

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 3 (60)

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Диализной службе Красноярского края – 50 лет

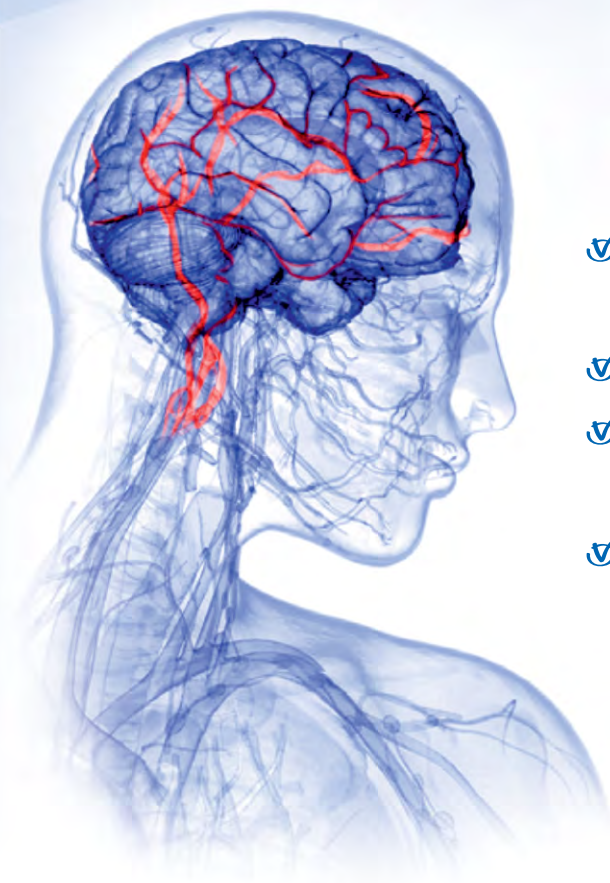
*Аварийное лето
2015 года*

*Замена
аортального
клапана после*

*Доктор по
имени Воля*

сентябрь 2015 года

ЦИТОФЛАВИН®



ГАРМОНИЧНАЯ НЕЙРОПРОТЕКТИВНАЯ КОМПОЗИЦИЯ

- ✓ Уменьшает объем ишемического поражения и снижает смертность при инсульте
- ✓ Уменьшает уровень инвалидизации
- ✓ Достоверно улучшает физические и бытовые составляющие качества жизни пациентов, перенесших инсульт
- ✓ Вызывает быстрое и устойчивое улучшение качества жизни больных с хронической ишемией мозга



СХЕМА ПРИЁМА ЦИТОФЛАВИНА

Цитофлавин амп. 10 мл. №5 и №10. Насыщающая доза: 90–100 кап./мин. в течение 20 минут.

ПОКАЗАНИЯ	ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ	СХЕМА ПРИЁМА	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
ОНМК	Острая фаза	10 мл 2 раза в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Ранний восстановительный период	10 мл 1 раз в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
Хроническая ишемия мозга	Декомпенсация	10 мл 2 раза в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Субкомпенсация	10 мл 1 раз в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Поддерживающая терапия	2 таблетки 2 раза в день за 30 минут до еды. Не позднее 18 часов	25 дней

**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 С.И. Жестовская
д.м.н., профессор Ф.П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г.В. Матюшин
д.м.н., профессор С.Л. Нефедова
к.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., профессор 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.
Сентябрь 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
50 лет диализной службе ККБ – от девушки с веслом к сотням спасенных пациентов	4
Аварийное лето 2015 года	10
В сентябре исполняется 50 лет детскому ревматологическому санаторию «Березка»	14
Заболеваемость подростков Красноярского края ежегодно возрастает	16
К 20-летию юбилею кафедры сестринского дела и клинического ухода	18
Принципы создания межведомственного регистра лиц с профессиональными заболеваниями в Красноярском крае	20
CASUS EXTRAORDINARUS НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ	
Экстренное протезирование аортального клапана у пациентки с критическим аортальным стенозом на вторые сутки после кесарева сечения	22
Случай успешного лечения множественных переломов костей черепа и лицевых костей, полученных в результате ДТП	24
Возможность выполнения системного тромболизиса у больных с ишемическим инсультом в неврологических отделениях общего профиля	26
Рентгендиагностика тофусного варианта подагрического артрита	27
Диспансеризация больных красным плоским лишаем в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	28
Случай успешного лечения гангрены промежности в гнойно-септическом центре краевой клинической больницы	30
Рецидивирующая острая почечная недостаточность на фоне опухоли головки поджелудочной железы	33
Экономным помогут аптеки-дискаунтеры	34
DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ	
Нижние третьи моляры. Тактика оперативного лечения	36
Доказательная эффективность антиоксидантной энергокоррекции при церебральном инсульте	38
Малоинвазивные хирургические технологии лечения коралловидного нефролитиаза	41
Состояние заместительной почечной терапии в Красноярском крае	43
Способ катетеризации внутренней яремной вены у больных, находящихся на хроническом диализе	45
EX ANIMO \ ОТ ДУШИ	
Доктор по имени Воля	48
На осенней ярмарке съели два ведра крошки!	51
115 лет загадочному доктору Врублевской	52

СОБЫТИЯ

ДИСТАНЦИОННАЯ ЭКГ СПАСЛА 3 ТЫСЯЧИ ЧЕЛОВЕК

По данным Центра дистанционного ЭКГ-консультирования краевой больницы, за время работы программы врачами обработано более 61 тысячи электрокардиограмм.

ЭКГ переданы по мобильной и стационарной телефонной сети с кардиографов, размещенных в машинах «скорой помощи». С начала 2015 года специалисты из районов уже передали ЭКГ более чем 20 тысяч пациентов, и в каждом 20-м случае врачи Центра диагностировали жизнеугрожающие состояния.

— Благодаря дистанционному ЭКГ-консультированию жители Красноярского края, а с этого года и Республики Хакасия получают лечение в соответствии с международными стандартами и в кратчайшие сроки, — отмечает заведующий отделением кардиологии №4 краевой клинической больницы Евгений Самохвалов.

Напоминаем, что Центр дистанционного ЭКГ — консультирования пациентов с ОКС, действует с февраля 2013 года. За время работы обработано свыше 61 тысяч электрокардиограмм, что является одним из самых высоких показателей в Российской Федерации.



Более чем в 3100 случаях врачами диагностирован острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия). Оказана консультативная помощь медицинским работникам, назначена своевременная тромболитическая терапия.

ВРАЧИ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ ПРОВОДЯТ ЛЕКЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА

С марта 2015 года врачи Регионального сосудистого центра краевой клинической больницы читают лекции в крупных учебных и промышленных учреждениях Красноярска.

Наши доктора побывали в КГПУ им. В.П. Астафьева, АО «Красмаш», ООО «Красноярский цемент», ОАО «РУСАЛ Красноярский алюминиевый завод». Кардиологи и неврологи провели серию обучающих лекций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для более чем 500 сотрудников каждого из этих предприятий.

Стоит особо отметить системную работу с крупнейшим промышленным предприятием ОАО «РУСАЛ Красноярск». С апреля по август было организовано шесть встреч с работниками про-

мышленной площадки (на каждой встрече присутствовало до 70 человек), прочитано 12 лекций (6 лекций от кардиологов и 6 от неврологов), а во все крупные цеха выданы большие плакаты по симптомам инсульта.

Коллеги из районов края также подключились к просветительской работе по симптоматике инсульта и инфаркта миокарда. В Ачинске началась активная работа с филиалом РУСАЛа, где также по примеру Красноярска с августа врачи регулярно читают лекции для работников предприятия. В планах специалистов краевой клинической больницы до конца года организовать еще ряд подобных лекций для сотрудников РУСАЛа, а также для коллективов других промышленных и учебных учреждений края.

ПЯТЬ ЛЕТ ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» построен в Красноярске в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Первый модуль здания Центра смонтирован в октябре 2008 года, закончен монтаж 8 марта 2009 года.

1 июля 2010 года Центр сдан в эксплуатацию. В августе получены все лицензии на оказание заявленной медицинской помощи, и 10 сентября 2010 года поликлиника Центра приняла первых пациентов.

Первая операция на открытом сердце проведена 27 октября 2010 года. С этого момента по состоянию на 4 сентября 2015 года в Центре выполнено 21 657 операций.

Помимо жителей Красноярского края ВМП получили жители 31 субъекта Российской Федерации. Самому маленькому пациенту было 2 дня, вес 700 граммов, самому возрастному пациенту — 95 лет.

Сегодня в ФЦ ССХ проводится весь спектр вмешательств на сердце и крупных сосудах, за исключением трансплантации сердца.



В детском отделении центра проводятся сложные вмешательства, в том числе маловесным новорожденным.

В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ОТКРЫТ КАБИНЕТ МЕДИЦИНЫ СНА

В этом кабинете врачи будут выявлять и лечить нарушения дыхания во сне, в частности, опасный для жизни синдром ночного апноэ.

Синдром этот проявляется остановками дыхания во сне, когда близкие спящего человека отмечают периоды пугающей тишины на фоне храпа. Эти периоды продолжаются в течение 20-30 секунд, после чего человек вновь «раздышивается».

Часто эти пациенты предъявляют жалобы на беспокойный сон, разбитость и головные боли по утрам, мучительную дневную сонливость, снижение памяти и внимания. Как правило, люди, страдающие ночным апноэ, с избыточной массой тела, гипертоники. У мужчин нарушение дыхания во сне может привести к снижению потенции. Существенно растёт риск развития аритмий, инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти во сне. В частности, совсем недавно умер во сне известный писатель-фантаст Михаил Успенский, долгие годы страдавший ночным апноэ.

Синдром ночного апноэ диагностируется методом кардиореспираторного мониторинга. Для скрининговой диагностики используется компьютерный пульсоксиметр, который выполняет более 20 тысяч измерений за ночь.

Синдром ночного апноэ успешно лечится СИПАП-терапией – вспомогательной вентиляцией легких во время сна. В первую же ночь у больного устраниваются храп и остановки дыхания, нормализуется насыщение крови кислородом, улучшается качество сна.

Кабинет медицины сна краевой клинической больницы сотрудничает с ведущим отделением медицины сна в России, которое функционирует в Клиническом санатории «Барвиха» УД Президента РФ с 1995 года.

Записаться на прием и узнать более подробную информацию можно по телефону 8 (391) 228-09-47.

ЮБИЛЕЙ ПРОФЕССОРА ПРОТОПОПОВА

Один из самых известных докторов краевой клинической больницы отметил полувековой юбилей.

Имя Алексея Владимировича Протопопова имеет вес в профессиональной среде не только в нашей стране, но и за ее пределами. Руководитель Регионального сосудистого центра часто бывает в командировках в российских и зарубежных больницах, где передает уникальный опыт рентгенхирургических операций и представляет красноярскую школу рентгенхирургии.

Краевая больница любит и уважает профессора Протопопова не только за высокий профессионализм, но и за человеческие качества – мудрость, деликатность и чувство собственного достоинства.

50-летие профессора отметила исполнительная власть: губернатор Красноярского края Виктор Толоконский вручил юбиляру краевую награду «За трудовые заслуги».



ПЯТИДЕСЯТИЛЕТНИЕ МОГУТ ПРОЙТИ ОНКОСКРИНИНГ

Жители Красноярска и края, достигшие пятидесятилетнего возраста, могут пройти онкоскрининг – медицинский осмотр на предмет выявления злокачественных новообразований. В осмотр входят анализы крови, мочи, кала, крови на специфические маркеры, позволяющие выявить рак яичников у женщин и рак предстательной железы у мужчин на ранней стадии, флюорография, осмотр медицинским работником, а также маммография.

Для прохождения онкоскрининга необходимо обратиться в регистратуру учреждения здравоохранения по месту жительства лично или по телефону. За семь месяцев текущего года по программе онкоскрининга в медучреждениях Красноярского края было осмотрено более 59 тысяч человек жителей края старше 50 лет. У 283 человек выявлены злокачественные новообразования.

Один раз в три года жителям Красноярского края, достигшим 21 года, проводится диспансеризация. Для прохождения

диспансеризации также необходимо обратиться в регистратуру учреждения здравоохранения по месту жительства лично или по телефону.

За семь месяцев 2015 года в Красноярске первый этап диспансеризации прошли 100 119 человек. Выявлен 101 случай возникновения злокачественных новообразований. Чаще всего на 1-2-й стадиях выявляются злокачественные новообразования молочной железы – 55,6%, предстательной железы – 55,6%, тела матки и яичника – 50%.

Кроме того, с июня 2015 года впервые в рамках диспансеризации отдельных групп взрослого населения организован скрининг рака легких. К группе риска онкологи отнесли мужчин в возрасте 50-64 лет, имеющих стаж курения более 20 лет и выкуривающих более пачки сигарет в день. За июнь 2015 года мужчин было обследовано 32 в возрасте от 50-65 лет, у троих из них заподозрено злокачественное новообразование легких.

КРУГЛАЯ ДАТА

50 ЛЕТ ДИАЛИЗНОЙ СЛУЖБЕ ККБ – ОТ ДЕВУШКИ С ВЕСЛОМ К СОТНЯМ СПАСЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

С.В. Ивлиев

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В конце 50-х – начале 60-х годов XX века в СССР появились первые аппараты искусственной почки. В 1963 году приказом № 202 от 18.10.1963 г. по инициативе заместителя главного врача по лечебной работе Р.А. Браницкой в московскую больницу им. С.П. Боткина была направлена бригада врачей для освоения и обучения работы с аппаратом «Искусственная почка». В состав бригады входили: Г.Н. Толстухин – хирург-уролог, А.Ф. Грицан – врач-терапевт, Т.А. Кулакова – врач-лаборант биохимик, В.Ф. Довгань – инженер с завода телевизоров.

По возвращении хирург-уролог Г.Н. Толстухин был назначен заведующим лабораторией «Искусственная почка». В январе 1965 года в отделение гематологии принята на работу Л.И. Антохина, будущая заведующая нефрологическим отделением. Приказом № 204 от 01.10.1965 г. лаборатория «Искусственная почка» вошла в состав гематологического отделения. Заведовала гематологическим отделением З.Л. Багаева.

В 1964-1965 годах шло оснащение лаборатории. Были закуплены первые аппараты АИП-60 и «Диахрон». После двух лет подготовки были созданы условия для начала проведения диализной терапии.

Первый сеанс, а в то время он назывался «операция гемодиализа», был проведен в ноябре 1965 года. Эту дату мы считаем рождением диализной службы в Красноярском крае.

Помогали только больным с ОПН

В 1967 году было создано отделение нефрологии, и лаборатория «Искусственная почка» из гематологического отделения была переведена в его состав. Заведующим с 1967 по 1974 год был доцент кафедры внутренних болезней № 2 В.И. Кусаев.

С 1964 года в ККБ в отделении легочной хирургии работал И.А. Калюжный. Приказом № 236 от 07.12.1968 г. он был переведен на должность врача-ординатора лаборатории «Искусственная почка».

С 1974 года заведующей отделением нефрологии стала Л.И. Антохина. В 1976 году в штат лаборатории «Искусственная почка» врачами-ординаторами были приняты Н.И. Головина и Ю.И. Гринштейн.

В первые годы работы диализная терапия проводилась больным с острой почечной недостаточностью. Это было связано с отсутствием возможности формирования постоянного сосудистого доступа, несовершенством диализной аппаратуры. Поэтому больные с терминальной ХПН были лишены возможности получать гемодиализ.

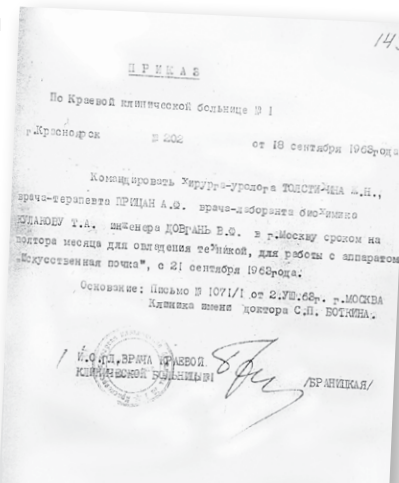
Сосудистый доступ в те годы был только временным и формировался на бедре. В операционной выделялись бедренная вена и артерия, в них вставляли канюли, через которые осуществлялся забор и возврат крови. По завершении сеанса канюля извлекалась, вена перевязывалась. На бедренную артерию накладывался сосудистый шов.

При следующем сеансе вена обрезалась, укорачивалась, поэтому вен на одной ноге хватало максимум на 6-8 сеансов.

Процедура гемодиализа продолжалась 6 часов. Подготовка аппарата занимала не менее двух часов: из специальных пластин собирался диализатор, готовился диализный раствор.

Магистраль и диализаторы были многоразовыми. Диализатор был пластинчатым, в качестве полупроницаемой диализной мембраны вначале использовался купрофан, с 1970-х годов – целлофан.

Диализный раствор готовился вручную. В биохимической лаборатории готовились навески солей. Диализный раствор мешался в



Приказ о направлении врачей на обучение для работы с аппаратом «Искусственная почка»



Людмила Антохина, 1960-е

Отделение гемодиализа в цифрах

60-108 литров крови проходит через диализный аппарат за один сеанс

240-300 минут продолжается сеанс

152 сеанса гемодиализа получает больной с ТХПН за год

300 900 сеансов гемодиализа проведено

18 540 000 литров крови очищено

20 050 сеансов плазмофереза проведено

18 045 литров крови очищено

10 022 больных пролечено в отделении

24 года живет пациент после пересадки почки

36 лет прожил больной с терминальной ХПН, наблюдаясь в отделении гемодиализа ККБ, из них:

– **13** лет с почечным трансплантатом,

– **23** года на хроническом гемодиализе



И.А. Калюжный с медсестрой устанавливают бедренный катетер, 1960-е



Ю.И. Гринштейн, медсестра А.И. Ермакова проводят сеанс гемодиализа на аппарате «АИП-100»

резервуарах на 120 литров: к навескам соли добавлялась водопроводная вода, и техник размешивал соль в воде.

В роли техника выступали санитарки. Работа была физически тяжелой, поэтому отмечалась кадровая текучесть. В те времена в диализной среде пошло выражение «девушка с веслом» – техник, размешивающий диализный раствор палкой, клюшкой или действительно веслом.

В 1960-1970-е годы в перечне основных причин развития ОПН были сепсис (очень часто криминальные аборты), отравления суррогатами алкоголя, лекарственными препаратами и другими нефротоксическими веществами, синдром позиционного сдавления, переливания иногруппной крови.

Фистула на предплечье как новая эра диализа

В 1970-х годах на смену диализным аппаратам АИП-60 и «Диахрон» пришли АИП-100, а затем и АИП-140. Это позволило улучшить методику проведения диализной процедуры. В те же годы вместо бедренного сосудистого доступа стал применяться артериовенозный шунт на предплечье.

Его формирование заключалось в следующем: на предплечье выделялись артерия и вена, между ними создавался анастомоз посредством пластиковой трубки. Это было большим прорывом в формировании сосудистого доступа. Значительно снизилась вероятность фатального кровотечения, поскольку это были не бедренные сосуды.

Артериовенозный шунт формировался однократно, и не требовалась его подготовка перед каждым сеансом. Артериовенозный шунт на предплечье мог функционировать до одного-двух, а в некоторых случаях до трех месяцев.

Со второй половины 1970-х годов в отделении в качестве постоянного сосудистого доступа стали формировать артериовенозную фистулу. Основным отличием от артериовенозного шунта явилось то, что соустье между артерией и веной на предплечье было не через пластиковую трубку, а хирургически создавался анастомоз между артерией и веной на предплечье. Фистула функционировала месяцами и годами. Отпала необходимость через один-два месяца вновь формировать сосудистый доступ.

Со второй половины 1970-х годов в отделении стали появляться больные с терминальной хронической почечной недостаточностью. Продолжительность их жизни на гемодиализе составляла несколько месяцев, максимум год. Но для того времени это был огромный шаг вперед. Ведь он давал надежду больным с ТХПН.

Появилось понятие «хронический программный гемодиализ». Это означало, что больной с ТХПН пожизненно получал три сеанса гемодиализа в неделю продолжительностью 4 часа. То есть в неделю продолжительность гемодиализа должна была составлять 12 часов.

В дни между гемодиализами больные находились в отделении. Строгий МЭСов и койко-дней в то время не было. Поэтому люди месяцами лежали в больнице. В начале 1980-х годов на хроническом гемодиализе в отделении постоянно находились три-четыре больных.

С появлением больных на ХПН появилась возможность отправлять их на пересадку почки. Так, во второй половине 1970-х годов в Красноярском крае появились первые больные с пересаженной почкой. После трансплантации они наблюдались в отделении хронического гемодиализа.

Новые люди, новая аппаратура

С 1968 по 1993 год лабораторию «Искусственная почка», а затем отделение гемодиализа возглавлял И.А. Калюжный. Старшей медсестрой лаборатории, а затем отделения гемодиализа с 1969 по 1999 год была А.И. Ермакова.

В 1981 году из отделения на кафедру внутренних болезней № 2 КрасГМИ ушел Ю.И. Гринштейн, и на его место пришла Т.В. Казаченок, которая работает в отделении и сейчас. В 1984 году из отделения на должность заместителя главного врача по лечебной работе ККБ перешла Н.И. Головина, и в отделение пришел И.В. Кульга. В 1988 году в лаборатории гемодиализа на должность врача гемодиализа санитарной авиации был принят О.Г. Ковалев.

В середине 1980-х годов на смену АИП-100 и АИП-140 пришел аппарат СГД-6. Он состоял из центрального поста, на котором готовился диализный раствор и подавался на шесть аппаратов гемодиализа. На СГД-6 появилась функция ультрафильтрации, позволявшая регулировать количество удаляемой жидкости. За счет этого у больных с ТХПН стало легче регулировать состояние водного баланса. У пациентов с ХПН и ОПН это позволяло удалять за сеанс до пяти литров жидкости.



А.И. Ермакова, старшая медсестра, 1990 год



1991 год. Слева направо: первый ряд – Е.В. Маниук, медсестра, О. Сиднецкая, медсестра, Е.В. Дзизаева, медсестра, Цветкова, санитарка; второй ряд – А.И. Ермакова, старшая медсестра, Т.В. Казаченок, нефролог, И.А. Калюжный, заведующий отделением, И.В. Кульга, нефролог.



Коллектив отделения гемодиализа, 1996 год



Коллектив отделения гемодиализа, 1997 год



Медсестры О.С. Подорожная, С.А. Иванова, 2007 год

Увеличивалась продолжительность и качество жизни больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Больные стали дольше жить на гемодиализе — до двух-трех лет.

К середине 1980-х годов уже 15 больных находились на хроническом гемодиализе. Состояние их позволяло уезжать домой, и так появились первые амбулаторные больные.

В конце 1980-х годов в отделении появились новые диализные аппараты СГД-1.

Новая страница в развитии диализной службы наступила, когда в 1989 году в строй был введен новый лечебный девятиэтажный корпус. Новые площади позволили открыть новое отделение — хронического гемодиализа. Заведующим отделением был назначен И.А. Калужный, старшей медсестрой А.И. Ермакова. Врач О.Г. Ковалев проработал в отделении до 1993 года. На смену ему пришел В.Ю. Кудзелко, который был в штате отделения с 1993 по 1997 год.

Фрезениус потребовал чистой воды

А в 1991 году диализ вышел на новый уровень. В отделении

впервые появились шесть диализных аппаратов «Фрезениус-2008». Появление новых аппаратов потребовало улучшения качества воды, применяемой для проведения гемодиализа, поэтому в отделении впервые появилась станция водоочистки.

Кроме этого, для проведения сеанса гемодиализа на аппаратах «Фрезениус-2008» требовались не пластинчатые сборные многоразовые диализаторы, а капиллярные. Предполагалось, что они должны быть одноразовыми. Но в силу того, что 1990-е годы были очень тяжелыми для медицины, капиллярные диализаторы использовались многократно. Для этого применялась технология ре-юза.

Со второй половины 1970-х годов в отделении первыми в ККБ начали проводить сеансы плазмообмена. Затем методика была модифицирована в плазмоферез, который проводился на базе отделения в специальном плазмоферезном зале до 2010 года. Применение плазмофереза в течение 30 лет позволило тысячам больных с ревматологической, аллергической, неврологической патологией получить более стойкую ремиссию заболеваний, укорачивало койко-день.

Дорогие коллеги, друзья!

Отделение нефрологии ККБ поздравляет вас с полувековым юбилеем.

Достоинство прожито 50 лет очень важной и жизненно необходимой службы. Это заслуга всего коллектива, где чтут традиции и передается опыт от первопроходцев хронического гемодиализа в Красноярском крае к новому поколению докторов.

Желаем вам дальнейшего успешного развития по всем направлениям заместительной почечной терапии. Коллективу — крепкого здоровья, успешной реализации поставленных задач, финансового благополучия и счастья в каждой семье.

Отделение нефрологии ККБ

Уважаемые коллеги!

Поздравляем с 50-летием диализной службы Красноярского края!

Сколько сил и труда вложено, сколько проявлено терпения и упорства, чтобы добиться таких успехов и развития. Желаем, чтобы вы не останавливались на достигнутом. Вместе с вами готовы покорять новые вершины и развивать новые направления. Легкого, интересного и успешного вам пути!

**Директор А.А. Смирнов
Главный врач Н.Е. Татаренко
ООО «Гемодиализный центр Красноярск»**

50 лет назад в Красноярске была организована одна из первых в Сибири лаборатория «Искусственная почка», первоначально оказывавшая помощь пациентам с острой почечной недостаточностью. У истоков красноярского диализа стояли Г.Н. Толстихин, В.И. Кусаев и их коллеги.

В последующие годы совершенствовалось диализное оборудование, повышался профессиональный уровень персонала, и это позволило оказывать высококвалифицированную, специализированную помощь пациентам с ХПН.

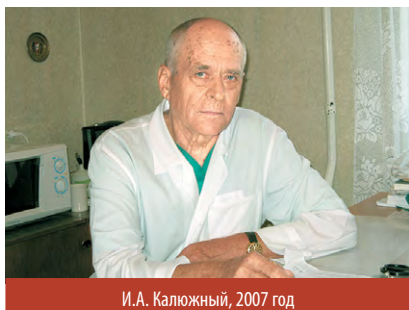
Четверть века руководителем диализной службы Красноярского края был И.А. Калужный. Его профессионализм и беззаветное служение делу снискали уважение не только красноярских коллег, но и диализных специалистов из других регионов Сибири.

Отделение гемодиализа краевой больницы — ведущее диализное подразделение Красноярского края, в котором осуществляется помощь пациентам с терминальной стадией ХПН: регулярный гемодиализ, подготовка к трансплантации почки.

Больше 20 лет во главе отделения И.В. Кульга — нефролог высочайшей квалификации, один из наиболее авторитетных диализных специалистов Сибири.

Уважаемые врачи, медицинские сестры, санитарки, инженеры и техники отделения гемодиализа Красноярской краевой клинической больницы! От имени нефрологического сообщества Сибири поздравляю вас с замечательным юбилеем и желаю дальнейших успехов в работе, здоровья и благополучия.

**Главный нефролог Сибирского федерального округа,
д.м.н., профессор Г.М. Орлова**



И.А. Калужный, 2007 год



Диализный зал, 2007 год



Нефролог Т.В. Казаченок, 2015 год

На основании приказа № 20 от 28.02.1994 г. «Об организации дневного стационара для больных, находящихся на амбулаторном лечении программным гемодиализом» было развернуто пять коек дневного стационара для лечения больных ХПН программным гемодиализом амбулаторно. В 1994 году в отделении было восемь диализных мест. Диализ проводился на аппаратах СГД-1 и «Фрезениус-2008». Отделение работало в две диализные смены: утреннюю, с 7 до 11 часов, и дневную, с 12 до 16 часов.

К и компания

С 1993 года до настоящего времени отделением заведует И.В. Кульга. В 1990-е годы ходила шутка, что в отделении гемодиализа могли работать врачи с фамилией только на букву «К» (Калужный, Казаченок, Кульга, Ковалев, Кудзелко).

С 1997 по 1998 год в отделении вновь работал О.Г. Ковалев. С его уходом «гегемония» на букву «К» исчезла. Ему на смену пришел Н.Е. Татаренко, который работал в отделении с 1999 по 2012 год. Сейчас он

заведует ООО «Диализный центр Красноярск». В 1999 году старшая медсестра А.И. Ермакова ушла на пенсию. Новой старшей медсестрой отделения до 2012 года была Е.В. Гордовенко.

В 1997 году в отделении работали 11 аппаратов для диализа, а в 2002 году уже 14. Количество больных на ХПН в 2002 году достигло 68. Появились первые больные, которые жили на хроническом программном гемодиализе более десяти лет.

С 2002 году в отделении прекратилось повторное применение одноразовых диализаторов. В 2004 году была принята государственная программа ДЛО (дополнительное лекарственное обеспечение). Она позволила бесплатно назначать больным препараты эритропоэтина, инъекционное железо, гипотензивные препараты.

Применение новых аппаратов, дополнительное лекарственное обеспечение больных терминальной стадией ХПН способствовало увеличению продолжительности их жизни. И как следствие увеличению количества пациентов. Это привело к тому, что в 2005 году отделение перешло на трехсменный режим работы. К утренней и дневной

От имени регионального краевого общества урологов поздравляю вас с 50-летним юбилеем!

По рейтингу медучреждения вы – в лидерах. Несмотря на исторические корни специальности, она становится все более высокотехнологичной и совершенной, а значит, к медицинскому персоналу предъявляются повышенные требования. И в то же время профессия эта остается, пожалуй, самой человеческой, потому что служит спасению жизни людей.

Благодарю вас за высокое служение. От вас зависит судьба конкретных людей, их семей. Пусть никогда не покидают вас доброта и терпение. Здоровья вам, счастья, благополучия!

Председатель краевого общества урологов, заведующий кафедрой урологии КрасГМУ д.м.н. Ф.П. Капсаргин

От имени пациентов Диализного центра хотим поздравить работников гемодиализа с 50-летием отделения. Желаем вам благополучия, здоровья и, самое главное, сохранять душевную доброту, которой вы оберегали нас все это непростое время.

Пусть Бог хранит ваш дом, удача сопутствует в делах, а здоровье никогда не подводит.

Гиппократ бы вами гордился.

Пациенты ООО «Диализный центр Красноярск»

Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляю коллектив Красноярской краевой клинической больницы с юбилеем службы гемодиализа.

С созданием вашей службы у тяжелых больных с хронической почечной недостаточностью появилась надежда, зачастую последняя. Ваша ежедневная работа сложна и ответственна и постоянно требует полной отдачи сил, опыта и знаний. Несмотря на тяжесть работы, вы сохраняете оптимизм и чувство гордости за свою профессию.

Искренне желаю вам крепкого здоровья, сохранять позитивное настроение, больших профессиональных побед.

**Заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 2 КККЦОМД
Ю.С. Распопин**

ПОСОЛЬСТВО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВО ФРАНЦИИ
AMBASSADE
DE LA FEDERATION DE RUSSIE
EN FRANCE
40-50, boulevard Lannes
75116 Paris France
tel. (33) 145-04-05-01, fax. (33) 145-04-44-09
e-mail: ambfrance@mid.ru
http://www.france.mid.ru

Уважаемые коллеги!

Сердечно поздравляю вас с 50-летием диализной службы Красноярского края!

Врачи диализа являются по-настоящему высококвалифицированными профессионалами. Строгие, внимательные, ответственно выполняющие свой врачебный долг, умеющие советовать, консультировать, убеждать и вдохновлять больных. Желаю вам успехов в вашем благородном труде, оптимизма и, самое главное, крепкого сибирского здоровья!

Врач Посольства
Российской Федерации во Франции

О.Г. КОВАЛЕВ



добавилась вечерняя смена, с 17 до 21 часа. К тому времени в отделении было 22 диализных аппарата.

Во второй половине 2000-х годов была проведена окончательная замена всех аппаратов на «Фрезениус-4008». А с 2010 года отделение стало работать в круглосуточном четырехсменном режиме: утренняя, дневная, вечерняя и ночная смены. Последняя продолжалась с 22 до 2 часов.

С 2005 года в отделении работает С.В. Ивлиев. В разные годы в отделении трудились Ю.С. Распопин, Р.В. Гантемураев, С.И. Леонов, Э.В. Лукичева. С 2009 года в отделении работает Е.А. Когодеева. С 2011 года в отделении трудится хирург К.В. Заброда.

В 2012-2014 годах пришли работать нефрологами М.А. Войнов, И.И. Кульга, И.А. Титенков. В 2014 году отделение постигла утрата: умер старейший, опытнейший врач отделения И.А. Калужный, который до последнего дня жизни был в штате отделения. В 2012-2013 годах старшей сестрой отделения была С.А. Иванова. С 2013 года по настоящее время старшая сестра – О.В. Безрукова.

В 2010 году Ю.С. Распопин при формировании временного сосудистого доступа вместо наложения артериовенозного шунта на предплечье стал применять установку двупросветного катетера во внутреннюю яремную вену. Это позволило получить более простой в использовании и более «долгоиграющий» временный сосудистый доступ. Поэтому в некоторых случаях, при многократных тромбозах артериовенозных фистул, перманентный двупросветный катетер функционировал в течение многих месяцев. Это позволяло больным иметь относительно полноценный сосудистый доступ и получать адекватный гемодиализ.

Большую помощь в становлении этого метода оказало отделение ультразвуковой диагностики в лице А.А. Шевченко.

С 2011 года хирургом в отделении работает К.В. Заброда. С его

приходом значительно возросло количество установленных протезов артериовенозной фистулы. За год он выполняет более 300 операций по формированию нативных артериовенозных фистул, реконструкции фистул, установке двупросветных катетеров, протезов фистул.

Диализные центры открываются в районах

В 2011 году отделение гемодиализа с трудом справлялось со все возрастающим количеством больных с ТХПН. Гемодиализ в четырехсменном режиме получало более 250 больных. В связи с этим в 2012-2013 годах в Красноярске был открыт ООО «Диализный центр Красноярск» и межрайонные диализные центры в Канске, Ачинске, Лесосибирске и Минусинске. Это позволило значительно разгрузить отделение.

Только ООО «Диализный центр Красноярск» было передано более 200 больных. Во вновь созданный диализный центр в Красноярске перешла работать часть врачей и медицинских сестер отделения. С 2012 года отделение работает на десяти диализных аппаратах «Фрезениус-4008» и «Би Браун» в двухсменном режиме. Это позволило сосредоточиться на формировании первичного и реконструкции сосудистого доступа для гемодиализа, введении в диализный режим, лечении осложнений диализной терапии.

В отделении на амбулаторном хроническом гемодиализе находится более 60 больных. Помимо этого в отделении постоянно наблюдается более 30 больных после пересадки почки. В течение 2014-2015 годов увеличился поток больных как с впервые выявленной ТХПН, требующей начала диализной терапии, так и пациентов с тромбозами сосудистого доступа и осложнениями диализной терапии. Последнее связано с тем, что более 600 больных в Красноярском крае получают ХПГ. Это привело к тому, что с мая 2015 года в отделении вновь появилась третья, вечерняя, диализная смена.

Кадровый состав отделения представляет собой сплав опыта и молодости. Более 30 лет работают в отделении Т.В. Казаченко, И.В. Кульга, более 17 лет нефрологического и более 10 лет диализного стажа у С.В. Ивлиева. С другой стороны, молодые доктора М.А. Войнов, Е.А. Когодеева, И.И. Кульга, И.А. Титенков.



Хирург К.В. Заброда и медсестра А.С. Шефер устанавливают двупросветный катетер в яремную вену, 2015 год

ДИНАСТИЯ КУЛЬГА

Среди врачей краевой больницы много потомственных медиков. Одна из славных династий носит фамилию Кульга.



Первое поколение

Начало династия Кульга берет в 1963 году, когда основатель династии Мария Павловна поступила в КГМИ.

Окончила вуз в 1969 году. Во время учебы с 1967 по 1969 год работала медицинской сестрой в ККБ № 1, в детском легочном отделении. Поступила на работу в Красноярский

краевой противотуберкулезный диспансер № 2 (ККПТД № 2) 05.05.1974 г., где и работает по настоящее время. Трудится Мария Павловна в детском отделении врачом-фтизиатром. То есть стаж работы на одном месте более 41 года.

В настоящее время курирует санаторий детского сада № 151 фтизиатрического профиля, родильный дом № 4.

Второе поколение

Игорь Владимирович Кульга, сын Марии Павловны. В 1977 году поступил, в 1983 году с отличием окончил КРАСГМИ. В 1984 году после окончания интернатуры был принят нефрологом в лабораторию «Искусственная почка» в составе нефрологического отделения ККБ.



Коллектив отделения гемодиализа. Круглосуточный стационар. Слева направо: Н.А. Панасюк, санитарка, И.В. Шувалова, сестра-хозяйка, О.В. Безрукова, старшая сестра отделения гемодиализа, И.А. Буш, медсестра, А.Е. Боровская, медсестра, Н.А. Горбатова, медсестра, И.И. Кульга, нефролог, М.А. Войнов, нефролог

В штате медсестер больше половины работают в отделении более 6-10-15 лет. С 1991 года в отделении работает медсестра М.С. Аннаева, с 1992 года сестра-хозяйка И.В. Шувалова, с 1993 года старшая медсестра О.В. Безрукова, с 1994 года палатная медсестра И.А. Буш и техник Б.Х. Муметджумаев.

С 2003 года в штате отделения О.С. Подорожная, с 2005 года Н.Г. Масюкова, А.В. Черкасова, С.А. Иванова, с 2007 года О.А. Муметджумаева, с 2009 года Е.В. Войнова. Пока небольшой «диализный» стаж у медсестер А.Д. Куулар, Н.А. Горбатовой, техника С.А. Некрасова с 2014 года, у медсестер А.С. Шефер, Е.А. Боровской с 2015 года. Сан-буфетчицы Н.Г. Кононова и Цурган работают с 2011 года.

В планах – перитонеальный диализ

Ближайшими перспективами отделения является внедрение нового для ККБ способа заместительной почечной терапии – перитонеального диализа. Этот способ замещения функции почек является оптимальным для некоторых категорий больных, позволяет продлить трудоспособность. Кроме этого, безусловно, необходим ренессанс плазмафереза как эффективного способа терапии аутоиммунных заболеваний.

Таким образом, за прошедшие 50 лет лаборатория, а затем отделение хронического гемодиализа прошло огромный путь. Если в 60-е годы XX века в день проводилась одна-две «операции гемо-

диализа» только пациентам с ОПН, в 1970-х годах появились первые больные на ХПГ, то в 1990-2000 годы количество больных с ТХПН выросло в десятки раз.

Сегодня в крае одновременно проводится более 100 сеансов гемодиализа. Увеличилось не только количество, но и качество диализной процедуры. И это, безусловно, отразилось на пациентах: значительно увеличилась продолжительность жизни, улучшилось ее качество. Многие пациенты продолжают работать. А это говорит об их хорошей социальной и трудовой реабилитации.



С.В. Ивлиев, автор статьи, к.м.н., ассистент кафедры терапии ИПО, нефролог отделения хронического гемодиализа ККБ, высшая категория по нефрологии, автор более 100 публикаций, трех патентов РФ

Р.С. Автор благодарит И.В. Кульгу, Л.И. Антохину, Ю.И. Гринштейна, О.Г. Ковалева за помощь в подготовке материала.



Все годы своей трудовой деятельности он посвящал работе с больными с острой или хронической почечной недостаточностью. У Игоря Владимировича сертификат терапевта, но, как повелось в отделении гемодиализа с 1960-х годов, врачи сами формируют сосудистый доступ: артериовенозную фистулу или артерио-венозный шунт. За время работы в отделении Игорь Владимирович сформировал тысячи артериовенозных шунтов и фистул. В 1993 году он стал заведующим и по сей день возглавляет отделение гемодиализа. Молодые коллеги учатся у Игоря Владимировича не только мастерству, но и врачебной деонтологии – всегда выдержан, корректен с пациентами.

Третье поколение династии

Илья Игоревич, внук Марии Павловны Кульга. Еще будучи студентом, Илья начал работать в отделении гемодиализа сначала санитаром, потом медбратом. В 2012 году окончил КрасГМУ. С 2013 года работает в отделении гемодиализа ККБ.



Для всех членов династии Кульга характерна основательность в работе, уважение к людям, ответственное отношение к поручаемым задачам, доброжелательное отношение к больным.

Пожелаем всем членам династии долгих лет работы на благо пациентов.

АВАРИЙНОЕ ЛЕТО 2015 ГОДА

Три крупных ДТП с участием пассажирского автотранспорта доказали эффективность Центра травматологии и ортопедии и системы менеджмента качества, внедряемой в краевой клинической больнице

Лето в Красноярском крае выдалось на редкость комфортным — ни изнуряющей жары, ни затяжных дождей. Казалось бы, отдыхайте и радуйтесь. Но настроение красноярцам омрачили три страшных дорожных происшествия с человеческими жертвами. Во всех трех ДТП фигурировал пассажирский транспорт, который раньше казался вполне надежным.

Эти аварии с большим количеством пострадавших стали проверкой на прочность для краевой клинической больницы и, в частности, для Травматологического центра, ведь самые тяжелые пациенты санавиацией и наземным транспортом поступали в ведущую клинику края.

По дороге на фестиваль

9 июля пассажирский автобус «Хендай», рейс № 791 Кызыл — Красноярск, столкнулся «лоб в лоб» с микроавтобусом Mercedes Benz, мчавшимся на «Мир Сибири» в Шушенское. Трагедия произошла в пятом часу утра на 143-м километре трассы М-54. В микроавтобусе, буквально разлетевшемся на куски, погибли 11 человек, включая водителя. Остальные пассажиры госпитализированы. Трое санавиацией — в краевую клиническую больницу.

Пациенты были осмотрены нейрохирургами, травматологами, абдоминальными хирургами, челюстно-лицевыми хирургами. После проведения диагностических процедур пассажиры были госпитализированы в отделение сочетанной травмы с ушибами головы, тела и травмами различной локализации. Одной из пациентов понадобилось хирургическое вмешательство — репозиция ключицы. Сегодня все пострадавшие в аварии под Балахтой проходят реабилитацию по месту жительства.

Огненная катастрофа под Козулькой

Не прошло и месяца, как страну потрясло еще более страшное ДТП недалеко от райцентра Козулька.



Mercedes, разбившийся под Балахтой, был плохо приспособлен для перевозки пассажиров

Утром 21 июля на трассе «Байкал» пассажирский автобус Красноярск — Шарыпово столкнулся с фурой, перевозившей лаки и краски. Дьявол в деталях: если бы фура была наполнена негорючим грузом, многих жертв удалось бы избежать. Но от лобового столкновения фура вспыхнула. Температура горения была такова, что еще на следу-



Место страшной аварии под Козулькой. Сгоревшая фура.

ющий день после аварии асфальт дымился. В этом «напалме» сгорел не только водитель фуры, но и вылетевшие из автобуса пассажиры. 11 жертв на месте ДТП — совпадение с аварией балахтинской.

А вот за жизнь остальных пострадавших, которых насчитывалось более 40 человек, вступили в борьбу врачи.

Мобилизация ресурсов

Все службы краевой клинической больницы немедленно после известия о ДТП и количестве пострадавших действовали, как на войне. Были мобилизованы все специалисты, администрация, диагностические службы. Клиника стала напоминать военный госпиталь.

На место аварии вылетел вначале вертолет с крупной бригадой докторов, хирургических сестер, с перевязочными материалами, аппаратурой, медикаментами и кровью. Следом выслали второй борт с реаниматологами, травматологами, аппаратурой.

— Мы должны были исключить дефицит ресурсов, — рассказывает руководитель Центра травматологии и ортопедии Алексей Лубнин. — При массовых поражениях может возникнуть очень неприятная для врачей ситуация, когда из-за нехватки сил и средств транспортируются в клинику первого уровня перспективные пациенты, а самые тяжелые остаются на местах. Решение ложится на плечи координатора, одного человека — именно он берет на себя ответственность, по сути, определяет, кто из пострадавших будет жить. Это тяжелая психологическая нагрузка, и, к счастью, мы такой ситуации избежали — для спасения пострадавших и со стороны администраций всех уровней, и со стороны служб спасения, и, конечно, со стороны медиков было сделано все возможное.

Специалисты краевой больницы в первые сутки после аварии провели сортировку пациентов в Козульской ЦРБ и Ачинском межрайонном центре и практически всех пострадавших доставили в Красноярск. На местах остались только два пациента крайней тяжести, которых на тот момент невозможно было транспортировать. Но и за ними на следующий день прилетел вертолет санавиации и доставил в реанимацию краевой больницы.

Политравма лечится в многопрофильной клинике

Практически все пассажиры злополучного автобуса получили



Краевая больница встречает пострадавших



Каждый из медиков знал, что ему нужно делать в экстремальной ситуации

черепно-мозговые травмы в сочетании с переломами, ушибами грудной клетки, тупыми травмами живота, рваными ранами, порезами.

Первые пятеро пострадавших были перевезены на вертолете в краевую больницу уже в послеобеденное время, затем было еще два рейса. В целом в первые сутки после ДТП в больницу доставили 23 пострадавших.

На следующие сутки доставили еще двоих – женщину с тяжелой черепно-мозговой травмой и юную девушку, получившую очень серьезную ожоговую травму.

В приемном покое ККБ работал настоящий конвейер, на котором каждый из медиков выполнял свои четко прописанные функции. Рядом была администрация клиники, готовая помочь врачам и медсестрам в любую минуту.

Конечно, не осталась в стороне исполнительная власть региона – больнице оказывалось содействие, для пострадавших делалось все возможное.

Многие пациенты нуждались в дообследовании, уточнялась тяжесть их состояния, в соответствии с которой люди поступали в реанимацию или отделения Травматологического центра.

Перечень специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пострадавших, длинный: нейрохирурги, челюстно-лицевые, абдоминальные хирурги, урологи, кардиологи, торакальные хирурги, комбустиологи и, конечно, реаниматологи и травматологи.

Было четко отлажено информационное взаимодействие со СМИ: проводились брифинги с участием ведущих специалистов, хроника оказания помощи пострадавшим своевременно поступала на телевизионные экраны, в Интернет и на страницы газет.

Сделали все возможное

Из 25 пострадавших в ДТП 15 были госпитализированы в реанимационные отделения. Пациенты находились под неусыпным вниманием врачей. Своевременно купировались ранние осложнения, по необходимости проводилось оперативное лечение.

– Наших сотрудников не приходилось ни о чем просить, люди сами предлагали помощь, дополнительно дежурили, консультировали, делали для пострадавших все возможное, работали как настоящая команда, – вспоминает начмед краевой клинической больницы Наталья Головина.

В больнице работали социальные службы, психологи. Держали на контроле ситуацию муниципалитеты городов и селений, где проживают пострадавшие.

На четвертые сутки после аварии, 26 июля, заведующий Травматологическим центром Алексей Лубнин порадовал хорошими новостями: переведены шестеро пострадавших из реанимации, состояние трех пациентов из находящихся под наблюдением заметно улучшилось, еще трое прооперированы травматологами – они идут на поправку.

К концу первой недели стало ясно, что жизни большинству пострадавших в ДТП ничего не угрожает.

Долгая реабилитация

На второй неделе после аварии наиболее легкие пострадавшие стали выписываться из краевой больницы под наблюдение по месту жительства. Но это касалось не всех. Многим пациентам понадобилось оперативное вмешательство.

– Оперировать пострадавших немедленно после основной травмы опасно, – говорит Алексей Лубнин. – Операционная травма накладывается на травму комбинированную, на профессиональном сленге травматологов это называется «нанести второй удар».

Наносить «второй удар» большинству пострадавших в ДТП автобуса все равно пришлось, но когда пациенты окрепли, спал отек в местах переломов, вмешательство хирургов-травматологов не нанесло никакого вреда.

В августе была успешно прооперирована 18-летняя девушка со сложным переломом таза, ключиц и предплечья. За одну операционную сессию удалось провести остеосинтез всех сегментов, включая нестабильное повреждение таза. Уже на пятые сутки девушка встала на ноги, а ведь раньше после таких сложных повреждений костей таза пациенты могли месяцами лежать на больничной койке.

Всего с момента аварии специалисты краевой больницы провели 54 восстановительных операции пострадавшим в ДТП.

Пациентам с переломами конечностей, травмами позвоночника понадобится помощь врачей-ортопедов с применением различных ортопедических приспособлений – ортезов, туторов, бандажей, корсетов. К счастью, выбор корректирующих приспособлений сегодня велик и в Красноярске представлен ведущими мировыми брендами.

Краевая больница была готова

Такой горький опыт, как ДТП с большим количеством жертв и пострадавших, не только ранит, но и обогащает, в том числе клиницистов. Сегодня администрация краевой больницы анализирует случившееся и подводит первые итоги работы в чрезвычайной ситуации.

Предварительные выводы: клиника сработала хорошо – и по оказанию помощи на местах, и по транспортировке пациентов, и по работе с пациентами непосредственно в больнице.

– Мы действительно достойно сработали, и во многом благодаря алгоритмам работы Центра травматологии и ортопедии, созданным совместно с менеджерами по качеству, – рассказывает Алексей Лубнин. – Мы восемь месяцев прописывали последовательность действий при поступлении пациентов с сочетанной травмой, все протоколы, порядки. Эта «бюрократическая» работа дала свой результат. Коллеги были уверены, спокойны, все службы

знали, что делать. И результат налицо: наши пациенты идут на поправку, даже самые тяжелые.

Согласованность действий медицинского персонала при поступлении пяти и более пациентов с политравмой действительно прописана в мельчайших подробностях на квалиграммах – сложных схемах, инфографике процесса. Квалиграмма с первого взгляда для непосвященного представляется ребусом, но, на самом деле, она абсолютно понятна всем участникам оказания медицинской помощи, потому что не навязана сверху, а создана силами самих специалистов. Квалиграмма, по сути, указатель – кто, чем должен заниматься – от координатора до санитарки. Главные цели кропотливо создаваемой квалиграммы – экономия времени, четкое управление ресурсами, повреждениями, логистикой.

Сегодня в краевой клинической больнице менеджерами по качеству совместно со специалистами различных профилей последовательно создаются квалиграммы, описывающие процессы по всем направлениям.

– Мы начали работу по внедрению системы менеджмента качества в краевой клинической больнице в марте 2014 года, – говорит менеджер по качеству Надежда Николаева. – Начальное сопротивление персонала быстро сменилось энтузиазмом и пониманием важности нашей совместной работы по созданию квалиграмм. Сегодня их 60, будет несколько сотен. Врачи прекрасно осознают, что одна из особенностей системы ISO – разрешение проблемы еще до ее появления. Система менеджмента качества в медицине – это непрерывное улучшение и совершенствование качества оказания медицинской помощи.

Первым значимым эффектом внедрения квалиграмм было резкое сокращение нахождения в приемном покое пациентов с сосудистой катастрофой. Благодаря четкому и прозрачному порядку действий при поступлении пациента с инсультом, врачи выиграли 40 минут. Работа с пострадавшими в страшной аварии рейсового автобуса на основании квалиграмм – вообще особый, уникальный случай в российской больнице.

Опыт ККБ по оказанию медицинской помощи при массовом поступлении пациентов с политравмой будет транслироваться для коллег из других крупных клиник.

– Опыт внедрения системы менеджмента качества тем более ценен сейчас, когда теория подкреплена практикой, – считает главный врач КГБУЗ ККБ Егор Корчагин. – Благодаря порядкам оказания помощи, при массовом поступлении пострадавших мы предупредили суету и несогласованность действий.

В последние дни лета

Если первые две аварии укладываются в «закон парности случаев», то к ДТП, произошедшему 29 августа возле Зеленева, подходит выражение «Бог любит троицу».

На этот раз пострадали жители Кызыла, добравшиеся в Красноярск. Преодолели горные перевалы, а на ровной части пути столкнулись со встречным транспортом. В микроавтобусе было 12 человек. Пострадали все. Одна пассажирка погибла.

На месте происшествия работали девять бригад скорой медицинской помощи из Красноярска, Козульки и Емельяново.

В краевую клиническую больницу доставлены шесть человек, четверо – в БСМП. Два пациента ККБ с черепно-мозговыми травмами находились в отделении нейрохирургии, выписаны в удовлетворительном состоянии. Четыре пациента с переломами, ЧМТ, ушибами, рваными ранами госпитализированы в реанимационное отделение, но вскоре переведены в отделения профильные. Их жизни ничего не угрожает.

Аварийное лето-2015 закончилось. Осенью водители становятся осторожнее – дорожные условия ухудшаются. Будем надеяться, что три подряд аварии с пассажирским автотранспортом больше никогда не повторятся. Но в любом случае специалисты краевой клинической больницы, на время превратившейся в институт Скифософского, еще раз докажут высокий профессионализм и качественную организацию оказания медицинской помощи.

Подготовила Елена Семенова

5% скидка
предъявителю

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР ИЗДЕЛИЙ

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ САЛОНЫ

Красноярск,
ул. К. Маркса, 137
тел. +7 (391) 217 80 20,
+7 (902) 992 61 36



Красноярск,
ул. Молокова, 19
тел. +7 (391) 217 97 20





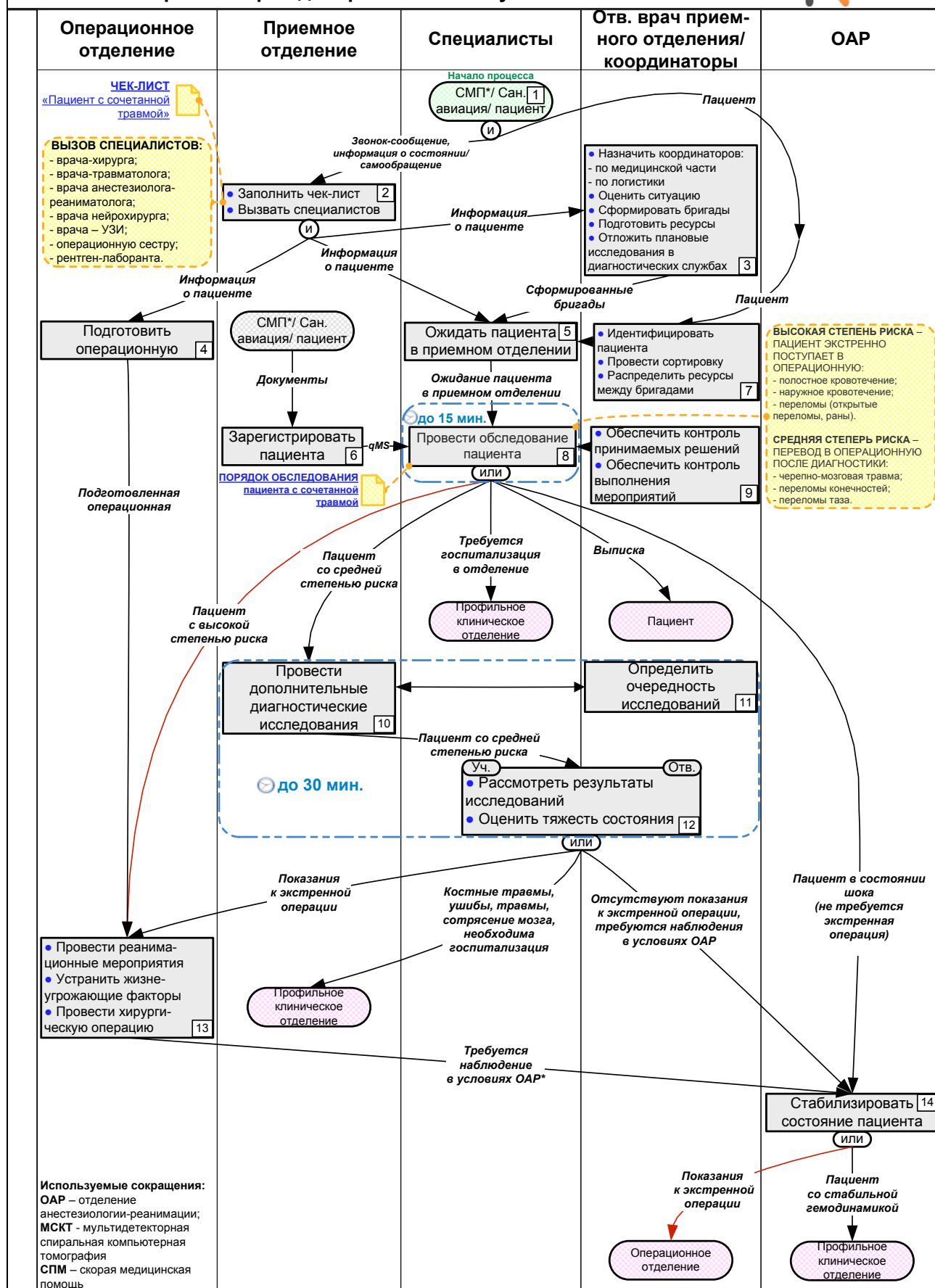


ОРТОПЕДИЯ, МЕДТЕХНИКА, МАССАЖНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

позвоночник										
в/конечности										
н/конечности										

12

Порядок оказания экстренной медицинской помощи больным с сочетанной травмой при одновременном поступлении 5 и более человек



РЕАБИЛИТАЦИЯ

В СЕНТЯБРЕ ИСПОЛНЯЕТСЯ 50 ЛЕТ ДЕТСКОМУ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМУ САНАТОРИЮ «БЕРЕЗКА»

*Е. А. Кабушева, И. Л. Рукоусева
КГБУЗ ДРС «Березка»*



В 1960-1970-х годах ревматизм у детей был распространенной патологией, которая часто приводила к развитию порока сердца. Ревматизм являлся одной из важнейших проблем медицины, поэтому борьба с ним стала задачей государственной важности. В то время были достигнуты значительные успехи в борьбе с этим заболеванием.

В Советском Союзе осуществлялось два основных вида профилактики ревматизма: первичная — предупреждение возникновения первичного ревматизма, и вторичная профилактика — предупреждение рецидива болезни. Вторичная профилактика проводилась в детских санаториях.

По распоряжению крайздраотдела в 1965 году краевой детский костно-туберкулезный санаторий был перепрофилирован в детский ревматологический, а туберкулезный санаторий был переведен в красноярский санаторий «Пионерская речка».

Первым главным врачом санатория была Надежда Георгиевна Окладникова, которая, для того чтобы открыть учреждение, ездила учиться в санаторий ревматологического профиля «Малаховка» Московской области и санатории Сочи. По их типу и организовали работу в «Березке».

С 1965 по 1971 год санаторий находился на прежнем месте, в районе Солёного озера возле Канска — в ветхих деревянных корпусах, без каких-либо удобств. Отопление было печное, воду возили из реки, работали всего два врача.

Решением исполкома Канского горсовета от 28 декабря 1971 года санаторий «Березка» был переведен в новое здание, построенное Канским хлопчатобумажным комбинатом.

В год в санатории лечилось около 800 детей, более 50% из них страдали ревматизмом и лечились более 50 дней. Обращалось особое внимание на лечение ангин и хронического тонзиллита, что привело к снижению заболеваемости ревматизмом: с 1980 по 1990 год число больных ревматизмом уменьшилось, но увеличилось число больных с врожденными пороками сердца, нарушениями ритма сердца, хроническими тонзиллитами. Поэтому решением коллегии Министерства здравоохранения РСФСР санатории были перепрофилированы из ревматологических в кардиоревматологические.

В последующие годы главными врачами санатория были А.И. Коршунов и О.В. Мутвин. В одном здании с 1971 по 1994 год размещались два учреждения — санаторий на 125 детей и Дом ребенка на 80 детей. Это создавало постоянные трудности в решении хозяйственных вопросов, поскольку общими были кухня, прачечная, гаражные боксы, котельная.

В 1994 году, по настоянию главного врача Л.Г. Смолкиной, Дом ребенка переместили в освободившийся детский сад.

Людмила Григорьевна Смолкина возглавляла учреждение с декабря 1979 по февраль 2013 года. Она и сейчас работает в санатории



врачом-педиатром. На годы ее почти 35-летнего руководства выпало время организации работы санатория, его становления, что происходило при непосредственной поддержке вышестоящего руководства краевого здравоохранения, за что большое спасибо Б.П. Маштакову, И.А. Шнайдеру, а также главным врачам Канской ЦГБ Э.Э. Клипперту и К.А. Виноградову.

Одной из важных задач главного врача является кадровая политика, недаром в советские времена говорили: «Кадры решают все». Когда

Л.Г. Смолкина пришла работать в санаторий, в учреждении было всего четыре врача (два из них пенсионеры, и только один проходил усовершенствование по педиатрии).

За эти годы были подобраны врачи-педиатры, которые дополнительно прошли специализации по кардиологии, функциональной диагностике, физиотерапии, оториноларингологии, лечебной физкультуре и массажу, стоматологии.

Соответственно были оборудованы кабинеты: функциональной диагностики, ЛФК и массажа, физиоотделение, стоматологический кабинет, ЛОР-кабинет, клиническая лаборатория.

В организации и проведении лечебного процесса всегда помогала заведующая отделением — сначала Л.И. Горшкова, затем С.И. Брагина, Е.А. Кабушева, а в настоящее время Т.П. Концевая.

Врачи санатория, придя на работу, остались в санатории навсегда: Л.П. Гудень, С.В. Биркегейм, Г.Л. Волгаева, Е.А. Кабушева, Т.П. Концевая.

Хороший, дружный коллектив медицинских сестер подобрался в санатории. Многие годы руководят ими главная медсестра О.И. Нестеренко и старшая медсестра Н.А. Терешина.

Учреждение работало в тесном контакте с детским кардиологическим отделением краевой клинической больницы № 1, а затем краевой детской больницы. В 1980-1990 годы это отделение курировало санаторий. Ежегодно (продолжительность сезонов в учебном году равнялась продолжительности учебных четвертей, а летом — по полтора месяца) выезжали в санаторий кардиологи: анализировали результаты работы, консультировали больных.

После того как отменили курацию, по-прежнему продолжали совместно работать, потому что больные, которые лечились в краевой больнице, затем получали лечение в санатории. Хочется поблагодарить заведующих кардиологическим отделением краевой детской больницы Ф.А. Вятчину, Л.Н. Анциферову.

В санатории в свое время бывали ученые: профессора Ж.Ж. Рапорт, Т.Е. Таранушенко, Н.А. Ильенкова, к.м.н. Е.П. Кириллова, которые знакомились с работой санатория, давали рекомендации по внедрению новых методов в лечении больных.

При санатории до декабря 2014 года была школа. Учебно-воспитательным процессом руководили завучи С.М. Вязнова, В.П. Пименов,

которые совместно с учителями Г.Г. Лазаревой, Н.Е. Севрюгиной, А.В. Колбасовым, И.П. Юхименко, Н.В. Аликиной и другими обеспечивали в процессе учебной и воспитательной работы индивидуальный подход к каждому ребенку с учетом его возраста и состояния здоровья.

Санаторий сегодня — учреждение, отвечающее современным требованиям, оснащенное оборудованием, выполняющее задачи по оказанию реабилитационной и профилактической помощи детям, страдающим ревматизмом, заболеваниями суставов и патологией сердца.

Санаторий представлен комплексом трех двухэтажных корпусов, соединенных наземными переходами, что создает максимальные удобства для работы персонала и лечения больных.

Учебно-досуговый корпус включает в себя классы для занятий, комнаты для отдыха и проведения различных мероприятий. Для детей дошкольного возраста предусмотрены игровые комнаты



Лечебный корпус включает в себя систему кабинетов для проведения комплексного лечения:

- физиоотделение с кабинетами электросна, электролечения, парафинолечения, ингаляториум;
- кабинет функциональной диагностики;
- кабинет массажа и механотерапии;
- зал для занятий лечебной физкультурой;
- лаборатория;
- ЛОР-кабинет;
- изолятор (для остро заболевших детей).

Спальный корпус состоит из спальных комнат с туалетами и комнатами гигиены. Дети размещаются с учетом пола и возраста.

Неотъемлемой частью государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» является развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей.

В связи с приоритетами обеспечения профилактики в сфере охраны здоровья КГКУЗ «ДРС «Березка» является исполнителем программы Красноярского края «Развитие здравоохранения», обеспечивая приезжающим на лечение в санаторий детям Красноярского края квалифицированную и качественную медицинскую помощь.

ПРИЗЫВ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ЕЖЕГОДНО ВОЗРАСТАЕТ

М. А. Чухрова

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Защита Отечества – почетная обязанность каждого гражданина Российской Федерации. Ежегодно из Красноярского края на военную службу в различные рода войск направляются 8-9 тысяч юношей. Подготовка мальчиков для службы в Вооруженных силах начинается с 15-летнего возраста.

Распоряжением Правительства РФ от 03.02.2010 г. № 134-р утверждена концепция федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 года. Основная задача концепции – улучшение состояния здоровья молодежи и повышение качества медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу.

Решение задачи – разработка и внедрение системы ежегодного мониторинга состояния здоровья, физического и психологического развития граждан, начиная с 10-летнего возраста. Планируется создание государственного банка данных граждан, подлежащих призыву на военную службу.

Сегодня подростки составляют наиболее перспективную часть нашего общества. Охрана здоровья подрастающего поколения остается приоритетным направлением в области охраны здоровья населения.

Одна из основных задач, стоящих перед органами здравоохранения, – направить в ряды Вооруженных сил РФ здоровых юношей. Медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе осуществляется совместно Министерством обороны и Министерством здравоохранения.

Значительные трудности и сложности в оказании медицинской помощи возникают как из-за особенностей, касающихся взросления, оценки собственного здоровья, медицинских аспектов, так и социальных проблем, в том числе таких, как неорганизованность (до 13% подростков нигде не работают, не учатся).

В крае ежегодно уменьшается количество подростков, за последний год оно снизилось на 2,8%. Снижение с 2009 года составляло 24,5% (с 110 044 до 83 182 человек). В структуре населения края подростки составляют около 3%. Юноши преобладают над девушками на 1%.

В причинной структуре общей заболеваемости подростков ведущее место принадлежит болезням органов дыхания – 31,8%. На втором месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 10,2%. Третье место занимают травмы и отравления – 8,5%.

Структура первичной заболеваемости несколько отличается от структуры общей заболеваемости. На первом месте также находятся болезни органов дыхания – 44,3%. На втором месте травмы и отравления – 13%. На третьем месте болезни кожи и подкожной клетчатки – 6%.

Заболеваемость юношей выделяется из числа заболеваемости подростков, так как они являются будущими защитниками Родины, проходят медицинские осмотры чаще девочек, и она ниже, чем заболеваемость подростков в целом.

Снижение количества подростков в крае, рост уровня заболеваемости не сказались на показателях годности к военной службе. Край ежегодно выполняет план-наряд по призыву в Вооруженные силы, возрастает показатель годности. В 2012 году он был 67,9%, в 2014 – 73,8%, это высокий показатель на территории Российской Федерации.

В период призыва краевые учреждения здравоохранения принимают активное участие в обследовании граждан призывного возраста.

На базе консультативной поликлиники краевой клинической больницы в 1996 году, согласно решению коллегии УЗ края, был открыт кабинет по работе с подростками. Руководствуясь приказом МЗ РФ от 05.05.1999 года № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям», 11 января 2006 года приказом агентства здравоохранения и лекарственного обеспечения администрации Красноярского края был организован амбулаторный прием детей в возрасте 15-17 лет специалистами педиатрического профиля.

В краевой клинической больнице данный кабинет был оставлен и осуществляет работу с пациентами, направленными военными врачебными комиссиями городов и районов края. Работа кабинета осуществляется под руководством заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической службе Валентины Михайловны Симаковой.

В течение трех последних лет количество подростков, направленных из районов и городов Красноярского края и краевой военной врачебной комиссией в краевую больницу для уточнения диагноза и проведения высокотехнологических методов обследования, уменьшилось на 30% за счет проведения обследования и лечения на базе муниципальных учреждений здравоохранения и составило 5200-4000 человек. Наибольшая нагрузка на кабинет по обследованию граждан призывного возраста приходится на месяцы призыва на военную службу (апрель-июнь, октябрь-декабрь).

Количество призывников, проходивших лечение и обследование в стационаре, за три года уменьшилось более чем в четыре раза.

Для уточнения диагноза и проведения методов обследования подростки направляются к врачам-специалистам консультативно-диагностической поликлиники, в 65% случаев подросток консультируется у двух-четырех специалистов. Нуждаемость в обследовании граждан призывного возраста имеется во всех районах края, в том

Таблица 1. Заболеваемость подростков Красноярского края

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Общая заболеваемость	1833,4	1988,4	1945,1	1939,9	2008,7
Первичная заболеваемость	1214,7	1330,2	1263,1	1269,1	1224,6

числе в Красноярске. Это связано с наличием в ККБ высококвалифицированных врачей-специалистов и методов обследования, отсутствующих в ряде лечебных учреждений края.

Наибольшая обращаемость граждан призывного возраста в консультативно-диагностической поликлинике ККБ к гастроэнтерологу – 9,2%, кардиологу – 7,16%, офтальмологу – 8,7%, нефрологу – 9,1%.

Основной функцией врачей-специалистов является оценка состояния здоровья призывников по данным проведенного обследования и консультаций. Расхождение диагнозов часто связано с отсутствием необходимого технического медицинского оборудования в районах, не соответствующего требованиям Постановления Правительства РФ № 390 от 1995 года «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе».

НАИБОЛЬШАЯ ОБРАЩАЕМОСТЬ ГРАЖДАН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ККБ К ГАСТРОЭНТЕРОЛОГУ – 9,2%, КАРДИОЛОГУ – 7,16%, ОФТАЛЬМОЛОГУ – 8,7%, НЕФРОЛОГУ – 9,1%.

Призывники обследуются более трех дней, вследствие необходимости обследования у двух и более специалистов, ожидания очереди на аппаратные методы обследования. Длительность обследования также обусловлена дефектами неправильной документации из территориальных ЛПУ и военкоматов (отсутствие предварительного обследования по месту жительства, результатов консультаций и осмотров врачей-специалистов). В 15% случаев призывники обращаются в кабинет, имея на руках лишь направление из военкомата.

Для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи подростковому населению необходимо проводить 100% профилактические медицинские осмотры подростков в 15 лет, широко внедрять новые формы профилактической работы с формированием установки на здоровый образ жизни, внедрять оздоровительные мероприятия в муниципальных учреждениях образования.

Ежегодно возрастает число подростков, состоящих на диспансерном учете. Заболевания кожи и подкожной клетчатки имеют тенденцию к снижению, за прошедший год произошло снижение в этой группе болезней на 0,6%, в 2012 г. зарегистрировано 8697 случаев. В структуре болезней кожи и подкожной клетчатки дерматозы занимают до 29,3%. Ведущей патологией среди хронических дерматозов на протяжении 2008-2012 гг. является атопический дерматит (53,5%), далее по значимости идет контактный дерматит (46,5%), псориаз в структуре болезней кожи занимает 4,4%.

Психические расстройства и расстройства поведения в структуре общей заболеваемости составили 4,7%, в течение пяти лет отмечается рост на 5%, под наблюдением находится 7947 подростков. Среди психических расстройств по нозологическим группам наибольший удельный вес имеют непсихотические психические расстройства – 42,6%, психозы – 2,9%, умственная отсталость – 25,4%. В перерасчете на 10 тысяч отмечается рост числа впервые выявленных психических расстройств в 2013 году по сравнению с 2012 годом на 19,8% в основном за счет умственной отсталости.

Количество подростков, страдающих психическими расстройствами и состоящих на диспансерном учете, выросло по сравне-



нию с 2012 годом на 6,3%. Идет увеличение количества пациентов психиатрического профиля, входящих в группу консультативно-лечебного наблюдения, на 3,5% по сравнению с тем же периодом. Это связано с ростом выявляемой патологии и заболеваемости в основном за счет психозов и умственной отсталости, которые в большинстве случаев являются причиной постановки пациентов на диспансерный учет.

Заболеваемость наркологической патологией среди несовершеннолетних в Красноярском крае в 2013 году составила 619 человек, или 109,4 на 100 тысяч населения. В 2013 году по сравнению с 2011-м отмечается уменьшение первичной заболеваемости на 40,1% (с 182,6 на 100 тысяч населения до 109,4).

Доля несовершеннолетних, имеющих наркологические расстройства, впервые взятых под наблюдение врачом-наркологом, среди всего населения края с 2011 года уменьшилась на 35,1%, с 2012 года – на 23,5% и составила 11,1% (2011 год – 17,1%, 2012 год – 14,5%).

В 2013 году в структуре первичной заболеваемости наркологическими заболеваниями среди несовершеннолетних доля подростков (15-17 лет) составила 77,5% (2011 год – 78,6%), доля детей (0-14 лет) – 22,5% (2011 год – 21,4%).

Из числа впервые взятых в 2013 году на учет несовершеннолетних с наркологическими расстройствами, лица, имеющие зависимость от алкоголя, составляют 1,3% (2011 год – 0,9%). Имеющие зависимость от наркотических средств – 2,9% (2011 год – 0,6%). Имеющие зависимость от ненаркотических веществ – 1,9% (2011 год – 2%). Употребляющие алкоголь с вредными для здоровья последствиями – 48,8% (2011 год – 69,4%). Употребляющие наркотические средства с вредными для здоровья последствиями – 28,6% (2011 год – 12,7%). Употребляющие ненаркотические вещества с вредными для здоровья последствиями – 16,5% (2011 год – 10,2%).

Согласно выше представленным данным, на первое место выступает проблема употребления алкоголя несовершеннолетними – 50,1% (2011 год – 70,3%), на втором месте употребление наркотических средств – 31,5% (2011 год – 13,3%), на третьем – употребление ненаркотических веществ – 18,4% (2011 год – 16,4%).

В период с 2011 года среди несовершеннолетних края отмечается снижение количества потребителей алкоголя на 56%, потребителей ненаркотических веществ на 30,5% и увеличение количества потребителей наркотических веществ на 46,6%. Это свидетельствует о том, что проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними продолжает оставаться напряженной.

К 20-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И КЛИНИЧЕСКОГО УХОДА

Ж. Е. Турчина

КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

В связи с необходимостью профессиональной подготовки медицинских сестер с высшим образованием в России в ноябре 1995 года по инициативе декана факультета высшего сестринского образования (ФВСО) к.м.н., доцента Ю.С. Паца и по приказу ректора КрасГМА, д.м.н., профессора В.И. Прохоренкова была организована кафедра сестринского дела (СД).

В дальнейшем в связи с переходом на ФГОС ВПО третьего поколения, увеличением количества часов преподавания медицинского ухода студентам на других факультетах, приказом ректора КрасГМУ проф. И.П. Артюхова № 90 от 12.07.2011 г. кафедра СД была переименована в кафедру сестринского дела и клинического ухода.

Необходимость создания кафедры была обусловлена особенностями сестринского дела и значительными отличиями СД от врачебного дела, поскольку подготовка новых специалистов по сестринскому делу на врачебных кафедрах не позволяла студентам освоить и осмыслить новые сестринские технологии, которые в России стали внедряться в лечебных учреждениях с 1992 года.

Создавала и формировала деятельность кафедры в течение 12 лет к.м.н., доцент Л.А. Мудрова. В дальнейшем развивали деятельность кафедры СД заведующие кафедрой: к.м.н., доцент Т.Р. Камаева (с сентября 2008 по август 2011 года) и к.м.н., доцент Ж.Е. Турчина (с сентября 2011 года по настоящее время).

Кадровый состав кафедры в 2014-2015 учебном году:

– основные сотрудники: заведующая кафедрой доцент Ж.Е. Турчина, доцент Л.А. Мудрова, доцент О.Я. Шарова, ассистент к.м.н. В.Г. Иванов, ассистент С.А. Бахшиева;

– внутренние совместители: профессор Т.К. Турчина, доценты Е.П. Данилина, В.Р. Кембель, Е.В. Зорина, Н.Ю. Гришкевич, Н.Л. Прокопцева, ассистент Н.П. Вахрушева;

– внешние совместители: доцент А.А. Белобородов, ассистент к.м.н. Н.М. Потылицына, ассистент Ю.С. Белобородова.

Особенно приятно, что в преподавательском составе кафедры в качестве внешних совместителей работают выпускники факультета высшего сестринского образования нашего вуза: ассистенты С.Л. Нефедова, О.П. Фатьянова, И.Ю. Оленева, Н.В. Быкова, которые являются руководителями сестринского дела (заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, главная медицинская сестра) в ЛПУ.

Наличие большого числа совместителей, прежде всего, определяется особенностями организации учебного процесса. Остепененность кафедры составляет 70%.

Основной базой кафедры на протяжении 20 лет является Сибирский клинический центр (СКЦ) ФМБА России, генеральный директор Б.В. Баранкин, ранее – медико-санитарная часть (МСЧ) № 96. Другие базы кафедры, где учебный процесс проводят совместители: КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1», краевая клиническая больница, краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского, Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича и др.

С момента образования в 1995 году по октябрь 2013 года кафедра являлась структурным подразделением факультета высшего сестринского образования (декан-доцент, профессор Ю.С. Пац), впоследствии факультета экономики и управления в здравоохранении; высшей медицинской бизнес-школы (декан – доцент Е.А. Юрьева). В 2013 году на основании приказа ректора № 467 от 08.10.2013 г. (о создании факультета) кафедра СД и клинического ухода вошла в состав факультета фундаментального медицинского образования (декан – профессор Н.С. Горбунов).

Основная цель кафедры сестринского дела на первоначальном этапе заключалась в обучении студентов новым технологиям ухода и определении места медсестры с высшим образованием в системе здравоохранения.

Одна из главных задач кафедры – обучение студентов врачебных специальностей клиническому уходу за больными, учитывая, что медицинский уход является медицинской деятельностью по обеспечению оптимальных условий для выздоровления, а потому требует такого же серьезного освоения студентами врачебных специальностей, как и другие элементы лечебной деятельности.

Кроме этого, приоритетной задачей кафедры является обучение студентов по направлению «Социальная работа». Необходимость подготовки бакалавров определена нерешенностью ряда ключевых вопросов, связанных с организацией социальной работы в системе здравоохранения.

Учебная работа на кафедре сестринского дела и клинического ухода имеет свои особенности, т.к. ранее, на первоначальном этапе, на ФВСО, преподавание дисциплин СД проводилось по 19 предметам. Разработана документация по освоению новых технологий ухода за больными: карты сестринского и периоперативного процессов.

Учебный процесс осуществляется на факультете фундаментального медицинского образования (ФФМО) по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»; на фармацевтическом факультете; направлении подготовки «Социальная работа»; в институте последилового образования (интерны – «Управление сестринской деятельностью»). В учебном процессе все сотрудники используют активные и интерактивные методы обучения. Лекции носят проблемный характер с элементами дискуссии. Занятия проводятся в учебных комнатах, фантомных классах, с посещением отделений различных ЛПУ.

За 20 лет работы кафедры были созданы учебно-методические комплексы (УМКД) по всем дисциплинам в соответствии с ГОС ВПО (специальность – «Сестринское дело»), в последующем в полном

объеме разработаны рабочие программы по дисциплинам, учебным и производственным практикам по ФГОС ВПО. Сотрудниками кафедры изданы учебно-методические пособия с грифом УМО МЗ и много других пособий уровня вуза.

Научная деятельность кафедры на этапе становления была направлена на разработку региональной модели сестринского дела и внедрения ее в практику ЛПУ. Сотрудниками кафедры создано теоретическое обоснование данной модели, опубликовано большое количество научных публикаций в местной, региональной и всероссийской печати.

На протяжении многих последующих лет научная тема кафедры звучала следующим образом: «Инновации и исследования в сестринском деле» по планируемым дипломным работам студентов ФВСО по специальности «Сестринское дело». С 2004 по 2014 год на кафедре было выполнено более 100 дипломных работ. За период с 2009 по 2014 год сотрудниками кафедры было опубликовано 30 статей в журналах ВАК, 35 статей в отраслевых периодических журналах, более 100 (статьи, тезисы) в сборниках НПК.

За 20-летний период на кафедре выполнено три диссертации: одна докторская (Т.В. Коробицина), две кандидатских (Е.В. Зорина, Т.Р. Камаева).

В интенсификации учебно-воспитательного процесса, повышении его эффективности и качества большое место отводится хорошо организованной системе научно-исследовательской работе студентов. В 2003 году была организована научная студенческая секция «Медицинский уход и реабилитология», основные направления которой представлены следующим образом: «Новые сестринские технологии ухода за больными»; «Профилактическая медицина. Здоровый образ жизни»; «Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов»; «Профилактика внутрибольничной инфекции».

Международные контакты сотрудниками кафедры были установлены в апреле 2006 года, когда впервые был проведен обмен опытом по образованию и практике медицинских сестер с университетом г. Дикинсона, штат Северная Дакота (США) заведующей кафедрой доцентом Л.А. Мудровой и ассистентом Т.Р. Камаевой. Ответный визит из США состоялся в октябре 2006 года.

Тогда же в КрасГМА была проведена научно-практическая конференция с международным участием «Сестринское образование в университете г. Дикинсона (США) и Красноярске (Россия), где профессор Мери Эн Марш доложила о системе образования медсестер в США и особо остановилась на значимости сестринских диагнозов в их работе. Был проведен мастер-класс по стандартам сестринской практики.

За время международного обмена было получено много нужной, инновационной информации по новым подходам в сестринском процессе. Обсуждены и рассмотрены актуальные вопросы по сестринскому делу в гериатрии, педиатрии, концептуальное картирование в сестринском деле. Были прочитаны интересные лекции на актуальные темы: «Болезнь Альцгеймера», «Репродуктивное здоровье женщин», «Особенность работы семейной медицинской сестры в США» и др. Делегации посещали различные лечебные учреждения в Дикинсоне и Красноярске, знакомились с особенностями работы врачебного и сестринского персонала.

Кафедра сестринского дела и клинического ухода относится к клиническим кафедрам, сотрудники, имеющие высшее медицинское образование по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», осуществляют лечебную работу в различных лечебно-профилактических учреждениях, включая университетскую клинику и ОВП.

Сотрудники кафедры проводят большую совместную работу с органами здравоохранения: клинические конференции и семинары,



обучение среднего медицинского персонала, совместные научные публикации и др. Актуальным вопросом в этом направлении является совместная работа с Сибирским клиническим центром ФМБА России.

Кроме этого, сотрудники кафедры (Ж.Е. Турчина, С.Л. Нефедова) являются членами аттестационных комиссий при МЗ Красноярского края по аттестации среднего медицинского персонала по специальностям «Организация сестринского дела», «Управление сестринской деятельностью», «Физиотерапия», «Сестринское дело».

Следует выделить отдельным предложением существенную совместную организационно-методическую (научную) работу с фармацевтическим колледжем КрасГМУ. Ежегодно сотрудники кафедры являются членами ГИА по специальности «Сестринское дело» этого структурного подразделения.

В течение последних четырех лет кафедра совместно с фармацевтическим колледжем и другими структурными подразделениями вуза принимает активное участие в организации и проведении экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

Ежегодно (по необходимости) сотрудники кафедры проходят повышение квалификации. Некоторые сотрудники (Ж.Е. Турчина, Е.В. Зорина, О.Я. Шарова, С.А. Бахшиева) имеют диплом «Педагог высшей школы».

Ежегодно сотрудники кафедры награждаются грамотами или благодарственными письмами за добросовестный многолетний труд. Три доцента кафедры награждены правительственными грамотами МЗ РФ – Ж.Е. Турчина, Л.А. Мудрова, Е.В. Зорина.

Два года подряд, в 2007 и 2008 годах, кафедра была награждена дипломами вуза «Лучшая клиническая кафедра года».

В 2011 и 2013 годах заведующая кафедрой доцент Ж.Е. Турчина получила дипломы за победу в номинации «Лучший лектор факультета».

Следует отметить, что на кафедре сложился дружный коллектив талантливых и целеустремленных сотрудников, что создает большой творческий потенциал педагогических и научных достижений.

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО РЕГИСТРА ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*И.В. Демко, О.Н. Захаринская, М.И. Никитина,
Ю.А. Терещенко, Н.В. Баскова, О.А. Михайлов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

Краевой медицинский информационно-аналитический центр

В Красноярском крае, как и во многих субъектах РФ, краевым центром профессиональной патологии ведется регистр лиц с профессиональными заболеваниями. Однако такая база данных оказалась неполной и малоинформативной по нескольким причинам.

Во-первых, в базу данных не попадают лица с профессиональными заболеваниями, диагноз которым установлен в иных центрах профпатологии за пределами края (ФГБНУ «НИИ Медицины труда», ФБУН «ФНЦ гигиены имени Ф.Ф. Эрисмана» и др.).

Во-вторых, в базе данных отсутствовали или были неполными важные сведения о больном, касающиеся компетенции таких ведомств, как Роспотребнадзор (условия труда), Медико-социальная экспертиза (группа инвалидности, проценты утраты профессиональной трудоспособности), Фонд социального страхования (рекомендуемые и фактические реабилитационные мероприятия).

В-третьих, не всегда можно было оценить прогноз и проследить динамику течения профессионального и сопутствующих заболеваний и их исходы. С целью устранения указанных выше недостатков необходимо создание полноценной и информативной базы данных, касающейся больных с профессиональными заболеваниями Красноярского края.

По инициативе министерства здравоохранения Красноярского края в лице краевого центра профпатологии на уровне межведомственной комиссии по охране труда правительства Красноярского края принято решение о заключении межведомственных соглашений о взаимодействии и сотрудничестве между министерством здравоохранения Красноярского края и Управлением Роспотребнадзора по Красноярскому краю, ФКУ «Главное бюро МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России, ГУ – Красноярское региональное отделение ФСС РФ о создании межведомственного регистра лиц, страдающих профессиональными заболеваниями. Для реализации поставленной задачи такое соглашение подписано с указанными выше ведомствами.

Стороны обязуются осуществлять обмен оперативной и справочной информацией в рамках своей компетенции, обеспечивая конфиденциальность полученной информации в рамках законодательства. Разработанный межведомственный регистр представляет собой постоянно действующую систему организационных и технических мероприятий по сбору, долговременному хранению персонифицированной информации о вредных профессиональных факторах, показателях здоровья работников, данных медико-социальной экспертизы и реабилитационных мероприятиях.

Программное обеспечение для ведения межведомственного регистра разработано специалистами краевого медицинского информационно-аналитического центра в Web-технологии. Регистр доступен пользователям при работе в ведомственной защищенной сети министерства здравоохранения Красноярского края.

Управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю, ФКУ «Главное бюро МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России, ГУ – Красноярское региональное отделение ФСС РФ ежеквартально будут передавать информацию в краевой центр профпатологии через «VirNET – деловая почта» в формате xml. Состав передаваемых данных для каждого ведомства определен в соглашениях.

Сотрудники ведомств имеют доступ к данным краевого регистра лиц с профессиональными заболеваниями с рабочего места, находящегося в защищенной сети минздрава с правом редактирования только той информации, которую предоставляет их ведомство.

Краевой центр профпатологии осуществляет загрузку полученных данных в краевой регистр лиц с профессиональными заболеваниями на каждое лицо, имеющее профессиональное заболевание.

Входной информацией являются идентификационные признаки (ФИО, дата рождения, пол, адрес места жительства, СНИЛС (при наличии), данные по условиям труда (наименование работодателя, вид экономической деятельности, форма собственности, профессия, стаж, вредные производственные факторы), показатели здоровья (диагноз профессионального заболевания по МКБ-10 в соответствии с Перечнем профессиональных заболеваний, диагнозы сопутствующих заболеваний, динамика течения этих заболеваний, исход), данные медико-социальной экспертизы (группа инвалидности по профессиональному или общему заболеванию, проценты утраты профессиональной трудоспособности), реабилитационные мероприятия (пособия, рекомендуемые и приобретенные лекарственные препараты и медицинские изделия, технические средства реабилитации, санаторно-курортное лечение, профессиональное обучение).

Таким образом, межведомственный регистр профзаболеваний позволит получить полную информацию о больных с профессиональными заболеваниями на территории Красноярского края, достоверно установить закономерности в уровне и структуре профессиональной заболеваемости, провести экспертную оценку эффективности работы краевого центра профпатологии, своевременно выявлять недостатки и реализовывать мероприятия по оптимизации профпатологической службы в регионе.

Необыкновенный
Casus **extraordinarius**
случай

ЭКСТРЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТКИ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Жительница Сосновоборска П. 33 лет поступила в краевую клиническую больницу в июне 2015 года на 29-й неделе беременности с жалобами на одышку, невозможность спать лежа, общую слабость.

Из анамнеза известно, что незадолго до беременности пациентка перенесла бактериальный эндокардит. На учет по беременности женщина встала в восемь недель, с этого же времени отмечала одышку, но жалоб врачам по месту жительства не предъявляла.

При поступлении осмотрена кардиохирургом: область сердца не изменена, границы относительной сердечной тупости: верхняя по верхнему краю III ребра, правая по правому краю грудины в IV межреберье, левая на 1,5 см кнутри, по срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца приглушены, ритмичны, грубый систолический шум над аортой, в точке Боткина, на верхушке, проводится на сонные артерии. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт. ст.

Результаты ЭХО-КГ: аорта обычная, умеренно расширена в восходящем отделе. ЭХО-картина перенесенного ИЭ на Аок, в проекции створок Аок визуализируются гиперэхогенные малоподвижные дополнительные эхо сигналы с формированием выраженного аортального стеноза с максимальным градиентом давления 85 мм рт. ст., средним 54 мм рт. ст. Аортальная недостаточность II ст. Расширены полость ЛП, ЛЖ. Митральная недостаточность 2-3-й ст. (V – 40%). Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Недостаточность ТК 2-й ст. СДЛА – 55 мм рт. ст. Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена. Диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Минимальное заднее эхо свободное пространство и со стороны ПП 3 мм.

Объективное и инструментальное исследование сердца показало: у беременной пациентки критический аортальный стеноз, тяжелая сердечная недостаточность.

Осмотрена гинекологом: живот увеличен в объеме за счет беременной матки, матка в нормальном тонусе, безболезненна на всем протяжении, положение плода продольное. Шевеление плода чувствуется, околоплодные воды не изливались, отеков нет.

Пациентка госпитализирована в реанимационное отделение № 2 для подготовки к экстренному кесареву сечению по жизненным показаниям: в связи с нарастанием сердечной недостаточности, угрозой отека легких.

В течение суток пациентку готовили к кесареву сечению, гинекологи проводили профилактику респираторного дистресс-синдрома у недоношенного плода.

25 июня пациентке П. выполнено экстренное кесарево сечение. Операция проводилась в условиях кардиохирургической операционной.

– Мы были готовы к тому, что у пациентки во время операции может наступить декомпенсация порока, придется проводить стернотомию и одновременно с кесаревым сечением производить замену клапана, – рассказывает кардиохирург Геннадий Усик.

В операционной присутствовали и детские реаниматологи из перинатального центра, готовые оказать помощь новорожденному.

Операция закончилась благополучно: извлечен живой недоношенный мальчик массой 1 кг 670 г. Ребенок был интубирован и доставлен в перинатальный центр.

В послеоперационном периоде в течение суток отмечалась положительная динамика, больная была экстубирована, продолжалась инотропная поддержка одним кардиотоником (адреналин).

– Мы рассчитывали, что сможем прооперировать пациентку по поводу аортального стеноза в плановом порядке, через несколько недель после кесарева сечения, – говорит Геннадий Усик. – Но, к сожалению, на следующий день после акушерской операции нарастали явления сердечной недостаточности на фоне аортального порока.

26 июня утром состояние пациентки ухудшилось: в течение дня в условиях реанимационного отделения прогрессировала левожелудочковая недостаточность, появилось беспокойство, эмоциональная лабильность. У пациентки развивалась тахикардия до 140 в мин., отмечалась гипотония до 95/60 мм рт. ст., ЦВД – 110 мм H₂O.

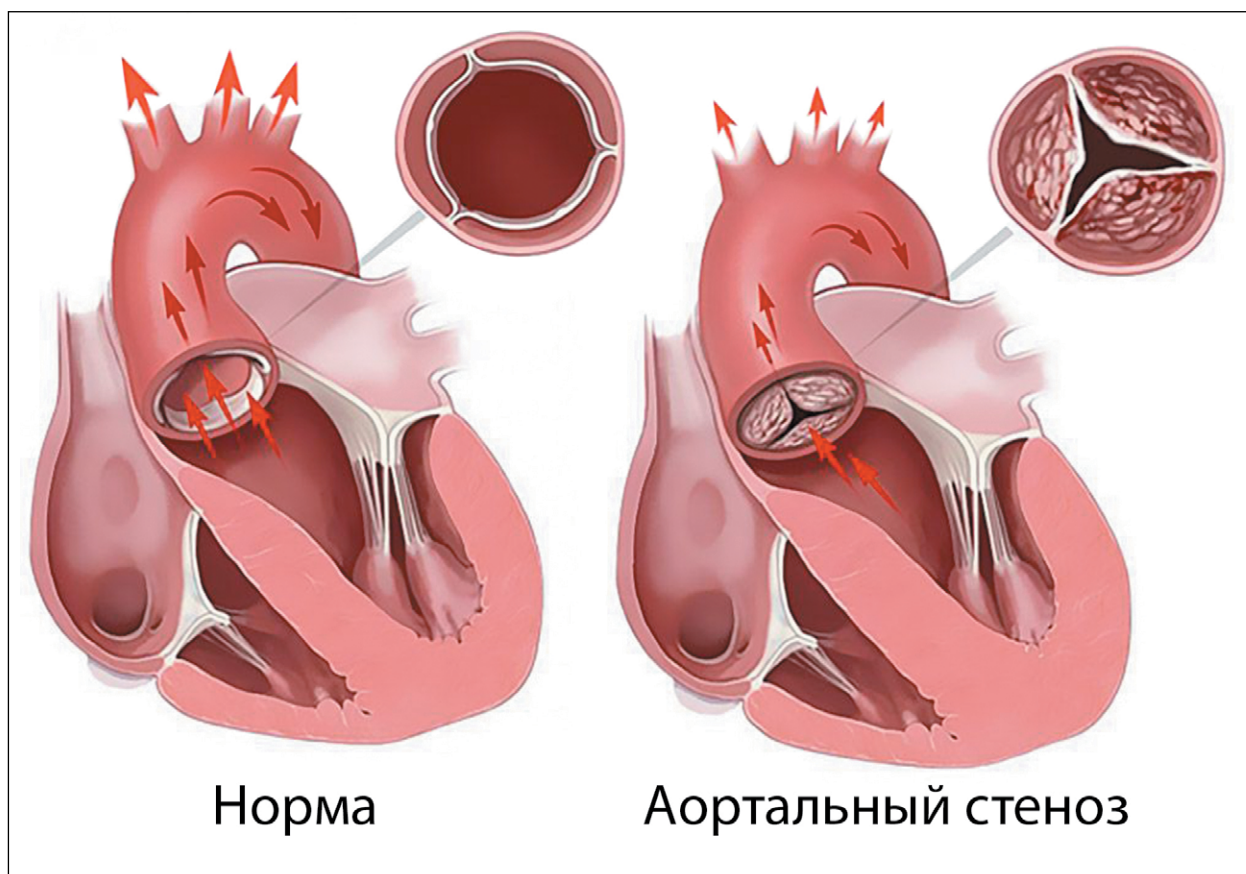
Появился кашель с отделением слизисто-геморрагической мокроты, одышка, ортопноэ, акроцианоз, ЧДД до 36 в мин. Сатурация на фоне инсуффляции O₂ через маску колебалась от 88 до 95%. При аускультации – влажные хрипы над нижними и средними полями с обеих сторон.

Учитывая прогрессирование дыхательной недостаточности, клинику отека легких, был срочно собран консилиум в составе профессоров Д.В. Черданцева, А.В. Протопопова, заведующего ОАиР № 2 К.А. Линева, заведующей отделением гинекологии Е.В. Дударовской, и.о. зав. отделением кардиохирургии Г.А. Усик, анестезиолога-реаниматолога С.М. Дружининой, перфузиолога В.В. Охримчука, рентген-хирурга К.В. Кочкиной, кардиолога С.Р. Агаевой.

Учитывая крайне тяжелое состояние пациентки, декомпенсацию СН, отек легких, обусловленные критическим аортальным стенозом, неэффективность консервативной терапии, учитывая картину ЭХО-КГ (увеличение размеров дополнительных эхо-сигналов), лихорадку, нарастание лейкоцитоза, консилиум принял коллегиальное решение о проведении экстренной операции протезирования аортального клапана и ревизии митрального клапана (предварительные инструментальные исследования показывали недостаточность митрального клапана II-III степеней) – в условиях искусственного кровообращения и ФЖКП по жизненным показаниям.

Консилиум рассмотрел крайне высокие риски предстоящей экстренной операции. С учетом проведения операции в условиях искусственного кровообращения учитывалась высокая вероятность возникновения профузного маточного кровотечения на фоне общей гепаринизации.

– С целью профилактики маточного кровотечения перед операцией мы ввели пациентке утеротоник Пабал, – говорит заведующая отделением гинекологии КГБУЗ ККБ Елена Дударовская. – Этот препарат пролонгированного действия должен был гарантировать нам сокращение миометрия в течение суток. Кроме того, в операционной мы



держали наготове баллон для управляемой тампонады матки. Если бы все наши действия оказались неэффективными, мы были готовы к экстирпации матки.

Вечером 26 июня пациентке П. было экстренно проведено оперативное вмешательство: протезирование аортального клапана механическим протезом ATS № 21, ревизия митрального клапана в условиях ИК и ФХКП.

— Операция длилась четыре часа и прошла успешно, — рассказывает Геннадий Усик. — После установки механического протеза в аорту мы провели ревизию митрального клапана с помощью гидропробы, митральный клапан оказался состоятельным.

Елена Дударовская считает, что успех операции зависел от адекватной подготовки и учета всех возможных рисков:

— Я находилась в кардиохирургической операционной и была готова в любой момент купировать потенциальное маточное кровотечение. К счастью, все обошлось — наша пациентка не кровила и во время операции, и в послеоперационном периоде. Геннадий Александрович Усик выполнил свою работу выше всяких похвал — спокойно и уверенно. Общими усилиями мы сохранили жизнь молодой женщине и ее ребенку.

В первые сутки после операции в условиях реанимационного отделения пациентке проводилась инотропная поддержка двумя кардиотониками, продолжалась ИВЛ. В анализе крови сохранялся лейкоцитоз 18, гемоглобин 102 г/л. Пациентка получала два антибактериальных препарата — авелокс и ванкомицин.

Уже на вторые сутки после кардиохирургической операции у роженицы П., находившейся под неусыпным наблюдением гинекологов, кардиохирургов и реаниматологов, отмечалась положительная динамика. Женщина пришла в сознание, со стороны сердечно-сосудистой системы фиксировалось отсутствие шума, отчетливый щелчок закры-



тия створок механического протеза аортального клапана. На перевязке ткани в области послеоперационных ран мягкие, без признаков воспаления.

В дальнейшем пациентка быстро активизировалась, купировались явления сердечной недостаточности.

На седьмые сутки после операции пациентка была переведена в кардиохирургическое отделение в состоянии средней тяжести. На момент выписки больной подобрана доза варфарина, 10 июля П. выписана на амбулаторное наблюдение по месту жительства.

В день выписки пациентка вместе с мужем благодарила докторов, подаривших ей жизнь — гинекологов, реаниматологов и кардиохирургов.

Сегодня она чувствует себя хорошо, растит ребенка, который, благодаря усилиям врачей перинатального центра, жив, растет и развивается. Через полгода после операции пациентка П. должна приехать в краевую больницу для планового обследования. Статистика показывает: при соблюдении всех врачебных рекомендаций большинство людей с протезами сердечных клапанов ведут полноценную, здоровую жизнь.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП

Травма лица для любой девушки трагедия, особенно если лицо – ее «работа».

Студентка института искусств Ц. 1992 года рождения попала в ДТП 8 декабря 2014 года. От лобового удара девушку вынесло вперед, она ударила лицом о приборную доску.

Доставлена бригадой «скорой помощи» в краевую клиническую больницу в тяжелом состоянии с множественными переломами костей черепа и лицевых костей – оскольчатый переломом правой и левой скуловой кости со смещением, переломом левой верхней челюсти, альвеолярных отростков правой и левой верхних челюстей, полным вывихом 15,15, 13, 12, 11, 21-го зубов, переломом костей носа.

Сопутствующий диагноз травматический конъюнктивит, субконъюнктивальное кровоизлияние правого глаза.

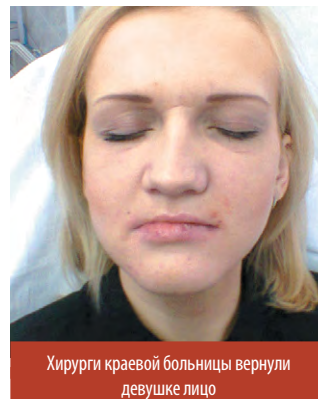
11 декабря челюстно-лицевой хирург Ольга Викторовна Бобкова провела операцию: шинирование челюстей, репозиция, металлоостеосинтез костей средней зоны лица, костная пластика альвеолярного отростка правой верхней челюсти (материалом ХРОНОС).

Ход операции. Под общим интубационным наркозом выполнены разрезы кожи в правой и левой подглазничных областях длиной до 3 см, в проекции шва правой скуловой дуги и кости. Разведены мягкие ткани. Скелетированы участки переломов правой скуловой кости в области правого нижнеглазничного края с осколком треугольной формы размером до 1 см, в области шва с правой скуловой дугой. Отломки и осколок сопоставлены в правильном анатомическом положении, фиксированы металлопластиной и винтами.

Выполнен разрез по переходной складке левой верхней челюсти до 4 см. Скелетированы передняя стенка левой верхнечелюстной пазухи, обнаружены и удалены свободные осколки. Отломки сопоставлены в правильном анатомическом положении в области левого скулочелюстного шва, фиксированы металлопластинами и винтами.



Удалены швы в области дефекта альвеолярного отростка правой верхней челюсти, выкроен трапециевидный лоскут с вершиной к дефекту. Лоскут отслоен, отведен. Скелетирован участок дефекта альвеолярного отростка правой верхней челюсти и передняя стенка правой верхнечелюстной пазухи. Обнаружены и удалены свободные осколки.



Отломки правой скуловой кости в области правого скулочелюстного шва поставлены в правильном анатомическом положении, фиксированы металлопластинами и винтами.

Область дефекта альвеолярного отростка правой верхней челюсти замещена искусственной костью ХРОНОС со стружкой аутокости. В правую и левую верхнечелюстные пазухи, через выполненные отверстия в слизисто-надкостничных лоскутах введены трубчатые дренажи.

Прикус поставлен в правильном физиологическом положении, фиксирован резиновыми тягами.

Состояние отломков удовлетворительное. Лоскуты уложены на место, ушиты наглухо викрилом. Наружные раны ушиты послойно лавсаном. Кожа ушита интрадермальными швами проленом. Установлены перчаточные выпускники, наложены асептические повязки.

Репонированы кости носа, правый и левый носовые ходы наружно тампонированы.

МСКТ лицевого скелета с 3D-реконструкцией от 12.12.2014: состояние после операции. Отломки правой и левой скуловой кости в области нижнеглазничного края и скулочелюстного шва фиксированы металлическими пластинами и винтами с удовлетворительным стоянием отломков. Отломки передней стенки левой верхнечелюстной пазухи фиксированы металлическими мини-пластинами и винтами. Дефект альвеолярного отростка верхней челюсти справа с замещением материалом ХРОНОС. На верхних и нижних зубных рядах проволочные шины.

Неравномерно утолщена слизистая оболочка носовых раковин справа с сужением носовых ходов, в лобных пазухах частично затенены ячейки решетчатой кости, верхнечелюстные пазухи (справа субтотально). Носовая перегородка искривлена влево.

Пациентка получала лечение: антибиотикотерапию, физиолечение. Консультирована нейрохирургом, окулистом.

Швы зажили первичным натяжением, признаков воспаления нет. Прикус в норме. 24.12.2014 года девушка выписана с улучшением на амбулаторное лечение к стоматологу-хирургу по месту жительства. Ей предстоит протезирование зубов.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

А.Е. Попов, Н.Ю. След, И.Т. Курьянович, А.А. Поздняков,
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона»
АНО «Центр амбулаторной гастроэнтерологии»

Опухоли тонкой кишки самые редкие из новообразований кишечника. Диагностика опухолей тонкой кишки является сложной клинической проблемой. Это обусловлено труднодоступностью тонкой кишки для инструментальных методов исследования. Кроме того, у пациентов отсутствуют специфические клинические симптомы данного заболевания. Создание и внедрение в практику энтероскопии и капсульной эндоскопии, предназначенных для исследования тонкой кишки, явилось новым технологическим решением этой проблемы.

Приводим наше наблюдение, где с помощью капсульной эндоскопии выявлена опухоль тощей кишки с последующим ее радикальным оперативным лечением.

Больной Д., 47 лет, история болезни № В3319, считал себя больным с декабря 2011 года, когда впервые появились тупые боли в животе. Через 4-5 месяцев появились сильная слабость, отвращение к пище, боли приняли периодический схваткообразный характер. Далее присоединились чувство тяжести после приема пищи, самопроизвольная рвота. Больной за этот период похудел на 10-12 кг. В это время он неоднократно обследовался амбулаторно в различных лечебных учреждениях.

Выполнены: УЗИ, ФГС, КТ, ФКС. Каких-либо изменений во внутренних органах не обнаружено. При повторном УЗИ (14.09.2012 года) было заподозрено объемное образование в брюшной полости слева. Анализы крови: Нb-72 г/л, Ht – 25%, биохимические показатели – без особенностей, кал на скрытую кровь (+).

В октябре 2012 года больной осмотрен в гастроэнтерологическом центре КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» – заподозрена болезнь Крона, опухоль тонкой кишки. Рекомендовано проведение капсульной эндоскопии тонкой кишки. Последняя выполнена в Центре амбулаторной гастроэнтерологии (капсульный эндоскоп «Mirocam IntoMedic – Южная Корея»). Заключение: объемное образование тощей кишки (рис. 1, 2).



Рис. 1



Рис. 2

14 ноября 2012 года больной был госпитализирован в первое хирургическое отделение КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» (история болезни № В3319), где после предоперацион-

ной подготовки было выполнено хирургическое вмешательство. Проведена верхнесрединная лапаротомия, при ревизии в брюшной полости выпота нет. На расстоянии 70 см от связки Трейтца обнаружено опухолевидное образование тощей кишки размером 6х5 см плотнотканной консистенции, висцеральная брюшина над ним багрового цвета, кишка сложена в виде «двустволки» (рис. 3).



Рис. 3

Петли вышележащего отдела кишки умеренно делатированы, с утолщенной стенкой, нижележащие отделы – не изменены. Клинически диагностирована субкомпенсированная, высокая обтурационная тонкокишечная непроходимость. В корне брыжейки пораженного участка кишки имелся пакет лимфатических узлов, последние эластической консистенции. Произведена резекция пораженного участка тонкой кишки, отступив от опухоли дистально и проксимально на 40 см, клиновидно, к корню брыжейки удалением пакета лимфатических узлов.

Макропрепарат: опухоль 6х5 см располагается в подслизистом слое, плотнотканной консистенции, висцеральная брюшина над опухолью багрового цвета. Препарат направлен на срочное гистологическое исследование. Результат – в лимфатических узлах признаки хронического воспаления, в стенке кишки GIST – опухоль. В дистальном и проксимальном срезах по линии резекции кишки опухолевого роста не обнаружено.

Было выполнено наложение межкишечного анастомоза «конец в конец» однорядным непрерывным швом. При ревизии органов брюшной полости других заболеваний не выявлено, аспирационное дренирование брюшной полости. Рана передней брюшной стенки ушита послойно. Асептическая повязка.

При плановом гистологическом исследовании заключение о наличии у пациента GIST-опухоли подтверждено.

Послеоперационный диагноз: GIST-опухоль тощей кишки, высокая субкомпенсированная обтурационная тонкокишечная непроходимость. Кишечное кровотечение.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной консультирован онкологом – рекомендовано проведение гистохимического исследования препарата с последующим медикаментозным лечением больного. Выписан из стационара на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, капсульная эндоскопия, как отдельный вид эндоскопических исследований, позволила с большой достоверностью установить диагноз заболевания тонкой кишки и своевременно провести оперативное вмешательство.

Литература

1. Домарев Л.В. Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 28 с.
2. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П. и др. Эндоскопия тонкой кишки с использованием видеокапсулы // Медицинская визуализация. – 2002. – № 4. – С. 4-7.
3. Leighton JA, Legnani P, Seidman EG. Role of capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: Where we are and where we are going // Inflamm Bowel Dis. – 2007. – № 13. – P. 331-337.
4. Van Gossum A, Navas MM, Fernandez-Urien I, et al. Capsule endoscopy versus colonoscopy for the detection of polyps and cancer // N Engl J Med. – 2009. – № 13. – P. 264-270.

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

П.Г. Шнякин, Е.В. Ипполитова, Н.В. Хало, О.Г. Краев,
Н.Н. Маркова, Е.Е. Чернышова, И.А. Сердюков
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Клиническая больница № 51, Железнодорожск

Эффективность системного тромболизиса при ишемическом инсульте подтверждена рядом рандомизированных исследований и носит уровень доказательности 1А.

При этом на территории РФ после запуска сосудистой программы в 2008 году эта методика была в первую очередь ориентирована на первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры, оборудованные и оснащенные так, чтобы системный тромболизис выполнялся по принципу 24 часа – 7 дней в неделю – 365 дней в году.

Так, для запуска этой методики необходима круглосуточная работа КТ-службы, бесперебойное наличие фибринолитика («Актилизе»), наличие реанимационного отделения или ПИТ, проученный врачебный персонал и многие другие нюансы. При этом за семь лет работы далеко не во всех городах и районах России были открыты первичные сосудистые отделения. В последнее время все чаще заходит речь о том, что возможно выполнение данного метода лечения и в общеневрологических отделениях, при условии, что они оснащены и оборудованы всем необходимым, и системный тромболизис будет проводиться под контролем и консультацией ближайшего регионального сосудистого центра (наличие развитой телемедицины).

Железнодорожск Красноярского края является закрытым городом с контрольно-пропускным пунктом, и имеются объективные трудности открыть на базе имеющейся там клинической больницы первичное сосудистое отделение.

При этом по оснащению эта больница не уступает, а по ряду показателей даже превосходит ряд первичных сосудистых отделений Красноярского края. В этой связи, для того чтобы жители Железнодорожска, у которых случился ишемический инсульт, имели возможность получить эффективный современный метод лечения, был принят ряд решений.

Во-первых, доктора из Железнодорожска (неврологи и реаниматологи) прошли обучение на рабочем месте в региональном сосудистом центре (ККБ), узнали, как заполнять неврологические шкалы и таблицы при тромболизисе, наблюдали данную методику в действии. Кроме того, отлажена связь между КБ № 51 и Региональным сосудистым центром путем запуска нейромониторинга, центра дистанционного рентген-консультирования и телефона дежурного невролога ККБ. Все это, но, главное, настрой докторов Железнодорожска, позволило весной 2015 года выполнить два системных тромболизиса при ишемическом инсульте. Ниже коротко представлены эти клинические случаи.

Первый клинический случай

Пациентка А., 75 лет, доставлена «скорой помощью» в приемное отделение КБ № 51 23.04.2015 года в 18.45. При поступлении предъявляла жалобы на остро развившуюся слабость, онемение в левой руке и ноге, нарушение речи. Время возникновения симптомов – 18.00.

В неврологическом статусе при поступлении: уровень сознания – оглушение I, левосторонний гемипарез до 1 балла в руке и 2 баллов в ноге, левосторонняя гемигипестезия. По шкале NIHSS – 15 баллов.

При проведении МСКТ головного мозга в 19.30 – данных за патологический процесс не получено.

С учетом времени появления симптомов, наличия выраженной очаговой симптоматики, отсутствия очаговых изменений по данным МСКТ, возник вопрос о возможности проведения тромболизиса. В этой связи проведена консультация с дежурным неврологом ККБ и коллегиально принято решение о проведении системного тромболизиса пациентке.

Она госпитализирована в реанимационное отделение, где в 20.20 ей начато проведение тромболитической терапии. Перенесла тромболизис удовлетворительно. В процессе проведения тромболизиса субъективно отметила восстановление чувствительности в левой руке и ноге, появились движения в проксимальных отделах левой ноги. За период 12 часов после окончания тромболизиса сила в левой руке и ноге выросла до 3-3,5 балла. Спустя 24 часа проведена контрольная МСКТ – зон ишемии не обнаружено.

Пациентка была выписана из неврологического отделения 18.05.2015 года в удовлетворительном состоянии: левосторонний гемипарез регрессировал до рефлекторного. Свободно передвигается в пределах отделения, самостоятельно себя обслуживает.

Второй клинический случай

Пациентка М., 48 лет, поступила по линии «скорой помощи» в приемно-диагностическое отделение КБ № 51 27.04.2015 года в 11.38. При поступлении предъявляла жалобы на выраженное головокружение, тошноту, слабость, онемение в левой руке. Время появления симптомов – 10.30.

В неврологическом статусе при поступлении: оглушение I, дизартрия, сила в проксимальных отделах левой руки снижена до 4 баллов, в левой ноге до 3,5-4 баллов. По шкале NIHSS – 8 баллов.

При проведении МСКТ головного мозга – данных за патологический процесс не получено.

С учетом времени появления симптомов, наличия выраженной очаговой симптоматики, отсутствия очаговых изменений по данным МСКТ, возник вопрос о возможности проведения тромболизиса. В этой связи проведена телефонная консультация с дежурным неврологом ККБ и коллегиально принято решение о проведении системного тромболизиса.

Для дальнейшего лечения больная была госпитализирована в реанимационное отделение КБ № 51, и в 13.00 начато проведение системного тромболизиса.

Пациентка перенесла тромболизис удовлетворительно, вышла на уровень ясного сознания, отметила быстрый регресс головокружения, слабости в левой руке. За период 12 часов после окончания тромболизиса в неврологическом статусе: парезов нет, легкая геми-

атаксия слева. Пациентка выписана из неврологического отделения 21.05.2015 года в удовлетворительном состоянии: речь не нарушена, парезов нет.

Таким образом, эти клинические примеры показывают, что при правильной организации работы возможно выполнение тромболитической терапии не только в первичных сосудистых отделениях, но и в общеневрологических стационарах, при активной позиции неврологов и использовании возможностей телемедицины (консультации врачей Регионального сосудистого центра).

Кроме того, стоит отметить, что на примере Железнодорожска — за-

крытого, относительно небольшого, с отсутствием пробок на дорогах, возможно более раннее поступление пациентов (от начала симптоматики) в больницу, чем в ряде более крупных городов Красноярского края с постоянными проблемами на дорогах.

Для дальнейших успехов в работе необходимо проводить системную ознакомительную работу с населением о симптоматике инсульта (а в закрытом небольшом городе с местными теле- и радиоккомпаниями это подчас более возможно, чем в мегаполисе), что позволит поступать большому количеству пациентов в «терапевтическое окно» и получить шанс на выполнение системного внутривенного тромболитика.

НЕФРОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ТОФУСНОГО ВАРИАНТА ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

И.В. Матвеева, Г.В. Данилова, Г.В. Кузнецова, Н.Г. Яковенко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Подагра — системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в местах отложения кристаллов моноурата натрия у лиц с гиперурикемией, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами.

Понятия «гиперурикемия» и «подагра» неравнозначны. Гиперурикемию выявляют у 4-12% населения, подагрой же страдают 0,1-1% населения. Чаще болеют мужчины. При тофусном варианте подагры наблюдается хронический артрит с развитием тофусов, поражением почек, мочекаменная болезнь. Тофусы локализуются подкожно или внутрикжно в области пальцев кистей и стоп, коленных суставов, на локтях, ушных раковинах, а также практически в любых участках тела и во внутренних органах.

Диагностика подагрического артрита, как правило, затруднений не вызывает. Показателен уровень гиперурикемии, характерная клиническая картина, рентгендиагностика.

В лечении эффективно использование антигиперурикемической терапии, что предотвращает рецидивирование подагрического артрита и развитие осложнений, связанных с неконтролируемой гиперурикемией.

Клинический случай

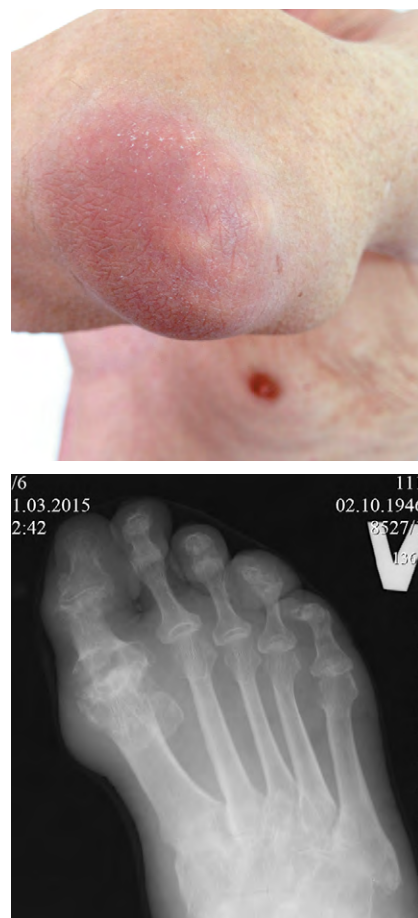
Пациент И., 1946 г. р. Около 10 лет наблюдается с диагнозом идиопатическая подагра, метаболическая гиперурикемия, хронический подагрический артрит, множественные тофусы, подагрическая нефропатия с нефросклерозом слева, активность II, функциональный класс II. Хроническая болезнь почек СЗБА0.

Тофусы неоднократно вскрывались самостоятельно и нагнаивались. С 2014 года диагностирован нефросклероз слева. Все время наблюдение соблюдал диету с ограничением пуриновых оснований, курсовой прием аллопуринола, при этом уровень мочевой кислоты в крови всегда оставался высоким.

В очередную госпитализацию на фоне терапии нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) + аллопуринол 50 мг в сутки, признаки артрита уменьшились, но сохраняется деформация суставов кистей, стоп + множественные тофусы в области

разгибательных поверхностей локтевых суставов, кистей и стоп. Гиперурикемия — 550 мкмоль/л; синдром почечной дисфункции — скорость клубочковой фильтрации 41,4 мл в мин.; мочевого синдрома с незначительной протеинурией до 0,046 г/л. эритроцитурией, оксалурией; лабораторные признаки активности: повышение СОЭ до 20-25 мм/час.

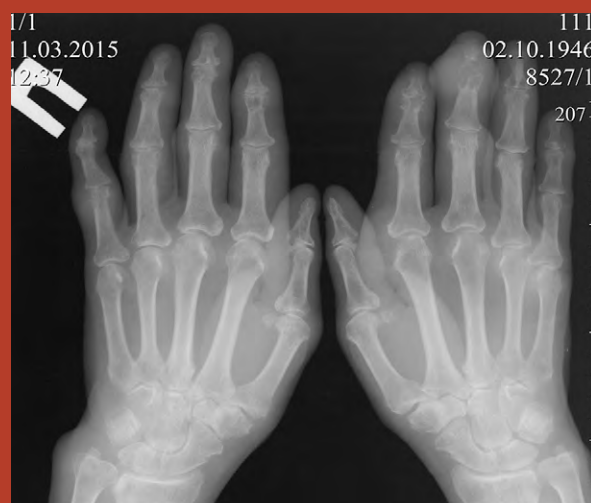
По результатам ультразвукового исследования, в том числе при дуплексном сканировании с цветным доплерографическим картированием (ДС с ЦДК) — признаки нефросклероза слева (кровоток в почке значительно обеднен, определяется в виде единичных фрагментарных локусов), в почечных синусах гиперэхогенные сигналы, но конкременты не выявлены. Размеры почек: правая почка: 12,2x4,7x1,6 см, левая 7,6x2,9x0,75 см.



На рентгенограмме кистей сужены р-суставные щели межфаланговых суставов обеих кистей. В правой кисти определяются крупные округлые просветления с четкими контурами (пробойники) в основании дистальной фаланги 1-го и 3-го пальцев, в головке средней фаланги 2-го пальца. По краям суставных площадок фаланг определяются небольших размеров остеофиты. Утолщены мягкие ткани в области проксимального межфалангового сустава 5-го пальца и дистального межфалангового сустава 2-го пальца.

В левой кисти округлые костные дефекты определяются в основаниях дистальных фаланг 2-4-го пальцев, в головках средних фаланг 2, 3, 5-го пальцев. В дистальных межфаланговых суставах по краям суставных площадок определяются небольших размеров остеофиты. Значительно утолщены мягкие ткани в области дистального межфалангового сустава 3-го пальца.

Заключение: Р-картина характерна для подагрического артрита в сочетании с остеоартрозом межфаланговых суставов.



В настоящее время продолжает антигиперурикемическую терапию под контролем уровня мочевой кислоты. На время обострений артрита аллопуринол отменяется. Сохраняется потребность в приеме НПВП. Подключение заместительной почечной терапии не показано.

Хотелось бы отметить, что при подагрическом артрите прогноз в большинстве случаев благоприятный. В данном клиническом примере течение болезни и прогноз осложняет развитие почечной недостаточности, которая является ведущей причиной летальных исходов при подагре. Поэтому у пациентов с подагрическим артритом необходимо раннее и детальное обследование мочевыделительной системы и, соответственно, коррекция терапии в зависимости от выявленных изменений. Рентгендиагностика на ранних этапах заболевания позволяет дифференцировать суставной синдром от других ревматологических заболеваний и определить правильную тактику ведения пациента.

Литература

- Клинические рекомендации. Ревматология. Гл. ред. Насонов Е.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 165 с.
- Национальное руководство. Ревматология. Гл. ред. Насонов Е.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 710 с.
- Научно-практическая ревматология. 2011 г., № 6, с. 28-31. М.С. Елисеев, Н.А. Чикаленкова. Факторы риска подагры: половые различия.
- Научно-практическая ревматология. 2010 г., № 1. Е.И. Маркелова, В.Г. Барскова. Значение суточного мониторирования артериального давления в диагностике артериальной гипертензии у больных подагрой.
- Н.А. Борисенко, Л.М. Шкиль. Подагра. Болезнь старая и вечно новая. Красноярск. КрасГМА. Краевой ревматологический центр. 2002 г.
- Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов. Перевод с английского под редакцией академика РАМН С.К. Тернового, проф. А.И. Мехтера. Москва, 2011 г.
- А.Н. Семизоров, С.В. Романов. Рентгенологическое и ультразвуковое исследование при заболеваниях суставов. Москва, 2008 г.

СТОМАТОЛОГИЯ

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ В КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Е.Г. Люлякина, Р.Г. Буянкина, О.Р. Соколова, А.В. Тимошенко, Л.М. Зуева
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Резюме

Представлен анализ результатов совместной работы врачей-стоматологов Красноярского медицинского университета и отделения стоматологии консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, дерматозы, красный плоский лишай.

Сотрудники Красноярского медицинского университета совместно с врачами-стоматологами краевой клинической больницы на базе поликлиники КГБУЗ ККБ осуществляют кон-

сультативный прием и диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта по направлению стоматологов городских и краевых лечебно-профилактических организаций. На основе ретроспективного анализа консультативного приема пациентов за 2014 год в структуре причин обращений по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта одной из наиболее часто встречающихся нозологий явился красный плоский лишай (КПЛ).

На слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ проявляются почти все виды дерматозов, но одним из наиболее часто встречающихся в практике врача-стоматолога является КПЛ.

КПЛ — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжелым, длительным рецидивирующим течением и возможностью опухолевой трансформации. Этиология заболевания окончательно не выяснена, существует несколько общепризнанных теорий возникновения, и сегодня КПЛ принято рассматривать как мультифакторное заболевание.

Цель исследования

Оценка клинко-диагностического состояния больных КПЛ с проявлениями на слизистой оболочке полости рта.

За период 2014 года нами был проведен консультативный прием с оценкой стоматологического статуса 28 пациентов с различными клиническими формами КПЛ, в возрасте от 28 до 64 лет. По данным литературы, красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта чаще встречается у женщин в возрасте от 40 до 60 лет. В нашем исследовании также преобладали женщины — 24 из 28 пациентов (85,7%), мужчины — 4 (14,3%). Однако 16 из 24 женщин были старше 60 лет, 6 — в возрасте от 40 года до 59 лет и 2 в возрасте до 39 лет (рис. 1).

Согласно анамнестическим данным, начало заболевания пациенты связывали с разными причинами: стоматологическим протезированием, травмой в ходе стоматологических манипуляций, психо-эмоциональным стрессом, приемом лекарственных препаратов.

КПЛ отличается от других дерматозов частотой сочетания с различными соматическими заболеваниями. Так, в анамнезе всех обследованных пациентов отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз), эндокринной системы (сахарный диабет), нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

При обследовании полости рта у всех пациентов выявлены нарушения стоматологического статуса: патология прикуса, адентия, заболевания твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения, заболевания пародонта, заболевания слизистой оболочки полости рта, подтвержденные изменением показателей основных стоматологических индексов.

При осмотре полости рта диагностированы различные формы КПЛ: типичная форма у 13 больных (46,4%), экссудативно-гиперемическая у 7 пациентов (25%), эрозивно-язвенная также у 7 человек (25%) и один случай — синдром Гриншпана-Потекаева.

Синдром Гриншпана-Потекаева — самая тяжелая форма КПЛ, которая включает артериальную гипертензию, сахарный диабет и КПЛ. В соответствии с современными представлениями, синдром развивается вследствие приема больными лекарственных

препаратов для контроля уровня артериального давления и сахара крови [3, 4]. Всем пациентам с данной нозологией требуется диспансерное наблюдение.

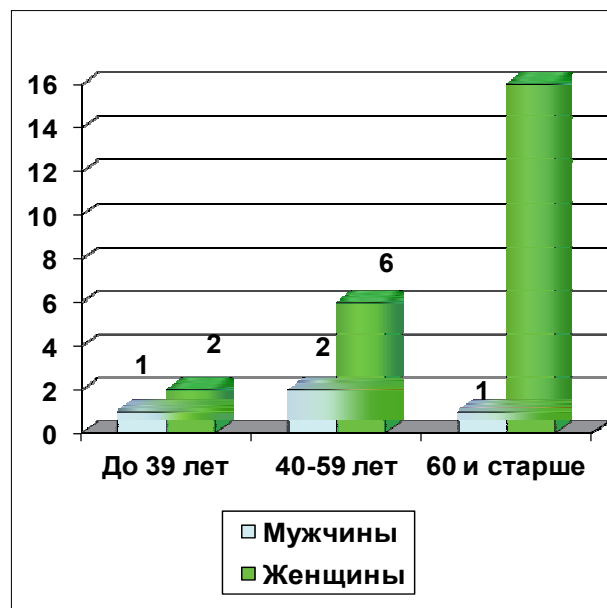


Рис. 1. Возраст и половая принадлежность пациентов с красным плоским лишаем.

Выводы

Сроки периодичности наблюдения после лечения не могут быть сведены к единой схеме, так как в этом случае не учитывается ряд факторов: общее состояние здоровья пациента, наличие сопутствующих заболеваний, возраст, место проживания, клиническая форма КПЛ. Например, пациентам с эрозивно-язвенной формой КПЛ, относящейся к факультативным предраковым заболеваниям, мы рекомендуем укороченные сроки периодичности наблюдений. Поэтому в соответствии с персонализированным подходом у каждого пациента формируется индивидуальный график наблюдения в период диспансеризации.

Литература

1. Абдуев Н.К. Патогенетические особенности комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1989. — 18 с.
2. Белева Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. канд. мед. наук. — 2010. — 25 с.
3. Люлякина Е.Г., Казанцева Т.В., Чижов Ю.В. Реабилитация пожилых пациентов с эрозивной формой красного плоского лишая полости рта // Клиническая геронтология. 2014. Т. 20. № 7-8. С. 41-45.
4. Прохоренков В.И., Большаков И.Н., Кунгуров С.В., Солнцев А.С. Этиология, патогенез и терапия красного плоского лишая // Сибирское медицинское обозрение. — 2003. — № 1. — С. 59-64.
5. Сурдина Э.Д., Цимбалистов А.В., Кравчук Ю.А., Каспина А.И. Современные представления о ведущих факторах развития и лечении красного плоского лишая с проявлениями на слизистой оболочке рта // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина. — 2011. — № 4. — С. 112-118.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ПРОМЕЖНОСТИ В ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В.Ю. Дятлов,

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Газовая гангрена, как специфическое осложнение ран, известна еще со времен Гиппократов. О ней много сказано в описаниях всех войн в истории, главным образом, из-за ее драматических проявлений и очень высокой смертности.

Газовая гангрена представляет собой быстро распространяющееся омертвление мышц с отеком тканей при инфицировании патогенными спороносными анаэробами, особенно *Clostridium welchii*. Клостридии широко распространены в природе, содержатся в большом количестве в почве.

Характерные симптомы этого заболевания проявляются, во-первых, в местном воздействии микроорганизмов на мышцы, вызывающем образование кислоты и газа, а во-вторых, в образовании микроорганизмами растворимых сильнодействующих токсинов, вызывающих дальнейшее разрушение ткани и сильную токсемию. Без лечения газовая гангрена неизбежно приводит к летальному исходу.

Анаэробная инфекция может развиваться при условии, что рана глубокая, содержит омертвевшие ткани и изолирована от поверхности. Условия, которые вызывают ишемию и гипоксию в ране, повышают заболеваемость газовой гангреной. Это наличие инородных тел в ране, таких, как частицы одежды, почвы, металла или дерева, длительное применение жгутов или тугой гипсовой повязки, и синдром сдавливания фасциальных пространств.

Задержка хирургической обработки раны – главная причина газовой гангрены при боевых ранениях. Инкубационный период газовой гангрены обычно короткий – от 6 до 24 часов.

Возбудитель (споры клостридии, которые могут долго сохранять способность на воздухе) при попадании в рану быстро приобретает способность к заражению, выделяя газообразующие и растворяющие ткани экзотоксины. Уже через шесть часов после приобретения микробом способности к заражению возникают нарушения общего состояния с тахикардией и лихорадкой.

Типичное проявление газовой гангрены выражается во внезапном возникновении боли в области раны. Вскоре после возникновения боли ткани отекают, частота пульса заметно увеличивается.

Наступает ухудшение психического состояния больного, через несколько часов переходящее в патологический страх. Больной может быть эйфоричен, лицо бледное или с синюшным оттенком, часто наблюдается заметная бледность кожи вокруг рта. Артериальное давление у больного снижено, и в тяжелых случаях отмечается рвота.

На ранних стадиях болезни не обязательно происходит выделение газа, оно может вообще отсутствовать. Кожа натянута, имеет белую, часто мраморную с синим окраску, холодная.

Затем усиливается набухание, отек и токсемия, при рассечении кожи может появиться специфический сладковатый запах. В нелеченых случаях бронзовая окраска кожи местами становится более рас-

плывчатой, появляются зеленовато-желтые участки, в которых могут образоваться пузыри с темно-красной жидкостью и появиться пятна кожной гангрены.

Газ, из-за которого и пошло название «газовая гангрена», образуется внутри мышечных волокон и, в конце концов, под давлением выделяется в подкожные ткани через отверстия в фасции. Затем он быстро распространяется за пределы зараженного участка.

Инфекция распространяется по всей мышце от места ранения, но не всегда переходит на другие, здоровые мышцы. Даже при сильно развившейся гангрене клостридии редко проникают в кровоток, вплоть до смерти больного от токсического шока.

Изменения в мышцах обычно таковы: вначале набухание и побледнение, затем мышца становится матовой, розовато-серой, затем кирпично-красной, а еще позднее приобретает типичную синеватую сланцевую окраску, переходящую в темно-зелено-фиолетовую.

Манифестация газовой гангрены практически не нуждается в дифференциальной диагностике: кожный покров серо-синего цвета, рана резко болезненна, края ее бледные, отечные, безжизненные, дно раны сухое. Окраска видимых в ране мышц напоминает вареное мясо. При надавливании на края раны из тканей выделяются пузырьки газа с неприятным сладковато-гнилостным запахом. При прощупывании краев раны определяется типичное похрустывание (крепитация). Без адекватного лечения состояние больного быстро ухудшается, наступает шок, а затем смерть.

Патогномоничные симптомы газовой гангрены:

- симптом лигатуры (симптом Мельникова) – при наложении лигатуры на участок конечности уже через 15-20 минут нить начинает впиваться в кожу;
- симптом шпателя – при постукивании металлическим шпателем по пораженной области слышен характерный хрустящий, с тимпаническим оттенком звук. Такой же звук может быть слышен при бритье кожных покровов вокруг раны (симптом бритвы);
- симптом пробки шампанского – при извлечении тампона (салфетки) из раневого хода слышен хлопок;
- симптом Краузе – межмышечные скопления газа на рентгеновском снимке визуализируются в виде «елочек».

Течение газовой гангрены может осложниться гемолитической анемией и почечной недостаточностью.

Профилактика газовой гангрены при огнестрельных ранениях заключается в ранней и радикальной хирургической обработке раны.

При газовой гангрене производятся «лампасные» разрезы кожи, мышц, оболочек с иссечением омертвевших тканей и подозрительных на некроз участков. Рану оставляют открытой – клостридия не размножается в аэробной среде. Антибиотики, абсолютный покой конечности. При быстром нарастании интоксикации – гильотинная

ампутация конечности. На ранних стадиях гангрены эффективна гипербарическая оксигенация — длительные сеансы. В барокамере ткани насыщаются кислородом, анаэробные бактерии в этих условиях размножаться не могут.

Клинический случай

Пациент С. поступил в краевую клиническую больницу в июле 2015 года с жалобами на отек и распирающие боли в области лобка, переходящие в промежность, повышение температуры до 38 С, слабость.

Анамнез заболевания: болеет около месяца, когда на фоне полного благополучия стал отмечать боли в области лобка тянущего характера. В последние две недели нарастающий отек, боль в области лобка, переходящая в промежность, повышение температуры. Обращался в частные клиники, консультирован урологом, лечился по поводу простатита. Проводилась катетеризация мочеиспускательного канала.

В краевую больницу обратился самостоятельно. Осмотрен хирургом, проктологом, срочно госпитализирован в отделение гнойной хирургии с подозрением на острый гнойный парапроктит и глубокую гнилостную флегмону промежности, надлобковой области. На основании внешнего осмотра заподозрена анаэробная инфекция — отмечалась резкая болезненность, характерная синюшность кожных покровов, флюктуация, крипитация тканей.

Пациенту запланирована срочная операция: вскрытие и дренирование флегмоны. В отделении объявлен режим анаэробной инфекции.

Ход операции

В экстренном порядке, под эпидуральной анестезией, в отдельном боксе, двумя боковыми разрезами вдоль корня полового члена над местом флюктуации рассечены мягкие ткани. Гемостаз. При ревизии обнаружена полость гнойника до 10 мл жидкого содержимого с ихорозным запахом. Взят бактериальный посев. Содержимое направлено на цитологическое исследование для исключения анаэробной клостридиальной инфекции.

В полости гнойника обнаружен свободнолежащий катетер Фоллея. Флегмона в глубине распространяется под корнем мошонки в надлобковую область слева и справа. Соответственно этому распространению над лобком наложены контрапертурные разрезы. Вся полость гнойника промыта раствором перекиси водорода, дренирована перчаточными дренажами через контрапертурные разрезы. В операционную приглашен дежурный уролог для наложения эпицистостомы.

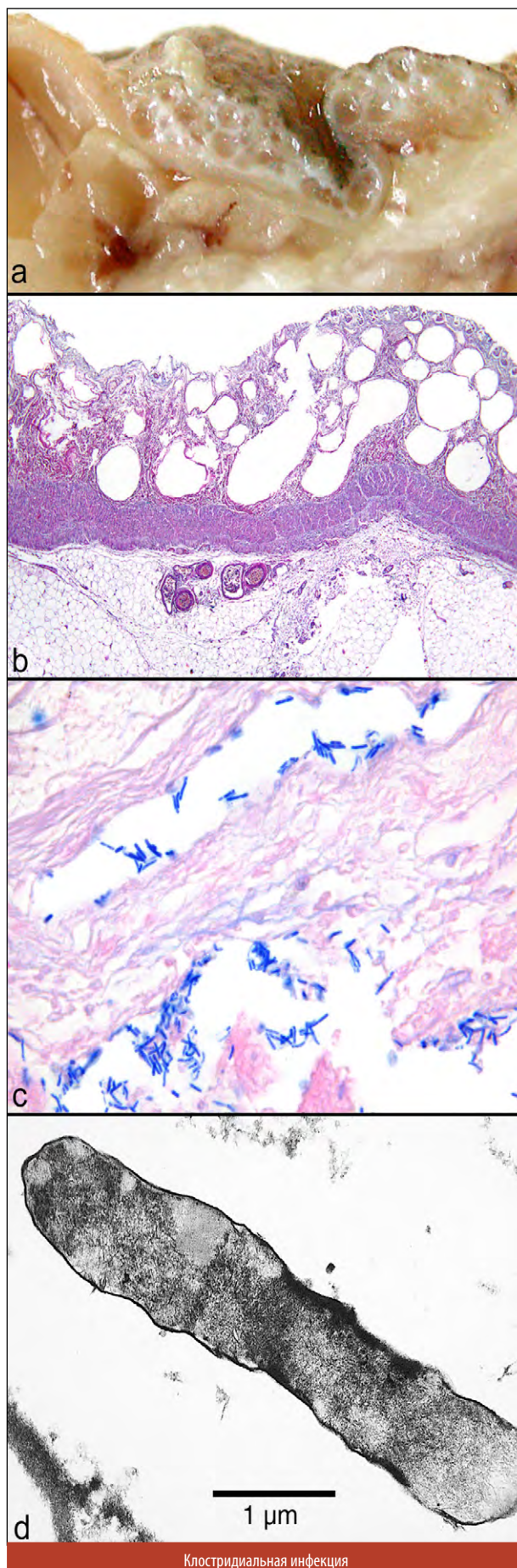
Диагноз некроз перепончатого отдела уретры с перфорацией. Глубокая флегмона промежности, надлобковой области. Сепсис.

Описание урологической операции

После обработки операционного поля по средней линии над лобком рассечены мягкие ткани на протяжении 8 мм до апоневроза. Шприцем пунктирован мочевого пузыря — получена мутная моча без запаха. Цистоцентез. По гильзе троакара в мочевой пузырь установлен полиуретановый дренаж 16 СН, фиксирован к коже лавсановыми лигатурами. Асептическая повязка. Интраоперационно эвакуировано 500 мл мутной, желтого цвета мочи.

Диагноз разрыв уретры (ятрогенный?), осложненный формированием флегмоны промежности, мягких тканей передней брюшной стенки. ХЗМ.

После операции пациент доставлен в отделение гнойной реанимации.



Клостридиальная инфекция

Нахождение в ОАР № 3 было обусловлено необходимостью наблюдения в ранний послеоперационный период, тяжестью состояния, соблюдением режима анаэробной инфекции — пациент находился в отдельном боксе.

Тяжесть состояния обусловлена объемом операции, сепсисом, сопутствующей патологией, электролитными нарушениями.

За время нахождения в ОАР № 3 больному по экстренным показаниям проводилась гипербарическая оксигенация с целью ликвидации анаэробной флоры, ликвидации тканевой гипоксии, стимуляции клеточного и гуморального иммунитета.

ГБО проводилась по схеме:

1-е сутки — четыре сеанса при избыточном давлении 1,0 по 120 минут;

2-е сутки — три сеанса при избыточном давлении 1,0 по 120 минут каждый;

3-и сутки — два сеанса при избыточном давлении 1,0 по 120 минут каждый.

Компрессию и сеансы ГБО пациент перенес удовлетворительно. Дополнительных жалоб во время лечения не предъявлял.

Лабораторные исследования

Бактериологическое исследование раневого отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

При посеве выделена *Escherichia coli* 1.00×10^5 КОЕ/мл.

Бактериологическое исследование раневого отделяемого на возбудителей газовой гангрены (*Clostridium* spp.).

Выделена *Clostridium species* $.00 \times 10^5$ КОЕ/мл.

В ОАР № 3 проводилась комплексная интенсивная терапия, включающая в себя следующие основные компоненты:

— антибактериальная терапия: Sulpiracefi 2,0 g Sol. NaCl 0,9% — 200 ml x 3 раза;

— профилактика ТЭЛА: Fracsi-parini 0,3 mg п/к № 1;

— противоязвенная терапия: Quamatel.

До 21 июля проводились сеансы гипербарической оксигенации продолжительностью до 60 минут.

В состоянии больного отмечалась положительная динамика. 22 июля переведен в отделение гнойной хирургии и вскоре выписан на долечивание по месту жительства.

Это не первый случай успешного излечения газовой гангрены в Гнойно-септическом центре краевой клинической больницы.

В год в КГБУЗ ККБ пролечиваются два-три пациента с подтвержденной анаэробной инфекцией.

Успех лечения грозной газовой гангрены заключается в своевременном обращении пациента за помощью и адекватном оперативном лечении. Суть операции — полное раскрытие раны и гнойных затеков, обеспечение доступа кислорода к пораженным анаэробной инфекцией мышцам. Хирург в борьбе с газовой гангреной не имеет права на ошибку, второй попытки может и не быть.

ВЫРЕЖИ И СОХРАНИ!

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ЧИСТЫЕ РУКИ СПАСАЮТ ЖИЗНЬ!

5 моментов, когда необходимо проводить гигиеническую антисептику рук



А У ВАС ЧИСТЫЕ РУКИ?

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.В. Данилова

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Рак поджелудочной железы – на третьем месте в структуре злокачественных опухолей органов пищеварительной системы. Среди причин смерти от онкологических заболеваний он занимает у мужчин четвертое, а у женщин пятое место. Рак поджелудочной железы у подавляющего большинства больных (около 80 %) локализуется в головке органа. В ранней стадии протекает бессимптомно или проявляется общими расстройствами – слабостью, повышенной утомляемостью, диспепсическими явлениями, тяжестью в животе, снижением веса. Позднее появляются боли в животе – постоянные, тупые, локализующиеся в эпигастральной области или правом подреберье. Эти симптомы неспецифичны, обычно расцениваются как проявление хронического панкреатита или остеохондроза.

У многих больных первым симптомом рака головки поджелудочной железы является механическая желтуха. У больных с распространенным раком наблюдаются симптомы дуоденальной непроходимости. У 15 – 20 % больных отмечаются клинические и лабораторные признаки впервые выявленного сахарного диабета.

Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы трудна. Заболевание протекает с крайне разнообразной клинической картиной, имитируя рак желудка, желчнокаменную болезнь, прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки, пояснично-крестцовый радикулит, вирусный гепатит – желтушные формы, поддиафрагмальный абсцесс и другую патологию.

Информативность УЗИ, КТ и МРТ составляет около 85%. Контролируемая УЗИ или КТ чрескожная аспирационная биопсия позволяет получить материал для гистологического исследования. Однако даже во время лапаротомии точный диагноз поставить не всегда возможно. Очаги уплотнения, наблюдаемые в головке при опухоли, неотличимы при пальпации от хронического панкреатита.

Мы представляем вашему вниманию редкую клиническую ситуацию со сложнейшей дифференциальной диагностикой, в которой рак головки поджелудочной железы длительное время «маскировался» под заболевание мочевыводящей системы.

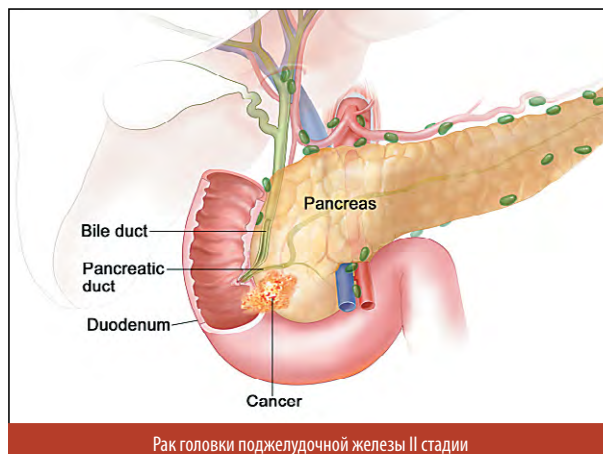
Клинический случай

Пациент С. 41 года в декабре 2014 года поступил в отделение гемодиализа КГБУЗ ККБ с диагнозом острый тубулоинтерстициальный нефрит.

В анамнезе злоупотребление алкоголем. Из опроса известно, что после употребления спиртного сомнительного происхождения развивалась анурия, рвота.

В лабораторных анализах фиксировалась азотемия: креатинин 684 мкмоль/л, мочевины 24,4 ммоль/л, гиперурикемия, Нв 177 г/л, гипохлоремия, гипонатриемия.

В отделении гемодиализа проводилась инфузионная терапия, стимуляция диуреза. На фоне терапии в состоянии больного отмечалась положительная динамика: диурез восстановлен, проявления эндогенной интоксикации купированы, лабораторно – восстановление азотемических показателей.



Рак головки поджелудочной железы II стадии

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, но ровно через месяц, 25 января 2015 года произошел повторный эпизод анурии, на сей раз сопровождавшейся болями в животе и рвотой. Пациент, которого экстренно госпитализировали в нефрологическое отделение КГБУЗ ККБ, считал, что рвота и боли в животы вызваны употреблением воды из сомнительного источника.

При внешнем осмотре отмечалась потеря веса.

При всестороннем лабораторном и инструментальном обследовании клинических и иммунологических данных в пользу системного заболевания соединительной ткани, системного васкулита не выявлено. По результату УЗИ размеры почек в норме, но ЭХО-структура изменена. На фоне проводимой терапии (форсированный диурез) отмечалась положительная динамика: диурез и функция почек восстановились.

Поскольку ОПН рецидивировала за столь короткий срок, обследование пациента продолжалось: с диагностической целью проведена нефробиопсия – на светооптическом уровне морфологическая картина оказалась малоспецифичной и не позволила однозначно высказаться в пользу какой-либо патологии.

Таким образом, самостоятельного заболевания почек выявлено не было, в дальнейшем обследование представляло собой расширенный онкопоиск.

По МСКТА брюшной полости – патологии не выявлено. Пересмотрено УЗИ брюшной полости у профессора С.И. Жестовской. На повторном исследовании выявлено объемное образование гепатопанкреатодуоденальной зоны, вероятнее всего, за счет поражения двенадцатиперстной кишки.

По результату ДС с ЦДК выявлено объемное образование на уровне головки поджелудочной железы с локусами кровотока.

Для уточнения природы объемного образования проведена трансдуоденальная пункция стенки ДПК – эндосонаграфические признаки объемного образования стенки ДПК (вероятнее всего, GIST).

Результат цитологического исследования пунктата объемного образования стенки ЛДПК: среди крови клетки плоского эпителия, единичные

сильно деформированные клетки по типу цилиндрического эпителия и в одном из стекол пласты мезотелия.

Пациент консультирован абдоминальным хирургом. Заключение: GIST (?) ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

После выписки из нефрологического отделения консультирован онкологом КОД. Дополнительно проведена ФГДС. Диагноз GIST подтвержден не был. Отпущен по месту жительства без дополнительных назначений.

30 июля 2015 года пациент вновь самостоятельно обратился в ПО ККБ с жалобами на отсутствие мочи, многократную рвоту. Прием алкоголя категорически отрицал.

С повторным рецидивом острой почечной недостаточности опять госпитализирован в отделение нефрологии.

В локальном статусе — резкая потеря в весе.

В клинике были проявления кишечной непроходимости (по результату R-скопии в течение двух дней сохранялась бариевая смесь в желудке, ДПК не заполнялась), и на этом фоне состояние гиповолемии, что и обуславливало острое почечное повреждение (креатинин 621–343 мкм/л).

За период пребывания в стационаре рецидивировали эпизоды анурии, но при этом сохранялась гипокалиемия. По динамике анализа мочи данных в пользу гломерулярного поражения почек не было, отмечалось снижение концентрационной способности почек.

На фоне проводимой терапии диурез восстановлен, в динамике нормализовались азотемические показатели.

По решению консилиума с участием заведующего хирургическим отделением № 1 С.В. Масленикова была запланирована диагностическая лапаротомия с биопсией объемного образования поджелудочной железы и наложением дренирующей операции, что и было проведено 13 августа 2015 года.

По результату оперативного вмешательства подтверждена опухоль головки поджелудочной железы, T4N0M0. По жизненным показаниям наложен обходной анастомоз.

Таким образом, пациенту был выставлен клинический диагноз хронический тубуло-интерстициальный нефрит с рецидивами ОПН (XII/2014 г., I/2015 г., VII/2015 г.).

Фоновое заболевание: опухоль головки поджелудочной железы. T4N0M0.

Сопутствующий диагноз: язвенная болезнь ДПК, обострение. Рубцово-воспалительная деформация луковицы ДПК со стенозом. Эрозивный дуоденит.

Вывод: в общей сложности от начала острых клинических проявлений заболевания до верификации диагноза прошло полгода. Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы затруднялась крайне нетипичной симптоматикой — острой почечной недостаточностью. Основная причина нетипичного течения болезни — выраженная гиповолемия, приведшая к нарушению функции почек.

ЭКОНОМНЫМ ПОМОГУТ АПТЕКИ-ДИСКАУНТЕРЫ

Новый проект предприятия «Губернские аптеки» доказал свою эффективность

Еще в 2014 году крупнейшая в регионе аптечная сеть начала реализацию в Красноярске и городах края проекта «Аптеки-дискаунтеры». Это абсолютная новинка для нашего региона: аптека-дискаунтер предлагает покупателям широкий ассортимент фармацевтических препаратов и изделий медицинского назначения, но по цене в среднем на 10–15% ниже рыночной.

Эти аптеки созданы для людей, которые хотят и умеют экономить. С учетом низкой цены в дискаунтерах нет привычной для «Губернских аптек» системы скидок, но никаких ограничений по количеству приобретаемых лекарств нет — их хватит на всех.

Кроме того, в случае, если в аптеке-дискаунтере не оказалось нужных на данный момент препаратов, можно оставить фармацевту свой заказ. В течение короткого времени он будет доставлен в аптеку.

Важно, что в аптеках-дискаунтерах есть необходимый ассортимент жизненно важных препаратов, причем, как и на все препараты, на ЖВЛС цены ниже рыночных.

Проект предприятия «Губернские аптеки» по созданию аптек-дискаунтеров уже доказал свою эффективность. Ценовая политика предприятия, цель которой — удовлетворить потребность в лекарственных препаратах жителей Красноярска с различным уровнем доходов, нашла отклик у красноярцев и жителей края.

— Особое внимание мы уделяем пенсионерам и людям с небольшими доходами. Цены для них стали более доступными, — говорит **Наталья Фролова, управляющая аптечной сетью ГПКК «Губернские аптеки»**. — Мы решились на этот шаг, и вот результат — дискаунтеры уже популярны среди горожан.

АДРЕСА АПТЕК-ДИСКАУТЕРОВ

Добро пожаловать и будьте здоровы!

Аптека №300, г. Красноярск, пр. им. газеты «Красноярский рабочий», 135, тел. 8 (391) 201-03-98

Аптека №115, г. Красноярск, ул. Мичурина, 11, тел. 8 (391) 262-25-57

Аптека №47, г. Красноярск, ул. Воронова, 21, тел. 8 (391) 224-49-73

Аптека №51, ЗАТО Железнодорожный, пр. Курчатова, 14, тел. 8 (39197) 39-7-47

Аптека №328, г. Дивногорск, ул. Машиностроителей, 7, тел. 8 (39144) 3-97-48

Аптека №180, г. Лесосибирск, ул. Победы, 43, тел. 8 (39145) 6-33-98

Аптека №359, г. Ачинск, р-н Юго-Восточный, 48, тел. 8 (39151) 7-52-78

Аптека №56, г. Заозерный, ул. Мира, 3а, тел. 8 (39165) 2-00-07

Аптека №244, г. Канск, ул. 40 лет Октября, 44, тел. 8 (39161) 3-92-70

Аптека №356, г. Минусинск, ул. Абаканская, 64, тел. 8 (39132) 4-03-05

Аптека №330, г. Норильск, ул. Павлова, 19, тел. 8 (3919) 34-12-17

Аптека №194, г. Шарыпово, 1-й микрорайон, 1, тел. 8 (39153) 2-48-78



Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

НИЖНИЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ. ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.С. Стефарова, А.А. Левенец, А.Г. Симонов,
О.В. Бобкова, С.Е. Волынкин, И.В. Кан
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Одним из актуальных вопросов стоматологии, не имеющих однозначного решения, является вопрос об отношении к третьим молярам. Обусловлено это рядом объективных обстоятельств.

Во-первых, существующим мнением о неполноценности третьих моляров как рудиментарных структур [5, 6, 7]. Этой точки зрения придерживаются не только многие стоматологи-практики, но и известные представители отечественной и зарубежной стоматологической науки [1, 4, 14, 16, 17].

Во-вторых, большими техническими трудностями лечения осложненных форм кариеса третьих моляров по сравнению с другими зубами [2, 7, 17].

В-третьих, малым участием третьих моляров в осуществлении жевательной функции при интактных зубных рядах. Так, Н.И. Агапов, предложивший систему оценки снижения жевательной эффективности после утраты отдельных зубов, третьи моляры вовсе не учитывал. По мнению И.М. Оксмана, удельный вклад каждого из нижних третьих моляров в реализацию жевательной функции составляет 4%, а каждого верхнего третьего моляра – 3%.

В-четвертых, непредсказуемостью самопроизвольного неосложненного прорезывания нижних третьих моляров при их наклонном положении [3].

В-пятых, возможностью неблагоприятного влияния третьих моляров на формирование зубочелюстного аппарата, приводящего к развитию аномалий прикуса, деформации зубных рядов [3, 4, 5].

В-шестых, возникновением целого ряда заболеваний, патогенетически связанных в той или иной мере с третьими молярами: перикоронит, периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцесс, флегмона, кариес второго моляра, фолликулярная и околокорневая киста, амелобластома [2, 3, 14, 16].

Совокупность этих положений часто служит оправданием отказа от лечения неосложненных и особенно осложненных форм кариеса и

обоснованием расширения показаний к удалению интактных третьих моляров с целью предупреждения развития зубочелюстных аномалий, деформаций и возникновения осложнений инфекционно-воспалительного характера.

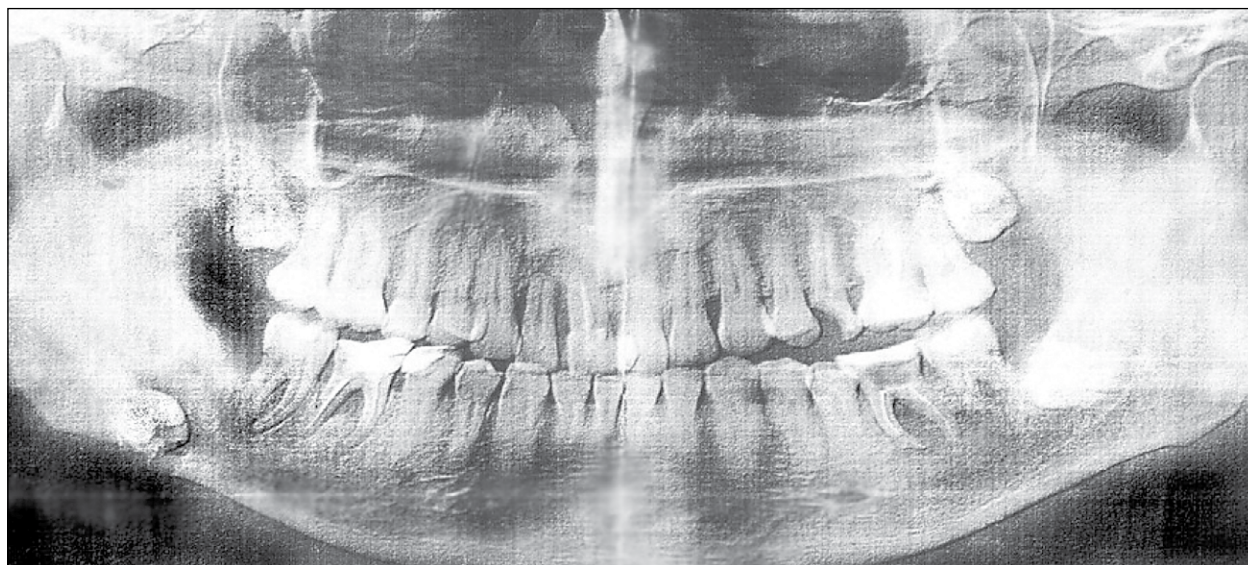
Насколько аргументирован такой подход? Для ответа на этот вопрос важен не только всесторонний анализ ситуации у конкретного пациента, но и взвешенная оценка доказательности каждого из перечисленных выше положений, используемых как аргументы в пользу расширения показаний к удалению третьих моляров.

Все разнообразие клинических проявлений осложненного прорезывания третьих моляров можно классифицировать по патогенетическому принципу:

- инфекционно-воспалительные осложнения;
- неопластические осложнения;
- деструкция твердых тканей второго моляра;
- возникновение нарушений прикуса.

Ретенция, формирование аномалий прикуса и деформация зубных рядов занимают особое место среди осложнений прорезывания третьих моляров. Это связано с тем, что возникновение этих осложнений обусловлено особенностями закладки, развития и формирования тканей лицевого скелета. По сути, есть три исхода одного и того же процесса. Ретенция – наиболее благоприятный исход, поскольку она является собственно не патологическим процессом, а патологическим состоянием, т.е. отклонением от нормы длительно существующим, но не оказывающим отрицательного влияния на здоровье организма.

В подростковом возрасте развитие и прорезывание третьих моляров может послужить стимулом для избыточного продольного роста нижней челюсти. Следствием этого может явиться формирование мезиального прикуса [3, 5]. S.P. Atkinson утверждает, что давление, развиваемое в третьем моляре в ходе прорезывания, может вызвать чрезмерное прорезывание седьмого зуба с формированием прикуса, открытого в переднем



отделе [8]. Подтверждением этой теории являются данные, полученные Г.В. Безвестным (1981), показавшим, что при прорезывании третьих моляров происходит уменьшение глубины резцового перекрытия [3, 5].

В более старшем возрасте прорезывающиеся нижние третьи моляры (НТМ) развивают столь сильное давление на окружающие ткани, что вызывают смещение вперед стоящих зубов в мезиальном направлении. Результат: формирование тесного положения зубов — нарушение положения нескольких зубов (вестибуло-оральное отклонение, торт-аномалии) без деформации апикальной дуги. При дальнейшем увеличении дефицита места возникает скученное положение зубов — деформация апикальной дуги за счет дистопии одного или нескольких зубов [14].

При наличии аномалий прикуса и деформаций зубных рядов ухудшается качество пережевывания пищи, ухудшаются показатели внешнего дыхания, повышается стираемость отдельных зубов, прогрессируют заболевания пародонта [1, 2, 14, 16], появляется эстетический дефект.

При этом среди врачей нет единого мнения в отношении «проблемы НТМ». Рекомендации различных авторов порой диаметрально противоположны — от максимально долгой выжидательной тактики до возможно более раннего «профилактического» удаления зачатков НТМ [9, 10, 11]. Противоположность мнений, неприятие иных точек зрения затрудняют общение и взаимопонимание между врачами, от чего в итоге страдают пациенты.

Различия в выборе лечебной тактики в отношении НТМ определяются несопадением взглядов на механизм их прорезывания и причины ретенции. Одни авторы считают, что в связи с эволюционной редукцией челюстей, вызванной преобладанием в рационе современного человека пищи мягкой консистенции, происходит редукция зубов, а НТМ является рудиментарным органом [3]. Другие авторы, основываясь на том факте, что в ходе эволюции не происходит уменьшения размеров НТМ, отвергают эту теорию [14, 16].

Существует много теорий механизмов задержки прорезывания НТМ, которые принято объединять в следующие группы:

- Теории, объясняющие ретенцию дефицитом места в зубной дуге.
- Теории эмбрионального нарушения развития зачатка НТМ, приводящего к дистопии зуба.
- Теории полиэтиологических воздействий, в результате которых происходит задержка развития нижней челюсти.
- Теории противодействия прорезыванию НТМ патологически измененной слизистой оболочки ретромолярной области.
- Теории смещения зачатка НТМ вследствие активности ростковой зоны нижней челюсти, расположенной в области ее угла. Изгибаясь, угол нижней челюсти увлекает за собой корневую часть зуба [8].

Особое внимание к лечению осложненного прорезывания НТМ привлекает следующий факт. Удаление ретенированных НТМ относится к числу достаточно сложных операций в силу ряда обстоятельств:

- значительной травмы окружающих зуб тканей;
- затруднения или невозможности применения анатомических щипцов вследствие аномалии положения зуба;
- тяжелое течение послеоперационного периода: выраженность реактивных послеоперационных явлений, ухудшение качества жизни, временная нетрудоспособность;
- высокий риск развития как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений.

Таким образом, изучение процесса прорезывания НТМ, связанных с ним изменений в лицевом скелете и зубном ряду, является актуальным.

Затрудненное прорезывание и ретенция третьих моляров являются причиной таких серьезных осложнений, как остеомиелит, флегмоны, сепсис, фолликулярные кисты, невралгические боли, патологические

переломы челюсти, резорбция твердых тканей рядом стоящих зубов, образование патологических карманов, мигреноподобные головные боли и т.д. [1, 3, 4, 5, 9, 12, 13].

Следует отметить, что частота ретенции третьих моляров и связанных с ней осложнений имеет тенденцию к росту. Эта проблема, по данным различных авторов, встречается в 54,6% случаев, а процент осложнений воспалительного характера составляет 23,7–40,6% [1, 2, 17].

Операция удаления нижнего третьего моляра часто оказывается сложной из-за анатомических особенностей расположения зуба, разнообразия формы и количества корней, патологических изменений в окружающих его костной ткани. Выполнение операции сопровождается значительным повреждением костной и мягких тканей, ретромолярной зоны. Особое влияние на этиологию воспалительных осложнений оказывает бактериальная обсемененность перикоронарного пространства [1, 2, 9].

Профилактическое удаление зубов мудрости пропагандируется практически всеми челюстно-лицевыми хирургами и многими стоматологами. По данным Американской ассоциации оральной и пластической хирургии, «если недостаточно места для размещения и нормального прорезывания, удаление таких зубов в раннем возрасте является допустимым и научно обоснованным» [10].

Возможность прогнозировать трудности удаления нижнего третьего моляра способствует уменьшению осложнений и послеоперационного воспаления и боли. Использование панорамных рентгенограмм (ОПГ) не позволяет врачам точно предсказать трудности и технику удаления нижних третьих моляров независимо от уровня их опыта [8, 15].

Врачебная тактика при неправильном положении зуба и недостатке места в альвеолярной части челюсти, осложненном деструкцией костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса (гнояный перикорит, позадиомолярный периостит), а также по ортодонтическим показаниям заключается в удалении причинного зуба [1, 2, 3], вскрытии гнойного очага при его наличии [1, 4].

Клинический пример

Больной N поступил в отделение ЧЛХ с жалобами на наличие припухлости, покраснение кожи в правой поднижнечелюстной области, боль при глотании слева, ограничение открывания рта до 0,5 см, повышение температуры тела до 38°C, слабость, недомогание, озноб.

При осмотре выявлено наличие инфильтрата в правой поднижнечелюстной области, гиперемия кожи, напряжение тканей, резкая болезненность при пальпации в правой поднижнечелюстной, зачелюстной областях, боль при глотании справа, затруднение дыхания, ограничение открывания рта до 0,5 см. Осмотр полости рта затруднен.

Больной бледен, вял, адинамичен. Температура тела 38°C. При анализе ОПГ отмечается наличие ретенированных 18, 28, 38, 48-го зубов. Положение зубов аномальное. 18, 28, 38-й зубы прилежат к соседним зубам. 18-й зуб упирается в шейку и корень 17-го зуба. 28-й зуб плотно прилежит к корню 27-го зуба, вызывая смещение всех зубов верхней челюсти, приводящее к скученности последних. 38-й зуб коронкой упирается в дистальный корень 37-го зуба, вызывая рассасывание корня. 48-й зуб расположен по нижнему краю тела нижней челюсти, косо-горизонтально. Вокруг коронки 48-го зуба отмечается значительное разражение костной ткани с деструкцией наружной кортикальной пластинки (рис. 1).

Больному выставлен диагноз ретенция 18, 28, 38, 48-го зубов, одонтогенная флегмона правого поднижнечелюстного, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного пространств.

Пациенту экстренно вскрыта флегмона данных клетчаточных пространств, наружным доступом удален причинный ретенированный 48-й

зуб. При проведении операции удаления зуба выявлен значительный участок разражения костной ткани вокруг коронки 48-го зуба.

Особенность данного случая заключалась в том, что 48-й зуб располагался в области нижнего края тела нижней челюсти, что явилось показанием к выбору наружного оперативного доступа для удаления 48-го зуба. Наличие флегмоны также явилось показанием к наружному оперативному доступу.

Ретенция 18, 28, 38-го зубов — наиболее часто встречаемые варианты расположения зубов в челюстях, и, как правило, удаление расположенных зубов таким образом возможно амбулаторно в условиях стоматологической поликлиники.

Таким образом, в зависимости от расположения ретенированного зуба в нижней челюсти определяется тот или иной оперативный доступ для удаления зуба. Тактика лечения и удаления ретенированных зубов зависит от их локализации. Это определяет выбор доступа и объема вмешательства. Перед операцией для уточнения локализации и размера ретенированного зуба и его расположения по отношению к соседним органам и полостям необходимо выполнить рентгенологические исследования.

Литература

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение). Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2005. — 15 с.
2. Андреищев А.Р., Соловьев М.М. Тактика в отношении нижних третьих моляров при проведении остеотомии нижней челюсти у пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями. // Стоматология. 2003. — № 6. — С. 34-37.
3. Бычков А.И. Профилактика и лечение воспалительных осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при затрудненном прорезывании: автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1993. — 24 с.
4. Вязьмитина А. В. Практическое руководство по хирургической стоматологии. Феникс, 2009.
5. Робустова Т.Г., Карапетян И.С., Ромачева И.Ф. «Хирургическая стоматология» 3-е издание — Москва: Издательство «Медицина», 1996. — С. 479-483.

6. Руководство по ортодонтии. Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. — М., «Медицина», 1999. 800 с.

7. Рыбакова Т.А. Клинико-рентгенологическая и реографическая характеристика тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти. // Стоматология. 1982. № 5. С. 70-73.

8. Шалаев О.Ю. Методологические подходы к рациональному управлению, процессом диагностики и лечения стоматологических заболеваний и их осложнений: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — Воронеж. 2008. — 34 с.

9. Adel Al-Asfour Postoperative infection after surgical removal of impacted mandibular third molars: an analysis of 110 consecutive procedures. Department of Surgical Sciences, Faculty of Dentistry, Kuwait University, Kuwait. Medical Principles and Practice (ImpactFactor: 0.96). 02/2009; 18(1):48-52. DOI: 10.1159/000163046.

10. American Dental Association. 1999 survey of dental services rendered [unpublished report]. ADA CatalogNo. SDSR — 1999.

11. Danilo M. Zanello et al. External and Internal Anatomy of Third Molars — Braz Dent J (1998) 9(2): 91-94.

12. Jay W. Friedman, The Prophylactic Extraction of Third Molars: A Public Health Hazard Am J Public Health. 2007 September; 97(9): 1554-1559.

13. Kim DS, Lopes J, Higgins A, Lopes V. Influence of NICE guidelines on removal of third molars in a region of the UK. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006. Dec; 44(6):504-6.

14. MarcioDiniz-Freitas, José Barreiro-Torres et al. Evaluation of the surgical difficulty in lower third molar extraction Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010. Nov 1;15 (6):e869-74.

15. Statements by the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Concerning the Management of Selected Clinical Conditions and Associated Clinical Procedures: The Management of Impacted Third Molar Teeth. Rosemont, Ill: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons; 2007.

16. Thomas DW, Smith AT, Walker R, Shepherd JP. The provision of oral and maxillofacial surgery services in England and Wales 1984-1991. BrDent J 1994; 176: 215-219.

17. Wisdom teeth [pamphlet]. Rose-mont, Ill: American Association of Oral and Maxillofacial Surgery; 2005.

НЕВРОЛОГИЯ

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЭНЕРГОКОРРЕКЦИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИНСУЛЬТЕ

С.А. Румянцева, Е.В. Силина

Резюме

В работе представлены результаты основных многоцентровых рандомизированных исследований применения цитофлавина у больных с церебральным инсультом, проводимых в последние десять лет, показавших высокую клиническо-морфологическую эффективность и безопасность антиоксидантной энергокоррекции.

Ключевые слова: инсульт, антиоксидантная терапия, энергокоррекция, объем, исход, цитофлавин.

Введение

Сердечно-сосудистая патология вносит огромный вклад в численность популяции и снижение экономической активности населения,

приводя к увеличению затрат на здравоохранение [11, 22]. Ежегодно от инфаркта миокарда умирает не менее 7,6 млн человек, 5,7 млн умирают от инсульта [6, 25], который является основной причиной инвалидизации.

Несмотря на огромную медико-социальную значимость церебрального инсульта, доказательная база его лечения ограничена. общепризнанными эффективными методами лечения инсульта, обладающими доказательной базой, являются лишь лечение в специализированном отделении и введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена, целью которого является обеспечение реканализации для уменьшения объема ишемического повреждения, что применяется не более чем у 3% больных [23, 24]. Это

приводит к поиску эффективных универсальных средств терапии церебрального инсульта.

Одной из перспективных стратегий является антиоксидантная энергокоррекция и отечественный препарат цитофлавин. Компоненты цитофлавина представляют собой самостоятельные лекарственные средства, которые давно известны и широко используются в медицинской практике: янтарная кислота (1000 мг; важнейший субстрат цикла Кребса), рибофлавин (20 мг; обеспечивает протекание реакций, регулируемых флавиновыми коферментами в окислительном фосфорилировании), рибоксин (200 мг; ускоряет скорость анаэробного гликолиза), никотинамид (100 мг; прекурсор коферментов дегидрогеназ НАД+ и НАДФ+, соотношение которых служит главным регуляторным механизмом цикла Кребса, N-метилглюкамин (трансмембранный переносчик янтарной кислоты).

Благодаря тщательно подобранному и сбалансированному составу, компоненты препарата оказывают ко-эргичное, взаимопотенцирующее метаболотропное энергокорректирующее действие, поэтому препарат является высокоспецифичным антиоксидантным энергокорректором, обеспечивая универсальную защиту при различных критических состояниях.

Клинические исследования цитофлавина отличаются богатой географией и широким разнообразием нозологий. Многочисленные рандомизированные исследования продемонстрировали эффективность препарата у больных не только с острым и хроническим нарушением мозгового кровообращения, но и у пациентов с отравлениями нейротропными ядами, нейроинфекцией [5], в наркологии [4, 7], пульмонологии [2], кардиологии и кардиохирургических вмешательствах [8], в неонатологии [21], что подчеркивает универсальный характер действия цитофлавина при разной патологии.

Результаты исследования эффективности и безопасности цитофлавина при остром нарушении мозгового кровообращения

В 2005 году были опубликованы результаты первого многоцентрового рандомизированного плацебо контролируемого исследования эффективности и безопасности цитофлавина у больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в первые 24 часа заболевания [19]. В работе участвовали ведущие специалисты в области неврологии из НИИ Скорой помощи, Военно-медицинской академии, СПбГУ им. И.П. Павлова, СПбМА им. И.И. Мечникова, НЦ Неврологии РАМН, ММА им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, наблюдавшие 300 пациентов в течение всего госпитального периода и на постгоспитальном этапе до 120 суток от момента дебюта инсульта [1].

Цитофлавин или плацебо назначали в дополнение к стандартной терапии в дозе 10 мл/сут. внутривенно-капельно в течение 10 дней. Доказано, что применение цитофлавина обеспечивает высокую (89,4%) клиническую эффективность, проявляющуюся, прежде всего,

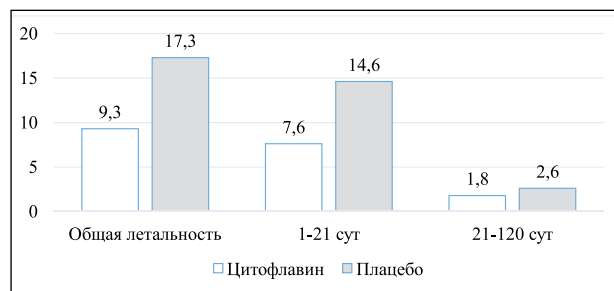


Рис. 1. Влияние цитофлавина на летальность при ишемическом инсульте (в %).

в снижении летальности почти в 2 раза как на стационарном этапе, так и в период 21-120-е сутки (рис. 1).

Важно отметить, что чем раньше были назначены инфузии цитофлавина от момента дебюта заболевания, тем меньше была летальность. Кроме того, зарегистрирована более выраженная положительная динамика неврологического статуса, показателей двигательной активности, речевой функции, когнитивного статуса по сравнению с группой плацебо. Установлено также положительное влияние цитофлавина на биоэлектрическую активность головного мозга, что явилось основанием для проведения исследований, доказывающих морфологическую эффективность ранней антиоксидантной терапии.

Так, в 2008-2010 гг. проводилось многоцентровое рандомизированное исследование клинко-морфологической эффективности ступенчатой схемы цитофлавина (инфузии в первые 10 дней, затем таблетки до 35 суток) у больных с инфарктом головного мозга при участии ведущих клинических центров Москвы, Санкт-Петербурга и Уфы [3, 10, 15, 20]. Главной особенностью данной работы стало определение динамики объема ишемического повреждения по данным МРТ, проводимого при госпитализации, на 5-е и 20-е сутки инсульта.

В ходе исследования было выявлено, что цитофлавин способствовал сохранению мозговой ткани почти в 5 раз более эффективно, чем в группе сравнения (рис. 2).

Морфологическая эффективность коррелировала с положительной динамикой свободно радикальных процессов, с регрессом неврологической недостаточности и улучшением функционального исхода [3, 15].

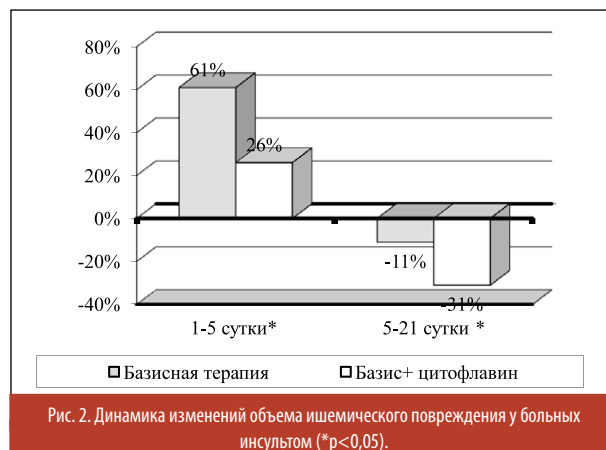


Рис. 2. Динамика изменений объема ишемического повреждения у больных инсультом (*p<0,05).

Вершиной исследований эффективности инфузионной формы цитофлавина стала последняя работа, целью которой было определение оптимального вида и длительности антиоксидантной терапии у больных с инфарктом мозга, при этом эффект цитофлавина сравнивался с эффектом общепринятой аскорбиновой кислоты.

Это крупное многоцентровое рандомизированное проспективное исследование проводилось в период 2010-2014 гг. на базе восьми сосудистых центров Москвы, Санкт-Петербурга, Твери, Ульяновска, Кировска и Краснодара. Первоначально оно включало более 400 пациентов с ишемическим инсультом, госпитализированных в первые сутки заболевания, рандомизированных методом двойных конвертов на три группы: группа аскорбиновой кислоты (5% 20 мл/сут.), цитофлавин 10 дней (20 мл/сут. — 10 дней) и группа цитофлавин 20 дней (20 мл/сут. первые 10 дней, затем 10 мл/сут. — до 20 дня).

Морфологическая эффективность оценивалась с помощью компьютерной томографии одинаковой силы (тесла), что позволило

унифицировать и обоснованно сопоставить результаты; клиническая эффективность оценивалась с помощью широко распространенных валидных неврологических и функциональных шкал. Опубликованы результаты анализа 185 случаев [12], в августе-сентябре 2015 года в журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова будут опубликованы окончательные результаты этого исследования.

Результаты работы показали, что при назначении аскорбиновой кислоты достоверных КТ-изменений в динамике не выявлено. Назначение цитофлавина сопровождается достоверным регрессом объема церебральной ишемии в среднем 1,5-1,7 раза при 10- и 20-дневном курсе, это приводит к двукратному сокращению доли пациентов, у которых объем ишемии мозга растет к 21-м суткам инсульта (рис. 3).

Как и в предыдущих исследованиях, подтверждено положительное влияние цитофлавина на клиническую картину инфаркта

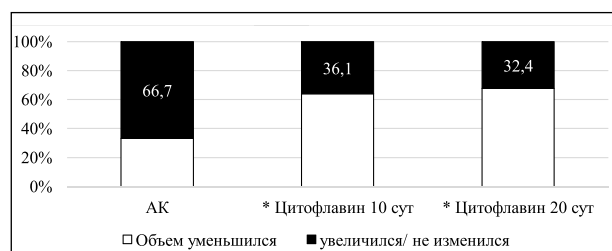


Рис. 3. Доля пациентов разных групп, у которых увеличился и уменьшился размер инсульта к 21-м суткам (* – отличие от группы сравнения при $p < 0,05$).

головного мозга, что привело к улучшению исходов заболевания и сокращению тяжелой инвалидизации. При этом длительная терапия цитофлавином (20 дней) оказалась более эффективной у фоново тяжелых пациентов.

Поскольку цитофлавин – универсальный антиоксидант и энергокорректор, он показал свою эффективность в составе комплексной стандартной консервативной терапии не только ишемического, но и геморрагического инсульта, выраженность оксидативного стресса при котором максимальна [9, 14, 17, 26].

Результаты лечения 120 больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями, рандомизированных на группу стандартного консервативного лечения и группу цитофлавина, добавленного к стандартной терапии, заключались в снижении госпитальной летальности, более быстрой и опережающей группу сравнения активации сознания, уменьшении неврологической симптоматики и улучшении функционального исхода к моменту выписки в группе пациентов, дополнительно получавших цитофлавин с первых трех суток заболевания, что коррелировало с динамикой показателей оксидативного стресса. Позитивные изменения регистрировались при разных локализациях и объемах гипертензивных внутримозговых кровоизлияний (рис. 4).

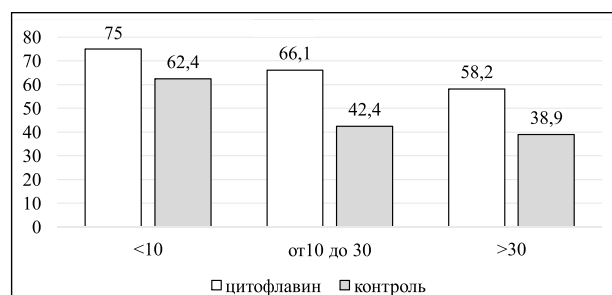


Рис. 4. Функциональный исход по индексу социальной адаптации Бартель к 21-м суткам в зависимости от объема внутримозговых кровоизлияний (куб. см).

Полученные данные демонстрируют высокую эффективность антиоксидантной энергокоррекции цитофлавином церебрального инсульта любого генеза [13, 16, 17, 18], и цитофлавин уже назначен более чем 5 млн пациентов нашей страны, стран СНГ и Юго-Восточной Азии, что позволило сохранить тысячи жизней, успешно интегрировать многих пациентов в социум с приобретением ими экономической независимости.

Заключение

Уникальная комбинация янтарной кислоты, инозин, рибофлавина и никотинамида, входящих в состав цитофлавина, производимого по стандартам GMP на современном заводе европейского уровня, показала высокую эффективность, доказанную результатами многочисленных рандомизированных исследований, в которых участвовали более тысячи больных инсультом.

За результаты этих работ авторы были удостоены премий Правительства Российской Федерации в области науки и техники (2009), а также премий Российской Академии наук (2010). На основании полифункционального действия и широкого применения в практическом здравоохранении цитофлавин в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации № 1938 от 11.11.2010 г. включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. В соответствии с Приказом Минздрава России № 513 от 01.08.2007 г. цитофлавин включен в стандарт медицинской помощи больным с инсультом.

Литература

- Агафьина А., Коваленко А., Румянцев С. и др. Эффективность нейрометаболического протектора цитофлавина у больных, перенесших ишемический инсульт, в раннем восстановительном периоде (многоцентровое рандомизированное исследование) // «Врач». 2006. № 1. С. 62-68.
- Бельских А.Н., Фуфаев Е.Е. Применение антиоксиданта цитофлавина в сочетании с экстракорпоральной гемокоррекцией у больных с острыми легочными нагноениями // «Вестник интенсивной терапии». 2007. № 2. С. 75-79.
- Болевич С.Б., Румянцев С.А., Силина Е.В., Меньшова Н.И., Васильев Ю.Д. Влияние коррекции энергетического и свободно радикального гомеостаза на клинко-морфологическую картину ишемического инсульта. // «Вестник Российской Военно-медицинской академии», 2009, № 4, Т. 4, с. 108-111.
- Бохан Н.А., Иванова С.А., Теровский С.С. и др. Применение цитофлавина в комплексной терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом: Методическое пособие для врачей. Санкт-Петербург – Томск, 2006. 18 с.
- Бузунова С.А., Архипов Г.С., Исаков В.А. и др. Цитофлавин в комплексной терапии серозных и гнойных менингитов: Методическое пособие для врачей. В. Новгород: НовГУ, 2006. – 16 с.
- Долгалев И.В., Карпов Р.С. Стабильность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по результатам 17-летнего наблюдения. Российский кардиологический журнал, 2015. – № 1. – С. 67-71.
- Коконова Д.Н., Ляшенко А.А. Иммунотропный эффект цитофлавина у больных алкоголизмом // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2006. № 1. С. 156-160.
- Надирадзе З.З., Бахарева Ю.А., Каретников И.А. Цитофлавин как дополнительный метод защиты миокарда при операциях с искусственным кровообращением // «Общая реаниматология», 2006. Т. 2, № 3. С. 28-32.

9. Румянцева С.А., Болевич С.Б., Силина Е.В., Федин А.И. Антиоксидантная терапия геморрагического инсульта. М. Медицинская книга. – 2007. – 70 с.

10. Румянцева С.А., Коваленко А.Л., Силина Е.В. Влияние цитофлавина на клинко-морфологическую картину инфаркта головного мозга. «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии», 2009, № 3, с. 25-34.

11. Румянцева С.А., Оганов Р.Г., Силина Е.В. и др. Сердечно-сосудистая патология при остром инсульте (некоторые аспекты распространенности, профилактики и терапии). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13. № 4. С. 47-53.

12. Румянцева С.А., Силина Е.В., Чичановская Л.В., Назаров М.В., Цукурова Л.А., Кабаева Е.Н., Ступин В.А. Эффективность антиоксидантной энергетической коррекции при инфаркте головного мозга (результаты многоцентрового рандомизированного исследования). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2014, т. 114, № 10, с. 35-41.

13. Румянцева С.А., Ступин В.А., Афанасьев В.В., Федин А.И., Силина Е.В. Критические состояния в клинической практике. М.: МИГ «Медицинская книга», 2010. – 640 с.

14. Румянцева С.А., Федин А.И., Болевич С.Б., Силина Е.В. Свободно радикальные процессы и их коррекция при геморрагическом инсульте. // Неврологический журнал, 2007, Т. 12, № 5, с. 51-56.

15. Румянцева С.А., Федин А.И., Болевич С.Б., Силина Е.В., Васильев Ю.Д., Меньшова Н.И., Илюхина О.А. и др. Влияние ранней коррекции энергетического и свободно радикального гомеостаза на клиническую и морфологическую картину инфаркта мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2010. Т. 110, № 8, с. 16-21.

16. Румянцева С.А., Федин А.И., Силина Е.В., Кузнецов О.Р., Елисеев Е.В. Клиническая эффективность и показатели оксидантного стресса при лечении цитофлавином больных инфарктом мозга // Неврологический журнал. – 2008. – № 5. – С. 44-51.

17. Силина Е.В., Румянцева С.А. Коррекция оксидантного стресса при внутримозговых кровоизлияниях метаболическим церебропро-

тектором цитофлавином // «Вестник интенсивной терапии». 2006. № 2. С. 82-88.

18. Силина Е.В., Румянцева С.А., Болевич С.Б., Меньшова Н.И. Закономерности течения свободно радикальных процессов и прогноз ишемического и геморрагического инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 12(2). С. 36-42.

19. Скоромец А.А., Румянцева С.А., Федин А.И., Пирадов М.А., Парфенов В.А., Клочева Е.Г., Шоломов И.И., Кухтеев И.И., Золотарев И.Г., Белоногов М.А. Эффективность нейрометаболического протектора цитофлавина при инфарктах мозга (многоцентровое рандомизированное исследование). Вестник СПб ГМА им. И.И. Мечникова. 2005. – № 1. С. 13-19.

20. Стаховская Л.В., Одинак М.М., Скворцова В.И., Вознюк И.А., Румянцева С.А., Клочева Е.Г., Новикова Л.Б., Цыган Н.В., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю. Оценка эффективности цитофлавина у больных в остром периоде ишемического инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2010. – № 12. – С. 29-36.

21. Цитофлавин: Сборник научных статей, опубликованный в 2006-2007 гг. СПб.: НПФ «Полисан», 2008. 176 с.

22. Enas EA, Chacko V, Pazhoor SG, et al. Dyslipidemia in South Asian patients. Curr Atheroscler Rep. 2007; 9:367-74.

23. Gilman S. Pharmacological management of ischemic stroke: relevance to stem cell therapy. Exp Neurol. – 2006. – № 199. – P. 28-36.

24. Goldstein LB. Acute ischemic stroke treatment in 2007. Circulation. – 2007. – № 116. – P. 1504-1514.

25. Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2012; 5:2259-2684.

26. Silina E.V., Rumyantseva S.A., Bolevich S.B. Energy Correction of Hemorrhagic Stroke in Elderly Patients. Advances in Gerontology, 2014, Vol. 4, № 1, p. 62-66.

УРОЛОГИЯ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

А.И. Юнкер, М.А. Фирсов, А.Н. Вохмин, Ф.П. Капсаргин, А.В. Пучко, Н.А. Костюк, Н.В. Саватеева, Д.И. Лалетин, В.С. Галич
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, составляет от 30 до 45% среди урологических больных и встречается у не менее 4% населения. Среди урологических больных коралловидный нефролитиаз встречается в 6-7% случаев и в 5-35% случаев среди всех форм МКБ.

Ежегодная заболеваемость нефролитиазом в мире и России составляет 0,5-5,3%, а распространенность – от 1 до 20% населения [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Коралловидным нефролитиазом чаще страдают женщины (соотношение 2:1), в то время как заболеваемость мочекаменной болезнью в целом выше у мужчин (52,8:47,2). Наиболее часто (68% случаев) заболевание диагностируется в возрасте 30-50 лет.

Актуальность проблемы обусловлена полиэтиологическим ха-

рактером и частым (50-70%) рецидивированием, что затрудняет его профилактику и лечение. Склонность к быстрому рецидивированию становится частой причиной инвалидизации лиц трудоспособного возраста [7, 8, 4].

Цель исследования

Изучение результатов лечения различных оперативных методов при коралловидном нефролитиазе (КН) на разных стадиях.

Материал

Анализ результатов лечения 50 больных коралловидным нефролитиазом, находившихся на обследовании и лечении в

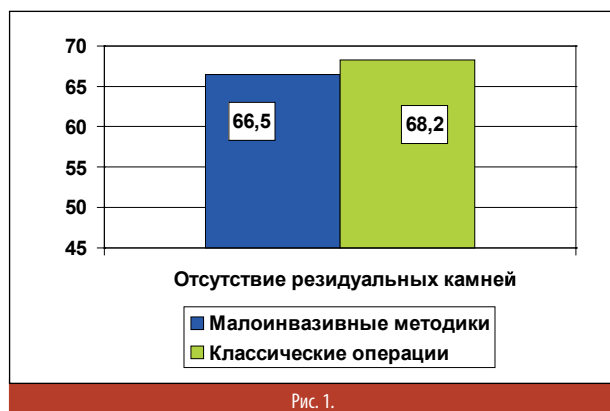


Рис. 1.

Красноярской краевой клинической больницы в период с 2012 по 2013 год.

Средний возраст пациентов составил 54 года и находился в диапазоне от 17 до 67 лет. В группе больных женщин было в 2 раза больше, чем мужчин (34 женщины и 16 мужчин). В 42% случаев зарегистрирован коралловидный камень правой почки, в 48% – левой почки и в 10% двустороннее поражение. У 94% больных конкременты были рентгенпозитивные и в 6% рентгенегативные.

Больные были разделены на группы в зависимости от стадии коралловидного нефролитиаза – 1, 2, 3 и 4-й степеней. В 20% выявлен КН1 (конкремент занимает одну чашечку или лоханку), у 40% КН2 (более крупный конкремент, распространяющийся как на лоханку, так и одну чашечку), в 8% КН3 (камень двух чашечек и лоханки) и 20% К4 (конкремент заполняет всю полостную систему почки).

Всем пациентам проводилось оперативное вмешательство. Наибольшую группу больных (60%) составили больные, которым

была выполнена чрескожная нефролитотаксия, 14% – пиелолитотомия, 6% – нефролитотомия, и 4% была проведена дистанционная литотрипсия (ДЛТ). Критерием качества лечения нами было выбрано отсутствие резидуальных камней в послеоперационном периоде.

Пациенты с КН1 имели рентгенпозитивный конкремент. Средний размер камня составил по длиннику 2,68 см. 60% пациентов этой группы выполнена нефролитотаксия, открытые оперативные вмешательства проведены у 25% (12,5% пиелолитотомия, 12,5% нефролитотомия), ДЛТ у 12% пациентов. В этой группе больных в послеоперационном периоде 83,3% пациентов не имели резидуальных камней, из которых 33,3% были выписаны с нефростомой в связи с клиническими проявлениями обострения пиелонефрита, в последующем дренажи были удалены амбулаторно через 7-10 дней. У 16,7% пациентов выявлены резидуальные камни, всем этим пациентам в последующем проведены сеансы ДЛТ – в 100% конкременты удалены полностью.

В группе больных с КН2 чаще регистрировались камни левой почки. 87,5% пациентов имели рентгенпозитивные конкременты. Средний размер камня по длиннику составил 3,62 см. 12,5% больным выполнена пиелолитотомия, 87,5% – нефролитотаксия. У 75% пациентов в послеоперационном периоде резидуальные камни не были выявлены, из них 25% были выписаны с нефростомой в связи с клиническими проявлениями обострения пиелонефрита. Остальные пациенты были выписаны без дренажей. У 25% в послеоперационном периоде были зарегистрированы резидуальные камни, всем в последующем проведены сеансы ДЛТ.

Коралловидный нефролитиаз 3-й стадии чаще имел двусторонний характер. 66,7% пациентов имели рентгенпозитивные камни, со средним размером камня по наибольшему размеру 4,41 см. Нефролитотомия выполнена у 83,3% пациентов, в 16,7% проведена нефролитотаксия. В 85% наблюдалось отсутствие резидуальных камней, выписаны с нефростомой. 16,7% больных имели резидуальные камни. 50% пациентов с наличием резидуальных камней в последующем проведены сеансы ДЛТ, остальным проведена повторная нефроскопия. У 70% конкременты удалены полностью.

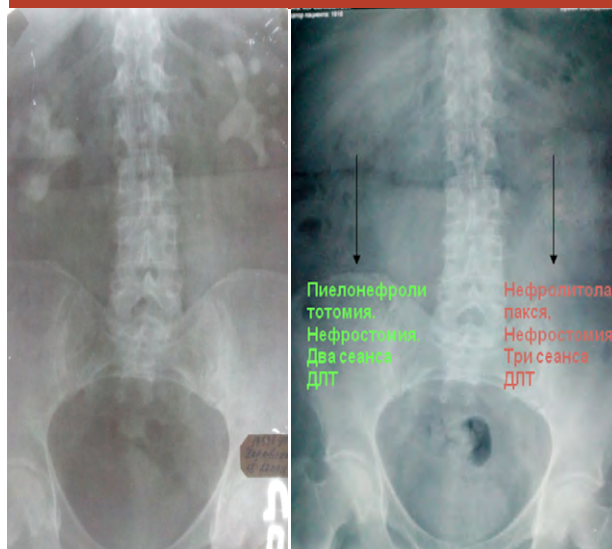
Пациенты с КН4 имели рентгенпозитивные камни. Средний размер камня по наибольшему размеру составил 6,31 см. Нефролитотаксия выполнена у 75% больных. В 25% случаев выполнено открытое оперативное лечение (12,5% нефролитотомия и 12,5% пиелонефролитотомия). У половины больных в послеоперационном периоде были выявлены признаки резидуальных конкрементов. Этим больным в последующем проведены или сеансы ДЛТ, или повторная нефроскопия. В 60% конкременты удалены полностью.

Органоуносящие операции выполнялись в 12% случаев. Нефрэктомия выполнялась после подтверждения терминального нефросклероза, при этом количество нефрэктомий при легких (КН1 и КН2) и тяжелых (КН3 и КН4) формах КН было одинаковым. У всех пациентов терминальный нефросклероз был подтвержден рентгенологически и при ультразвуковом исследовании, у 50% пациентов регистрировался афункциональный тип при скинтиграфии. 66,7% больных имели рецидивный характер коралловидного нефролитиаза.

Эффективность чрескожной нефроскопии сопоставима с открытым оперативным вмешательством (66,5% не имели резидуальных камней после нефролитотаксии и 68,2% после классических операций) вне зависимости от стадии коралловидного нефролитиаза, а необходимость стационарного лечения пациента в 2 раза меньше при малоинвазивном вмешательстве (рис. 1).

Клинический пример

Больная К., 59 лет, в течение 10 лет наблюдалась в отдаленном районе Красноярского края по поводу двустороннего коралловидного нефролитиаза К4. В 2009 году была направлена в нашу клинику для оперативного лечения. В период с 2009 по 2012 год поэтапно была выполнена нефролитотомия справа с последующими сеансами ДЛТ. Затем выполнена нефролитотаксия слева, три сеанса ДЛТ (снимок слева – до операции, справа – после оперативных вмешательств).



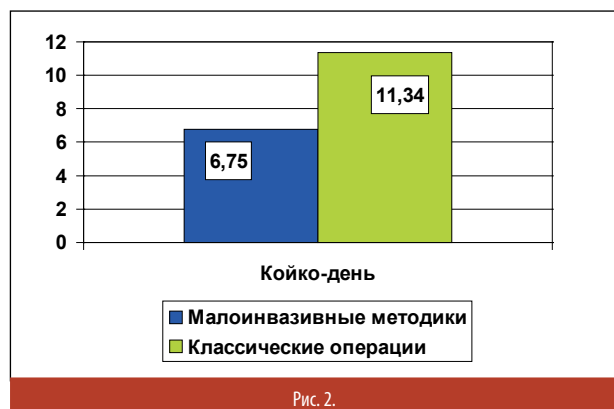


Рис. 2.

Среднее количество дней пребывания в стационаре после эндоскопических вмешательств составило 6,75 дня, после открытых (классических) операций – 11,34 (рис. 2). При этом сроки полной реабилитации после открытых вмешательств могут удлиниться до четырех месяцев, а период восстановления пациента после эндоскопического лечения составляет не более месяца.

Таким образом, нефролитотомия является операцией выбора при лечении любой стадии коралловидного нефролитиаза и позволяет не только значительно уменьшить период стационарного лечения и реабилитации больного, но и сократить количество послеоперационных осложнений.

Литература

1. Ю.Г. Аляев. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью. // Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, Е.В. Филозофова. // Русский медицинский журнал. Том 12. № 8. 2004. С. 534-540.
2. Ю.Г. Аляев. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни. // Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, С.А. Газимова, Г.М. Кузьмичева. // Журнал «Урология». 2006. № 2. С. 7-12.
3. М.Н. Саркулова. Эндоскопический метод удаления камней мочеточника. // М.Н. Саркулова, Н.К. Касимов, Г.З. Хайрли // Журнал «Урология». 2007. № 1. С. 40-41.
4. О.Л. Тектинский. Мочекаменная болезнь. // О.Л. Тектинский, В.П. Александров. СПб.: Питер. 2000. С. 384.
5. Chaussy, Ch. Does every stone location need the same algetic management, Atopography of pain sensitivity in ESWL patients // Ch Chaussy, S Thuroff Ю.Ф. Томас // Endourology. 1995. Vol. 9, suppl. 1. P.163.
6. Tombolini, P. Lithotripsy in the treatment of lithiasis. // P. Tombolini, M. Rouppolo, C. Bellofonte, C. Zaatar, M. Follini. // Nephrology. 2000. Vol. 13. № 3. P. 71-82.
7. М. К. Алчинбаев. Лабораторные методы прогнозирования первичного и рецидивного камнеобразования в почках. // М. К. Алчинбаев, А.М. Малик и соавт. // Журнал «Урология». 2007. № 1. С. 40-41.
8. Н.К. Дзеранов. Роль динамического наблюдения в профилактике рецидивов камнеобразования. // Н.К. Дзеранов, А.Ф. Даренков и соавт. // Журнал «Урология». 2000. № 2. С. 12-14.

НЕФРОЛОГИЯ

СОСТОЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

И.В. Кульга, С.В. Ивлиев

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В Красноярском крае среди всех причин смерти заболевания почек находятся на седьмом месте. В их структуре основной является хроническая почечная недостаточность (ХПН). При наличии у пациента первичной или вторичной нефропатии хроническая почечная недостаточность развивается в 50% случаев.

С целью продления жизни пациентов с терминальной стадией ХПН применяется заместительная почечная терапия (ЗПТ) (1, 2). Существует три способа замещения функции почек:

- хронический программный гемодиализ,
- перитонеальный диализ,
- пересадка (трансплантация) почки.

С недавнего времени в Красноярском крае стали доступны все способы ЗПТ.

Наиболее доступным является хронический программный гемодиализ. Этот способ замещения функции почек проводится в крае с 1965 года. В крае до 2012 года работало шесть отделений гемодиализа, где находились на лечении 320 больных терминальной ХПН. Этого было явно недостаточно для обеспечения всех нуждающихся пациентов.

Наглядно демонстрировала нарастающий дефицит диализных мест и необходимость срочного решения этой проблемы увеличение

смертности больных с 2009 по 2012 год с 13,4 до 16,6%. С целью скорейшего решения проблемы нехватки диализных мест было принято решение о проведении конкурса на приобретение услуг гемодиализа в рамках частно-государственного партнерства.

Центр амбулаторного гемодиализа в Красноярске начал работу 23.01.2012 года. На амбулаторный диализ в вышеозначенный центр уже переведено 340 пациентов отделения гемодиализа КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Общее число больных, которых способен принять центр, – 350.

Кроме того, министерством здравоохранения Красноярского края совместно с руководителями межрайонных центров разработан план мероприятий по организации работы отделений гемодиализа в медицинских учреждениях Ачинска, Минусинска, Канска, Лесосибирска. На его реализацию в рамках долгосрочной целевой программы «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» направлены средства в размере 44 млн. рублей.

Таблица 1
Динамика оказания гемодиализной помощи больным терминальной ХПН в Красноярском крае

	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Количество находящихся на гемодиализе больных (по состоянию на конец года)	295	320	410	478	521
Умерло больных на хр. гемодиализе за год (в стационаре и на дому)	42	50	52	45	45
Смертность	14,2%	16,6%	12,6%	7,8%	7,5%
Вновь принято на диализ в течение года	85	94	173	112	124

В результате реализации плана развития сети диализных центров функционирует 10 отделений гемодиализа в крае, а число диализных мест достигло 107. Это дает возможность получать процедуру гемодиализа более 570 пациентам и исключить работу в четыре смены отделения гемодиализа КГБУЗ ККБ. Эти параметры соответствуют установленным стандартам в здравоохранении. Потребность в диализной помощи обеспечена, больные, в основном, получают диализ три раза в неделю, отделения гемодиализа работают в двух- или трехсменном режиме.

Таким образом, сеть гемодиализных центров в Красноярском крае представлена следующим образом:

- краевая клиническая больница – 65 больных на 10 аппаратах (3 смены);
- гемодиализный центр в Красноярске – 352 больных на 50 аппаратах (4 смены), из них 146 жителей Красноярска;
- Железногорск – 24 больных на 10 аппаратах (2 смены);
- Зеленогорск – 32 больных на 10 аппаратах (2 смены);
- Ачинск – 30 больных на 5 аппаратах (3 смены);
- Дудинка – 7 больных на 2 аппаратах (2 смены);
- Норильск – 8 больных на 2 аппаратах (2 смены);
- Канск – 25 больных на 6 аппаратах (2 смены);
- Лесосибирск – 9 больных на 4 аппаратах (2 смены);
- Минусинск – 21 больной на 8 аппаратах (2 смены);

В итоге: 478 больных на 95 аппаратах в 10 центрах.

Увеличение количества диализных мест в течение 2011-2013 гг. привело к увеличению доступности данного вида терапии (таблица 1), значительно увеличилось количество пациентов, получающих гемодиализ, у жителей, проживающих в отдаленных районах, появилась возможность получать специализированную помощь. Это привело к значительному снижению летальности среди диализной группы пациентов с 16,6% в 2011 году до 7,8% в 2013 году.

Увеличилось количество больных и расширены показания к проведению гемодиализа для пациентов с разными заболеваниями (сахарный диабет, системные, онкологические заболевания). С улучшением качества процедур и доступности к проведению адекватной диализной терапии увеличивается продолжительность жизни данной группы больных. Количество пациентов, находящихся на диализе более 10 лет, возросло вдвое.

Однако помимо положительных результатов есть проблемы. В связи с неуккомплектованностью кадрами, аппараты в межрайонных центрах работают в две смены. При сохранении темпов роста количества больных на уровне 2013 года к 2015 году общее количество по краю составит в пределах 600 больных. Изменение графика работы

межрайонных центров до трех смен позволит обеспечить дополнительно 60 пациентов.

Основная проблема – дефицит квалифицированных специалистов в межрайонных амбулаторных диализных центрах, что не позволяет рационально использовать аппаратуру для гемодиализа в три-четыре смены. Обострились проблемы в Железногорске и Зеленогорске в связи с переходом в ОМС, что отрицательно сказалось на зарплате персонала и проявилось текучестью кадров.

Второй способ ЗПТ – пересадка почки. В отделении гемодиализа ККБ наблюдается более 30 пациентов после трупной или родственной трансплантации почки. Большинство пациентов получают трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию: ингибитор кальциневрина + микофенолаты + преднизолон.

Средняя продолжительность функционирования почечного трансплантата составляет 9 лет. Наибольший срок функционирования почечного трансплантата – 24 года. Далеко не всегда трансплантация почки ведет к улучшению качества жизни и снижению стоимости терапии. Зачастую у пациентов после трансплантации развивается цитомегаловирусная инфекция. Это ведет к значительному росту стоимости лечения, и у части пациентов закончилась летальными исходами.

Другой проблемой стала замена в 2010-2013 гг. на генерики оригинальных иммуносупрессивных препаратов, получаемых по программе 7 нозологий. Это ведет к тому, что у пациентов начинаются колебания концентрации такролимуса или циклоспорина или развиваются нежелательные побочные реакции. Это, в свою очередь, уменьшает сроки функционирования почечных трансплантатов.

В 2013 году появилась возможность мониторингирования концентрации такролимуса и циклоспорина. Это позволяет выявлять у пациентов повышение или снижение концентрации этих препаратов и с учетом этого корректировать дозы препаратов, предотвращая отторжение или передозировку.

До последнего времени операция по трансплантации почки проводилась за пределами края. В течение 2011-2014 гг. проведена большая работа по организации центра трансплантации: закуплено современное оборудование для проведения типирования, определения концентрации иммуносупрессивных препаратов, в ведущих клиниках России проучены специалисты.

Результатом этого явилось то, что 05.03.2014 г. в Красноярском крае проведены две успешные пересадки почки. В ККБ проведено уже 9. Проведение ежегодно 10-20 трансплантаций почки, учитывая темпы прироста больных, нуждающихся в ЗПТ, позволит лишь незначительно уменьшить потребность в диализных местах.

Еще один способ ЗПТ – перитонеальный диализ. Этот способ применяется в Красноярском крае с 2000 года только в детской краевой

больнице. Всего два пациента получают данный вид ЗПТ. Перитонеальный диализ предпочтителен у детей, больных сахарным диабетом, выраженной сердечной недостаточностью, проживающих удаленно от центров гемодиализа, работающих пациентов, больным, которым планируется проведение трансплантации почки. Учитывая это, необходимо развивать этот вид заместительной почечной терапии.

Выводы

План развития диализных центров за счет средств бюджета и государственно-частного партнерства привел к значительному увеличению числа диализных мест и доступности хронического программного гемодиализа. Это способствовало снижению смертности у больных с терминальной ХПН.

Недостаток нефрологов межрайонных диализных центров не позволяет полностью использовать аппараты гемодиализа в три-четыре

смены, что может в скором времени привести к дефициту диализных мест в районах.

Необходимо развивать трансплантацию почки и перитонеальный диализ, что позволит дифференцированно подходить к выбору способа заместительной почечной терапии, улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью.

Литература

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2011 гг. (отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии). Нефрология и диализ. 2014; 16(1): С.11–127.
2. Handbook of Chronic Kidney Disease Management, by John T. Daugirdas, 656 pages, 2011

ГЕМОДИАЛИЗ

СПОСОБ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

*А.А. Шевченко, К.В. Заброда, И.В. Кульга, С.В. Ивлиев, Ю.И. Гринштейн, С.И. Жестовская, Т.Н. Шнырикова, Е.В. Еремина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Адекватная гемодиализная помощь больному, страдающему терминальной стадией хронической почечной недостаточности, требует постоянного внимания к состоянию сосудистого доступа. Необходимость в сосудистом доступе у таких больных может быть временной или постоянной.

Продолжительность по времени в сосудистом доступе варьирует от нескольких часов до нескольких месяцев. Временный доступ формируется путем чрескожного введения катетера в одну из центральных вен (внутреннюю яремную, бедренную или реже — подключичную). Конструкция постоянного сосудистого доступа позволяет обеспечивать подключение больного к аппарату в течение месяцев и лет [1].

Существуют различные методики установки и контроля положения сосудистого катетера. Недостатком одного из существующих методов является отсутствие визуализации катетера во время установки в центральную вену, и визуализация проводится только после установки рентгенологическим путем [2].

При другом способе катетеризации яремной вены визуализируется только процесс пункции вены и не контролируется процесс проведения катетера по яремной вене, и поэтому при особенностях анатомического строения венозного русла возможна неправильная установка катетера в гомо- и контрлатеральную подключичную вену [3].

Цель работы

Оценить целесообразность проведения УЗ навигации и контроля положения катетера в правом предсердии при катетеризации вну-

тренней яремной вены (ВЯВ) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе, для минимизации осложнений.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 147 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) в возрасте 22–67 лет, из них 58 женщин и 79 мужчин. Причинами ХПН были: поликистоз почек, хронический гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит.

Пациентам с целью создания сосудистого доступа для проведения гемодиализа была катетеризована ВЯВ. Для УЗ навигации и последующего контроля расположения катетера в правом предсердии использовались линейный мультислотный датчик, а положение катетера оценивалось конвексным датчиком 3,5 мГц (УЗ сканера Sonoscape S6) в парастернальном и эпигастральном доступах.

Оценивалось: отсутствие катетера в просвете других центральных вен (гомо- и контрлатеральной подключичных вен), визуализация катетера в просвете правого предсердия и его положение относительно трехстворчатого клапана сердца.

Катетеризацию ВЯВ мы осуществляли следующим образом: больного укладывали в положение, чтобы головной конец операционного стола находился ниже уровня таза. После этого выполняли ультразвуковое исследование сосудов шеи для определения особенности расположения и архитектоники внутренней яремной вены.

Над внутренней яремной веной в проекции предполагаемой

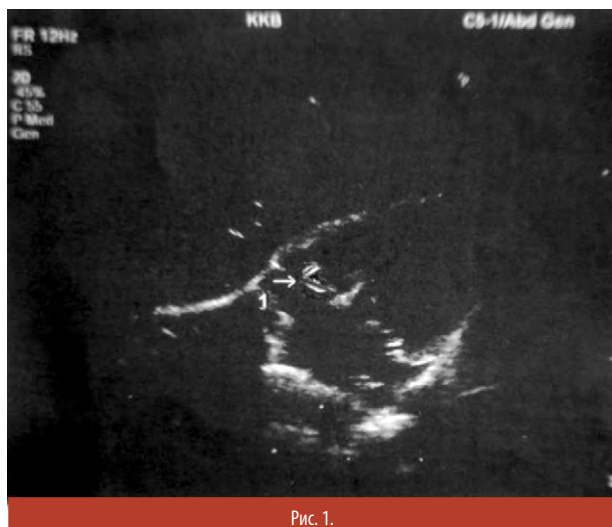


Рис. 1.

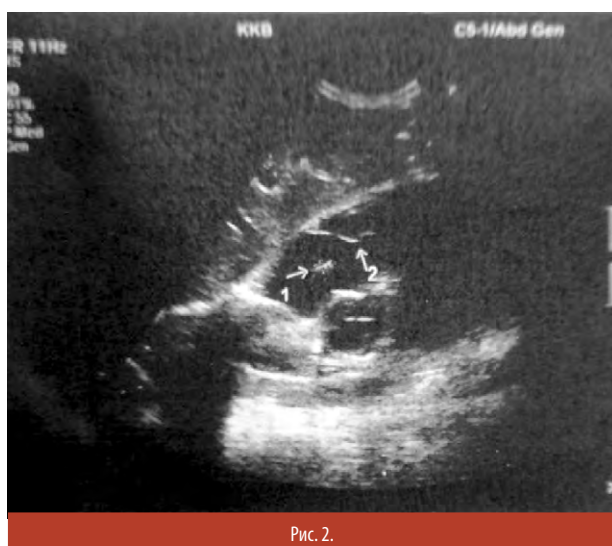


Рис. 2.

пункции устанавливали продольно ее расположению ультразвуковой датчик, визуализировали внутреннюю яремную вену. После этого выполняли пункцию яремной вены иглой, после визуализации иглы в просвете вены вводили проводник. По проводнику во внутреннюю яремную вену вводили двупросветный катетер.

Процесс проведения катетера по внутренней яремной вене проводился под постоянным ультразвуковым контролем. Помимо этого под постоянным ультразвуковым контролем определяли место установки концевой части катетера. После окончательной установки двупросветного катетера через венозный и артериальный порты проводили забор крови 50 мл шприцом. Если шприц заполняется полностью быстрее чем за 10 секунд, то это свидетельствовало о том, что за минуту забор крови составит не менее 300 мл, что позволяло достичь адекватного забора крови во время процедуры гемодиализа. По данному методу установки катетера получена приоритетная справка [4].

Результаты

У большинства пациентов – 67% (99 больных) двупросветный сосудистый катетер устанавливался впервые. Пункция под УЗ наведением внутренней яремной вены выполнена успешно у всех 147 пациентов (100%).

Правые отделы сердца оценивались у 122 пациентов (82,9%). Из них катетер визуализировался в полости правого предсердия у 134 пациентов (91,2%). В остальных случаях потребовалась коррекция концевой части катетера. У 5 больных (3,4%) концевой отдел катетера располагался в проекции трикуспидального клапана (при этом одна пациентка отмечала боль в области сердца). Это расценивалось нами как неправильная установка катетера, и в данном случае концевой отдел катетера перемещался проксимальнее.

У 2 пациентов (1,4%) под ультразвуковым контролем определено, что концевой отдел катетера оказался за трикуспидальным клапаном в полости правого желудочка (рисунок 1, указано стрелкой). После этого конец катетера был подтянут в полость правого предсердия. Перфорации трикуспидального клапана и стенки правого предсердия нет (рисунок 2, стрелка 1 – конец катетера находится в полости правого предсердия, стрелка 2 – трикуспидальный клапан).

У 3 (2%) пациентов катетер был обнаружен в просвете гомолатеральной подключичной вены, а у 2 пациентов (2%) в просвете контрлатеральной ВЯВ. Это потребовало повторного его введения через ВЯВ в правое предсердие.

У 112 пациентов (76,2%) аспирационная проба была сразу адекватной, т.е. забор крови составил 50 мл менее чем за 10 секунд. У остальных 35 больных (24,8%) потребовалось незначительное изменение положения катетера вперед-назад или ротация вокруг оси для достижения адекватного сосудистого забора. После этого аспирационная проба стала адекватной.

Таким образом, использование нашего способа установки двупросветного катетера для гемодиализа позволяет избежать осложнений, связанных как с пункцией внутренней яремной вены, так и неправильным положением в правых отделах сердца.

Выводы

Контроль расположения катетера в полости правого предсердия позволяет минимизировать риск перфорации трикуспидального клапана, стенки правого предсердия и избежать загиба концевой части катетера, проведение катетера в правый желудочек, что грозит развитием нарушения ритма сердца.

После установки двупросветного катетера через венозный и артериальный порты проводят забор крови шприцом (аспирационную пробу), что позволяет оценить адекватность скорости забора крови во время сеанса гемодиализа.

Литература

1. Ахмедов Ч.М. «Сосудистый доступ: катетеризация центральных вен», http://www.medservis.az/ARTICLES/dia_doc_001.htm
2. Катетеризация наружной яремной вены для проведения гемодиализа / И.К. Скандалос, Д.М. Амвросиадис, А. ХХристулду, И.Н. Евангелу, Ф.К. Дициас, К.Н. Карамосхос. – «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова, № 11, 2005, С.47-50.
3. Способ катетеризации внутренней яремной вены центральным доступом под ультразвуковой навигацией / Заболотский Д.В., Малашенко Н.С., Ежевская А.А., Прусакова Ж.Б., Водопьянов К.А. (Патент РФ № 2471516, А61М25/095, 10.01.2013 г.).
4. Забрда К.В., Шевченко А.А., Ивлиев С.В., Гринштейн Ю.И., Жестовская С.И., Кульга И.В. Патент «Способ установки двупросветного катетера для проведения гемодиализа», №2550937, от 20.05.2015.

Ex animo
От души

ЮБИЛЕЙ

ДОКТОР ПО ИМЕНИ ВОЛЯ

*Ольгу Боровик знают все.
Во-первых, она работает в краевой больнице
больше четверти века.
Во-вторых, заведует эндокринологомическим
отделением, то есть входит в когорту ведущих
врачей.
Ну, а в-третьих, невозможно не заметить
балетную походку жизнерадостного доктора –
легкую, как у девчонки.*

– Ольга Викторовна, вы просто излучаете благополучие. Такое чувство, что вас весь мир любит, и вы отвечаете ему взаимностью. Этот оптимизм из детства?

– Я действительно пришла в этот мир с любовью и всегда чувствовала себя заласканным, дорогим ребенком. Ждали меня трое – мама, папа и 9-летняя сестра. К моменту моего рождения папа был успешным строителем, мама преподавала в строительном техникуме, а сестра была достаточно большой, чтобы нянчить меня маленькую.

Мы не то чтобы с ней дружили – слишком большая разница в возрасте, но я все детство провела с ее друзьями. Все «взрослые» тайны сестры хранила, как партизан, никогда маме не сдавала. Но по-настоящему мы с Викулей обрели друг друга только во взрослом состоянии, и особенно мы близки теперь, когда папы с мамой с нами нет.

– Фамилия Боровик известна всему Красноярску. Расскажите о своем отце.

– Папа родился в Киеве. Семья в 1941 году смогла эвакуироваться, иначе папа, как и сотни других еврейских детей, мог закончить жизнь в Бабьем Яре. Поселились Боровики на правобережье Красноярска, в районе сегодняшнего ТЮЗа, на так называемом втором участке. Дедушка работал на Красмаше, папа ходил в 46-ю школу, между прочим, учился в одном классе с будущим профессором Орловым.

Витя Боровик был мальчишкой хулиганистым, но тяготел к точным наукам. Еще в школе он встретил свою большую любовь – мою маму. Когда между ними прошла искра, маме было 13, а папе 16 лет – настоящие Ромео и Джульетта. Поженились тоже рано – маме было 19, папе – 22.

– Ранний брак не помешал Виктору Исааковичу сделать блестящую карьеру.

– Да, большинство социальных объектов в Красноярске построено моим отцом – 168! Это удивительно. Мы говорим в моем кабинете на третьем этаже старого легочного корпуса, но пристройка к легочному – дело рук Виктора Боровика. И главный корпус – тоже.

– Он как чувствовал, что в этих зданиях будет стучать каблукками его младшая дочь.

– У младшей дочери предчувствия медицины не было – занималась гимнастикой, танцами, балетом. Но папа к тому времени еще не построил оперный театр, поэтому балериной я не стала (*смеется*). А вот врачом стала благодаря старшей сестре – Вика поступила, училась, в доме гостили студенты, и я «заразилась» от них медициной. Хотя в школе мечтала стать юристом. И думаю, у меня бы получилось. Но Вика очаровала меня тайной – в доме появился череп, сердце у



Справка ПК

Ольга Викторовна Боровик

Родилась 31 августа 1965 года в Красноярске.

В 1988 году окончила Красноярский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело».

Место работы: КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Заведующая эндокринологомическим отделением, врач высшей категории.

нее стояло на столе в формалине... В общем, иного пути она мне не оставила.

– Как вы чувствовали себя в школе? Дочка Боровика, к тому же хорошенькая.

– Никогда не понимала, что я хорошенькая, – маленькая была, худенькая, как воробей. Никогда не чувствовала, что я дочка большого начальника, – мы ведь тогда все были равны. Если меня и баловали, то исключительно дома. Иногда чувствовала неудобство перед сестрой – мне папа вообще ни в чем не мог отказать.

Но из дома я свои «привилегии» не выносила – просто была веселой и жизнерадостной. Мне действительно повезло – никогда с самой собой не было скучно. Все время читала – даже в ванную книжку брала. Еще все время влюблялась – обожала «страдать». Потому и замуж вышла рано и как-то легко – за хулигана и троечника (*смеется*).

– А почему эндокринология привлекла?

– Это случилось на третьем курсе. Я хорошо училась, но не знала,



Первый курс КГМИ



Ольга Боровик ведет активный образ жизни – занимается йогой, дизайном, иногда стрельбой

какую специализацию выберу. А потом влюбилась в эндокринологию. Во многом благодаря преподавателям, особенно неповторимой Конкордии Константиновне Гайдук. Гормонами просто бредила. Субординатуру по терапии проходила в 20-й больнице, но там образовалась своеобразная «боровиковская мафия» – гастроэнтерологом работала сестра Вика, ЛОР-врачом мой муж, плюс еще две двоюродные сестры и муж одной из них.

И во многом поэтому в 1989 году я пришла работать в краевую больницу. У меня были чудесные коллеги, настоящие «мастодонты» – эндокринологи – Валентина Васильевна Алексеева, Этти Львовна Рохлина, Ирина Максимовна Кац. Спасибо им за поддержку и отличную школу.

А за школу жизни хочу поблагодарить старшую медицинскую сестру эндокринологического отделения Галину Виловну Уразаеву.

Благодаря опытным коллегам, я научилась работать быстро и эффективно. А еще помогала интуиция – я пациента, к счастью, чую. Но молодым врачам всегда говорю: интуиция без знаний не работает.

– Поразительное дело – у вас такой темперамент, а вот в административных делах вы скрупулезны, расчетливы, планы у вас реальные, всегда выполняются.

– Наверное, это тоже интуиция – я просто знаю, сколько могу пролечить. Но вообще, статистику, цифры, отчеты терпеть не могу. По этой причине не бралась за диссертацию – не мое это.

Темперамент в большинстве случаев контролировать удается: когда имеешь дело с больными людьми, нужно внимательно слушать. И врачи в отделении – люди со своими особенностями, надо это учитывать. Но порой моя энергия прорывается. Хорошо, что всегда могу повиниться и признать свои ошибки.

Я люблю свой коллектив – в нем есть и академизм, и новаторство,

и командный дух, и всегда есть молодые ординаторы. Я к молодежи очень терпима, они ко мне тянутся, хотя иногда получают за безалаберность и особенно за вранье.

– Что представляла собой краевая больница, в которую вы пришли работать?

– Я бы отметила прочную связь науки и практики. Было много клинических разборов, на консилиумы ходили все в обязательном порядке. Я много в те годы дежурила, часто вместе с интернами. Случались казусы: интерн, девушка корпулентная, спит на диване в ординаторской, а я на письменном столе со своими 47 килограммами.

Краевая больница, как Москва, слезам не верит. Нужно зарекомендовать себя как профессионал. Я до сих пор напоминаю Сергею Николаевичу Масленникову, как он «гонял» меня, молодого врача – дескать, прислали на консультацию пигалицу какую-то.

Но уже через год все изменилось – меня стали воспринимать как коллегу. И Сергей Николаевич сегодня делает вид, что не помнит, как по моему поводу иронизировал.

Через девять лет, в 1998 году, я уже была дублером начмеда Натальи Ивановны Головиной. Это случилось раньше, чем я стала заведующей отделением. Прекрасный административный опыт. Я вынесла из него, что никогда не надо стесняться советоваться – с экономистами, бухгалтерией, оперативным отделом.

Я многому научилась у Натальи Ивановны – как у талантливого организатора, большого человека и мудрой женщины. Своими учителями считаю и главных врачей краевой больницы – Родиона Ивановича Петрова и Бориса Павловича Маштакова.

Разумеется, я была в должности исполняющего обязанности начмеда на совещаниях с участием больших людей. Запомнился забавный случай. Борис Павлович Маштаков был категорически против ку-



С любимым папой



Визит в краевую больницу губернатора Красноярского края А. Хлопонина

рения в больнице. Но к нему пришел губернатор Лебедь и... закурил в кабинете. Не мог же Маштаков губернатору отказать. И тут же рядом сидевший Александр Генрихович Швецкий достал сигарету и тоже закурил. Воспользовался моментом (*смеется*).

– И опять удивительно – как с вашим живым темпераментом вы исполняли суровую организаторскую работу?

– Мне даже предлагали перейти на работу в министерство здравоохранения. Я ведь еще и экономический диплом получила в 2007 году. Жаль, еще юридический факультет не окончила. От работы в министерстве отказалась, сказала честно: медицину не брошу, не могу. Моего папу тоже в свое время приглашали на работу в Москву, в главк. Но он тоже отказался: ему была ближе реальная работа.

– Вот уже 26 лет вы в краевой больнице. Что еще радует, кроме любимой работы?

– Я много путешествую. Была в Мексике, Израиле, Сингапуре, не говоря уже о европейских странах. Из Сингапура летели в Малайзию, в Куала-Лумпур – попали в страшную грозу, но впечатления о поездке все равно волшебные. Мечтаю о поездке в Перу – очень хочется встретить рассвет на Мачу-Пикчу.

Я люблю украшать свой дом – мне интересен интерьерный дизайн.

Конечно, люблю своих родных – сестру, племянницу и внучатую племянницу – чудесную трехлетнюю девочку. Она настоящий «боровочок», такая забавная и веселая.

Последние два года были тяжелыми, умерли близкие – бабушка, мама и папа – один за другим. Но в жизни всегда присутствуют мои друзья, любимая работа, любимая больница.

Внучатая племянница Арина называет меня «Волей». Так и говорит: «Придет Воля, и все будет хорошо!». Я ей верю.

– Совершенно верно. Все будет хорошо. С днем рождения, доктор Воля! Счастья вам!

*Беседовала
Елена Семенова.*



Воля!
Все будет
ХОРОШО!



Ольга Викторовна обязательно встретит рассвет на Мачу-Пикчу

УРОЖАЙ

НА ОСЕННЕЙ ЯРМАРКЕ СЪЕЛИ ДВА ВЕДРА ОКРОШКИ!

Золотую осень консультативно-диагностическая поликлиника уже второй год встречает веселым застольем. И это не просто пир горой, а настоящее костюмированное представление! Танцы, сценки, конкурсы «Харчевня» и «Город мастеров». Было очень весело, да и наелись все. Чего стоили два ведра окрошки, приготовленной старшей медсестрой Галиной Виловной. Осенний праздник становится традиционным, и с каждым годом все шире и веселее. А главный врач Егор Корчагин считает, что примеру поликлиники может последовать вся больница.



НАШИ ЛЮДИ

115 ЛЕТ ЗАГАДОЧНОМУ ДОКТОРУ ВРУБЛЕВСКОЙ

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА ПОМНИТ АЛЕКСАНДРУ АНДРЕЕВНУ, НО ЗНАЕТ О НЕЙ НЕМНОГОЕ



Сашенька Врублевская родилась 21 апреля 1900 года в Красноярске. Отец ее, Андрей Францевич Врублевский, сын сосланного в Сибирь шляхтича, участника польского восстания, работал учителем в начальной школе. Мать, Прасковья Ивановна — местная, из кержаков.

Папа Сашеньки умер ровно через год после ее рождения, осиротив трех дочерей. Семья была такой бедной, что отца и мужа предали земле за чужой счет — учителя сбросились на похороны коллеге. Молодая вдова получила 500 рублей от благотворительницы, купчихи Кузнецовой, и на эти деньги семья переехала в Томск.

В самом на то время передовом городе Сибири семья очень бедствовала. Мама работала в казенной винной лавке, тянула

девочек, но в 1910 году умерла. К счастью, к этому времени старшая сестра Саши уже вышла замуж и могла хоть немного помогать младшим сестрам.

Девочки жили на кухне, а единственную комнату сдавали внаем. Средняя сестра училась в гимназии, давала уроки двоечникам — этим немного зарабатывала. После третьего класса и умница Сашенька стала подрабатывать уроками. Опекал способных девочек родительский совет Мариинской Томской гимназии.

После семи классов Саша Врублевская пошла работать контролером на железную дорогу, а в 16 лет окончила курсы медсестер. В раздираемой гражданской войной России эта специальность была востребована — Саша работала в госпитале, в том числе в эпидемию сыпного тифа.

В 1920 году Александра Врублевская поступила в Томский университет на медицинский факультет. В госпитале девушка продолжала работать, там хотя бы давали паек.

В 1926 году молодой доктор Врублевская стажировалась в хирургическом отделении, работала в поликлинике ЛОР-врачом.

В 1927 году направлена в Красноярск, на стеклозавод. Заведовал больницей Илья Александрович Айзенберг, за которого Александра Андреевна вышла замуж.

В 1928 году супруги поселились в Красноярске. Врублевская работала ЛОР-врачом в первой городской поликлинике, затем в хирургической, детской больнице и больнице Водников.

Мы не знаем, когда Александра Андреевна пришла в краевую больницу №1. Мы не

знаем, что она делала во время войны. Хотя, скорее всего, то же, что и в другие годы своей жизни, — лечила людей. Как хирург наверняка работала в военных госпиталях, помогала раненым.

Известно, что после войны Александра Андреевна вела практические занятия на кафедре ЛОР-болезней в медицинском институте и продолжала работать в краевой больнице.

Нам не удалось получить информацию о ее семье, мы даже не знаем, были ли у доктора Врублевской дети, и, к стыду своему, не знаем, в каком году она умерла. Да и на пенсию Александра Андреевна ушла довольно рано по врачебным меркам — в 60 лет. Почему же тогдашний заведующий крайздравотделом Степан Граков в приказе о благодарности Александре Андреевне называет ее «старейшим врачом»?

Много тайн в жизни этой примечательной женщины.

Но одно нам известно точно: еще многие и многие поколения врачей и медсестер, проходя по административному этажу главного корпуса, будут останавливаться перед прекрасным лицом сестры милосердия из далеких 1920-х. Эта серьезная девушка в строгом, почти монашеском одеянии, вышла к нам из госпиталей, замороченных эфиром, преисполненных страданием и смертями. Но юная Александра Андреевна Врублевская так красива, что от нее невозможно оторвать взгляд. Она красива, как и сама наша профессия — лучшая на земле.

Телеграмма

(17.10.1953 года)

Красноярск
Хирургический корпус
Врублевской

Крайздравотдел поздравляет вас
правительственной наградой орденом
Трудового Красного Знамени желаем успеха
дальнейшей работе здравоохранения

Замзавкрайздравотделом Иванов

Приказ

По краевому отделу здравоохранения
г. Красноярск №310а 31 июля 1961 года

В связи с уходом на заслуженный отдых старейшего врача ВРУБЛЕВСКОЙ Александры Андреевны, отмечая ее исключительную внимательность, чуткость к больным,

ПРИКАЗЫВАЮ:

Объявить сердечную благодарность Александре Андреевне, пожелать ей бодрости, здоровья и многих лет жизни.

Заведующий Крайздравотделом С.Граков

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