и имеют тенденцию к самостоятельному регрессу, но в ряде случаев отмечается прогрессирование симптомов с нарастанием генерализации гиперкинезов, являющейся причиной инвалидизации [1].

Многие вопросы этиопатогенеза тиков в детском возрасте широко изучаются, выделяют следующие группы этиологических факторов способствующих развитию этого синдрома:

- перинатальные и психогенные факторы;
- факторы органической церебральной недостаточности;

– инфекционно-воспалительные факторы [4].

Вместе с тем очевидно, что различные клинические формы гиперкинетического синдрома далеко не однородны в этиопатогенетическом отношении. Клинический полиморфизм тиков у детей должен определять широту подходов в лечении различных топико-клинических проявлений гиперкинезов [2].

Основные задачи лечения этой патологии у детей – улучшение социальной адаптации и снижение частоты тиков. Лечение распространенных и генерализованных тиков часто длительное, нередко больший эффект достигается в амбулаторных условиях, так как каждая госпитализация несет стресс для ребенка, что может усугублять симптоматику. К сожалению, иногда тики оказываются фармрезистентными к лечению, нередко после улучшения могут наступать рецидивы [2, 3].

Цель работы

Оценить эффективность применения тералиджену в группе детей со стойкой резистентностью к классическим фармпрепаратам, применяемым при лечении тиков в педиатрии.

По данным поликлиники КГБУЗ КККЦОМД за 2013-2014 гг., наблюдалось 714 детей с различной степенью тяжести гиперкинетического синдрома.

Во всех случаях при лечении тиков соблюдался ступенчатый подход, при котором терапия всегда начиналась с наиболее «мягких» ноотропных препаратов, таких, как пантокальцин, характеризующихся минимальными побочными эффектами. Но у ряда детей с распространенными и генерализованными тиками с проявлениями фармрезистентности осуществлялся постепенный переход к более «сильным» препаратам, таким, как фенибут, клоназепам с постепенным наращиванием дозировки препарата.

По нашим наблюдениям, у 24 детей отмечались фармрезистентные гиперкинезы, по топико-клиническим проявлениям четыре ребенка были с генерализованными (вокально/моторными) тиками и 20 детей с распространенными тиками. Длительность заболевания составляла от 3 до 10 месяцев, на момент обращения отмечалось возобновление или усиление тиков.

По гендерному признаку преобладали мальчики – 15 (62,5%) и 9 (37,5%) девочек, средний возраст детей составил $12,3 \pm 0,2$ года.

В этой группе детей исключены: наследственная отягощенность, последствия пренатального и перинатального генеза, лекарственная интоксикация.

В анамнезе: черепно-мозговую травму перенесли четыре ребенка (16,6%), нейроинфекцию (вирусный менингит) – один ребенок (4,2%), острый лимфобластный лейкоз – один ребенок (4,2%).

Среднюю частоту тиков вычисляли с помощью методики Зыкова В.П., использовался подсчет тиков за 20 минут до и после лечения [1].

Пациентам этой группы для исключения органического поражения головного мозга, эписиндрома проведены нейровизуализирующие методы исследования (КТ и МРТ-головного мозга), ЭЭГ и ЭМГ. Регистрацию ЭЭГ производили на 21-канальном цифровом энцефалографе. Рутинный (визуальный) анализ кривой состоял в оценке общего функционального состояния мозга, уровня зрелости биоэлектрической активности мозга и соответствия ее характеру возрасту пациента; оценке тяжести изменений ЭЭГ и лока-

лизации патологических изменений. Производили спектральный анализ ЭЭГ, при этом особое внимание уделяли спектральной мощности α -ритма в затылочных отведениях, а также вычисляли соотношение θ -ритма и β 1-ритма в лобных отведениях до и после курса лечения.

У всех детей исключены: болезнь Вильсона-Коновалова, синдром Сегавы, метаболические энцефалопатии различного генеза и эндокринные заболевания.

При исследовании неврологического статуса у пациентов были выявлены: пирамидная симптоматика у 4 (16,6%), дискоординационные симптомы – 5 (20,8%), синдром СДВГ – 9 (37,5%), и у 6 (25%) не удалось обнаружить выраженной неврологической очаговой симптоматики.

Дети были поделены на две группы. В первую группу вошли 8 больных, получавшие монотерапию тералиджену. Тералиджен вводился per os, в дозе 5-15 мг/сут в три приема, курс – месяц. Получены следующие результаты: у одного ребенка с распространенными тиками эффекта от терапии не получено (отмечалась аллергическая реакция), у одного ребенка слабopоложительная динамика с незначительным снижением количества приступов, пятеро детей со стойким улучшением и один ребенок с генерализованными приступами с компенсацией тиков – полным прекращением тиков в течение года.

Во вторую группу вошли 16 детей, 13 детей получали пантокальцин в дозе 50 мг/кг/сут. в сочетании с тералиджену, три ребенка – клоназепам в дозе 2-4 мг/сут. с тералиджену. Доза и курс лечения тералиджену была такой же, как у детей первой группы. У 13 детей в сочетании с пантокальцином отмечалось стойкое снижение количества приступов в 2 и более раза, в 3 случаях не было отмечено улучшения. При сочетании с клоназепамом у всех троих детей отмечалось прекращение приступов. Длительность ремиссии была от шести месяцев и более.

Таким образом, использование тералиджену в комплексном лечении распространенных и генерализованных тиков у детей, по нашим наблюдениям, значительно повышает эффективность терапии. Не всегда видимую положительную динамику при монотерапии тералиджену можно объяснить сложным патогенезом этого заболевания.

Литература

1. Зыков В.П., Ширеторова Д.Ч., Чучин М.Ю., Шадрин В.Н., Науменко Л.Л., Комарова И.Б. «Лечение заболеваний нервной системы у детей». Под ред. В.П. Зыкова. М.: Триада-Х, 2008: 287 с.
2. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. Лечение синдрома дефицита внимания с коморбидными тикозными гиперкинезами Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, И.С. Никишена. и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008; 2: С. 66-68.
3. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Хронические тики у детей и подростков и их лечение. Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012; 7 (2): С. 84-88.
4. Lampreave J.L., Molina V., Mardomingo M.J., Bittini A., Dominguez P., Almoguerl., Rubia F.J., Carreras J.L., Technetium-99m-HMPAO in Tourette's syndrome on neuroleptic therapy and after withdrawal. 1998 J Nucl Med. 1998. Apr; 39 (4): 624-810. Leckman J.F. Phenomenology and natural history of tic disorders J. Grain. Dev. 2002.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ф.П. Капсаргин, А.В. Ершов, Л.Ф. Зуева, А.Г. Бережной, Е.А. Алексеева
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В настоящее время проявляется стремление медицины к объективизации путем количественного выражения клинических показателей. Это касается не только лабораторных данных, но и сведений, имеющих весьма субъективный характер оценки. Для решения подобных задач используются искусственные нейронные сети.

Основное преимущество нейронных сетей в медицине – обработка и учет большого количества данных, которые зачастую выявить врачу невозможно. Тем не менее влияние этих параметров на постановку диагноза или выбора тактики лечения довольно высоко. Нейросети способны принимать решения, основываясь на скрытых закономерностях, фильтруя многочисленные данные.

Нейросетевая модель кардинально отличается от других математических классификаторов. Во-первых, нейрокомпьютеры и нейропрограммы являются самообучающимися, во-вторых, принципы их работы очень напоминают (в сильно упрощенном виде) взаимодействие нейронов через синапсы.

По доступным данным литературы, мы не обнаружили применения нейросетей в лечебном процессе при мочекаменной болезни (МКБ). Еще не разработано прогностических систем, позволяющих выбирать наиболее приемлемый метод лечения в каждом конкретном случае, учитывая послеоперационные осложнения.

Цель работы

Разработка экспертной системы выбора метода лечения при МКБ на основе нейросетевого классификатора.

Обучающую выборку составили данные 510 пациентов (на базе урологических отделений КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича»,

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД» за период 2013–2014 гг.).

Из поступивших больных 352 (69%) – мужчины, женщин было 158 (31%), из них 249 (48,8%) поступили в плановом порядке, 261 (51,2%) пациент поступил по экстренным показаниям. Диагноз мочекаменная болезнь впервые был установлен у 313 (61,4%), рецидивные конкременты выявлены у 197 (38,6%).

Как видно из таблицы 1, конкременты размерами от 0,8 до 2,5 см чаще локализовались в почечной лоханке – 68 случаев (13,4%), в чашечках – 46 (9%). Обструкцию пиело-уретерального сегмента камнем наблюдали у 16 пациентов.

Размеры конкрементов мочеточников колебались от 0,4 до 1,2 см, при локализации их: 174 (34,1%) в нижней трети, 132 (25,9%) в верхней трети, 90 (17,6%) в средней трети.

Все пациенты обследованы по стандартному диагностическому алгоритму, включающему лабораторные и рентгенологические методы, которые позволяли выбрать оптимальный метод лечения в зависимости от анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей, локализации и размеров конкрементов, а также фазы течения пиелонефрита.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия проведена 141 (27,6%) пациенту, консервативная терапия проводилась в 125 (24,5%) случаях. Эндоурологические методы лечения (уретероскопия, перкутанная нефролитотомия) использовались в 110 (21,6%) и 81 (15,9%) случаев соответственно. Остальные конкременты удалены во время традиционных открытых операций – 53 случая (10,5%) (рис. 1).

Информация о каждом пациенте была представлена в виде многомерного вектора, характеризующегося 28 входными параметрами: данные клинического осмотра, инструментального и лабораторного исследования.

Каждый пример имеет параметр «класс», представляющий заранее известную тактику лечения (консервативное лечение кодируется цифрой 0, уретероскопия КЛТ – цифрой 1, ДЛТ – 2, перкутанная нефролитотомия – цифрой 3, пиелолитотомия – 4, уретеролитотомия – 5). Количество примеров каждого класса составили все пациенты, прошедшие лечение в данных урологических отделениях.

В работе использовалась трехслойная нейронная сеть в среде Panalyzer 5.0 – наиболее оптимальная для решения задачи производства опыта из научных данных в гуманитарных областях. Обучение нейронной сети состоит в поиске закономерности и множества параметров, путем сравнения с эталонами. На выходе мы получаем некий вывод, который делается на основании полученного опыта. Обучение сети для 28 входных векторов и 510 записей заняло около 65 минут.

Следующей важной задачей явилось изучение значимости входных параметров для постановки диагноза. Обученная нейросеть автоматически удалила наименее значимые из них. В результате мы вы-

Таблица 1. Локализация конкрементов у больных МКБ (n=510)

Уровень локализации	Пол		Оба пола %	Абс.
	Мужской пол %	Женский пол %		
Лоханка и чашечки почки	32,6	24,4	22,4	114
Верхняя треть мочеточника	13	16,4	25,9	132
Средняя треть мочеточника	24,8	14,2	17,6	90
Нижняя треть мочеточника	29,6	45	34,1	174
Левая сторона	40,2	67,6	44	224
Правая сторона	59,8	32,4	56	286

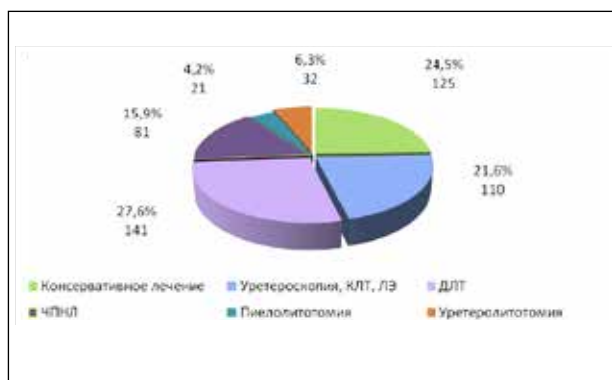


Рис. 1. Методы лечения больных с МКБ.

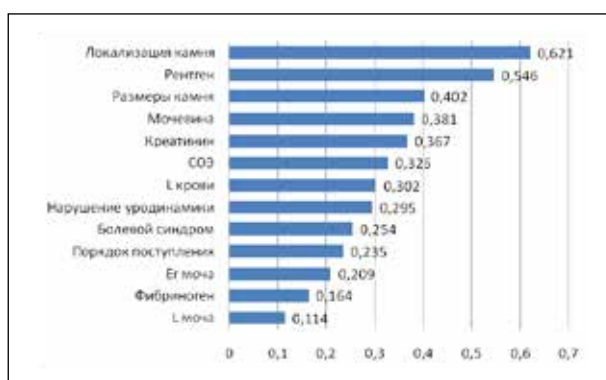


Рис. 2. Средняя значимость входных параметров.

делили 13 параметров, которые имели наибольшее влияние на выбор метода лечения.

Наиболее значимыми показателями ($p < 0,05$) явились: локализация и размеры конкремента, видимость на снимках, показатели СОЭ, мочевины и креатинина крови, а также степень нарушения уродинамики.

Отличительной особенностью программы Panalyzer 5.0 является возможность создания отдельной программы – нейросетевой экспертной системы, позволяющей тестировать данные. Тестирование экспертной системы проводилось на 22 примерах – пациентах, прошедших лечение в апреле 2014 года. При этом нейронная сеть определила все предложенные примеры правильно. Более того, экспертная система отбраковала два примера, которые были внесены в тестовую выборку по ошибке. При ретроспективном анализе историй болезни данных пациентов выяснилось, что в обоих случаях конкременты нижней трети мочеточника самостоятельно отошли за сутки до проведения уретероскопии. Во время операции конкрементов в мочевых путях обнаружено не было.

Таким образом, нами предложена нейросетевая модель выбора тактики лечения при мочекаменной болезни. Тестирование проводилось на 22 примерах, при этом ошибка экспертной системы составила 9%. Разработана экспертная система, классифицирующая методы лечения (6 видов) МКБ со степенью уверенности 91%.

Литература

1. Круглов В.В. Искусственные нейронные сети. Теория и практика. / В.В. Круглов, В.В. Борисов – М.: Горячая линия – Телеком, 2001. – С. 382.
2. Соломаха А.А. Современные тенденции прогнозирования в медицине / А.А. Соломаха, А.В. Костюнин, В.Г. Щетинин // Материалы 8-го Всероссийского семинара «Нейроинформатика и ее приложения» – Красноярск, 2000. – С. 162-163.
3. Россиев Д.А. Самообучающиеся нейросетевые экспертные системы в медицине: теория, методология, инструментарий, внедрение: дисс. док. мед. наук / Д.А. Россиев. – Красноярск: б/и, 1997. – С. 120.

ПСИХИАТРИЯ

СЕКСУАЛЬНОСТЬ И НЕВРОЗЫ

А.С. Дорожкин

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Не существует единого определения сексуальности человека. Можно предположить, что понятие сексуальность во многом соотносится с понятием секс и является его производным. Секс – взаимоотношение полов, основанное на инстинкте продолжения рода, но выходящее далеко за пределы удовлетворения этой потребности. В узком смысле – совокупность психических и физиологических реакций человека, переживаний и поступков, связанных со стремлением проявить и удовлетворить влечение.

Понятие сексуальности раскрывает собой множество смыслов. В рамках заданной темы наиболее важными являются такие значения секса и сексуальности:

– релаксация (разрядки полового возбуждения), в этом случае качества партнера почти не имеют значения, и можно обойтись с помощью мастурбации;

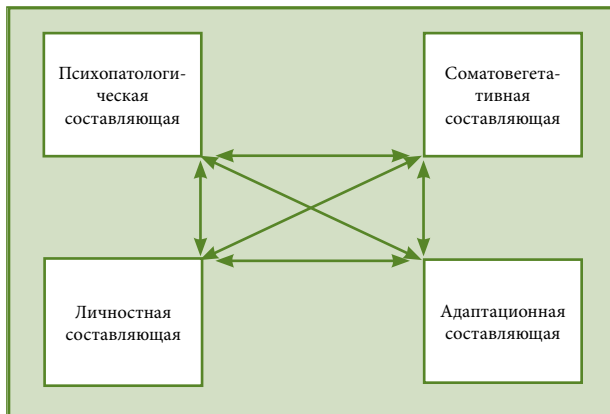
– рекреация или чувственное наслаждение, в этом случае на первый план выступают игровые аспекты секса, большое значение придается новизне, разнообразию эротической техники, психологическая интимность при этом не обязательна, а сексуальное удовлетворение партнера рассматривается как дополнение к собственному удовольствию;



– проявление любви;

– коммуникация, общение, установление интимной близости между партнерами.

Сексуальность человека – совокупность биологических, психофи-



зиологических, душевных и эмоциональных реакций, переживаний и поступков человека, связанных с проявлением и удовлетворением полового влечения (Г.Б. Дерягин).

Человек появляется на свет с зачатком сексуальности, которая развивается в течение жизни под влиянием общества, психологии человека и его биологических особенностей. На протяжении жизни человека сексуальность движет его поступками, способствует улучшению качества жизни. Эта потребность является высшей формой психологической активности в выстраивании отношений между мужчиной и женщиной.

Благодаря тому, что сексуальное влечение является очень мощным мотивирующим фактором поведения людей, невозможно переоценить влияние сексуальности на психологическое здоровье человека и субъективные ощущения благополучия и качества жизни. Очевидна взаимосвязь, на основе чего можно сделать обратные выводы.

Неврозы – устаревшее, собирательное понятие. Этот вид патологии рассматривается в диагностической группе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» F 40 – F 49, МКБ-10. Существует еще одно определение этой группы патологии – психогении или психогенные заболевания. Такое определение в лексикон психиатрии ввел К. Ясперс (1910).

Неврозы – самое широко распространенное нервно-психическое заболевание, которое, несмотря на принципиальную обратимость, нередко принимает затяжное течение и даже при успешном лечении дает рецидивы. Часто для больных сам факт направления к психотерапевту или психиатру является травмой. Они долго, безуспешно лечатся у врачей общесоматического профиля и приходят на прием к психиатру или психотерапевту уже хрониками.

Одни исследователи рассматривают невроз как этап развития личности, другие – как наследственно-биологическое заболевание, где психотравма является пусковым механизмом. Это крайние точки

зрения, но большинство исследователей считают невроз психогенным заболеванием.

Причиной невроза выступает так называемый невротический конфликт – нарушение значимых жизненных отношений, восходящих к детскому возрасту и активирующихся в психотравмирующей ситуации, но важную роль играют конституционально-биологические особенности.

Невроз – это болезнь личности, она возникает, когда психотравма подходит к личности «как ключ к замку», а психотравмирующие обстоятельства у больных неврозами и здоровых людей одни и те же. Поэтому личность больного неврозом – объект многочисленных исследований. Важно выяснить, как в процессе формирования личности у невротика складываются болезненные отношения, возникает эмоциональное напряжение, формируется невротическая установка. Общую схему невроза можно представить следующим образом.

В детские годы у больного неврозом формируется такая структура личности, при которой затруднены контакты в социальной среде, что приводит к фоновому эмоциональному напряжению. Затем возникает перегрузка соматовегетативной сферы и адаптивных механизмов, а поведение определяется не столько реальной ситуацией, сколько системой психологической защиты. Появляются невротические реакции, которые в неблагоприятных случаях становятся выраженными и аномальными. После психотравмы происходит срыв систем психологической защиты, соматовегетативных и адаптивных механизмов. Формируется психопатологическая симптоматика, которая становится своего рода формой психологической защиты.

В дальнейшем развитие невроза идет по «порочному», «волшебному», психосоматическому кругу. Развитие же симптоматики напоминает цепную реакцию или снежную лавину. При детальном анализе оказывается, что даже те неврозы, которые на первый взгляд представляются острыми, имеют длительную стадию предболезни.

Таким образом, личностные компоненты, психопатологическая, соматовегетативная симптоматика и нарушения адаптации, взаимно влияя друг на друга, формируют сложную картину невроза.

Можно предположить, что этапы, на которых будут происходить задержки психосексуального развития, тесно переплетены с развитием и формированием неврозов. В зависимости от тех или иных личностных и конституциональных особенностей индивида будут манифестировать те или иные формы невроза, и это будет находить прямое отражение в клинической картине заболевания.

Лечение сексологических расстройств – это, по сути, лечение невротической симптоматики, хронологически предшествовавшей сексуальной дисфункции либо возникшей после сексуальной неудачи. Это подтверждает и тот факт, что большинство техник и методов лечения в арсенале сексолога взяты из психотерапии неврозов. Все формы «секса с несексуальными целями» будут иметь место на невротической почве.

Нельзя не сказать о том, что, как правило, выбор сексуального партнера опять же происходит по невротическим мотивам. В связи с этим на определенных этапах работы клиенты сексолога будут направляться на семейную психотерапию.

Часто сексологические нарушения в качественном и количественном отношении будут в основе своей иметь невротическую симптоматику – тревогу, депрессию, трудности в межличностном общении и социальной адаптации. Даже те сексологические дисфункции, причиной которых будут инволюционные процессы, органические заболевания или анатомическая несостоятельность, вслед за собой будут вызывать невротические реакции и состояния, которые будут требовать соответствующего психотерапевтического и фармакологического лечения.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПРИЧИНЫ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, А.В. Рожкова
Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой, Санкт-Петербург

Хронический стресс оказывает значительное влияние на физическое и психическое здоровье специалистов. Так, деятельность, связанная с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми, может являться причиной профессионального стресса и приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) [1, 2].

Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. СЭВ характеризуется постепенной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии и проявляется в симптомах эмоционального и умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения от исполнения работы.

Этому патологическому состоянию наиболее подвержены представители «помогающих» профессий и управленческий персонал – медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов.

С. Cherniss в 1980 году определил это состояние как потерю мотивации в работе в ответ на чрезмерные обязательства, неудовлетворенность, реализующуюся в психологическом уходе и эмоциональном истощении [3]. W.B. Schaufeli отметил тесную связь появления выгорания и чувства несправедливости, социальной незащищенности, социально-экономической нестабильности [4]. Профессиональный рост, обеспечивающий повышение социального статуса, уменьшает степень выгорания [5]. К сожалению, выгорание может носить «инфекционный» характер и заражать других сотрудников, склонных к нему.

Вопрос нозологической принадлежности этого синдрома остается открытым. Диагностическим эквивалентом СЭВ в МКБ-10 является Z73.0 Burnout. State of vital exhaustion (состояние переутомления).

Ранее нами были изучены клинические проявления СЭВ и выделены следующие симптомокомплексы – астенический, психовегетативный, цефалгический, тревожно-фобический, легких когнитивных нарушений [6]. Кроме этого, проведенное нами исследование

показало выраженное снижение качества жизни у пациентов с СЭВ, причем не только по показателю жизненной активности, отражающему истощаемость, но и по показателям общего и психического здоровья, что свидетельствует о выраженных эмоциональных нарушениях и негативных оценках больными состояния своего здоровья в настоящий момент и в оценках перспектив лечения [7].

При лечении клинических проявлений СЭВ достаточно часто и эффективно используются нейротропные средства. К этой группе лекарственных средств принадлежит и препарат цитофлавин, который представляет собой комплексную субстратную композицию из янтарной кислоты, рибоксина, рибофлавина. Препарат оказывает положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, снижая выраженность оксидантного стресса и подавляя избыточный выброс возбуждающих нейротрансмиттеров в условиях ишемии [8].

Применение цитофлавина позволяет улучшить показатели энергетического обмена за счет усиления аэробного гликолиза, что проявляется увеличением внутриклеточного фонда макроэргических соединений – АТФ и креатин-фосфата. Цитофлавин, активизируя метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует восстановлению интеллектуально-мнестических функций [9].

Препарат хорошо переносится и применяется при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения, энцефалопатиях разного генеза [10]. Так, применение цитофлавина при сотрясении и ушибе головного мозга способствует увеличению потребления кислорода тканями, оказывает положительное влияние на показатели гемодинамики, функции легких, оказывает репаративное действие.

Кроме того, при ушибах головного мозга средней и тяжелой степени тяжести препарат способствует восстановлению когнитивных функций [11]. Применение цитофлавина при токсической и постгипоксической энцефалопатии сокращает длительность коматозного периода, снижает частоту развития отека го-

лового мозга, что, в свою очередь, снижает летальность [12].

Результаты многоцентрового рандомизированного исследования, проведенного З.А. Суслиной и соавторов (2007), показали, что курсовая терапия (2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней) астено-невротического синдрома у больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью цитофлавином приводит к достоверному уменьшению выраженности как астенического, так и невротического синдрома. Установлено положительное влияние препарата на когнитивно-мнестические функции, показатели качества жизни и сна пациентов [13].

При острых состояниях цитофлавин применяется внутривенно капельно, а при хронических заболеваниях назначается в таблетированной форме по 2 таблетки 2 раза в день курсом не менее 25 дней.

Исследования позволяют предположить высокую эффективность использования цитофлавина в лечении клинических проявлений СЭВ.

Литература

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика – СПб.: Питер, 2005 – 336 с.



2. Чутко Л.С. Синдром менеджера. Эмоциональное выгорание и управление стрессом. — СПб.: Речь, 2010. — 96 с.

3. Cherniss C. The role of professional self efficacy in the etiology and amelioration of burn-out. In Professional of Burn-out: Recend Developments in Theory and Research. — London: Taylor and Francis, 1993. — P. 135-149.

4. Schaufeli W.B., Enzmann D. The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions. Washington DC, 1999. — 128 p.

5. Сидоров П.И., Сложеникин А.П., Новикова И.А. Синдром эмоционального выгорания у лиц коммуникативных профессий. // Гигиена и санитария. — 2008, № 3. — С. 29-33.

6. Чутко Л.С., Рожкова А.В., Сурушкина С.Ю. Синдром эмоционального выгорания: клинические варианты // Психосоматическая

медицина — 2014: Труды. IX международный конгресс. — СПб: Изд-во «Человек и его здоровье», 2014. — с. 131-133.

7. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И. Коррекция клинических проявлений синдрома эмоционального выгорания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2009 — Т. 109. — № 2. — С. 66-68.

8. Афанасьев В.В., Лукьянова И.Ю. Особенности применения цитофлавина в современной клинической практике. — СПб., 2010. — 80 с.

9. Шабанов П.Д. Цитофлавин в лечении астенических состояний. Методическое пособие для врачей. СПб: ВМедА, 2012.

10. Суслина З.А., Клочева Е.Г., Пирадов М.А. и др. Эффективность цитофлавина при хронической ишемии головного мозга. // Клиническая медицина, 2010. — № 3.

11. Цивинский А.Д., Саватеева Т.Н., Коваленко А.Л. Применение сукцинат-содержащего препарата цитофлавина в составе интенсивной терапии пострадавших с черепно-мозговой травмой // Материалы Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России». СПб., 2006. — С. 19.

12. Ливанов Г.А., Калмансон М.Л., Батоцыренов Б.В. и др. Фармакологическая коррекция последствий гипоксии у больных в токсической коме вследствие острых отравлений ядами нейротропного действия. //Анестезиол. и реаниматол.— 2002, № 2. — с. 14.

13. З.А. Суслина, М.М. Танашан, С.А. Румянцева, А.А. Скоромец, Е.Г. Клочева, И.И. Шоломов, И.Д. Стулин, С.В. Котов, А.Н. Густов. Коррекция астеноневротического синдрома (по материалам многоцентрового фандомизированного исследования) // Поликлиника. — 2007, № 1. — с. 21-24.

ПАНКРЕАТИТ

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*А.Е. Попов, Н.Ю. След
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «КМКБ № 20 имени И.С. Берзона»*

Вопрос лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) остается открытым в неотложной абдоминальной хирургии. Внедрение в практику новых диагностических и лечебных мероприятий [3, 7] не внесло кардинальных изменений конечного результата. Не существует единого принципа лечения больных с ОДП [2, 5].

В последние годы многими хирургами отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП), увеличение его деструктивных форм с гнойно-некротическими осложнениями, являющихся основной причиной летальных исходов при ОДП, составляющих от 65 до 80% [1, 4, 6, 8].

Цель исследования

Снижение количества гнойных осложнений панкреонекроза за счет профилактики инфицирования деструктивного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры хирургических болезней имени профессора А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО в 1-м хирургическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» г. Красноярск за период с 2008 по 2014 г. находились на лечении 2490 больных с ОП, из их числа у 251 больного (10,1%) был выявлен ОДП. Возраст пациентов с ОДП колебался от 18 до 87 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1.

Результаты исследования

Большинство пациентов, поступивших в хирургический стационар, получали лечение по современной лечебной схеме — раннего «обрыва» ОДП, предложенного Толстым А.Д. с соавт. (2005), которая была дополнена лечебно-диагностическими мероприятиями, направленными на сохранение асептичности процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке для предотвращения инфицирования ОДП.

Основными методами в диагностике ОДП являлись данные клинико-лабораторных исследований, УЗИ брюшной полости, диагностическая лапароскопия, компьютерная томография (КТ). Определялась тяжесть заболевания пациента по шкале АРАСНЕ-II, обязательно учитывалась прогнозирование процесса и фазность течения заболевания (по Толстому А.Д., 2005). У 21 больного с ОДП (8,4%) из числа поступивших наблюдались явления эндотоксического шока с «шоковым» индексом > 1. Эта категория больных для дальнейшего лечения направлялась в реанимационное отделение.

УЗИ брюшной полости позволяло, помимо выявления деструкции в поджелудочной железе, определить наличие, количество и локализацию экссудата в свободной брюшной полости, сальниковой сумке и забрюшинном пространстве. Наличие экссудата являлось показанием для проведения лечебно-диагностической лапароскопии. Объем операции предполагал ревизию брюшной полости, удаление из нее экссудата, установку 2-4 трубчатых дрена-

жей, в зависимости от распространенности процесса и при необходимости дренирование полости малого сальника.

Из 251 больного с ОДП ферментативный перитонит был выявлен у 174 (69,3%). Лечебно-диагностические лапароскопии, в том числе динамические релапароскопии, у больных с ОДП позволяли дифференцировать ферментативный перитонит от гнойного и эффективно контролировать больных с картиной деструкции железы без проведения «открытых» операций, предотвращая инфицирование процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

При лечении больных с ОДП в обязательном порядке проводился КТ и УЗИ-мониторинг, позволяющий оценить объем деструкции как в железе, так и в забрюшинном пространстве. Считаем важным для правильного ведения пациентов с ОДП, особенно в реактивной фазе, использование «маркеров воспаления» (фибриноген, С-реактивный белок, прокальцитонин). Эти тесты в сочетании с лечебно-диагностической лапароскопией, ранней интенсивной медикаментозной терапией, КТ и УЗИ-мониторингом позволяли прогнозировать развитие и распространенность «поздних» гнойных осложнений, а также определять оптимальные хирургические доступы.

В базисную интенсивную медикаментозную терапию больных с ОДП обязательно включались:

- адекватное обезболивание (ненаркотические, наркотические анальгетики и эпидуральный блок);
- средства, корригирующие ОЦК (растворы кристаллоидов);
- антисекреторная терапия (синтетические аналоги соматостатина);
- коррекция агрегатного состояния крови (гепарин, клексан);
- по показаниям ингибиторы протеолиза (котрикал, гордокс);
- антиоксиданты и антигипоксанты (мексидол, реамберин);
- иммунотропная терапия (ронколейкин);
- антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия (преимущественно карбапенемы, по показаниям ванкомицин).

Расширение возможностей медикаментозной терапии в совокупности с эндоскопическим методом удаления из брюшной полости ферментативного экссудата и пункционно-дренирующих методов удаления нагноившегося содержимого из полости малого сальника и постнекротических кист поджелудочной железы позволяло значительно сократить число пациентов, нуждающихся в «открытых» операциях. В процессе лечения больных с ОДП нами отмечено увеличение числа пациентов с острыми псевдокистами – 63 больных (25,1%). Исход заболевания с abortивным процессом в поджелудочной железе с формированием кист и дигестивных свищей – 24 больных (9,6%) считали как благоприятный исход ОДП.

Нагноившиеся кисты, наблюдавшиеся у 22 больных (8,8%), и абсцессы сальниковой сумки 12 больных (4,8%) пытались вести пункционно-дренирующими методами. При неудаче или неэффективности последних производились «открытые» операции. Развитие распространенных гнойно-некротических осложнений в виде разлитых гнойных перитонитов и забрюшинных септических флегмон вынуждали проводить широкое вскрытие брюшной полости и забрюшинного пространства «поперечной» или срединной лапаротомией с оментобурсостомией, люмботомией и установкой широких проточных дренажей.

Современные принципы лечения ОДП предполагают проведение ранних «открытых» операций только по строго определенным показаниям. У 18 больных (7,2%), несмотря на интенсивную медикаментозную терапию, состояние ухудшалось – появились явления полиорганной недостаточности, выраженного эндотоксикоза с нарушением гемодинамики, что и послужило показанием к ранним открытым операциям.

Гнойно-некротические осложнения наблюдали у 55 больных



(21,9%). Из них: абсцессов сальниковой сумки – 12 (4,8%), флегмона забрюшинного пространства – 15 (6%), инфицированная киста – 22 (8,8%), разлитой гнойный перитонит – 6 (2,4%). Из 251 больных с ОДП умер 51 человек. Общая летальность у пациентов с ОДП составила 20,3%.

Выводы

Современное комплексное лечение больных с ОДП позволило уменьшить количество гнойно-некротических осложнений, инфицирования очагов деструкции в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Ведение каждого пациента с ОДП требует индивидуального подхода. Необходимо применение современных лечебно-диагностических мероприятий, интенсивной медикаментозной терапии и адекватных, полноценных хирургических вмешательств, в том числе малоинвазивных.

Литература

1. Гостищев В.К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // Хирургия – 2003. – № 3. – С. 50-54.
2. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова Л.Д. и др. Панкреонекроз (диагностика, прогнозирование, лечение) // – М.: 2007. – 224 с.
3. Материалы 9-го съезда хирургов России. – Волгоград, 2000. – 64 с.
4. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Лаптев С.В. и др. Панкреонекроз в новом тысячелетии // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: материалы I конгресса московских хирургов. – М.: ГЕОС, 2005. – С. 106-107.
5. Толстой А.Д., Багненко С.Ф., Красноров В.Б. и др. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // Хирургия. – 2005. – № 7. – С. 19-23.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы. // Анналы хирургии. – 2003. – № 1. – С. 12-20.
7. Сухоруков А.М., Попов А.Е., След Н.Ю., Попов С.А. Тактика лечения больных с острым деструктивным панкреатитом // Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием совместно с пленумом проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета РАМН и Минздрава России. – Красноярск: КрасГМУ, 2012. – С. 203-205.
8. Черданцев Д.В., Арутюнян Ал.В., Арутюнян А.В. Состояние проблемы острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра. – 2011. – № 4. – С. 310-313.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ В ЛЕГКИЕ

Н.В. Тененбаум
МБУЗ «Енисейская ЦРБ»

Рак щитовидной железы в структуре узловой зоба занимает, по данным разных авторов 0,45-13%. Рак щитовидной железы подразделяют на папиллярный (около 76%), фолликулярный (около 14%), медуллярный (около 5-6%), недифференцированный и анапластический рак (около 3,5-4%).

Проблема рака щитовидной железы остается актуальной в связи с тем, что узловой зоб встречается более чем у 4% населения и более чем в 90% случаев при обследовании выявляется как аденома. По данным клиники Мэйо, частота рака щитовидной железы составляет 36 на 1 млн. жителей в год. Рак щитовидной железы встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин. По данным Эндокринологического центра «Росмедтехнологии», карциномы встречаются в многоузловых зобах в 4,5% случаев. В связи с этим необходима тщательная эхографическая оценка каждого образования при многоузловом зобе с последующей прицельной тонкоигловой пункционной биопсией.

По Енисейскому району зарегистрировано с впервые выявленным раком щитовидной железы в 2010 году три пациента, в 2011 году – шесть пациентов, в 2012 году – три пациента, что соответствует распространенности на тысячу населения – 0,06, 0,13, 0,06 соответственно. Среди пациентов рак II степени выявлен у одного мужчины (возраст 55 лет). Остальные пациенты женщины, у которых рак II степени выявлен у шести (возраст от 49 до 65 лет), рак III степени – у трех (возраст от 35 до 53 лет), рак IV степени выявлен у одной женщины 36 лет. У еще одной женщины рак I степени выявлен в возрасте 55 лет.

Отмечается увеличение частоты рака щитовидной железы. Среди причин роста частоты отмечаются йодная недостаточность. Воздействие ионизирующей радиации, нарушение иммунно-нейроэндокринного гомеостаза. Очень часто рак щитовидной железы представляет собой одиночный узел, который расценивается как аденома и/или узловой зоб. Реже в начале заболевания имеется диффузное увеличение щитовидной железы. Такая «аденома» склонна к более быстрому росту, чем обычный узловой зоб, приобретая более плотную консистенцию и вызывая чувство сдавления в области щитовидной железы.

При обследовании выявляется увеличение региональных лимфатических узлов, свидетельствующих о злокачественном течении опухоли щитовидной железы. Функциональное состояние щитовидной железы, как правило, остается в пределах нормы, и лишь при значительных размерах опухоли могут развиваться явления гипотиреоза, и значительно реже – умеренного тиреотоксикоза. В других случаях первые клинические признаки рака щитовидной железы являются следствием его метастазирования в легкие, кости, или реже – в головной мозг и надпочечники.

Клинический случай

Пациентка Ш. 1974 года рождения обратилась в поликлинику для прохождения медосмотра при трудоустройстве на работу после декретного отпуска в сентябре 2009 года.

Из анамнеза: хронических заболеваний не отмечает, при наблюдении во время беременности у терапевта отмечался астенический синдром, выявлено небольшое увеличение щитовидной железы, УЗИ не проводилось.

Роды протекали нормально. В течение последующих трех лет к врачу не обращалась.

При прохождении ФЛГ от 15.09.2009 г. по всем легочным полям с двух сторон множество очаговоподобных теней, преимущественно в нижних отделах, корни не расширены. Для уточнения диагноза была направлена в ККПТД № 1.

Компьютерная томография грудной клетки показала картину, характерную для множественных метастазов в легкие. Больной проведена диагностическая торакотомия и краевая резекция S4, S5 левого легкого. Гистология показала, что на фоне перибронхиального склероза ткани легкого имеется рост опухолевой ткани, представленной фолликулярными структурами, состоящими из полиморфных клеток.

Была направлена для дальнейшего лечения в отделение опухолей головы и шеи ККОД им. А.И. Крыжановского.

При обследовании: УЗИ щитовидной железы – на фоне умеренной тиреомегалии (22,3) очаговые образования 0,5-1,3 см, увеличенные лимфоузлы шеи слева.

Диагностирован рак щитовидной железы IV степени, метастазы в лимфоузлы шеи слева и в легкие.

Цитология лимфоузла шеи: высокодифференцированный папиллярный рак.

В отделении опухолей головы и шеи краевого онкодиспансера выполнена футлярно-фасциальная лимфаденоэктомия шеи слева, тиреоидэктомия.

На гистологических препаратах лимфоузлов – картина метастаза фолликулярно-папиллярного рака.

Больная осмотрена на врачебной комиссии – рекомендовано дальнейшее лечение в федеральной клинике – радиойодтерапия.

В представленном клиническом случае правильный диагноз выставлен на стадии метастазирования в легкие при незначительном увеличении щитовидной железы и увеличенных региональных лимфоузлах.

Пациентка продолжила лечение в Обнинске, в отделении радиохирургического лечения открытыми радионуклидами. Проведено пять курсов радиойодтерапии. Отмечалось накопление изотопа в проекции обоих легких. Последний курс радиойодтерапии 81мКи, закрытый режим в октябре 2012 года.

Исследование щитовидной железы (УЗИ): в ложе щитовидной железы без остатков тиреоидной ткани. Слева в паратрахеальной области – два лимфоузла до 7 и 4 мм, с микрокальцинатами. Слева, в нижнем отделе шеи, под яремной веной лимфоузел до 4 мм подобной экоструктуры.

Онкомаркеры от 8.10.2012: АТ кТг – 134,3, ТГ – 599.

Продолжает лечение эутироксом 124 мкг/сутки.

Литература

Е.А. Трошина, Н.М. Платонова. «Заболевания щитовидной железы», 2008 г. Москва.

М.И. Балаболкин. «Эндокринология», 1998 г.

Материалы 32-го ежегодного съезда Европейской Тиреологической ассоциации, 2008 г.

Ex animo
От души

ДЕМБЕЛЬСКИЙ

Мартовский номер «Первой краевой» традиционно посвящен прекрасному полу. В этом году мы решили исправить несправедливость и сделать подарок мужчинам нашей больницы.

Все врачи, особенно старшего поколения, примеряли армейскую форму – на военных сборах после 4 курса. Но в нашей клинике работают мужчины, отдавшие армейской жизни сполна. Это «счастливчики», попавшие под тотальный призыв студентов. Начался он в 1985 году – брали всех достигших 18 лет, даже из престижных вузов. Отменили призыв в 1989-м. Вот это поколение, которому сегодня от 44 до 48 лет, надело кирзу и пошло под ружье.

Сегодня мы спрашиваем наших защитников: чем стала для вас армия – школой жизни или потерянным временем?



Андрей Владимирович Пустовойтов,
заведующий отделением кардиохирургии:

– Служил в 1986-1988 годах в Йошкар-Оле в военном госпитале адъютантом начмеда дивизии Заки Балабуддиновича Гельмутдинова. Я был привилегированным солдатом, общался в основном с офицерами, да и работа была скучновата – одна писанина, но зато имею представление, что такое военная медицина. Дедовщины не помню, у нас почему-то служили только славяне – русские, украинцы, белорусы, так что жили мирно.



Вадим Тигранович Кеоссян, заведующий отделением микрохирургии:

– После окончания Томского военно-медицинского факультета два года служил на Байконуре, в космических войсках. Вернулся на «гражданку» в 1989 году.

Считаю, что армейская служба – призвание, она не для всех. У нас один прапорщик на вопрос: «Почему вы служите в армии?» отвечал просто: «Потому что весело!».

Видимо, я по сути человек гражданский.



Лев Семенович Глизер, кардиолог:

– Еще в школе был капитаном команды по спортивному многоборью, поэтому армии не только не боялся – я хотел служить. Ушел в 19 лет, после второго курса. Учебка была в Омске, затем поехал санинструктором в Туву, в поселок Чадан, в двухстах километрах от Кызыла. Пейзаж вокруг был психоделический – степь, поросшая коноплией. Жаль, что я не дослужил в этом чудесном месте – в 1989 году вышел указ вернуть студентов в вузы.



Анатолий Валентинович Брюханов,
микрохирург:

– Отслужил два года после 5-го курса в городе Мыски Кемеровской области, военная часть № 6609, связист. Никаких негативных воспоминаний об армии нет – отличная была служба.



АЛЬБОМ

ПАМЯТЬ
О
СЛУЖБЕ
1988ГГ



Александр Кимович Рымарчук, заместитель главного врача по кадрам:

— В армии настоящей я не был, но даже на военных сборах в вузе умудрился попасть на «губу». Убежал в город за двумя зайцами: к невесте Лене и по делам — у меня халтура подвернулась, подрабатывал в бригаде сварщиков. Подметали мы на гауптвахте, окурки собирали.

Думаю, армия нужна, чтобы почувствовать себя мужчиной. Мне не довелось отслужить, но я был готов — выжил бы, без сомнений.

Владимир Иванович Мотин, начальник отдела по ГО и ЧС:

— В армию призвали после интернатуры. Служил два года в отдельной вертолетной эскадрилье ракетной дивизии — в офицерском звании, был старшим лейтенантом. Два раза в неделю летал на ракетные точки, обслуживал дежурные смены.

К врачам со стороны летного состава было отношение хорошее, я вообще дедовщины не помню. Как можно грубить механику-солдату, если от него зависит состояние воздушного судна?

Кормили нас хорошо, я еще три раза в сутки пробу снимал, как врач, в летной столовой.

Были и трогательные моменты — помню, меня всем офицерским общезимитием собирали на свидание к будущей жене, Людмиле Александровне. Несли одежду, вырядили меня, она очень удивилась, что я такой модник.



Егор Евгеньевич Корчагин, главный врач:

— Когда я служил в армии, а было это на одном из военных объектов Московской области, я еще не понимал, что такой житейский опыт стоит дорого. Мне, конечно, совсем не хотелось отрываться от учебы в вузе. Но и попыток «откосить» не было — служить бы все равно пришлось, так уж лучше сейчас, чем терять время на старших курсах.

Сегодня, через много лет, понимаю, что армия дала уникальный опыт: ты попадаешь в среду, которая на гражданке существует где-то далеко, точек пересечения нет. А здесь, в казарме, ты вынужден жить по новым законам и одновременно не терять себя.

Не считаю два года службы потерянным временем.



Сергей Фомин, системный администратор:

— Отучился в техникуме информатики и ушел в армию. Служил в МВД, в Томске, охраняли закрытый объект — атомную станцию.

Срочная служба — хорошая школа жизни. Ты учишься общению, главное — не давать себя опустить. Армию вспоминаю, негатива никакого не испытываю.

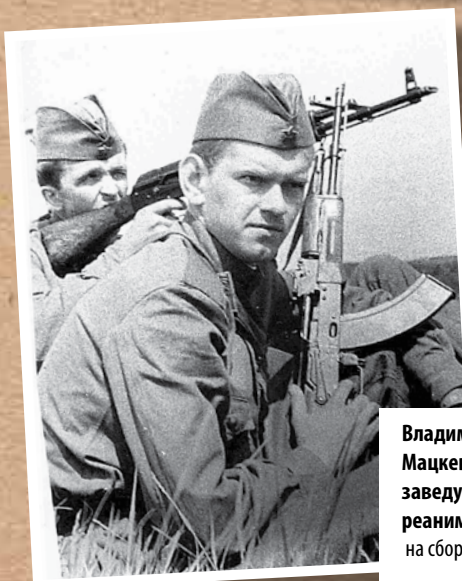


Игорь Викторович Кочкин, заведующий отделением торакальной хирургии:

— Немногие помнят перестроечный роман «Преисподняя», но выражение «Метро-2» довольно известно. Легенда гласит, что советское правительство построило в Москве командные посты глубоко под землей. Эти объекты связаны сетью специальных глубоких линий метро, которые предоставляют быстрый и безопасный способ эвакуации для лидеров страны во время войны. Они находятся на глубине предположительно 200-300 метров, рассчитаны, по разным оценкам, на 10 тысяч человек. И жить там можно в течение нескольких десятков лет.

Не стану обсуждать фантастические версии, но я служил в медицинской роте на совершенно секретном объекте в столице. И этот объект находился под землей.

Про армию могу сказать, что она полезна, потому что попадаешь в экстремальную ситуацию, в которой можно рассчитывать только на себя.



Владимир Адамович Мацкевич, заведующий ожоговой реанимацией, на сборах в Таскино.



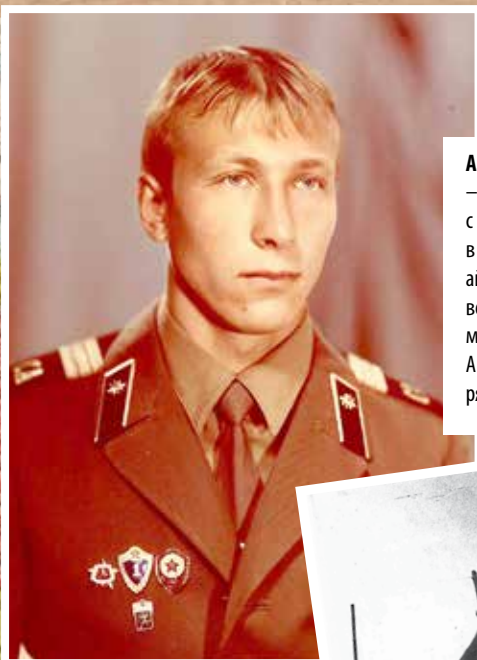
Владимир Юрьевич Афонкин, заведующий отделением оториноларингологии:

— Спасибо, что напомнили про военные сборы. Смотрю на себя — молодой, худой, черноволосый, еще и в галифе — словно кадр из военного фильма.



Анатолий Александрович Левенец, д.м.н., профессор:

— Два года отучился в Омском военно-медицинском училище имени Щорса. По окончании был бы военным фельдшером, но в 1957 году училище расформировали. Я поступил на стоматологический факультет, получил гражданскую специальность. Но армия отпечаток свой оставила — она очень быстро приучает к дисциплине и ответственности.



Алексей Иванович Грицан, д.м.н., профессор:

— Наверное, из наших коллег я один служил за границей, в Монголии с 1986 по 1988 год. Год провел в Улан-Баторе, затем служил связистом в провинции: наши РЛС стояли возле Сайншанда — это столица аймака Дорноговь. Полупустыня, всегда дул ветер в лицо, куда ни повернись. Местные жители относились к нам очень хорошо, угощали, монголы вообще гостеприимные.

А в остальном армия как армия. Ни в коем случае не считаю ее потерянным временем. Армия — это жизнь, как можно о ней сожалеть.





Дмитрий Владимирович Терсков, гнойный хирург:

— Служил санинструктором в Омском военном общеобразовательном училище, в батальоне обеспечения учебного процесса. Училище находится в центре Омска, цивилизация была близко, и это уже большой плюс.

Самое сложное в армии то, что ты не выбираешь себе сослуживцев, попадаешь в сложную среду, и надо в ней выживать. С другой стороны, если смотришь на все с юмором, два года пролетают быстро и запоминаются только хорошим. Например, у нас прапорщик был один. Прославился тем, что когда конфисковывал у солдат «Агдам», показательно выливал вино в раковину — при виновнике. А потом мы узнали, что в раковине была сложная система коммуникаций — «Агдам» по трубке уходил через дырку в стене в другую комнату и там заботливо собирался в емкость. То есть добро не пропадало. Вот почему я люблю поговорку: «Кто в армии служил, тот в цирке не смеется».



Геннадий Александрович Усик, кардиохирург:

— Служил три года на Тихоокеанском флоте, на ракетной базе. Служба на флоте не только самая долгая, но и самая интересная.



Дмитрий Борисович Немик, кардиолог:

— У меня получились особенные военные сборы. Если многие поколения студентов проводили лето в Таскино, то мой курс отправили очень далеко от Красноярска — в Иркутскую область, под Братск. Было весело, это и на фото видно — солдаты вполне довольны жизнью. Кстати, рядом со мной слева Иван Блау — врач из краевой больницы.

Евгений Владимирович Самохвалов, заведующий отделением кардиологии № 4:

— Я сын офицера, поэтому об армии имел реальное представление — сюрпризов не было. Отслужил два года — с 1987-го по 1989-й. Прошел учебку ПВО в Иркутске, затем перевели в Новосибирск. Я был старшиной отдельного батальона радиоэлектронной борьбы. Армия — хорошая школа выживания. Моей сильной стороной всегда была учеба: получил золотую медаль в школе, красный диплом в институте. Но в армии авторитет базируется на других качествах — общечеловеческих, помощи товарищам и способности находить общий язык с кем угодно.



ДАМСКАЯ КОМНАТА

ЖЕНЩИНА-ВРАЧ: ЧТО МОЖНО, А ЧЕГО НЕЛЬЗЯ

Сегодня в гостях у «Первой краевой» красавицы – женщины, которые всегда в форме. Это звучит странно, ведь большинство сотрудников нашей больницы в форме – в халатах и хирургических костюмах. Но наши гости знают секрет, как сохранить индивидуальность, не слиться с толпой, чем подчеркнуть природную красоту и при этом исключить даже намек на вульгарность.

Таких женщин в краевой клинической больнице много. Десять из них ответят на два вопроса: Чем может украсить себя женщина в форменной одежде? Чего не может себе позволить женщина в больнице?

ТЕРАПЕВТЫ СВОБОДНЕЕ ХИРУРГОВ

Ольга Викторовна Боровик, заведующая отделением эндокринологии:

– Даже за небольшие деньги каждая из нас может приобрести достойную форменную одежду и выглядеть хорошо, сегодня есть такая возможность. Короткие халаты выглядят вульгарно даже на молодых девушках. Красиво, когда халат «заигрывает» с коленом.

Мы, терапевты, предпочитаем обувь на каблук – можем себе позволить, в отличие от хирургов. Правда, каблук не должен быть очень высоким. Босые ноги и шлепанцы – табу. Мне не нравятся кричащие украшения, это неприлично – они не сочетаются с белым халатом.

В целом я бы сказала, что женщина-медработник должна излучать красоту, но не откровенную эротику. Конечно, нередко мы слышим комплименты от пациентов – это нормально, но надо всегда помнить, что между нами дистанция.

ОСТОРОЖНЕЕ С ПАРФЮМОМ!

Инна Владимировна Путинцева, ассистент кафедры терапии № 2:

– Сотрудники краевой больницы все же отличаются от коллег из других лечебных учреждений. Видимо, наши стены воспитывают людей.

Женщина может смело украшать себя, даже если носит униформу. Я, например, рада, что сегодня мы не обязаны носить колпачки, – это большое облегчение.

Не стоит злоупотреблять яркой косметикой, и особенно парфюмом. Сразу бросаются в глаза неухоженные ногти. Мне не очень нравится, когда у доктора или медицинской сестры распущенные волосы.

Нельзя носить под белый халат черное белье, оно вообще не должно просвечивать. Думаю, в больнице неуместны джинсы. А вообще, мне кажется, наши женщины в подавляющем большинстве выглядят хорошо.

ГЛАВНОЕ – ЧУВСТВО МЕРЫ

Наталья Ивановна Головина, заместитель главного врача по лечебной работе:

– Своим внешним видом медработник должен вызывать доверие у пациента. Вечерний макияж, брошки, драгоценности, вульгарное декольте, небрежность в одежде снижают комплаентность больше других негативных факторов. Пациент может сомневаться в медицине в целом, но он должен доверять своему лечащему врачу, и то, как выглядит врач, немаловажно.

Думаю, что наши девушки и женщины, врачи и медицинские сестры должны взять на вооружение принцип естественной красоты и умеренность.

ПАЦИЕНТЫ СКАНИРУЮТ ЛЮДЕЙ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ

Наталья Викторовна Арутюнова, заместитель главного врача по экономике:

– Когда пришла на работу в больницу, перспектива носить белый халат меня настораживала, но коллеги пообещали, что очень быстро привыкну. Действительно привыкла и вошла во вкус – покупаю халаты сама, хочется выглядеть элегантно.

По больнице передвигаюсь на каблуках, стараюсь быть в тренде, в образе, не отставать от наших докторов. Я ведь знаю, как пациенты сканируют, как внимательно рассматривают докторов и медицинских сестер. А это значит мы все, люди в белых халатах, должны быть максимально ухоженными и безупречными.

БЕЛЫЙ ХАЛАТ УСИЛИВАЕТ МАКИЯЖ

Светлана Леонидовна Нефедова, заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом:

— Безупречной чистоты халат — вот что сразу вызывает к медицинскому работнику симпатию и уважение.

Я всегда говорю медицинским сестрам: помните, что яркий макияж еще больше усиливается белым халатом, поэтому медработнику нужен макияж дневной, легкий, не злоупотребляйте косметикой. Медицинской сестре нельзя ходить на шпильках — мы всегда рядом с пациентами, обувь не должна стучать. Еще один нюанс, отличающий профессионала, — аккуратная прическа. И конечно, главное украшение медицинской сестры — улыбка. Не томная, не кокетливая — искренняя и добрая.

Мне иногда приходится воспитывать молодых медсестер, учить их хорошим манерам и достойному внешнему виду. Но на большинство наших сотрудниц приятно смотреть, ведь сегодня много возможностей выглядеть хорошо, и наши врачи и медицинские сестры этим активно пользуются.

ПРЕДПОЧИТАЮ НЕ НОСИТЬ БРЮКИ НА РАБОТЕ

Елена Николаевна Бочанова, врач-фармаколог:

— Думаю, врача и медицинскую сестру, как и всех женщин, украшает макияж, драгоценности, качественная бижутерия, но во всем должна быть мера. Белый халат — он тоже наше украшение, для меня важно, чтобы он был застегнут.

Я предпочитаю не носить на работе брюки, но при этом считаю, что белый халат требует уважения — чулок в любую погоду. Еще один момент: обувь для пляжа на работе неуместна. И конечно, под халатом должна быть блузка — нижнее белье не может просвечивать.



МЫ ЛЮБИМ ТИШИНУ

Наталья Павловна Козлова, старшая медицинская сестра ОАИР № 2:

— Реанимация — особая страна со своими законами.

Мои новые сотрудницы немного огорчаются, что им приходится носить только хирургические костюмы. Я понимаю девушек — халатик это женственно и красиво. Я и не запрещаю им халаты, просто они сами через пару дней работы переходят на костюмы: работа подвижная, надо много наклоняться, перевозить пациентов на каталках.

В реанимации табу на накладные ногти, распущенные волосы, мы не разговариваем громко — бережем покой наших тяжелых больных.

А вот косметикой мы пользуемся и носим украшения, правда, не на руках.



НА ОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕНЬ КОСМЕТИКИ НЕ ХВАТАЕТ

Елена Евгеньевна Лихошерст, заведующая отделением сосудистой хирургии:

— Мы, хирурги, отличаемся от терапевтов — ни тебе маникюра, ни прически, ни красивой обуви. Правда, я всегда пользуюсь косметикой, но когда уходишь в операционную на весь день, от нее мало что остается.

Я потому и люблю театр — хочется отдохнуть от работы, надеть приличное платье, а не халат и костюм.

Но вот недавно увидела свое портфолио — снимки, сделанные для баннера в холле краевой больницы, и была поражена: оказывается, даже в униформе я могу так здорово выглядеть!



КАЖДОМУ ОТДЕЛЕНИЮ — СВОЮ ФОРМУ

Мargarita Anatolyevna Chukhrova, заведующая дневным стационаром при поликлинике:

— Придерживаюсь правила: у женщины должны быть идеальными прическа и обувь. Но, конечно, я этим не ограничиваюсь — очень люблю натуральные камни, у меня большая коллекция украшений. Они придают индивидуальность, при любой униформе позволяют быть собой.

Я была бы рада, если бы у каждого отделения краевой больницы была своя форма. Мне кажется, это очень красиво. Мы бы издали видели: вот идет абдоминальная хирургия, а вот — аллергология.



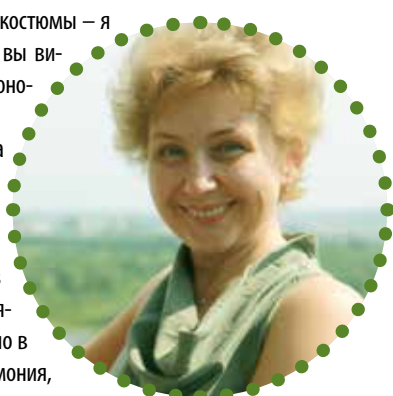
МИНИ — ПОМИМО РАБОТЫ

Елена Валентиновна Дударовская, заведующая отделением гинекологии:

— Мы, гинекологи, не можем пользоваться лаком для ногтей. Регулярно делаем маникюр, но ногти наши совсем короткие. Мы ходим в «тихой» обуви. Она, кстати, может быть на высокой танкетке, но стучать каблуками нельзя.

Как все хирурги, мы носим костюмы — я совсем отвыкла от халатов, но вы видите — на цвете костюмов не экономим.

Даже самая сложная работа не убивает женственность, но все же мне не по душе, когда я вижу врачей или медицинских сестер с глубоким декольте, в мини-халатах, с ярким макияжем. Мне кажется, это неуместно в нашем деле, должна быть гармония, нужно всегда помнить, что ты врач.



ЮБИЛЕЙ

ХИРУРГИЯ БЫЛА ЕЕ РЕЛИГИЕЙ

13 ЯНВАРЯ ИСПОЛНИЛОСЬ БЫ 90 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРЕКРАСНОГО ВРАЧА НИНЫ СЕМЕНОВНЫ ДРАЛЮК



Сегодня мы вспоминаем профессора Дралюк – основательницу краевой нейрохирургической школы, знаменитого доктора, уникальную женщину. Она ушла из жизни совсем недавно, немного не дожив до 90-летия.

Холл главного корпуса краевой клинической больницы украшает стенд с фотографиями лучших врачей клиники, внесших огромный вклад в развитие краевого здравоохранения. На этом стенде, конечно, есть фото Нины Семеновны Дралюк, заслуги которой перед краевой медициной неоценимы.

Можно долго перечислять регалии профессора Дралюк, рассказывать о ее наградах, профессиональных победах, но нам показалось важным вспомнить Нину Семеновну как человека – незаурядного, сильного, очень характерного. В этом нам, конечно, помог единственный сын профессора, ее наследник Михаил Григорьевич Дралюк. Кто, как не он, помнит маму во все периоды ее удивительной жизни.

«Трясця вашій матері»

Такими «добрыми», трудно переводимыми словами накрыл высокий суд города Винницы дед Нины Дралюк Ананий Скорый. С чего вспылил сирота, получивший прозвище за скорость и темперамент, уже не выяснить. Семейная легенда гласит, что возмутила Анания несправедливость судьи, вот и разбушевался.

В результате был отправлен по этапу в Сибирь, где женился на глухонемой сироте и стал отцом шестерых детей. В этой семье появилась на свет Бронислава Ананьевна – девочка способная и такая же энергичная, как отец. Любопытный факт – умненькая Броня, ребенок из иудейской семьи, попала в церковно-приходскую школу. Неизвестно, изучала ли она вместе с другими девочками христианские догматы, но православие удивительным образом сопровождало всю медицинскую династию Якобсонов – Скорых – Дралюк и оставляло свой след.

После обучения Бронислава Скорая попала в домработницы в богатую семью купца Моисея Якобсона, где очаровала его сына Семена и вышла за него замуж сразу после революции.

Молодые люди окончили медицинский факультет Томского университета. С грудной дочкой Ниночкой они вернулись в Красноярск. Семена Моисеевича отправили в армию на Дальний Восток, а после его демобилизации молодые доктора получили направление в Енисейск.

В это самое время в Енисейске работал ссыльный хирург Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий. Конечно, святой Лука хорошо знал своего коллегу Семена Моисеевича Якобсона и



Ниночка с няней старовойрой



Молодые супруги Бронислава Скорая и Семен Якобсон

видел его маленькую дочку. Благословил ли он Ниночку, неизвестно, но девочка была обречена стать хорошим врачом уже на примере родителей. Мама, доктор Скорая, и папа, талантливый хирург Якобсон, пропадали на работе, часто выезжали в отдаленные деревни на помощь больным.

Без няни для ребенка при такой нагрузке было не обойтись, и она нашлась – суровая староверка, прямо боярыня Морозова.

Получается, с раннего детства маленькая Нина была под влиянием трех религий: росла она в иудейской семье, с православной няней, ну, а третьей религией стала медицина, которой служили родители. Именно медицина стала главной любовью, верой и надеждой для Нины Семеновны. Собственно, у нее и выхода иного не было при такой мощной духовной подпитке.

«Она оперировала по-женски»

Нина Якобсон стала студенткой первого набора Красноярского медицинского института. Папа воевал: Семен Якобсон фактически прошел три войны, на его счету тысячи спасенных жизней советских солдат и офицеров.

Примечательно, что профессию Нина получила в наследство от отца: Семен Моисеевич перед войной прошел специализацию по нейрохирургии в госпитале Бурденко. А вот мистическое женское хирургическое чутье ей, видимо, досталось от мамы, Брониславы Ананьевны. Она много лет возглавляла родильный дом в Красноярске, в том числе во время войны. О докторе Скорой ходили легенды: она умела определять пол плода без всякого УЗИ, предчувствовала все акушерские осложнения и была отличным диагностом.

Еще в институте Нина Семеновна вышла замуж за офицера Григория Дралюка. В 1950-м родился Миша – единственный сын.

А карьера Нины Дралюк развивалась стремительно. По окончании института она работала в неотложке на улице Горького, а затем в хирургическом корпусе (ныне краевая клиническая больница), где располагалась кафедра госпитальной хирургии, возглавляемая профессором Дыхно. Затем Нине Семеновне предложили специализацию по нейрохирургии – ее талант, не только профессиональный, но и организаторский, был очевиден, а край очень нуждался в развитии нейрохирургии.

В 1958 году на базе краевой больницы открылись первые нейрохирургические койки. В 1962 году их было уже 50. Нина Семеновна пропала на работе, бесконечно вылетала по санавиации в районы.

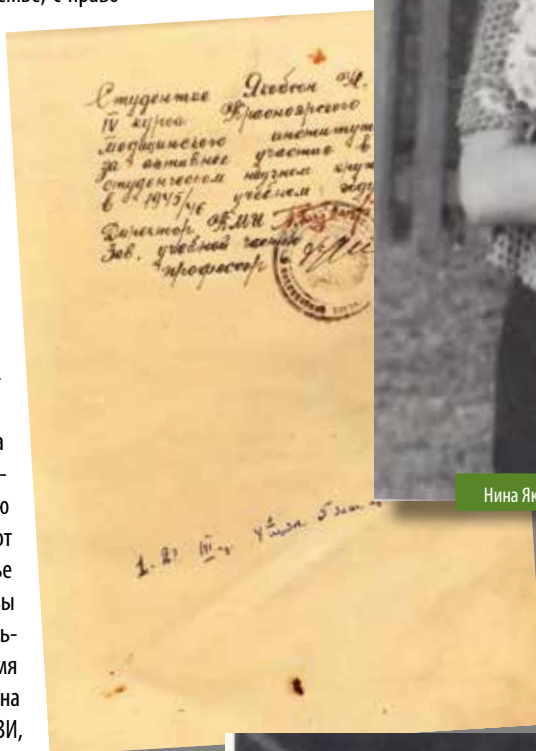
– Мама боялась летать, – вспоминает Михаил Григорьевич Дралюк. – Особенно после того, как попала в авиaproисшествие и чуть не погибла: самолет падал, каким-то чудом остался цел.

После аварийной посадки, кстати, летчик выскочил и убежал, а доктора и пациент остались в салоне, запертые на амбарный замок.

Маленький Миша маму видел не часто, да и папа был очень занятым человеком – заведовал конструкторским бюро. Взрослая близость и понимание возникли между сыном и мамой, когда Михаил Дралюк стал студентом медицинского института. Сомнения были: молодой человек мог пойти по отцовским стопам, стать инженером, но энергия Нины Семеновны победила.



Нина Якобсон – студентка Красноярского медицинского института



Молодой врач



Бронислава Скорая в церковно-приходской школе



Ниночка в Енисейске

— Я уже мог оценить маму с профессиональной точки зрения, — вспоминает Михаил Григорьевич. — Она оперировала по-женски, бескровно, с такой ювелирной точностью, что это казалось невероятным. Она была так сосредоточена во время работы, так одухотворена... Меня поражало ее отношение к больному — как к Божьему творению. Она чувствовала за своих пациентов огромную ответственность. Когда оставалась ночевать в отделении после длительной операции, это никого не удивляло.

На фанатичную преданность профессии никак не влияли казусы, с которыми сталкивается любой врач.

— У мамы была примечательная история с одним пациентом-северянином, — рассказывает Михаил Дралюк. — Человека с переломом позвоночника вывезли с огромными трудностями — в жуткую пургу, бульдозеры расчищали взлетную полосу, взлетел самолет только с третьей попытки. В краевой больнице его прооперировали, и удачно — пациент ушел из больницы на своих ногах. Ушел, оставив запись в книге отзывов: «Спасибо парикмахерше Зое за ее лучезарную улыбку. А заведующей отделением Нине Семеновне Дралюк тоже спасибо, но чай иногда был холодным». Маме история запомнилась тем, что еще долгое время врачи после успешной операции говорили: «Спасибо парикмахерше Зое».

Когда Михаил Григорьевич стал студентом, а затем ординатором, мама тоже оценила его с профессиональной точки зрения, и результат ее устроил. Сын хорошо учился, ей нравилась его хирургическая техника.

Время шло, Нина Семеновна пользовалась огромным авторитетом, ее заслуги были неоднократно отмечены на самом высоком уровне. В частности, она получила премию «Профессия — жизнь», которая была вручена в Москве, в храме Христа Спасителя. На вручении присутствовали все члены семьи — любимый сын, внуки. Старшая сегодня работает психиатром, младшая — наркологом.

В 50 лет Нина Семеновна села за руль и с превеликим удовольствием водила машину.

— Никто не знает, что мама собирала марки, — улыбается Михаил Григорьевич. — Две темы были у нумизмата Дралюк — Ленин и космонавты.

И все же житейские радости и маленькие хобби не могли конкурировать с главным делом жизни Нины Семеновны Дралюк — хирургией.

Она оперировала до инсульта. Еще какое-то время преподавала. Говорить было трудно — мешала дизартрия. Но когда Нина Семеновна выходила к студентам, она вдруг преображалась и читала лекции без запинки, лекции о том, что знала и любила превыше всего.

Нина Семеновна Дралюк в последние три года слабела, гасла, как свечка. Но она относилась к редкой категории людей, которые на исходе жизни могут быть спокойны — сделали все, что могли.

Одна из пациенток Нины Семеновны сказала о своем докторе: «Она просто подарила мне жизнь и пошла дальше». Так и есть.

Подарила жизнь и пошла дальше — в этом заключается великое ремесло врача, которому служила Нина Семеновна Дралюк.



В краевой клинической больнице



Космонавт Леонов вручает профессору Дралюк премию «Профессия — жизнь» в храме Христа Спасителя. Рядом сын Михаил и старшая внучка.

Наша справка

Нина Семеновна Дралюк — доктор медицинских наук, профессор кафедры нейрохирургии и неврологии ФПК и ППС КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, нейрохирург высшей квалификационной категории.

Основатель нейрохирургической службы Красноярского края.

В течение 25 лет являлась главным нейрохирургом края.

Профессор Н.С. Дралюк — создатель нового направления в лечении тяжелых нейрохирургических больных. Разработала и внедрила в практику метод длительной интракаротидной инфузии, широко применяемый во многих нейрохирургических клиниках России.

Н.С. Дралюк имеет около 200 печатных работ. В 2002 году написано и издано методическое пособие для врачей и курсантов «Травматическая компрессия головного мозга (клиника, диагностика, хирургическое лечение)».

В 2003 году Н.С. Дралюк соавтор большой оригинальной монографии «Микроциркуляторное русло ствола головного мозга в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы», признанной лучшей монографией года.

В 2004 году изданы методические рекомендации для широкого круга врачей различных специальностей: «Терапия боли (медикаментозные блокады)».

Награждена орденом Трудового Красного Знамени, многими медалями, в том числе медалью «За освоение целинных земель», многочисленными грамотами. Имеет благодарность Министерства здравоохранения РФ за создание нейрохирургической службы края. Отличник здравоохранения, почетный профессор КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

ЮБИЛЕЙ

ГАЛИНА УРАЗАЕВА:

«Я ДОВЕРЯЮ ЛЮДЯМ»

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ДНЕМ РОЖДЕНИЯ СТАРШУЮ МЕДИЦИНСКУЮ СЕСТРУ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ!



Галину Виловну Уразаеву коллеги безмерно уважают, но за глаза часто называют просто – Виловна, уж больно отчество редкое.

— Это папу родители называли в честь вождя мирового пролетариата – Вил, расшифровывается Владимир Ильич Ленин, — рассказывает Галина Уразаева.

Родилась Галина Виловна на руднике Балахчин в Ширинском районе Хакасии в многодетной семье, четвертой по счету, самой младшей. Совсем маленькой

Галю перевезли в поселок Целинный, там она и выросла.

Папа, ветеран двух войн, работал электриком, страдал туберкулезом. Может, поэтому его младшая дочка с детства мечтала стать медиком — чтобы помочь, а может, потому, что и у нее самой здоровье было слабое. Нравилась Гале и профессия педагога — любила возиться с малышкой, и дети ее слушались.

После школы Галина приехала в Красноярск поступать в педагогический институт, устроилась подрабатывать санитаркой в краевую больницу.

Здесь шуструю, трудолюбивую девчонку заметила заведующая отделением кардиологии Софья Георгиевна Грохотова и приняла живое участие в ее судьбе.

— Софья Георгиевна отправила меня на консультацию к известному нейрохирургу Нине Семеновне Дралюк, — рассказывает Галина Виловна. — Необходимую операцию надо было делать не в 19 лет, намного раньше, поэтому Нина Семеновна сомневалась, она понимала, что большой риск. Но я настаивала и через месяц легла на операционный стол.

Девушку семь часов оперировала семейная бригада Дралюков — Нина Семеновна и ее сын Михаил Григорьевич.

— Говорят, после операции Нина Семеновна зашла в ординаторскую и выдохнула: «Хочу есть!», — смеется Галина Уразаева.

Это был переломный момент в жизни Галины. Нина Семеновна Дралюк подарила ей здоровье, уверенность в себе, а обаяния и от природы хватало.

Девушка окончила медицинское училище при краевой больнице, работала в кардиологическом, эндокринном отделениях. Быстро стала старшей медсестрой: ее трудолюбие, аккуратность, а главное, организаторские способности нельзя было не заметить.

«Организовалась» и личная жизнь — муж, сын и дочка. Сегодня Галина Виловна счастливая бабушка — внучке год и три месяца, вот-вот родится второй внук. Галина Виловна, конечно, заботится обо всех членах семьи, но главное время отдает трудной работе.

Поликлиника — особое подразделение краевой больницы, она

встречает пациентов, создает первое впечатление. Поэтому персонал поликлиники, как врачебный, так и средний, должен работать четко, дисциплинированно и по возможности создавать для пациентов достойный сервис.

— Мне несложно находить подход к людям, — говорит Галина Виловна. — Я им доверяю. Конечно, отношение к работе со стороны медицинской сестры чувствуется сразу, но даже если меня что-то не устраивает, я постараюсь выжать из человека все лучшее, помочь раскрыть потенциал. И я никогда не унижаю людей, знаю, как это больно.

Галина Уразаева признается, что любит работать с молодыми медсестрами, потому что они энергичные, хотят учиться. Девчонки платят своей старшей взаимностью. Они доверяют ей личные тайны, знают, что Виловна не сдаст, прислушиваются к замечаниям.

Галина Виловна вспоминает, что в юности присест боялась в крахмаленном халате, чтобы не помять, а при нынешнем качестве медицинской одежды — так легко отлично выглядеть. Вот почему она следит еще и за тем, чтобы ее подчиненные выглядели элегантно и ухоженно, работали на имидж краевой больницы.

— Конечно, случаются проблемы с персоналом, — говорит Галина Уразаева. — Если человека трудно убедить, призываю на помощь психолога. Спасибо Ольге Геннадьевне Амелиной, она много внимания уделяет моим медсестрам.

У Галины Виловны есть общественные обязанности. Все праздники в поликлинике — на ней, стенгазеты, стихи юбилярам. Недаром же старшая медсестра всю жизнь много читает и когда-то мечтала стать филологом. А еще Галина Уразаева — дублер заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом. Когда главная медицинская сестра в отпуске, ей не о чем волноваться: Галина Виловна справится с любой проблемой.

Заслуженному работнику здравоохранения Российской Федерации Галине Виловне Уразаевой 28 февраля исполнилось 60 лет. У нее в жизни есть все — дети, внуки, дача, любимые детективы, многолетние друзья и, конечно, дорогая работа — одна на всю жизнь. И больница одна — с юности до сегодняшнего дня. А может, наоборот, это у больницы есть Галина Виловна — энергичная, надежная, профессиональная, деликатный человек и опытный наставник.

С днем рождения, Галина Виловна! Счастья Вам и здоровья!

Прямая речь

Валентина Симакова, заместитель главного врача по поликлинической работе:

— Меня устраивает Галина Виловна во всех отношениях. Это настоящая старшая — она полностью перекрывает весь фронт работ со средним медицинским персоналом.

Спокойная, целеустремленная, ответственная. У нее столько идей, я за ними даже не успеваю. И мудрая — девочки к ней идут за советом, как к матери. Мне повезло с Галиной Виловной, и я ей желаю оставаться такой, как есть, — лучше не бывает.

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»

Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края

Министерство
здравоохранения
Тывы

Министерство
здравоохранения
Хакасии



профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru