

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 4 (51)

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

С НОВЫМ ГОДОМ!



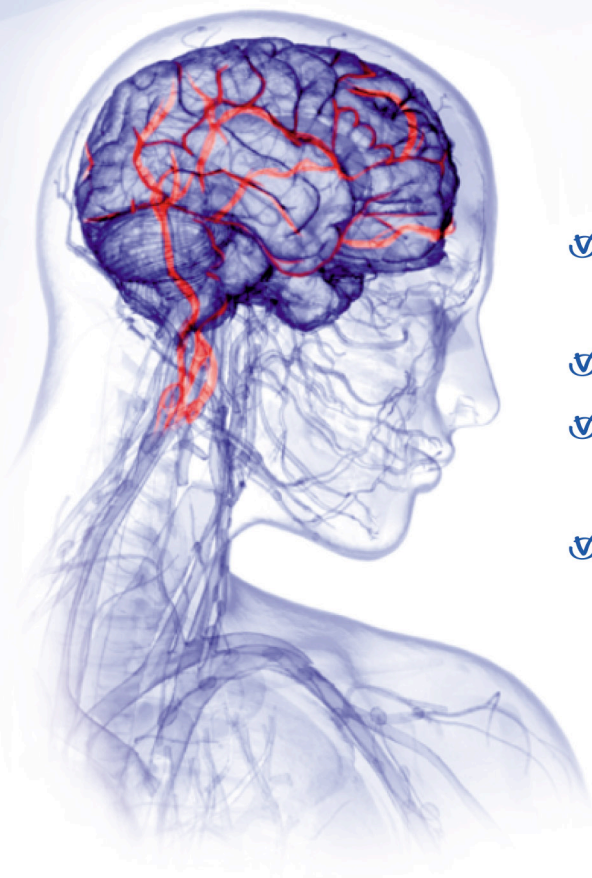
*Менеджмент качества
в краевой больнице –
первые итоги*

*Случайно
обнаруженные
аневризмы –
что делать?*

*Эксклюзив ПК:
интервью с Врачом
Мира Хасаном
Баиевым*

декабрь 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.
ДН = 20 мл - 90-100 капель/мин, ПН = 20 мл - 20-30 капель/мин**

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

Свидетельство о регистрации СМИ
выдано Енисейским управлением
Роскомнадзора,
ПИ № ТУ 24-00955 от 27.11.2015 г.

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:

<i>д.м.н., профессор</i>	С.Г. Вахрушев
<i>д.м.н., профессор</i>	Н.И. Головина
<i>д.м.н., профессор</i>	И.В. Демко
<i>д.м.н., профессор</i>	С.А. Догadin
<i>д.м.н., профессор</i>	С.И. Жестовская
<i>д.м.н., профессор</i>	Ф.П. Капсаргин
<i>д.м.н., профессор</i>	Г.В. Матюшин
<i>к.м.н.</i>	С.Л. Нефедова
<i>д.м.н.</i>	Г.З. Низамеева
<i>к.м.н.</i>	А.В. Протопопов
<i>д.м.н.</i>	А.К. Рымарчук
<i>д.м.н.</i>	В.А. Сакович
<i>д.м.н., профессор</i>	В.М. Симакова
<i>д.м.н., профессор</i>	Д.В. Черданцев
<i>министр здравоохранения Красноярского края,</i>	
<i>к.м.н.</i>	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.
Декабрь 2015 г.

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

Содержание

События года	4
Международные эксперты в краевой больнице.....	6
20 лет II хирургическому отделению.....	8
Внедрение стандартов качества в консультативно-диагностической поликлинике	10
Гололед и перелом - синонимы	14
Как убедить пациента сделать прививки?	16

CASUS EXTRAORDINARIUS \ НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ

Успешный исход множества операций у пациента с раком мочевого пузыря.....	18
Микроабсцедирование печени и кисты поджелудочной железы у пациента с хроническим описторхозом	20
Реконструктивная операция на мочеточниках у молодой пациентки, перенесшей хорионкарциному	22
Материнская фенилкетонурия.....	24
Применение технологии BRIDGING у больных инсультом в Сосудистом центре.....	26
Устранение макрогнатии нижней челюсти	27

DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ

Эндоскопическая трансфеноидальная хирургия аденом гипофиза.....	30
Метод термоабляции в лечении патологии матки	34
Фактор депрессии в развитии острого инфаркта миокарда	36
Лечение острой церебральной недостаточности у больных с острыми отравлениями	37
Первые результаты применения вакуум-ассистированной лапаростомы в Гнойно-септическом центре.....	39
Асимптомные аневризмы сосудов головного мозга – что делать?.....	43
О полипах желудка и их лечении.....	46

EX ANIMO \ ОТ ДУШИ

Хасан Баиев: «Война не научила меня ненавидеть»	48
Можно ли верить гороскопам?	52
В Симферопольском музее Войно-Ясенецкого.....	54

*Уважаемые врачи
и медицинские сестры!*



*Поздравляю вас с наступающим 2016 годом!
Пусть новое время подарит вам
профессиональные победы, удачу, любовь и
семейное тепло.*

*Тем же, кто встретит праздник на посту —
в машине «скорой помощи», в операционной,
у постели больного — желаю только легких
пациентов, которым вы сможете войти с
нами в Новый год здоровыми.*

Будьте счастливы!

*Губернатор Красноярского края
Виктор Толоконский*

*Уважаемые медработники!
Примите искренние поздравления с
Новым годом!*



*Искусство лекаря — тонкое и благородное
дело, от которого напрямую зависит здоровье, а
порой и сама жизнь наших земляков. Уходящий
год в очередной раз подтвердил, что профессио-
нализм медицинских работников Красноярского
края находится на высоком уровне, а их самоот-
верженность остается непоколебимой.*

*Желаю всем врачам и медицинским сестрам
в новом, 2016 году спокойствия и уверенности в
завтрашнем дне, сил и энергии, направленных на
оказание помощи больным! Пусть вам сопутствует удача и выздоравли-
вают ваши пациенты, пусть вас любят и берегут близкие.*

*С уважением председатель
Законодательного Собрания Красноярского края
Александр Усс*

Уважаемые коллеги, друзья!



Поздравляю вас с наступающим 2016 годом! Хочу пожелать сотрудникам краевой больницы в новом году сохранять наработанную десятилетиями профессиональную честь и чувство причастности к Большой медицине. Пусть в новом году сбудется наша главная общая мечта — начнется строительство нового хирургического корпуса. Пусть будут здоровы и благодарны ваши пациенты. Пусть удача коснется каждого из вас, дорогие врачи и медсестры. Будьте счастливы и любимы, добра вам и благополучия.

*С уважением и благодарностью
министр здравоохранения Красноярского края
Вадим Янин*

*Дорогие врачи
и медицинские сестры!*



Наступает Новый год – любимый праздник детей и взрослых. Невозможно предсказать будущее, но мы точно знаем, что в любое время, в горе и в радости будем заниматься любимым делом – оказывать помощь нашим пациентам. Профессия придает нам уверенности в завтрашнем дне, дарит ощущение осмысленности жизни, и значит, мы с вами счастливые люди. Желаю вам в новом году всего самого доброго – тепла близких, поддержки коллег, мирного неба над головой и больших успехов в работе.

*Ваш главный врач
Егор Корчагин*

СОБЫТИЯ ГОДА

СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР ПОШЕЛ В НАРОД

В 2015 году неврологи, нейрохирурги, кардиологи краевой клинической больницы активно занимались профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний.

Большая заслуга в организации более десятка ярких акций для горожан заместителя руководителя Регионального сосудистого центра Павла Геннадьевича Шнякина. Молодой профессор вовлек в благородное дело студентов и преподавателей медуниверситета, министерство здравоохранения, интернов и ординаторов клиники. Мероприятия по профилактике инсульта и инфаркта, проведенные командой Шнякина в торговых центрах, Доме кино, на ярмарках, на промышленных предприятиях, в вузах, стали информационными поводами для СМИ и полюбили горожанам.

В 2016 году работа продолжится – просветительская миссия сотрудников краевой больницы находит отклик у людей всех возрастов, благодаря необычному формату акций и таланту организаторов.

БОЛЬНИЦА ГОТОВИТСЯ К УНИВЕРСИАДЕ

В марте больницу посетили представители Международной федерации студенческого спорта (FISU). Они провели осмотр клиники на предмет оказания помощи будущим участникам соревнований.

Главный врач Егор Корчагин заверил гостей, что все необходимое уже имеется – современное оборудование, специалисты и технологии оказания медицинской помощи по всем профилям. Кроме того, в больнице есть отделение санитарной авиации, а на территории находится вертолетная площадка. Это позволяет максимально быстро доставить пациента в стационар.

В 2015 году практически завершено проектирование нового хирургического корпуса, который значительно расширит возможности краевой больницы в оказании медицинской помощи.

ХАКАССКИЕ ПОЖАРЫ



В апреле соседнюю республику настигла беда – степные пожары практически уничтожили несколько населенных пунктов. Огонь унес человеческие жизни, было множество пострадавших.

Врачи краевой больницы оказывали помощь жителям Хакасии. На место вылетели вертолеты санитарной авиации со специалистами Ожогового центра, травматологами, нейрохирургами. 11 пациентов с ожоговыми и термоингаляционными травмами доставили в краевую больницу. Вскоре четверо самых тяжелых по указанию главного

комбустиолога страны Андрея Алексеева были перевезены в столицу, а семеро оставшихся получали лечение в Ожоговом центре. Сегодня их жизни ничего не угрожает, но четверым предстоит долгая реабилитация.

Главный комбустиолог России высоко оценил профессионализм красноярских врачей и особенно логику оказания помощи пострадавшим.

СТЕЛА – МЕДРАБОТНИКАМ, ОТСТОЯВШИМ МИР



Этот памятник из карельского мрамора – первый и единственный в Красноярском крае воздвигнут в честь бойцов Великой Отечественной, прошедших войну в белых халатах.

Стела находится на аллее Победы за главным корпусом больницы. Когда-то ветераны высаживали здесь саженцы лиственницы. Сегодня большинства ветеранов-медиков уже нет в живых, но деревья выросли, и значит, память о наших героях жива.

Стелу торжественно открыли 7 мая. Прибыли высокие гости, пришли сотрудники больницы. Было много теплых слов и благодарности людям, которые подарили нам Великую Победу.

Кроме памятной стелы, в больнице выпущена газета «Наши родные солдаты» – в ней только реальные фото и документы наших родных и близких, победивших фашизм.

КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ОТМЕТИЛА 65-ЛЕТИЕ

В июне на торжественной планерке главный врач Егор Корчагин вручил благодарственные письма и почетные грамоты врачам и медицинским сестрам главной поликлиники Красноярского края.

За 65 лет работы КДП врачи выполнили 12,5 миллиона посещений, приняли 4,5 миллиона пациентов. Теоретически каждый житель Красноярского края за эти годы побывал в нашей поликлинике 1,5 раза.

В поликлинике работают три заслуженных врача РФ, три отличника здравоохранения, три профессора, 10 кандидатов медицинских наук, 36 врачей высшей и первой категорий. 156 человек за свой труд удостоены грамот и благодарственных писем от государства.

Сегодня в состав КДП входят 75 кабинетов консультативного приема по 58 специальностям, дневной стационар, диагностические кабинеты, специализированные центры, передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника».

НАШИ ЛЮДИ – ЛУЧШИЕ!



Накануне Дня медицинского работника состоялось вручение награды лучшим медикам края.

Знак «Отличник здравоохранения» получил заведующий Центром травматологии и ортопедии Алексей Лубнин. Победителем в номинации «Лучший хирург» стал заведующий отделением микрохирургии и хирургии кисти Вадим Кеоссян, а в специальной номинации лучшим врачом-эндокринологом по праву стала Валентина Мацынина, врач КДП.

На общебольничной планерке к Дню медика нагрудный знак «Отличник здравоохранения» вручен заведующей клинко-диагностической лабораторией Веронике Пруговой, врачу-рентгенологу Ярославу Федченко и заведующему отделением ожоговой хирургии Андрею Хлебникову.

В сентябре глава края Виктор Толоконский вручил руководителю Регионального сосудистого центра, профессору Протопопову краевую награду «За трудовые заслуги», которая стала приятным подарком к 50-летию Алексея Владимировича.

В октябре глава региона наградил заведующего кардиохирургическим отделением Андрея Пустовойтова почетным знаком «Заслуженный врач Российской Федерации», а старшую медсестру приемного отделения Елену Шленскую – знаком «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Врачи краевой больницы стали победителями в двух номинациях народного проекта «Призвание – врач»: «За профессионализм» и «Золотые руки и сердце». Первая премия досталась заведующему кардио-реанимацией Кириллу Линеvu, вторая – челюстно-лицевому хирургу Сергею Волюнкину.

А на 73-й день рождения больницы традиционно вручены золотые значки почетным работникам клиники. В этот раз высокой награды удостоились руководитель Сосудистого центра Алексей Протопопов, старшая медсестра ортопедического отделения Алефтина Бугоенко и врач-функционалист Мария Шамрина.

ЛЕТНИЕ ДТП ПАССАЖИРСКОГО ТРАНСПОРТА

В начале июля 11 пассажиров погибли возле Балахты от прямого столкновения автобуса со встречным транспортом. Трое пострадавших санавиацией доставлены в краевую клиническую больницу. К счастью, жизни этих пациентов ничего не угрожало.

Но Балахтинское ДТП было «репетицией» перед настоящим испытанием для всех служб краевой клинической больницы. 22 июля в крае произошло еще более страшное ДТП. У поселка Козулька пассажирский автобус столкнулся с фурией, перевозившей лако-красочные изделия. От прямого столкновения возник пожар. На месте погибли 11 человек. 27 пассажиров с политравмами, в том числе тяжелыми ожогами, были доставлены в реанимационные и специализированные отделения ККБ рейсами санавиации.

Перед эвакуацией в Красноярск наши специалисты провели безукоризненную сортировку пострадавших в ЦРБ Ачинска и Козульки. Санавиация совершила семь рейсов на место и с места трагедии. Уже через два часа после известия об аварии вылетел первый рейс с бригадой врачей, медикаментами, затем второй – с кадровым и медикаментозным подкреплением. Пациентов тоже транспортировали в несколько этапов. В спасении участвовали и реанимобили.

В больнице были мобилизованы все службы, медики приемного покоя работали четко, в соответствии с квалификацией по приему пяти и более больных с сочетанной травмой. И самое приятное, что сотрудники предлагали помощь, оставались дежурить, отзывались на все просьбы администрации. Коллектив работал как единая команда.

Наверное, поэтому из 27 (!) пострадавших выживали даже, казалось бы, безнадежные. Например, 17-летняя студентка – с переломами, ожогами, тяжелым ушибом мозга, термобингажной травмой, чья жизнь – настоящее чудо.

Больница сработала хорошо – и по оказанию помощи на местах, и по транспортировке, и по работе с пациентами непосредственно в клинике.

АВИАКАТАСТРОФА МИ-8

26 ноября в 10 км от Игарки упал вертолет, на борту которого были 22 пассажира и три члена экипажа.

10 человек погибли на месте. 15 пострадавших доставлены в Игарскую ЦРБ. На место вылетел самолет санавиации с врачебной бригадой из шести человек. После сортировки 13 пациентов на следующий день утром были доставлены в Красноярск. Через сутки – еще двое, самые тяжелые.

С момента поступления в больницу умерли двое пострадавших с травмами, не совместимыми с жизнью.

На 16 декабря в больнице находятся восемь пострадавших, трое из них в реанимационном отделении, один из реанимационных – в состоянии крайней тяжести.

Пострадавших посетил глава Роснефти Игорь Сечин – пожелал им выздоровления и поблагодарил врачей за хорошую работу.

50 ЛЕТ ГЕМОДИАЛИЗУ

В честь юбилея диализной службы в Красноярске состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы нефрологии и диализной терапии» с международным участием.

Кроме докладов, 200 участников из разных городов России и сопредельных государств могли ознакомиться с диализной службой ККБ, посетить отделения нефрологии и гемодиализа.

«Искусственная почка» в Красноярске 50 лет назад была единственной за Уралом. Сегодня гемодиализ – это диализные центры в Красноярске и районах, выживаемость пациентов до 20 лет, а еще, с 2014 года больные ХПН имеют шанс на трансплантацию донорской почки.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

РАДОМИР БОШКОВИЧ: «КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА СТРЕМИТСЯ СТАТЬ ЛУЧШЕ»

В ноябре краевую клиническую больницу посетил европейский эксперт в области менеджмента качества, аккредитации и оценки, член Института Обеспечения Качества (Лондон), ведущий аудитор ISO 9001 и 14001 Радомир Бошкович.

Наша клиника уже два года внедряет систему менеджмента качества. Необходимость и полезность этой работы не сразу стала очевидна врачам и медсестрам, но жизнь уже доказала — стандартизация лечебных процессов, выраженная в квалиграммах, очень пригодилась в экстремальной ситуации. Например, в летнем массовом поступлении пострадавших в ДТП пассажирского транспорта и в недавней авиакатастрофе МИ-8. Квалиграммы по приему пяти и более пациентов с сочетанной травмой отработали. У врачей сложился четкий порядок приема пострадавших — специалисты знали свое место и функции в процессе обследования.



Необходимо описать и стандартизировать множество процессов в диагностике и лечении наших пациентов. С этой точки зрения визит стороннего человека, опытного эксперта был необходим: за три дня Радомир Бошкович ознакомился с ключевыми подразделениями больницы, оценил организационную составляющую, работу нескольких ключевых отделений, в частности, приемного покоя, отделения



неврологии, клинко-диагностической лаборатории, аптеки, отдела сервисного обслуживания оборудования и метрологии, отдела автоматизированных систем управления, отдела качества. Эксперт обсуждал с администрацией и руководителями подразделений вопросы управления рисками, стратегического и оперативного планирования, лекарственного обеспечения, определения индикаторов качества, управления человеческими ресурсами и другие темы. Врачи и медицинские сестры вступали в диалог, рассказывали об алгоритмах, которые уже удалось внедрить в повседневный процесс с хорошим результатом.

Впечатление о нашей больнице у эксперта сложилось положительное:

— У вас есть одно огромное преимущество перед другими организациями — стремление стать лучше и сделать это своими руками, — заявил Радомир Бошкович. — Я уверен, что каждый пациент краевой больницы почувствует на себе изменения в части безопасности, комфорта и максимального доверия команде профессионалов.

В заключение эксперт провел для сотрудников больницы двухдневный семинар, где обозначил возможности для улучшения качества медицинского обслуживания.

Зачем нужен сертификат ISO 9001?

Проводить сертификацию ISO 9001 нужно не по желанию руководства, а когда вся компания почувствует важность и необходимость. Из практики видно, что если инициатива исходит от сотрудников, то и процесс сертификации проходит легче, качественнее и результативнее.

ISO 9001 — это международные требования к управлению качеством, к системе управления, которая сказывается на конечном продукте, в нашем случае — на качестве оказания медицинской помощи.

Стандарт универсален — подходит как для огромных корпораций, так и для крохотных фирм. Сертификат ISO 9001 дает:

- дополнительное повышение рейтинга и имиджа компании;
- конкурентные преимущества;
- доверие клиентов и партнеров;
- при грамотном построении и дальнейшем выполнении всех требований обеспечит порядок в организации и как следствие улучшит финансовые показатели;

— возможность участвовать в тендерах, где наличие сертификата одно из условий;

— возможность выхода на международный рынок.

Принцип управления в соответствии с сертификатом ISO 9001 заключается в слогане: «Планируй, выполняй, проверяй, действуй».

Принципы системы менеджмента качества, построенной на основе стандарта ISO 9001, таковы:

- ориентация на потребителя;
- лидерство руководства;
- вовлечение персонала;
- процессный подход;
- системный подход;
- постоянное улучшение;
- принятие решений на основе фактов;
- взаимовыгодные отношения с поставщиком.

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА ГЛАЗАМИ НЕМЦЕВ: ОРДНУНГ УНД АРБАЙТЕН

Буквально через неделю после визита эксперта по ISO 9001 больница встречала троих экспертов немецкой консалтинговой компании EPOS.

Существует международный сертификат JCI, наличие которого у медицинской организации свидетельствует, прежде всего, о гарантиях безопасности пациентов и медицинского персонала.

Специалисты компании EPOS провели ознакомительный аудит краевой клинической больницы на предмет соответствия международным требованиям безопасности пациентов и персонала.

Трое экспертов: Петра Кнаппе – по работе среднего персонала, Томас Виха – по техническому обеспечению больницы, и доктор Райнер Хильгенфельд провели в больнице пять дней.

Результат аудита и рекомендации больница получила в последний день пребывания экспертов.

Из положительных моментов в заключении: немецкие аудиторы отметили качественную медицинскую документацию, включая глав-

ный документ – историю болезни. Им понравился порядок в больнице и на прилегающей территории. Эксперты считают, что в клинике соблюдаются меры безопасности для пациентов – гигиена рук, браслеты идентификации, тайм-ауты, а также ведется работа с жалобами пациентов – все претензии находят отклик у администрации.

Положительно оценена деятельность диагностических служб.

Эксперты отметили и ряд проблемных вопросов, требующих доработки. Они касаются инфекционной безопасности, противопожарной защиты, безопасности при медикаментозном обеспечении, технического обеспечения, управления информацией.

Перечень рекомендаций был довольно велик – в короткое время эксперты исследовали больницу с немецкой педантичностью и вниманием, но вывод они сделали позитивный: в России мало медицинских учреждений, которые соответствовали бы рекомендациям по безопасности пациентов и персонала настолько, как краевая клиническая больница Красноярск.



Петра Кнаппе



Томас Виха



Райнер Хильгенфельд

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



Министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин:

– Когда мы говорим о качестве оказания медицинской помощи в Красноярском крае, конечно, в первую очередь имеем в виду краевую клиническую больницу – вершину регионального здравоохранения с ее уникальной мультидисциплинарной бригадой врачей.

В краевой больнице работают врачи-интернисты, специалисты, врачи-педагоги и врачи-ученые, то есть клиника представляет собой не только лечебный, но и учебный, научный центр.

Многопрофильная краевая больница всегда оказывала и будет оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Но ее миссия заключается также в тиражировании технологий высокого качества в другие лечебные учреждения. Хороший пример – «дочки» Регионального сосудистого центра в городах края, пять первичных сосудистых отделений, чья борьба с сосудистыми катастрофами дает плоды.

Сегодня нам необходимы изменения внутри системы, например, усиление взаимодействия и понимания между уровнями оказания медицинской помощи. Это не только стандартизация лечебных процессов, внедрение КСГ, но и внимание к такому разделу, как медицинская документация.

И особенно к главному документу – истории болезни. В идеале она должна быть безупречной – с четкой классификацией диагнозов, стандартным обследованием и лечением, вдумчиво составленной выпиской.

Когда больной выписывается из краевой больницы по месту жительства, в выписке должны быть четкие и адекватные рекомендации, понятные и осуществимые лечащими врачами на местах. Это же касается списка назначаемых препаратов. Врач должен понимать пациента, чувствовать его возможности, разговаривать, советоваться, в нем должно быть сильно патерналистское начало.

Наверное, это и есть один из важнейших критериев оказания качественной медицинской помощи.

ЮБИЛЕЙ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С 20-ЛЕТИЕМ II ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ!

Одно из самых молодых хирургических отделений краевой клинической больницы день рождения отмечает 22 декабря. В 1995 году Красноярск стал третьим городом России, в котором открылось отделение эндокринной хирургии – после Москвы и Санкт-Петербурга.

К созданию отделения приложил руку отличный хирург, ученый и яркий человек – заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 КГМА Александр Генрихович Швецкий.

Первым заведующим отделением был назначен П. И. Младенцев. Первых пациентов оперировали А. М. Курляндский, Д. А. Чепрасов, Г. С. Чехотовская, С. В. Гвоздикив, О. В. Крашенинников, А. В. Маслеников.

П. И. Младенцева на посту заведующего сменил О. В. Крашенинников, с 2005 по 2012 год отделением заведовал В. А. Маньковский, а с сентября 2012-го по сегодняшний день руководит командой молодых талантливых врачей Дмитрий Павлович Евдокимов.

В последние три года отделение эндокринной хирургии на подъеме. Благодаря оснащению, полученному по программе модернизации, внедряются инновационные хирургические технологии. Именно в эндокринном хирургическом отделении произошло историческое событие – в марте 2014 года здесь впервые в истории краевой медицины состоялась пересадка донорской почки.

Кому помогают в отделении эндокринной хирургии

На базе отделения специалисты выполняют весь комплекс современных хирургических вмешательств:

- при заболеваниях щитовидной железы;
- при заболеваниях паращитовидных желез;
- при опухолях надпочечников;
- при желчнокаменной болезни;
- при инсулиномах (гормонально активные опухоли поджелудочной железы).

На щитовидной железе выполняется 650-700 операций в год. Это в основном пациенты, страдающие эутиреоидным зобом, а также токсическим зобом и раком щитовидной железы.

Если 20 лет назад преимущественно выполняли резекции щитовидной железы под местной анестезией, то сегодня в основном произ-

водятся патогенетически обоснованные тиреоидэктомии под общим наркозом с применением современного электрохирургического, ультразвукового, микрохирургического оборудования, приобретенного по программе модернизации. В случае необходимости используются операционная оптика и интраоперационная ультразвуковая навигация.

К услугам хирургов цитологическая лаборатория, которая проводит пациентам срочное интраоперационное цитологическое исследование (при необходимости – и срочное гистологическое).

Одним из принципов современных вмешательств на щитовидной железе является обязательная интраоперационная визуализация гор-танных нервов и паращитовидных желез.

Совершенствование техники операций снизило уровень послеоперационных осложнений до 1,2%. Это соответствует показателям ведущих клиник России.

Ежегодно в отделении выполняется 40-50 операций **на паращитовидных железах** – при первичном и вторичном гиперпаратиреозе. Операции проводятся при обязательном интраоперационном определении паратгормона.

С 2013 года в отделении осуществляется хирургическое лечение вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с терминальной стадией ХПН.

У больных, находящихся на хроническом программном гемодиализе, развивается клинический синдром с характерными симптомами нарушения костного и минерального обмена, обусловленными избыточной секрецией паратгормона.



Дмитрий Евдокимов



Элина Лукичева





Коллектив II ХО, 2015 год

Субтотальная паратиреоидэктомия либо тотальная паратиреоидэктомия с аутоотрансплантацией части паращитовидной железы в предплечье позволяет достичь оптимальной концентрации паратгормона, нормализовать содержание кальция и фосфора в крови, ликвидировать кожный зуд, уменьшить мышечную слабость, предотвратить появление патологических переломов, снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

С каждым годом в популяции выявляется все большее количество **опухолей надпочечников**. В отделении эндокринной хирургии оказывают помощь пациентам с болезнью и синдромом Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, андростеромами, альдостеромами, инцеденталомами.

Еще несколько лет назад адреналэктомия производилась из травматичного торакофренолюмботомического доступа. С 2013 года в клиническую практику внедрены лапароскопические операции при опухолях надпочечников.

Лапароскопическая адреналэктомия — малотравматичный метод, срок госпитализации при нем составляет всего 6-8 койко-дней (при открытых операциях — 18 койко-дней).

Лапароскопические операции применяются и при лечении патологии **поджелудочной железы**, в частности, при инсулиноме.

Еще недавно пациенты, страдающие инсулиномой, для проведения лапароскопических операций направлялись в центральные клиники РФ, а сегодня на базе II хирургического отделения уже выполнено три лапароскопических операции при инсулиномах различной локализации. Выполнение подобных операций было бы невозможно без использования лапароскопического УЗИ датчика.

Второй год трансплантологии

Подготовка к первой пересадке почки в краевой клинической больнице длилась два года, в нее было вовлечено множество служб и специалистов.

Первые две исторические пересадки провел московский профессор, д.м.н. Ян Геннадьевич Мойсюк, последующие 13 — наши хирурги. Трансплантация — всегда коллективный труд. За пациента несут от-

ветственность хирурги, уролог, сосудистый хирург, нефролог, анестезиолог, трансплант-координатор, врачи-лаборанты, врач-гистолог. Но все же основная нагрузка лежит на II хирургическом отделении, где не только производится пересадка почки, но и ведется лист ожидания, проходит послеоперационный период этих особенных, редких пациентов. Также осуществляется мониторинг на амбулаторном этапе после выписки. Пациенты с трансплантатами — в надежных руках замечательного нефролога Эллины Викторовны Лукичевой. Она ведет лист ожидания и борется за скорейшее восстановление «непростых» пациентов.

Врачи II хирургии справляются с задачей — трансплантация очень быстро встала «на рельсы», и общественность уже не особо удивляет факт, что в краевой больнице пациентам с терминальной почечной недостаточностью дарят счастье жить без привязки к аппарату искусственной почки.

— Непосредственно операция пересадки донорской почки не является очень сложной, — говорит заведующий II хирургическим отделением Дмитрий Евдокимов. — Во всех 15 случаях трансплантации технически операции прошли успешно, но в послеоперационном периоде, к сожалению, не всегда удается избежать осложнений. На сегодня мы наблюдаем 12 наших пациентов с функционирующим почечным трансплантатом.

Сегодня центры трансплантации работают в 24 регионах России. То, что Красноярский край в их числе, — огромный успех краевого здравоохранения. Очень важно не останавливаться на достигнутом, развивать донорство.

В планах краевой больницы — стабильное выполнение 20 и более пересадок почки в год, внедрение родственной трансплантации почки, увеличение количества донорских баз за счет ЦРБ. Кроме того, наши врачи технически и интеллектуально готовы внедрить трансплантацию печени и сердца.

Трансплантация в Красноярском крае, несомненно, будет развиваться, но честь первопроходцев навсегда останется за краевой больницей и, в частности, за хирургическим отделением № 2.

Кадры решают все

В отделении уделяется большое внимание образованию сотрудников. В 2013–2015 годах врачи отделения проходили обучение с получением сертификатов в ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова», Санкт-Петербург (хирургия щитовидной и паращитовидных желез); в ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» (первичная специализация по онкологии); в учебном центре IRCAD, Страсбург, Франция (лапароскопическая хирургия при заболеваниях надпочечников); в учебном центре Джонсон, Казань (базовые мануальные навыки лапароскопической хирургии).

Наряду с врачами пациентам во II хирургическом отделении помогает квалифицированный средний персонал под руководством старшей медсестры Натальи Николаевны Варламовой, работающей с первого дня основания отделения.

Подарок к дню рождения

Эндокринная хирургия перспективна и развивается стремительно. Специалисты краевой клинической больницы не отстают от отечественных и зарубежных коллег во внедрении новых технологий.

Вот и накануне 20-летия в отделении проведено новое оперативное вмешательство: видеоассистированная паратиреоидэктомия. Это малотравматичная, ювелирно точная операция, при которой патологически измененная паращитовидная железа удаляется с помощью эндовидеохирургического оборудования, через небольшой разрез.

Редакция журнала «Первая краевая» поздравляет коллег из отделения II хирургии с юбилеем! Желаем молодой команде врачей и медицинских сестер больших профессиональных побед.

КАЧЕСТВО

ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ ПОДХОДОВ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ КГБУЗ «ККБ»

*В. М. Симакова, И. В. Демко, Л. Н. Свищерская,
В. Т. Хендогина, Ф. П. Чавкунькин
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Качество оказания медицинской помощи в последнее время стало вопросом государственной стратегии обеспечения национальной безопасности и здоровья нации (Указ Президента РФ от 12.05.2009 г. № 537 п. 6 здравоохранение).

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» дает следующее определение качеству медицинской помощи (ст. 2): качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [4].

Всемирная организация здравоохранения понимает под качеством медицинской помощи совокупность свойств и характеристик медицинских услуг, которые определяют их способность удовлетворять предполагаемые потребности пациента.

В 1983 году рабочая группа ВОЗ определила программу обеспечения качества медицинской помощи, конечной целью которой явля-

ся улучшение деятельности системы медико-санитарной помощи на основе охраны здоровья и обеспечения удовлетворения потребностей пациентов. Была поставлена цель (34-й сессией Европейского регионального бюро ВОЗ, 1984 г.) создания к 1990 году эффективных механизмов, обеспечивающих качество обслуживания пациентов.

Согласно критериям ВОЗ качественной должна считаться медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, при достижении удовлетворенности пациента. Качество помощи определяется квалификацией врача, оптимальностью использования ресурсов, удовлетворенностью пациента от его взаимодействия с системой оказания помощи. В статье 10 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» понятия «доступность» и «качество медицинской помощи» рассматриваются совместно [4].

Управление качеством и безопасностью медицинской помощи — это процесс выявления нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии,

степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи (согласно определению Ф3 от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») [5].

Система контроля качества медицинской помощи в РФ представлена ведомственным контролем, в том числе внутренним; вневедомственным государственным контролем (Росздравнадзор), вневедомственным негосударственным контролем (страховые организации), судебно-экспертным (судебно-медицинский) контролем [1, 3].

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждений здравоохранения, врачебными комиссиями, экспертами качества. Объем работы врачебных комиссий в области экспертизы качества медицинской помощи определяется локальными нормативными актами.

Консультативно-диагностическая поликлиника КГБУЗ «Краевая клиническая больница» занимает особое место среди амбулаторно-поликлинических учреждений края. Здесь консультируются больные по направлениям лечащих врачей, которым в силу различных причин не была оказана медицинская помощь на местах в полном объеме.

С каждым годом увеличивается процент направляемых пациентов для уточнения диагноза, поэтому в консультативно-диагностической поликлинике предъявляются особые требования к установленному диагнозу. Он должен быть максимально развернутым, соответствовать современным классификациям с указанием стадии заболевания, локализации патологического процесса, в нем должны быть отражены степень нарушения функций органов и систем, наличие осложнений и др.

Основными задачами поликлиники при краевой клинической больнице в соответствии с Приказом МЗ РФ от 13.01.1995 г. № 6 «Об



утверждении положений о республиканской (краевой, областной, окружной) больнице и о медицинском диагностическом центре» является обеспечение качественной специализированной консультативной медицинской помощи населению Красноярского края.

Критерии доступности и качества медицинской помощи устанавливаются Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Определены следующие критерии качества медицинской помощи: удовлетворенность населения медицинской помощью (в процентах от числа опрошенных); число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом (на 100 тысяч населения); число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (на 10 тысяч населения соответствующего возраста); смертность населения (на 1000 населения); смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тысяч населения соответствующего возраста); смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий (на 100 тысяч населения); материнская смертность (на 100 тысяч родившихся живыми); младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми); охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза (в процентах) и другие [2].

Однако эти критерии носят общий характер и слабо применимы для определения качества оказания медицинской помощи в конкретном медицинском учреждении, у конкретного врача, конкретному больному.

Основные параметры системы качества оказания специализированной медицинской помощи оценивались через адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, результативность, эффективность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожидание и потребность.

На момент начала проведения внутренней экспертизы качества официальных критериев оценки эффективности деятельности врача в консультативной поликлинике краевого уровня разработано не было. Нами разработаны объективные индикаторы качества оказания консультативной помощи в поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Оценочные показатели сгруппированы в четыре группы: оценка диагноза, оценка набора диагностических мероприятий, оценка набора лечебно-оздоровительных мероприятий, оценка конечного результата с набором оценочных критериев в каждой группе от 4 до 17.

Учитывая особенности диагностического процесса и невозможность в консультативно-диагностической поликлинике определить оценку конечного результата, контроль качества медицинской по-

Таблица 1 Основные показатели работы консультативно-диагностической поликлиники					
Показатели	2014 г.	2013 г.	2012 г.	2011 г.	2010 г.
Количество штатных должностей	72,5	74,5	74,5	74,5	74,5
Количество специализированных приемов	54	57	57	60	56
Всего посещений	257 778	280 635	273 576	295 865	293 471
Кратность посещений на одну консультацию	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5
Количество проконсультированных больных	73 192	81 525	81 997	86 020	90 282
Городского населения %, в т.ч.:					
г. Красноярск	29,4	31,8	31,9	36,3	36,5
сельского населения, %	22	21,7	24,9	24,8	26,2
Сроки обследования больных:					
1 день	67,8	66,8	71,7	67,5	71,2
2 дня	2,5	2,4	0,1	2,3	0,4
3 дня	2,4	2,5	0,2	2,6	0,3
свыше 3 дней	27,2	28,3	27,9	27,6	27,4
Количество посещений в смену	652,2	701,6	683,9	739,7	733,7

Таблица 2 Реестр введения информации по контролю качества консультативной поликлиники						
Врач-эксперт _____			Дата экспертизы _____ 20__ г			
(ФИО)						
Специ- альность врача	ФИО врача	№ амбула- торной карты	ФИО больного	Район прожи- вания	Причины снижения УКК	
					Пункты	Весовое зна- чение (балл)

мощи специалистов разных профилей осуществлялся методом экспертной оценки лечебно-диагностических мероприятий в каждом конкретном случае с интегральной оценкой значимых составляющих формулы, предложенной министерством здравоохранения Красноярского края, но адаптированной нами к условиям консультативно-диагностической поликлиники.

Разработанные индикаторы качества оценочной шкалы УКК (уровень качества консультации) были разделены на четыре значимые для консультативной поликлиники показателя: ОД (оценка диагноза), ОДМ (оценка диагностических мероприятий), ОЛМ (оценка рекомендованных лечебных мероприятий) с контролем рекомендаций больным, полноты догоспитального обследования больных, оформление медицинской документации и др. Качество деятельности в целом и ее основных разделов оценивалось количественно.

Для количественной оценки качества медицинской помощи было предложено использовать среднюю величину, выраженную от 0 до 1 балла, так называемый коэффициент соответствия, который подсчитывался по формуле:

$$УКК = \frac{0,6 \times ОДМ + 0,4 \times ОД + 0,6 \times ОЛМ + 0,4 \times ОКР}{2} = 1,0$$

Вместо формулы УКЛ (уровень качества лечения), предложенной МЗ Красноярского края:

$$УКЛ = \frac{0,5 \times ОДМ + 0,1 \times ОД + 0,4 \times ОЛМ + ОК}{200} = 1,0$$

Оптимальный уровень качества при проведении внутреннего контроля был принят за 1,0 [1]. Показатель ОЛМ (оценка лечебных мероприятий) оценивался с учетом принципов клинической фармакологии и доказательной медицины.

Ежегодное количество посещений в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» составляет от 257 778 до 295 865. Некоторое снижение числа посещений в 2013

году (на 7,9% по сравнению с 2012 годом) обусловлено началом работы поликлиники по дистанционной оценке качества направительной документации пациентов. По результатам дистанционной оценки направительной документации определялась необходимость очного консультирования, оптимальный маршрут пациента при необходимости очного консультирования, проводились заочные консультации.

Согласно разработанному нами Положению о системе контроля качества медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «ККБ» осуществляются следующие уровни контроля.

1-й уровень контроля качества консультативной помощи осуществляется заведующими профильными клиническими отделениями и заведующими диагностическими службами при проведении дополнительных методов исследований. Он является ведущим в повышении профессионализма специалистов.

2-й уровень – врачи-эксперты. На этом уровне контроля проводится анализ по различным направлениям, своевременно выявляются отдельные дефекты, а также принципиальные тактические и стратегические ошибки, что позволяет установить причинно-следственные связи и выработать мероприятия по их устранению.

3-й уровень выполняется подкомиссией врачебной комиссией больницы по контролю качества специализированной медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике, которая подводит итоги работы всех уровней и при необходимости определяет штрафные санкции, проводит разбор жалоб пациентов.

Экспертные случаи заносятся в соответствующую разработанную нами таблицу.

Первому уровню контроля качества консультативной помощи в среднем подвергается до 5% медицинских карт амбулаторного больного от общего количества законченных консультаций. Уровень качества консультативной (УКК) помощи в целом за последние пять лет остается высоким и составляет 0,97.

Экспертиза второго уровня проводится в среднем по 3% медицинских карт амбулаторного больного от общего количества законченных консультаций, в том числе по профилям.

Показатель УКК второго уровня ниже среднего 0,97 по поликлинике имеют хирургические профили: колопроктология, кардиохирургия, нейрохирургия, урология, ЛОР, стоматология-ортопедия, травматология, комбустиология, гнойная хирургия, сосудистая хирургия, хирургия-гастроэнтерология, ортопедия, торакальная хирургия.

На консультативном приеме в поликлинике основные дефекты связаны с недостатками оформления первичной медицинской документации по причине небрежности, невнимательности, иногда усталости врача. На этапе сбора информации это недостатки расспроса пациента, в результате неполное описание жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни; недостатки обследования пациента, в том числе физикального исследования, а иногда и отсутствие в медицинской карте данных диагностических исследований.

Таблица 3						
		2014 г.		2013 г.		2012 г.
Профиль:	Количество медицинских карт	УКК	Количество медицинских карт	УКК	Количество медицинских карт	УКК
хирургический	983	0,96	1039	0,95	1207	0,95
терапевтический	2371	0,97	1574	0,97	1899	0,97
эндокринологический	651	0,99	679	0,99	875	0,99
стоматологический	305	0,99	451	0,99	549	0,98
Всего	4310	0,97	3743	0,97	4530	0,97

На этапе постановки диагноза — замечания по формулировке, полноте, обоснованию основного диагноза и сопутствующей патологии. На этапе лечения или выдачи рекомендаций по лечению лечащему врачу пациента — отсутствие или неполные профилактические и реабилитационные мероприятия, назначение лекарственных препаратов не в международных непатентованных наименованиях, а в торговых, не указывается доза, кратность, длительность приема препарата.

Учитывая, что в последнее десятилетие центр тяжести оказания медицинской помощи перемещается со стационарного на поликлинический этап, при проведении экспертизы качества в условиях консультативно-диагностической поликлиники нами уделялось наибольшее внимание экспертизе качества обследования и лечения в территориальных поликлиниках.

При проведении внутренней экспертизы было введено такое требование, как обоснование заключительного диагноза, который выставляется больному при последнем посещении. Обоснование диагноза позволяет сконцентрировать ведущие синдромы заболевания, интерпретировать данные дополнительных методов исследования и, в конечном счете, дать оптимальные рекомендации по лечению.

Вместе с врачами-консультантами обсуждаются недостатки в ведении больных, принимается решение, направленное на их устранение (учеба, усовершенствование, организационные мероприятия). На заседания комиссии приглашаются врачи-консультанты и заведующие профильными отделениями, разбираются конкретные дефекты по медицинским картам амбулаторных больных.

Такие разборы наиболее эффективны, так как врачи учитывают свои ошибки. Заведующие отделениями при проведении УКК первого уровня обращают внимание на замечания, сделанные на комиссии второго уровня. Часто на заседания комиссии приглашаются заведующие диагностическими службами. Коллективное обсуждение ошибок позволяет в дальнейшем избежать их, кроме того, складывается алгоритм работы врача-консультанта в свете современных требований. Приглашение на заседания комиссии заведующих клиническими и параклиническими отделениями способствует оперативному решению многих организационных вопросов по взаимодействию служб.

Для проведения более углубленного анализа рекомендуемой медикаментозной терапии к экспертной работе привлекаются врачи-фармакологи отдела клинической фармакологии и стандартизации больницы.

В целях проведения наиболее качественной и квалифицированной экспертизы качества консультативной помощи с 1998 года введены должности врачей-экспертов, которые осуществляют экспертизу второго уровня контроля. В поликлинике экспертизу качества консультативной помощи проводят по профилям: хирургический, терапевтический, стоматологический, эндокринологический.

В 2009 году была разработана программа АСУ «Контроль качества консультативного приема». Программа позволяет проводить оценку качества консультативного приема по поликлинике в целом, по количеству экспертиз, по каждому врачу, по заведующим отделениями, по врачам-экспертам; анализ качества медицинской помощи в зависимости от стажа и квалификационной категории специалиста.

Одной из форм контроля является целевая экспертиза, направленная на решение определенной проблемы. Например, проведение анализа оказания консультативно-диагностической помощи больным с язвенной болезнью желудка и ДПК выявило ошибки на уровне ди-

агностики — при проведении эндоскопических методов исследования, взаимодействии целого ряда служб: терапевтической, хирургической, патологоанатомической, при проведении цитологического анализа и биопсии.

Результаты этого анализа обсуждались на комиссии второго и третьего уровней контроля, общепланерных совещаниях врачей. Проведение таких целевых тематических экспертиз являются более эффективными и результативными, чем выборочный контроль, и позволяют провести комплексный анализ работы различных служб.

С 2014 года в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» внедряется медицинская информационная система QMS, один из разделов которой — ведение электронной медицинской карты стационарного и амбулаторного больного. Внедрение медицинской информационной системы QMS позволит более полно и качественно вести медицинскую документацию.

Выводы

Результаты проведенной нами экспертизы качества в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» свидетельствуют, что объективным инструментом оценки должны быть индикаторы качества, разработанные с учетом оказываемой медицинской помощи.

Система внутриведомственного контроля качества в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» достаточно эффективна в вопросах клинической экспертизы качества оказания медицинской помощи и позволяет:

- определить уровень качества оказания консультативной медицинской помощи;
- выявить причины некачественно проведенных консультаций по специалистам и конкретным врачам с целью применения мер по их устранению;
- сокращает время проведения экспертизы;
- способствует повышению уровня оказываемой лечебно-диагностической помощи.

Литература

1. «О системе управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в части контроля объемов, сроков и качества в условиях предоставления медицинской помощи в Красноярском крае и внутреннего контроля» // Методические рекомендации, МЗ Красноярского края Красноярск, 2011. — 184 с.
2. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (электронный ресурс). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.12.2014 г.).
3. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (электронный ресурс). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.12.2014 г.).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (электронный ресурс). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.12.2014 г.).
5. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (электронный ресурс). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.12.2014 г.).

ГОЛОЛЕД И ПЕРЕЛОМ – СИНОНИМЫ

По профилактике и лечению зимних травм читателей «ПК» консультирует хирург-травматолог Алексей Мыльников

О гололеде врачи-травматологи узнают не из погодных сводок, а по возрастанию количества пациентов – примерно на треть. Травмированных можно условно поделить на два потока – пешеходы и автомобилисты.

Пешеходы

Падают на скользких зимних дорогах люди всех возрастов, но наибольшая опасность подстерегает женщин старше 45 лет, страдающих остеопорозом. Тяжелые высокоэнергетические переломы получают дети – на горках, при падении с гаражей, в зимних ДТП.

Наиболее частая травма на гололеде – перелом лодыжки, медиальной или латеральной. Происходит при резкой ротации стопы.

Алексей Мыльников:

– При фиксации перелома лодыжки гипсом специалист должен учитывать нарастание отека и риск возникновения миофасциального компартмент-синдрома. Как минимум пациенту должны быть выданы подробные рекомендации: большую часть времени дома держать поврежденную конечность выше головы, принимать антикоагулянты непрямого действия – «Продакса», «Ксарелто».

И не надо назначать контрольный прием через неделю – врач должен увидеть пациента в течение ближайших двух суток.

Пациентов с переломом лодыжки лучше лечить стационарно.

На втором месте по частоте – перелом проксимального бедра (шейки бедра). Это травма старых людей, часто случается при падении со скользкой лестницы.

Алексей Мыльников:

– Перелом шейки бедра – прямое показание для госпитализации.

На третьем месте – перелом лучевой кости в типичном месте. При падении люди рефлекторно пытаются опереться на руки, лучевая кость не выдерживает резкой компрессии.

Алексей Мыльников:

– Диагноз не вызывает затруднений – меняется конфигурация лучезапястного сустава, сильная боль, отек, вынужденное положение кисти. Золотой стандарт обследования – R-графия, осмотр, фиксация перелома. При многооскольчатых переломах показано лечение в условиях стационара.

На четвертом месте – перелом шейки плеча. Случается при падении с опорой на руку. Перелом «женский» – часто обусловлен остеопорозом.

Алексей Мыльников:

– Диагноз ставится рентгенологически. При осмотре – сильная боль и невозможность поднять руку, гематома в месте перелома. Прямое показание к госпитализации.

Автомобилисты и пассажиры

Рост ДТП зимой связан с увеличением тормозного пути и несоблюдением скоростного режима.

Алексей Мыльников:

– Автотравмы в зимний период редко бывают изолированными, они всегда сложные, сочетанные, плюс риск переохлаждения, если авария произошла на трассе.

Мне помнится пациент, который горел в машине. Автомобиль перевернулся на трассе, у водителя был перелом голени и бедра, кроме того, ожог бедра. К счастью, пострадавшего быстро вытащили из горя-



Перелом лодыжки – главная зимняя травма.

щей машины и доставили в стационар. Стоял вопрос об ампутации, но нам удалось спасти ему ногу.

Советы пациентам

Из классических рекомендаций: удобная, желательно шипованная обувь, средства дополнительной опоры для пожилых людей (палка – тоже шипованная), конечно, бдительность.

Алексей Мыльников:

– У травматологов есть выражение «каскад переломов» – это частые переломы, связанные с остеопорозом. Переломы при падении с высоты своего роста – верный признак повышенной хрупкости костей. Сотрудники травмпунктов знают, что есть категория пациентов, которая поступает к ним практически каждую зиму.

Таким людям необходимо непременно обследоваться на наличие остеопороза. В питании обязательно должны быть продукты с высоким содержанием кальция. И очень важно: прочность костей напрямую зависит от объема движений. Занимайтесь спортом, гимнастикой – независимо от возраста.

Кроме того, ортопедические салоны Красноярска предлагают гражданам современные технологичные средства иммобилизации, которые позволят пережить зиму без травм: ортезы, бандажи, корсеты, ортопедические стельки. Даже постановка стопы влияет на походку и равновесие.

Если же травма произошла, правильно подобранные ортезы сократят период реабилитации, сделают его комфортным.

Особо рекомендуется воспользоваться ортопедическими приспособлениями женщинам, страдающим остеопорозом (после 40 лет), и пожилым людям.



Перелом луча в типичном месте. Возникает в падении при опоре на руку.

Советы врачам

При амбулаторном лечении переломов, кроме динамического наблюдения, **Алексей Мыльников** рекомендует:

– Надо оценивать повреждение не только костных тканей, но и мягких – учитывать наличие гематом, отека. Важна бережная иммобилизация конечностей – прокладка между кожей и гипсом как профилактика эпидермальных пузырей, инфицирования. При первом посещении внимательно выслушивайте жалобы на возможное онемение и оцените состояние мягких тканей. Ошибка врача, невнимательность к пациенту может привести к ампутации.

5% скидка
предъявителю

МЕДИНСТАП
ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ САЛОНЫ

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР ИЗДЕЛИЙ

Красноярск

Красноярск, ул. П. Железняк, 3а/1,
тел. +7 (391) 217 80 48
(ост. «Краевая больница»)

Красноярск

Красноярск, ул. Молокова, 19,
тел. +7 (391) 217 97 20
(автобус № 20,
ост. «Краевая» – ост. «Подстанция»)

Красноярск

Красноярск, ул. К. Маркса, 137,
тел. +7 (391) 217 80 20
(напротив ЦУМа)

Железногорск

Железногорск, ул. Ленина, 40,
тел. +7 (3919) 74 55 65
(рядом с магазином «Аквариум»)

ПОЗВОНОЧНИК

В/КОНЕЧНОСТИ

Н/КОНЕЧНОСТИ

СТЕЛКИ, ПЕЛОТЫ, ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ СТОП

ВЫРЕЖИ И СОХРАНИ

Приводим аргументы в пользу вакцинации!

Если у вашего пациента:

- хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ);
- сердечно-сосудистое заболевание;
- сахарный диабет.

Необходимо убедить его сделать необходимые прививки, чтобы защититься от пневмококковой инфекции, гриппа, дифтерии и столбняка.

Расскажите пациенту, что такое пневмококковая инфекция.

Пневмококковая инфекция вызывается бактерией *Streptococcus pneumoniae*, которая может проникать:

- в легкие (развивается пневмония или пневмония с бактериемией);
- в ткани, окружающие головной и спинной мозг (возникает менингит);
- в кровь (развивается бактериемия или сепсис).

Пневмококковая инфекция легко передается от человека к человеку при физическом контакте, кашле или чихании.

Симптомы могут включать озноб, боль в грудной клетке, влажный кашель, одышку, учащенное дыхание.

Даже при пневмонии легкой степени тяжести у большинства пациентов симптомы сохраняются более 28 дней – болезнь украдет из вашей жизни целый месяц, и

это в лучшем случае. Пневмококковая инфекция часто приводит к госпитализации и даже смерти.

Объясните пациенту, чем он рискует.

Если у вас ХОБЛ, риск развития пневмококковой пневмонии повышается в 9,8 раза, а риск смерти от пневмококковой инфекции – почти в 2 раза выше по сравнению с теми, кто не болен ХОБЛ.

Если у вас сердечно-сосудистое заболевание, риск развития пневмококковой пневмонии повышается в 4,2 раза, а риск смерти от пневмококковой инфекции – почти в 3 раза выше по сравнению с теми, кто не болен сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Если у вас сахарный диабет, риск развития пневмококковой пневмонии повышается в 3 раза.

С возрастом растет риск серьезных инфекций за счет снижения способности организма бороться с микробами.

По данным Всемирной организации здравоохранения пневмококковая инфекция – одна из ведущих причин смерти, но ее можно предотвратить вакцинацией.

Если у вас ХОБЛ, сердечно-сосудистое заболевание или сахарный диабет, и вам более 65 лет, у вас как минимум два серьезных фактора риска – хроническое заболевание и пожилой возраст.

Для вас вакцинация особенно важна!

Памятка врачу: кого прививают против пневмококковой инфекции в России.

Вакцинации подлежат дети:

- первого года жизни с 2-месячного возраста;
- младшего дошкольного возраста от 2 до 5 лет;
- юноши, подлежащие призыву на военную службу.

Вакцинация взрослых:

- подлежат все люди в возрасте старше 65 лет;
- вакцинация всегда начинается с ПКВ13 – это вакцина которая защищает от 13 типов пневмококковых бактерий;
- после обязательной дозы ПКВ13 проводится вакцинация ППВ23 – благодаря этой прививке вырабатывается иммунитет против 23 штаммов пневмококка;
- даже если пациент ранее вакцинирован ППВ23, ему необходима одна доза ПКВ13;
- временной интервал между ПКВ13 и ППВ23 в зависимости от стартовой вакцины 6-12 мес., при этом между дозами ППВ23 – не менее 5 лет;
- взрослым, включая пациентов, ранее вакцинированных ППВ23, ПКВ13 вводят однократно. Необходимость ревакцинации не установлена;
- взрослым 18-50 лет из групп риска (хронические БОД, хронические болезни сердца, сахарный диабет, курильщики и т.д.) после вакцинации ПКВ13 рекомендуется введение одной дозы ППВ23, но не ранее чем через год после введения ПКВ.



Законодательство.

1. Федеральные клинические рекомендации «Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции (ПИ)» утверждены в МЗ РФ профильной комиссией по эпидемиологии 14.04.2015.
2. Приказ №125Н МЗ СР РФ от 21 марта 2014 г.



Клинический
Casus **extraordinarius**
случай

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ИСХОДА МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТА С РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Эта клиническая ситуация представляет интерес интеграцией работы врачей краевой клинической больницы двух профилей: урологов и колопроктологов, а также частотой операций, перенесенных пациентом за короткий промежуток времени.

В декабре 2014 года больной А. 60 лет поступил на стационарное лечение в первое хирургическое отделение краевой клинической больницы по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости. При поступлении предъявлял жалобы на вздутие, боли в животе, тошноту, затруднение отхождения газов.

За месяц до госпитализации в IXO находился на обследовании в краевом противотуберкулезном диспансере по поводу обострения хронического пиелонефрита, хронической почечной недостаточности, стента правого мочеточника. С 18 декабря стали беспокоить тошнота, рвота, вздутие живота. Рентгенографически подтвердилась картина кишечной непроходимости. Для дальнейшего лечения пациент срочно транспортирован в ККБ.

Из анамнеза заболевания

В 2004 году пациент был прооперирован по поводу рака мочевого пузыря. Произведена радикальная цистэктомия с энтеропластикой – сформирован мочевой пузырь из тонкой кишки. Через две недели повторно прооперирован в связи с острой спаечной кишечной непроходимостью терминального отдела подвздошной кишки.

В 2005 году у пациента развился пионефроз – в урологическом отделении КГБУЗ ККБ произведена нефрэктомия слева. В дальнейшем неоднократно лечился у уролога по месту жительства по поводу пиелонефрита единственной правой почки, стриктуры уретры.

В 2011 году перенес операцию ЧПНС справа.

В 2012 году на базе краевой клинической больницы произведена антеградная фибропиелоуретероскопия справа, стентирование правого мочеточника, внутренняя оптическая уретеротомия, повторное стентирование мочеточника, ТУР-коррекция шейки мочевого пузыря.

В 2013 году – бужирование уретры по поводу острой задержки мочи, перкутанная нефростомия справа, уретероскопия, бужирование, стентирование правого мочеточника.

В феврале 2014 года рестентирован правый мочеточник.

При осмотре в момент поступления в декабре 2014 года отмечалось вздутие живота, болезненность по всем отделам, больше в мезогастррии, ослабление перистальтики кишечника.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – единичные уровни жидкости в центральных отделах. Бариевая взвесь в расширенных петлях тонкой кишки. Не исключалось небольшое количество в нисходящем отделе толстой кишки.

На следующий день, 20 декабря, пациенту проведена срочная операция.

Протокол операции: под общим наркозом проведена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружен серозный выпот.

При ревизии в брюшной полости выраженный спаечный процесс. С техническими трудностями, тупым и острым путем сращения рассечены, освобожден большой сальник. Обнаружен также выраженный спаечный процесс с формированием плотных плоскостных сращений и по типу «двухстволки». Сращения разделены острым и тупым путем. В полости малого таза выраженный спаечный конгломерат с вовлечением нескольких петель тонкой кишки, паравезикальной клетчатки, слепой кишки, передней брюшной стенки. Терминальный отдел тонкой кишки в области илеоцекального угла спаившийся.

С техническими трудностями, в основном остро, произведена попытка разделения спаечного процесса в полости малого таза. При разделении грубых рубцовых сращений вскрыта полость ранее сформированного мочевого пузыря с дефектом до шести сантиметров.

Дефект мочевого пузыря был ушит, а больному наложена илеостомы: тонкая кишка пересечена в 20 сантиметрах от спаечного процесса и выведена на кожу в правом мезогастррии.

На следующий день, 21 декабря, в связи с ухудшением состояния пациента и несостоятельностью илеостомы проведена релапаротомия, реконструкция илеостомы.

В послеоперационном периоде пациенту проводилась антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия.

Ввиду наличия уретерогидронефроза единственной правой почки, 24 декабря выполнена ЧПНС справа: под местной анестезией и УЗ-контролем уролог В. С. Галич произвел пункцию правой почки через нижнюю чашечку. В почку проведена струна-проводник, по которой установлена нефростома.

Послеоперационный период протекал тяжело: выявлено нагноение срединной лапаротомной раны, несостоятельность кожных швов на илеостоме.

26 декабря выявлена нозокомиальная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Изменена антибактериальная терапия, проводилась санация лапаротомной раны. На фоне лечения явления пневмонии разрешились, лапаротомная рана очистилась.

4 января 2015 года пациент перенес четвертое за месяц оперативное вмешательство – лапаротомная рана санирована и дренирована, наложены вторичные швы.

В динамике отмечались явления нарушения водно-электролитного баланса, проводилась его коррекция.

На фоне лечения пациент пошел на поправку и выписан под наблюдение по месту жительства, но уже в третьей декаде февраля поступил в урологическое отделение краевой клинической больницы на пятую плановую операцию по рестентированию правого инфицированного мочеточника.

20 февраля с применением цистоскопа из мочевого пузыря был удален инкрустированный стент, проведено рестентирование правого мочеточника стентом длительной имплантации под рентгенконтролем.

лем. Проксимальный конец стента установлен строго в лоханку правой почки.

После улучшения состояния до удовлетворительного выписан на амбулаторное лечение с гранулирующей раной передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца.

13 апреля А. обратился к проктологу с жалобами на наличие кишечной стомы в правой подвздошной области, нефростомы справа, грыжевидного выпячивания в области срединного лапаротомного рубца.

При осмотре живот мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области определяется концевая илеостома без воспалительных изменений. В области срединной лапаротомной раны отмечается грыжевидное выпячивание 20х18 см, вправляемое в брюшную полость. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. По результатам обследования был выявлен неполный внутренний резервуаротонкокишечный свищ.

Пациенту назначена плановая операция по закрытию илеостомы.

В июне 2015 года пациент поступил на плановую операцию в отделение проктологии краевой больницы с диагнозом одностольная илеостома, послеоперационная вентральная грыжа. Единственная правая почка, функционирующая нефростома.

8 июня пациенту проведено шестое по счету оперативное вмешательство: герниолапаротомия, отключение участка тонкой кишки несущей внутренний резервуаротонкокишечный свищ, снятие одностольной илеостомы, наложение прецизионного илеоилеоанастомоза «конец в конец», аппендэктомия, герниопластика сетчатым трансплантатом в позицию in lay, аспирационное дренирование брюшной полости.

В ходе операции, длившейся более пяти часов, хирург-колопроктолог С. Г. Слабнин иссек старый послеоперационный рубец вместе с пупком. В брюшной полости обнаружен умеренный спаечный процесс. Выделен дистальный участок подвздошной кишки до уровня илеостомы, выделен купол слепой кишки, червеобразный отросток, илеоцекальный угол. Петля терминального отдела подвздошной кишки идет в малый таз, где определяется массивный спаечный процесс, там же выделена заглушенная культя подвздошной кишки.

Петля терминального отдела выделена на расстоянии 30 см, пересечена на зажимах, проксимальный конец заглушен обвивным и кисетным швами. Илеостома отсечена у брюшины со стороны брюш-

ной полости. Края кишки подготовлены для анастомоза. Проведено наложение прецизионного илеоилеоанастомоза «конец в конец». Анастомоз проверен на проходимость.

Произведена аппендэктомия с перевязкой брыжейки, перевязкой культи отростка и погружением ее в кисетный шов и Z-образный шов. Участок илеостомы на уровне передней брюшной стенки иссечен. Боковая лапаротомная рана ушита. Через контрапертуру в правой подвздошной области установлен дренаж. Выделены листки влагалища прямой мышцы живота. Дефект апоневроза составил 26х18 см. Внутренние листки апоневроза сведены между собой. На внутренний листок апоневроза уложен сетчатый трансплантат 30х30 см, фиксирован к наружному листку апоневроза.

Клинический диагноз при выписке: одностольная илеостома. Неполный внутренний резервуаротонкокишечный свищ. Спаечная болезнь брюшной полости. Послеоперационная вентральная грыжа W3M. Единственная правая почка. Функционирующая нефростома.

Седьмое оперативное вмешательство пациенту А. было проведено 3 июля 2015 года – уретроцистоскопия, удаление стента правой почки.

12 августа в урологическом отделении ККБ проведена восьмая по счету операция – антеградная видеопиелоуретероскопия, уретеротомия, стентирование правого мочеточника.

Уролог, к.м.н. М. А. Фирсов, после обработки поясничной области в области мочевого свища, по последнему провел видеопиелоскоп – в почку, а затем в мочеточник. При нисходящей уретерографии под визуальным и рентгенконтролем уретероскоп доведен до нижней трети мочеточника (пузыря часть), где выявлено сужение просвета до 2-3 мм. Через стриктуру проведена струна-проводник в мочевой пузырь. По ней под оптическим контролем произведена уретеротомия с бужированием просвета, после чего видеопиелоскоп проведен в мочевой пузырь. После извлечения видеопиелоскопа в мочеточник установлен стент. Нефростома восстановлена, фиксирована к коже двумя лигатурами.

Диагноз: стриктура нижней трети правого мочеточника.

10 сентября 2015 года пациенту А. была проведена девятая операция: лазерное рассечение стриктуры мочеточника, смена мочеточникового стента.

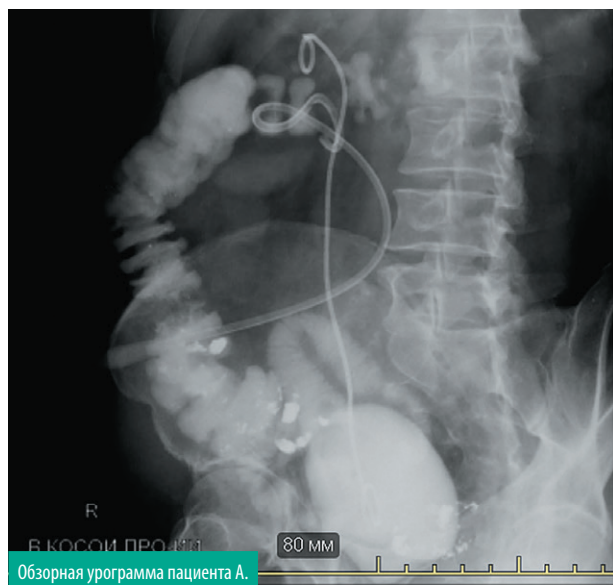
Описание операции: с помощью уретероскопа обнаружено место уретерорезервуарного анастомоза, определен дистальный конец мочеточникового стента. Проводниковая струна проведена вдоль стента в полостную систему почки. Под рентгенологическим контролем произведена смена мочеточникового стента после извлечения предыдущего.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан по месту жительства под наблюдение уролога.

Таким образом, менее чем за год, с декабря 2014 года по сентябрь 2015 года, пациент А. перенес девять оперативных вмешательств. С учетом анамнеза заболевания, с 2004 года А. перенес 16(!) операций. Он находится на инвалидности, не работает, но активен, обслуживает себя, выполняет все назначения врачей и очень мотивирован к жизни.

По мнению хирурга-колопроктолога С. Г. Слабнина, выполнившего пациенту А. сложную операцию по закрытию илеостомы и наложению тонкокишечного анастомоза, большую роль в выздоровлении таких тяжелых пациентов играет характер человека, а еще поддержка близких.

Можно дополнить доктора Слабнина: не меньшая заслуга в том, что пациент А. жив, принадлежит специалистам краевой больницы, которые умеют работать в команде.



СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ МИКРОАБСЦЕДИРОВАНИЯ ПЕЧЕНИ И КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

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

Описторхоз – заболевание из группы трематодозов, вызываемое паразитическими плоскими червями из рода *Opisthorchis* – *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*. Распространен на территориях, где люди потребляют в пищу малосолёную рыбу. В Сибири это преимущественно бассейн Оби и Иртыша. В структуре биогельминтозов в РФ на долю описторхоза приходится 74,4% заболеваемости.

В ранней стадии болезни ведущим патогенетическим фактором является развитие общей аллергической реакции в ответ на воздействие продуктов метаболизма, ферментов растущего паразита. В ее основе – развитие пролиферативных процессов в лимфатических узлах, селезенке, пролиферативно-экссудативных реакций в коже, слизистых оболочках дыхательных путей, пищеварительных органов (А. В. Лепехин с соавт., 1992; А. М. Бронштейн, А. К. Токмалоев, 2002).

Важную роль играет расстройство микроциркуляции и гипоксия с нарушением газообмена, прежде всего, в крови печени. Как следствие этих воздействий – развитие дистрофических процессов в печени, миокарде и других органах. Развитие органной патологии зависит от интенсивности заражения, а также наличия иммунологической толерантности у коренных жителей очагов, у которых острая фаза проходит легче, чем у «неиммунных», приехавших в очаг.

При описторхозной патологии можно выделить основные повреждающие факторы:

- Механический фактор связан с местным механическим воздействием описторхисов и зависит от количества их в печени, желчевыводящих путях, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы. Описторхисы повреждают стенки протоков своими присосками и щипиками. Паразиты вызывают образование множественных кровотокающих эрозий, захватывая и отрывая клетки эпителия присосками в процессе передвижений. В ответ на это слизистая протоков чрезмерно разрастается и перерождается. Такое состояние слизистой расценивается как предраковое.

- Аллергический фактор обусловлен присутствием описторхисов, которые вызывают аллергическую перестройку организма. У больных отмечаются аллергические кожные реакции (дерматит, экзема, псориаз), бронхиальная астма, аллергические суставные боли.

- Нервно-рефлекторный фактор объясняется тем, что скопившиеся описторхисы раздражают нервные рецепторы в протоках, вызывая боль. Это ведет к нарушению функций желудочно-кишечного тракта, возникновению хронических воспалительных процессов и дисбактериоза.

- Вторично-инфекционный фактор срабатывает, когда гельминты, их яйца, слизь, слущенный эпителий создают препятствия для оттока желчи и секрета, поэтому протоки расширяются. В них еще больше застаивается и сгущается желчь, присоединяются гнилостные

бактерии. Возникает длительное хроническое воспаление протоков. В ответ на хроническое воспаление разрастается рубцовая ткань вокруг протоков, инициируя предциррозное состояние.

- Общетоксический фактор связан с продуктами жизнедеятельности описторхисов. Для организма хозяина это токсин. Они пагубно действуют на все системы организма, нарушают гомеостаз. Страдают иммунная система, сердечно-сосудистая, нервная, эндокринная, мочеполовая, кровь и кроветворение (Д. Д. Яблоков, 1979; В. Е. Поляков, А. Я. Лысенко, 2003; А. В. Лепехин с соавт., 1992; А. М. Бронштейн, А. К. Токмалоев, 2002).

Во время описторхозной инвазии осложнения могут быть в виде гнойного воспаления протоков и желчного пузыря, абсцесса печени, разрыва кистозно-расширенных желчных протоков и желчного перитонита, острого воспаления поджелудочной железы – панкреатита, первичного рака печени и поджелудочной железы, цирроза.

Представляем вашему вниманию клинический случай развития микроабсцедирования печени и кист поджелудочной железы, ассоциированные с хроническим описторхозом.

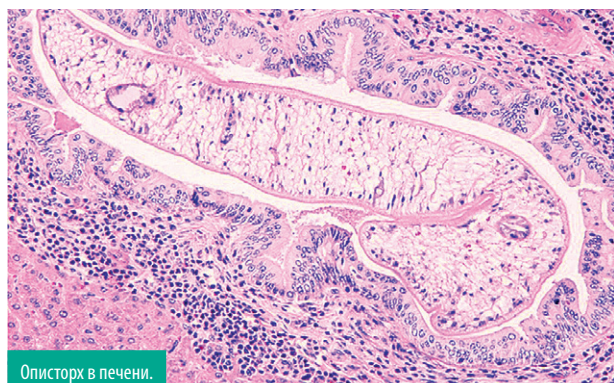
Больной М., 1977 года рождения, житель Ачинска, поступил в краевую клиническую больницу с жалобами на постоянные ноющие и приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, повышение температуры с ознобами до 37,4–38 градусов и резкое снижение веса на 14 кг за месяц.

Анамнез заболевания: считает себя больным с мая 2014 года, когда впервые появились приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину. Самостоятельно принимал найз, кетонал с некоторым временным эффектом.

С сентября 2014 года стал отмечать повышение температуры до 39 градусов с ознобами, которая держалась в течение 3–4 дней, затем через 7–8 дней вновь отмечался подъем температуры до фебрильных цифр. С октября 2013 года – постоянное повышение температуры до 37,4–38. При обследовании по месту жительства диагностирован правосторонний плеврит. Принимал антибактериальные препараты, эффекта не отмечал.

При обследовании по УЗИ по месту жительства было подозрение на опухоль надпочечника. Рекомендовано проведение МРТ, по МРТ диагноз подтвердился.

Был направлен в краевую онкологический диспансер, где проведена диагностическая лапаротомия. Во время операции данных за опухоль надпочечников не выявлено, интраоперационно проведена биопсия печени и забрюшинных лимфоузлов. В срезах печени выявлены очаговые некрозы гепатоцитов с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией по типу микроабсцессов, гепатоциты в состоянии белковой дистрофии. В срезах лимфоузлов картина реактивной ги-



перплазии. В анализах крови отмечалось ускорение СОЭ до 45-51 мм в час, повышение трансаминаз — АСТ 45,3, АЛТ — 127. Другие биохимические показатели в выписке из онкодиспансера не были изменены, в развернутом анализе крови — без патологии. Направлен в краевую клиническую больницу для уточнения диагноза.

При объективном обследовании: состояние средней степени тяжести, температура 37,4 градуса, в сознании, адекватен. Питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, нормальной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-суставная система без видимой патологии.

Грудная клетка обычной формы. Голосовое дрожание не изменено, одинаково проводится с обеих сторон. Перкуторно — легочный звук. В легких дыхание проводится по всем полям, несколько ослаблено в н/отделах. ЧДД 20 дыханий в минуту.

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье слева. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС — 78. АД — 120/80 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка не увеличена.

Симптом 12-го ребра отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторное обследование

Гемоглобин — 129 г/л, эритроциты — $4,89 \times 10^{12}$, лейкоциты — $17,18 \times 10^9$, тромбоциты — 242×10^9 , эозинофилы — 57,9%, нейтрофилы — 21,9%, лимфоциты — 15,3%, моноц. — 4,7%, СОЭ — 35 мм/ч. HbsAg — отр., а/т к HCV — отр.

АЛТ — 46,6, АСТ — 24,1, билирубин общий — 16,3 мкмоль/л, общий белок — 81,5 г/л, альбумины — 46,64, С-реакт. белок — 14,4, мочевины — 3,1 моль/л, креатинин — 85 мкмоль/л, холестерин общий — 5,63 ммоль/л, амилаза — 41, липаза — 12, ЩФ — 252, ГГТ — 94, сахар — 5,2 ммоль/л, церулоплазмин — 413, ПИ — 86%, железо — 18,4. Маркеры аутоиммунного гепатита отрицательные.

Инструментальное обследование

УЗИ брюшной полости.

Размеры печени: КВР — 20 см, толщина — 17,1 см; ККР — 10,4 см, толщина — 10,1 см; контур ровный, структура неомогенная, с чередованием зон повышенной и пониженной эхогенности; внутрипеченочные протоки не расширены; холедох — 0,5 см; воротная вена — 1,44 см, в области бифуркации признаки тромбоза, занимающего 2/3 просвета, фрагментарная реканализация; селезеночная вена в эпигастрии — 0,8 см, просвет свободен; печеночные вены — 0,43 см; желчный пузырь расположен обычно — 11,3х3,87 см, стенки — 0,2 см, пристеночные эохоструктуры не определяются.

Поджелудочная железа — контур нечеткий, головка 2,53 см, тело 2,88 см, хвост 2,93 см, структура однородная повышенной эхогенности. Селезенка — 12,1х5,05 см, гомогенная. Почки правая 13,2х5,1 см, левая почка 12,1х5,83 см. Лимфатический узел в воротах печени 1,44 см.

Заключение: гепатомегалия с эохоструктурными изменениями. Тромбоз воротной вены на уровне бифуркации. Лимфоаденопатия. Выраженные диффузные изменения в поджелудочной железе.

ФГС: умеренно выраженный бульбит, диффузный умеренно выраженный поверхностный гастрит.

Пациенту назначена терапия: гепатопротекторы (урсолив), детоксикационная терапия (в/в р-ры стерофундин, плазма-лит), антибиотикотерапия (ципрофлоксацин); ферменты (панкреатин), спазмолитики (дротаверин), инъекции НПВП при повышении температуры выше 38 градусов.

По данным обследования, ведущими проявлениями заболевания у пациента являются интоксикационный (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, повышение СРБ, длительная фебрильная лихорадка), синдром холестаза, цитолиза, высокой эозинофилии, морфологических изменений (микроабсцедирование печени), тромбоз воротной вены.

Учитывая проживание пациента в эндемичном по описторхозу районе, употребление речной рыбы, высокую эозинофилию крови, целесообразно было проведение поиска паразитарной инвазии.

При дообследовании

МРТ брюшной полости: умеренное диффузное увеличение размеров печени (до 18 см), при этом ранее описываемые участки перестройки структуры практически не визуализируются. Диаметр воротной вены до 1,5 см без явных внутрипросветных образований. Забрюшинно, по задней поверхности тела и хвоста поджелудочной железы, распространяясь на область левого надпочечника, определяется неправильной формы инфильтрат размерами 3,5х4,8х8,8 см с неровными контурами, неоднородной структурой за счет мелких кистовидных полостей. Очаговой перестройки структуры поджелудочной железы не определяется. В воротах печени группа лимфоузлов диаметром до 1-1,5 см.

Заключение: учитывая анамнез, характер изменений на предшествующей МРТ, описанная картина соответствует воспалительным изменениям, вероятнее всего, возникшим вследствие панкреатита (инфильтрат с формированием псевдокист).

В кале выявлены яйца описторха, а также положительные АТ к описторхиям в высоком титре (КП — 3,5).

Пациенту проведена дегельментизация билтрицидом на фоне системных ГКС (учитывая сохраняющийся субфебрилитет, повышенные показатели иммуноглобулинов, высокую эозинофилию) с последующим снижением дозы до полной отмены.

Через неделю после проведенной терапии и дегельментизации билтрицидом наблюдалась существенная положительная динамика: купированы лихорадка, болевой и диспептический синдромы, снились лейкоцитоз, СОЭ, существенно уменьшилась эозинофилия крови, нормализовались трансаминазы, уменьшился холестаз.

При лабораторном обследовании в динамике: гемоглобин — 124 г/л, эритроциты — $4,71 \times 10^{12}$, лейкоциты — $11,2 \times 10^9$, тромбоциты — 240×10^9 , эозинофилы — 22,1%, нейтрофилы — 23,2%, лимф. — 29,4%, моноц. — 5%, СОЭ — 25 мм/час, АЛТ — 28,6, АСТ — 14,3, ЩФ — 156, ГГТ — 61.

Пациент выписан с окончательным диагнозом токсический гепатит с холестазом и микроабсцедированием на фоне хронического

описторхоза. Большая эозинофилия крови. Хронический панкреатит с формированием псевдокист в области хвоста поджелудочной железы. Тромбоз воротной вены.

Заключение

В этом клиническом случае описано одно из серьезных осложнений эндемического паразитарного заболевания, характерного для нашего региона, — описторхоза.

Как видно в представленном случае, в основе патогенеза хронической стадии описторхоза выражена вся многофакторность патологии: механическое, аллергическое, нервно-рефлекторное влияние взрослых гельминтов, вторичное влияние микробной флоры, а также аутоиммунизация организма продуктами гибели собственных тканей — клеток эпителия желчных протоков и желчного пузыря.

Нарушается функциональное состояние поджелудочной железы, развиваются явления хронического пролиферативного холангита, перихолангита, в паренхиме печени возникают структурные изменения в виде хронического гепатита, микроабсцессов, а при длительном течении не исключена возможность формирования цирроза печени.

Своевременная диагностика и адекватная терапия позволили сформировать благоприятный прогноз для жизни и трудоспособности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Бронштейн А. М., Токмалоев А. К. Паразитарные болезни: протозозы и гельминтозы. — М.: BINOM, 2002. — 302 с.
- Лепехин А. В., Мефодьев В. В., Филатов В. Т., Бужак К. С. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза. — Томск, 1992. — 229 с.
- Поляков В. Е., Лысенко А. Я. Гельминтозы у детей и подростков. — М.: Медицина, 2003. — 250 с.
- Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Лобзина Ю. В., Казанцева А. П. — СПб., 2000. — 713 с.
- Сергиев В. П. Паразитарные болезни сегодня и завтра // Качество жизни: Медицина. — 2005. — № 1 (18). С. 10-15.
- Сергиев В. П. Регистрируемая и истинная распространенность паразитарных болезней // Мед. паразитология. — 1992. — № 3. — С. 3-5.
- Торопова Н. П., Сафронова Н. А., Синявская О. А., Плотникова И. А., Попова С. Д., Чернова Н. Ф., Кириллов К. В., Струин Н. Л., Феденко Л. А. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: Аспекты патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики: Практическое пособие. — Екатеринбург: Изд-во «Урал». Гунта, 2004. — 60 с.
- Яблоков Д. Д. Описторхоз человека. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1979. — 237 с.

УРОЛОГИЯ

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА МОЧЕТОЧНИКАХ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ХОРИОНКАРЦИНОМУ

Для замещения мочеточника предложено много различных трансплантатов: сосуды, маточная труба, червеобразный отросток, трубки из брюшины, из различных синтетических полимеров. Наилучшим трансплантатом для пластики мочеточника является тонкая кишка.

Суть оперативного вмешательства заключается в том, что на первом этапе резецируется участок кишки, из него формируется трубка необходимой длины и диаметра, затем полученный аутоотрансплантат сшивают с концами мочеточника и накладывают анастомоз с мочевым пузырем.

Эта операция показана при наличии опухолевых поражений или повреждений мочеточников на длительном участке протяжения.

Кишечная пластика мочеточника — сложное реконструктивное оперативное вмешательство, противопоказанное ослабленным и в тяжелом состоянии пациентам.

Именно такой пациенткой, перенесшей агрессивное онкозаболевание, была жительница Канского района М., 1985 года рождения.

Клинический случай

Пациентке М. после срочных родов диагностирована хорионкарцинома.

Хорионкарцинома — редкая опухоль, развивающаяся из эмбриональных ворсинок хориона, опасна быстрым метастазированием.

Опухоль возникает приблизительно у двух из 100 тысяч роженцев. Смертность от хорионкарциномы составляет около 10%.

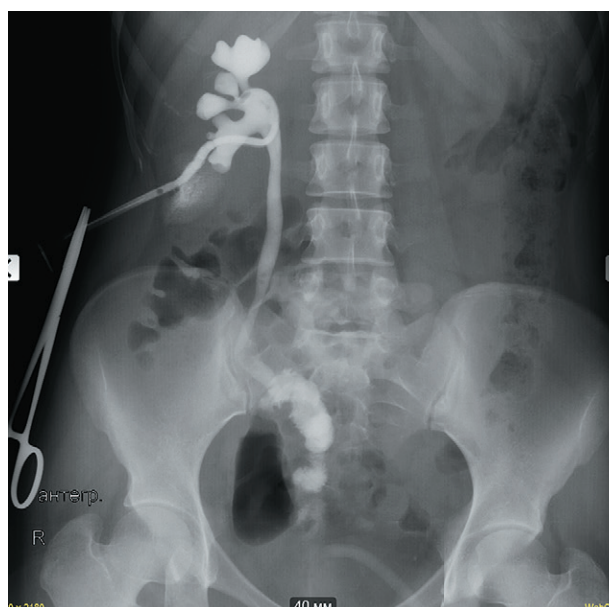
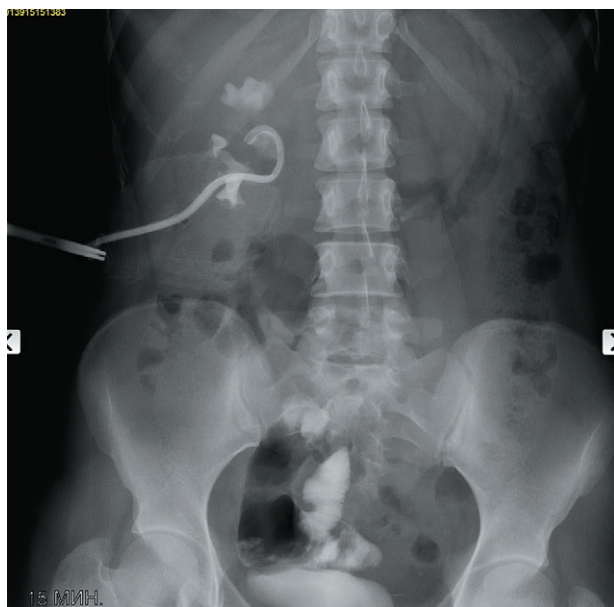
Оперативное лечение применяется редко, большинству заболевших показаны только лучевая и химиотерапия. Оперативное вмешательство выполняется в случаях, когда опухоль вызывает маточные кровотечения, развитием геморрагического шока с риском для жизни пациентки. Такое угрожающее течение заболевания является прямым показанием для тотальной гистерэктомии.

У пациентки М. хорионкарцинома сопровождалась кровотечениями, что потребовало оперативного вмешательства, которое было выполнено в апреле 2011 года. Больная была прооперирована в Канской городской больнице, выполнена пангистерэктомия, которая осложнилась формированием пузырно-влагалищного свища.

В августе 2011 года в связи с рецидивом вторая операция: резекция задней стенки мочевого пузыря с резекцией нижних третей обоих мочеточников и выведением последних на кожу (билатеральная уретерокутанеостомия).

На протяжении четырех лет пациентка наблюдалась у онкологов. Только когда они исключили рецидив онкологического заболевания, стала возможной реконструкция мочевого пузыря и мочеточников.

Все это время качество жизни молодой пациентки было резко снижено — мочеточники были выведены на брюшную стенку, М. носила мочеприемники, которые осложняли уход за ребенком и личную



жизнь. Кроме того, возникали осложнения со стороны почек и мочевого пузыря. Но поскольку М. находилась под пристальным наблюдением урологов краевой клинической больницы, осложнения купировались вовремя, и больная получала адекватную терапию.

В январе 2014 года в урологическом отделении ККБ пациентке проведена плановая трансвагинальная пластика пузырно-влагалищного свища с хорошим клиническим результатом, однако место расположения свища привело к формированию стриктуры уретры.

В мае 2015 года было произведено бужирование уретры. При контрольной цистоскопии емкость мочевого пузыря 150 мл, признаков рецидива пузырно-влагалищного свища нет.

Очередной этап оперативного лечения пришелся на июнь 2015 года. Пациентка поступила в урологическое отделение краевой клинической больницы с диагнозом хронический пиелонефрит, билатеральная уретерокутанеостомы.

Целью госпитализации стала кишечная пластика мочевого пузыря.

29 июня 2015 года д.м.н. Ф. П. Капсгарин провел сложную операцию: лапаротомию, адгеолизис, уретеролиз, U-образную илеоуретероцистопластику, билатеральную пересадку мочеточников на стентах, дренирование брюшной полости, паравезикального пространства.

Протокол операции

В брюшной полости визуализирован спаечный процесс – большой сальник подпаян к переходной складке мочевого пузыря, отмечаются множественные плоскостные межпетельные спайки. Правый яичник припаян к париетальной брюшине.

В толще брыжейки тонкой кишки множественные мягкоэластичные лимфатические узлы, без признаков инфильтрации, не спаяны между собой.

Произведен адгеолизис.

При рассечении спаек в правой подвздошной ямке из толщи брыжейки вылущена киста до 12 мм, из левой – удален фрагмент маточной трубы, направлены на гистологическое исследование.

Произведена резекция подвздошной кишки в 20 см от илеоцекального угла на протяжении 50 см с анастомозом бок-в-бок. Во время резекции кишки взят лимфатический узел до 8 мм. Резецированный сегмент кишки промыт 0,02% водным раство-

ром хлоргексидина до чистых вод. С обеих сторон поочередно выделены мочеточники, резецированы в пределах здоровых тканей.

Произведена пересадка мочеточников на стенке в края кишечной петли, концы кишечного лоскута заглушены. Выделена верхушка мочевого пузыря, рассечена на протяжении 4 см. При ревизии полости мочевого пузыря патологии не определяется. Через отдельный разрез на передней стенке мочевого пузыря установлен цистостомический дренаж – катетер Нелатона 20 СН, фиксирован к стенке кетгуттом.

В нижней части кишечной петли произведен разрез стенки по контрбрыжеечному краю, сформирован цисторезервуарный анастомоз.

Через отдельный разрез в правой поясничной области установлено два трубчатых дренажа (в малый таз и по правому боковому каналу), один трубчатый дренаж в малый таз слева через рану от уретерокутанеостомы. Паравезикальное пространство дренировано.

Послеоперационный период протекал гладко. Проведен курс антибактериальной, инфузионной, спазмолитической терапии. Через неделю удалены дренажи брюшной полости, паравезикального пространства. На 10-е сутки сняты швы. На обзорной урографии положение стентов удовлетворительное. Выписана под наблюдение уролога по месту жительства.

В августе 2015 года при плановом амбулаторном осмотре заведующим урологическим отделением А. Н. Вохминым был диагностирован хронический обструктивный пиелонефрит, артифицированный мочевой пузырь, стенты мочеточников, цистостома.

По УЗИ от 4 августа 2015 года: состояние после пересадки обоих мочеточников. Стентирование с обеих сторон. Умеренное нарушение уродинамики слева.

24 августа 2015 года пациентка М. была госпитализирована в урологическое отделение для проведения плановой операции по удалению мочеточниковых стентов.

На обзорной урографии от 26 августа определяются цистостома и стенты в верхних сегментах обеих почек.

27 августа урологом к.м.н. М. А. Фирсовым проведена операция: цистоскопия, удаление стента левого мочеточника.

28 августа на обзорной урографии локализовано высокое местоположение правого стента, на уровне S1.

Принято коллегиальное решение удалить стент из правого мочеточника с применением нефроскопии в плановом порядке. Пациентке проведен курс антибактериальной, инфузионной, спазмолитической терапии. При контрольном УЗИ почек – уродинамика не нарушена.

Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение уролога по месту жительства.

23 сентября 2015 года М. вновь госпитализирована в урологическое отделение ККБ с диагнозом хронический пиелонефрит, стент справа, искусственный мочевой пузырь, цистостома.

24 сентября 2015 года д.м.н. Ф. П. Капсаргин провел М. оперативное лечение: пункционную нефростомию справа, антеградное удаление стента.

Описание операции

Под общей анестезией, под УЗИ и рентгенконтролем произведена пункция чашечно-лоханочной системы правой почки через нижнюю группу чашечек. Под УЗИ-контролем через почку в мочеточник вдоль стента проведена струна. По струне свищевой ход дилатирован до 16 Ch под рентгенконтролем. Через тубус дилатора в почку введен уретероскоп 10 Ch. Стент захвачен щипцами, удален. В почку по

тубусу дилатора установлена нефростома Nefrofix 14 Ch, фиксирована к коже.

Диагноз нефростома справа, искусственный мочевой пузырь, состояние после кишечной цистопластики, цистостома.

На обзорной урограмме от 29 сентября: нефростома справа, цистостома. На антеградной правосторонней пиелограмме контрастированы чашечно-лоханочные системы, мочеточник на всем протяжении. Нижняя треть мочеточника замещена участком тонкой кишки. Отток контраста из этого участка замедлен.

Заключение: состояние после пластики правого мочеточника.

30 сентября у пациентки была удалена цистостома, через двое суток, 2 октября, – нефростома. Надлобковый и поясничный свищи закрыты, естественный акт мочеиспускания восстановлен.

Послеоперационный период протекал без осложнений, М. выписана под динамическое наблюдение уролога и гинеколога по месту жительства.

Таким образом, с помощью нескольких успешных реконструктивных операций на мочеточниках урологам краевой клинической больницы удалось восстановить качество жизни молодой женщины, перенесшей тяжелое онкологическое заболевание.

ГЕНЕТИКА

МАТЕРИНСКАЯ ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н. Д. Варга

ОМГК КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр»

Введение

Фенилкетонурия (ФКУ) – наследственное заболевание метаболизма фенилаланина, вызванное дефицитом активности фермента фенилаланингидроксилазы, при отсутствии лечения приводящее к умственной отсталости.

Средняя частота ФКУ среди новорожденных в Российской Федерации, по данным массового обследования, составляет 1:8000. В Красноярском крае частота ФКУ составляет 1:6,5–7,5 тыс. новорожденных.

ФКУ объединяет несколько гетерогенных форм нарушения обмена фенилаланина (ФА):

- классическая ФКУ, в основе которой дефицит фенилаланин-4-гидроксилазы (ФКУ I типа);
- атипичная форма ФКУ, обусловленная недостаточностью дигидроптеридинредуктазы (ФКУ II типа);
- атипичная форма ФКУ, связанная с недостаточностью 6-пирувоилтетрагидроптерина (ФКУ III тип).
- атипичная форма ФКУ, обусловленная нарушением синтеза тетрагидробиоптерина (BH4) – кофермента, участвующего в процессах гидроксирования ароматических аминокислот, в том числе фенилаланина и тирозина.

Частота атипичных форм ФКУ составляет 1–3% случаев. Наиболее часто встречается классическая форма ФКУ, основным методом лечения которой является диетотерапия.

Материалы и методы

В работе использованы генетические карты пациенток, больных ФКУ, и их новорожденных детей. Исследование образцов крови на определение уровня ФА проводилось в сухих пятнах флуоресцентным методом с использованием набора реагентов ФКУ-неоскрин, ЗАО «Иммуноскрин», Москва. Регистрация результатов исследования проводилась на анализаторе Victor-2, Perkin Elmer, Финляндия. Молекулярно-генетическое исследование проводилось на определение восьми мутаций в гене PAH.

Материалом для исследования являлся образец ДНК, выделенный из периферической крови пробанда, отца ребенка и новорожденного. Выделение геномной ДНК из лейкоцитов выполнялось с помощью готового набора реагентов DNA-рпгг, амплификация проводилась набором PKU-8L, «ДНК-лаборатория», Москва.

Клинический случай № 1

Пациентка Ю. 22 года, больная ФКУ (пробанд), обратилась к врачу-генетику по прогнозу потомства с диагнозом беременность раннего срока.

В анамнезе: пробанд с 5 месяцев наблюдалась и получала лечение у врача-генетика в КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» по поводу наследственного заболевания фенилкетонурия, классическая форма.

Заболевание было диагностировано в 1989 году (в возрасте 5 месяцев) на основании данных лабораторного исследования – уровня ФА в крови, проведенного в связи с отягощенным семейным анамнезом (у сибса – ФКУ). Назначена диетотерапия с ежедневным приемом белкового гидролизата/ аминокислотной смеси. При молекулярно-генетическом исследовании гена PAH на 8 мутаций (R408W, R158Q, R252W, P281L, R 261Q, IVS12+ 1g>A, IVS10-11g>A/ IRS4+5g>T) у пробанда выявлена часто встречающаяся мутация R408W в гомозиготном состоянии.

До 14 лет пробанд строго соблюдала диету, регулярно принимала аминокислотную смесь. С 15 лет аминокислотную смесь принимала нерегулярно: при высокой физической нагрузке, умственном перенапряжении, в экзаменационный период. Уровень ФА крови после 14 лет не превышал 8-10 мг%. Периодически были нарушения в диете. Интеллект пробанда сохранен. Девушка окончила технологический техникум, затем аэрокосмический университет.

Беременность наступила случайно. Пробанд в этот период находилась на расширенной диете, аминокислотную смесь не принимала. Для уточнения прогноза потомства было проведено молекулярно-генетическое исследование на 8 часто встречающихся мутаций (R408W, R158Q, R252W, P281L, R 261Q, IVS12+ 1g>A, IVS10-11g>A/ IRS4+5g>T) гена PAH супругу пробанда. У супруга пробанда данных 8 мутаций не выявлено. Риск рождения ребенка с ФКУ расценен как низкий, от проведения пренатальной инвазивной диагностики с последующим молекулярно-генетическим исследованием было решено воздержаться.

Пробанду с момента обращения по поводу беременности (4 недели) в КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» назначена строгая диетотерапия (суточное потребление ФА – 600 мг) с ежедневным приемом аминокислотной смеси МДмил ФКУЗ – 100 гр/сут.

До начала диетотерапии уровень ФА крови был 18 мг%, при назначении диеты уровень ФА крови в течение трех недель снизился до 7,8 мг%. Самочувствие пробанда во время беременности было удовлетворительным. Уровень ФА крови был в пределах 6,6-8,7 мг%. В срок 18-19 недель получала коррекцию препаратами железа по поводу железодефицитной анемии, в клиническом анализе крови показатель гемоглобина – 106 г/л, в б/х анализе крови уровень общего белка 67 г/л.

В этом же сроке отмечались нарушения в системе гемостаза (повышенная агрегация тромбоцитов). Консультирована гемостазиологом, назначена терапия малыми дозами аспирина. Пробанд прошла комплексную пренатальную диагностику: трехкратное УЗИ плода в скрининговые сроки и б/х исследование на материнские сывороточные маркеры в первом триместре беременности (ПАПП-А, ХГЧ).

По результатам обследования риск ХА и ВПР со стороны плода низкий. В срок 40 недели – самостоятельные роды девочкой в головном предлежании массой 3 кг, длиной 52 см. Ребенок осмотрен неонатологом в родильном доме, соматической патологии не выявлено. В первые сутки ребенок приложен к груди, на 7-е сутки выписан из роддома с диагнозом период новорожденности.

На четвертые сутки проведен забор крови на исследования в рамках неонатального скрининга на наследственные заболевания. Уровень ФА крови 0,8 мг%. При молекулярно-генетическом исследовании гена PAH, 8 мутаций (R408W, R158Q, R252W, P281L, R 261Q, IVS12+ 1g>A, IVS10-11g>A/ IRS4+5g>T) у пробанда выявлена мутация R408W в гетерозиготном состоянии.

На динамическом наблюдении у генетика ребенок находился до года. Соматической патологии не выявлено, нервно-психическое, мо-

торное развитие соответствует возрасту. В настоящее время психомоторное развитие соответствует возрасту.

Клинический случай № 2

Пациентка К. 27 лет (в сопровождении матери) обратилась к генетику по прогнозу потомства. На момент обращения – беременность 26 недель. Беременность случайная.

Из анамнеза: пробанд наблюдается у генетика в КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» по поводу наследственного заболевания – фенилкетонурия с полутора лет, получает лечение (диетотерапия с ежедневным приемом аминокислотной смеси).

Аминокислотную смесь принимала до 17 лет, диетотерапию соблюдала нерегулярно. В анализе крови уровень ФА – до 13-18 мг%. Ввиду поздней диагностики и регулярного нарушения диетотерапии у пробанда – умственная отсталость, симптоматическая эпилепсия. Получает а/конвульсанты, состоит на учете у психиатра с DS:F 72.03, необучаема. При молекулярно-генетическом исследовании гена PAH, 8 мутаций (R408W, R158Q, R252W, P281L, R 261Q, IVS12+ 1g>A, IVS10-11g>A/ IRS4+5g>T) у пробанда выявлена часто встречающаяся мутация R408W в гомозиготном состоянии.

Беременность первая, случайная, наступила на фоне несоблюдения диеты, уровень ФА крови на момент обращения по поводу беременности 13,8 мг%, на учете у гинеколога не состояла. При проведении УЗИ выявлен ВПР – левосторонняя расщелина в губы и твердого неба, кардиомиопатия (дилатационная форма).

Проведен пренатальный консилиум, по заключению которого пробанду назначена малобелковая диетотерапия с ежедневным приемом а/к смеси с целью снижения токсического воздействия метаболитов фенилаланина на плод. На фоне терапии уровень ФА крови – в пределах 4,4-5,8 мг%. Доза а/конвульсантов во время беременности снижена.

Роды преждевременные, в 31-32 недели беременности, мальчик, масса 2 кг, рост 49 см. При обследовании новорожденного: микроцефалия, расщелина в губы и неба, дилатационная кардиомиопатия; уровень ФА 1,5 мг% (норма). Молекулярно-генетическая диагностика мутаций в гене PAH у ребенка не проводилась. Молекулярно-генетическая диагностика мутаций в гене PAH отцу ребенка не проводилась ввиду его отсутствия.

При цитогенетическом исследовании кариотипа, с учетом стигм и наличия ВПР, структурных и количественных аномалий в хромосомах не выявлено. Ребенок находится в детском доме.

Заключение

Представленные клинические случаи показывают эффективность применения комплексного подхода к ведению пациентов, страдающих фенилкетонурией, с момента рождения и на протяжении репродуктивного возраста, необходимость планирования беременности с предварительной коррекцией в питании, регулярного контроля ФА крови и молекулярно-генетической диагностики мутаций в гене PAH обоим супругам, решения вопроса о целесообразности проведения пренатальной инвазивной диагностики.

Ведение пациенток с ФКУ во время беременности должно осуществляться совместно с генетиками. Обследование новорожденного на наличие мутаций в гене PAH целесообразно проводить независимо от результата неонатального скрининга, с последующим наблюдением у генетика в динамике до одного года для исключения манифестации ФКУ с редкими мутациями в гене PAH.

ПЕРВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ BRIDGING У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Е. В. Ипполитова, П. Г. Шнякин, Н. А. Казанский, Д. С. Курносов, Е. И. Ланчинская,
Н. Ю. Довбыш, А. В. Путилин, М. В. Попов, Н. Ю. Карпова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Тромболитическая терапия в лечении ишемического инсульта до недавнего времени была единственным методом реканализации тромбированных мозговых сосудов с уровнем доказательности 1А. При этом методе необходимо пролечить 10 пациентов, чтобы достичь полной физической независимости только у одного пациента.

Нередко неэффективность системной тромболитической терапии обусловлена протяженным тромбозом мозговых сосудов, когда тромболитик, введенный внутривенно, не способен растворить тромб и вызвать реканализацию.

В этой связи в последнее время стремительно развивались эндоваскулярные методы реканализации, однако еще пару лет назад они имели уровень доказательности 2В, в связи с чем уступали перед доказательностью системной тромболитической терапии. И вот в 2014–2015 годах ряд крупных рандомизированных исследований доказали эффективность нового поколения тромбэкстракторов – стент-ретриверов (уровень доказательности 1А). В случаях протяженных тромбозов часто это единственный шанс для пациента.

В последнее время набирает обороты такая методика, как bridging. Заключается она в том, что пациентам с протяженным тромбозом мозговых артерий сначала внутривенно вводится тромболитик, после чего пациент поступает в рентгеноперационную на тромбэкстракцию. Методика распространена в крупных европейских клиниках, занимающихся лечением пациентов с ОНМК.

Ниже представлен клинический случай первого проведения этой методики в РСЦ.

Больной Щ., 60 лет 11.11.2015 года в 9.00 доставлен в ККБ бригадой «скорой помощи» с жалобами на выраженное головокружение, нарушение речи, затруднение при глотании, двоение перед глазами. В течение получаса присоединилось онемение левой половины тела. Заболел остро в 8.25.

В анамнезе ранее острое нарушение мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда не было. Из заболеваний сообщил о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

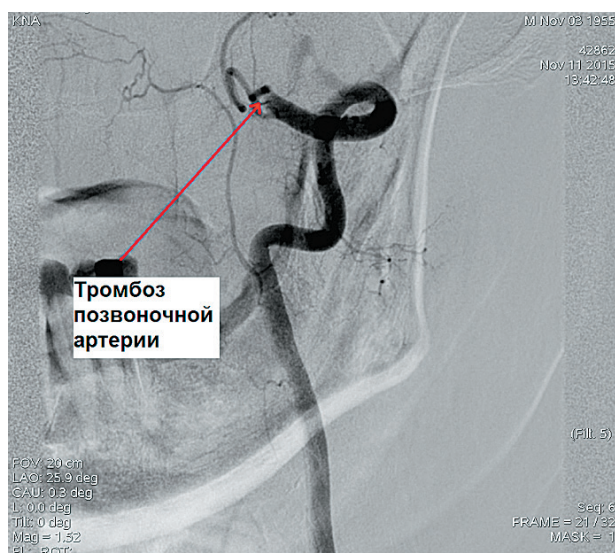
Неврологический статус при поступлении: в сознании, контакту доступен, беспокоен, грубейшая дизартрия, дисфония, нарушение глотания, девиация языка влево. Диплопия, грубые глазодвигательные нарушения (эта симптоматика укладывается в неврологический синдром Валленберга-Захарченко*).

Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и ног D>S, гемипатксия слева. Левосторонняя гемипестезия. Менингеальных знаков нет. Патологических стопных знаков нет.

Шкалы при поступлении: шкала ком Глазго – 15 баллов, Рэнкин – 4 балла, Ривермид – 1 балл, NIHSS – 5 баллов.

При проведении МСКТ головного мозга при поступлении – участков патологической плотности не выявлено. При сканировании в артериальную фазу определяется дефект контрастирования церебрального сегмента V4 левой позвоночной артерии на протяжении 23 мм.

Больной доставлен в ККБ в период «терапевтического окна», начато проведение тромболитической терапии препаратом «Актилизе» в дозировке 61 мг.



До и после рентгенэндоваскулярной тромбэкстракции и стентирования позвоночной артерии.

На фоне тромболитической терапии в течение часа в состоянии больного без значительной динамики, он перетранспортирован в отделение РХМДЛ для проведения эндоваскулярного вмешательства.

Проведена селективная ангиография — выявлена тромботическая окклюзия сегмента V4 левой позвоночной артерии. Выполнены реканализация и тромбэкстракция из левой ПА. Получены сгустки тромбов. На контрольной ангиографии просвет сосуда восстановлен, остаточный стеноз 4 левой ПА 70-80%. В просвете левой ПА оставлен стент-ретривер.

При контрольном исследовании МСКТ-МСКТА головного мозга через сутки — участков патологической плотности в веществе головного мозга не выявлено. Интракраниальные артерии, левая ПА контрастируются, дефектов наполнения не выявлено.

При выписке у пациента — полный регресс неврологического дефицита.

Справка «ПК»

Синдром Валленберга-Захарченко — поражение центральной нервной системы (боковых частей продолговатого мозга) с диссоциированными расстройствами чувствительности: рвота, головокружение, нистагм, склонность к падению в сторону очага; спонтанная жгучая преходящая сильная боль на одной стороне лица или тела; гомолатеральная гемиатаксия с расстройствами походки, дисметрией и асинергией; расстройства глотания, гипестезия и парез неба на стороне очага; перекрестные диссоциированные расстройства чувствительности; температурная гипестезия; анальгезия и анестезия роговицы на гомолатеральной стороне лица и контралатеральной стороне тела; гомолатеральный синдром Бернара-Горнера, гомолатеральный гипогидроз; вазодилатация и повышение кожной температуры.

Если очаг поражения велик, часто выявляется преходящий контралатеральный гемипарез.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

УСТРАНЕНИЕ МАКРОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У 18-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

А. Г. Симонов, И. В. Кан
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Прогеническое соотношение нижней и верхней челюстей в подавляющем большинстве случаев является пороком развития и обусловлено генетически.

Нижняя макрогнатия характеризуется аномально большим размером нижней челюсти. Популяционная частота составляет чуть более 2%. Это наиболее тяжелая патология челюстей по клинической и морфологической картине, она трудно поддается ортодонтическому лечению. Внешние признаки аномалии видны в нарушении антропологических пропорций лицевого скелета: выраженное выступание нижней губы и подбородка вперед, увеличение нижней трети лица, «западение» средней зоны лица с верхней губой. Грубо нарушена эстетика лица — человек выглядит старше своего возраста, что часто ведет к психическим расстройствам.

При нижней макрогнатии невозможно полное смыкание зубов: челюсть резко выдвинута вперед, между клыками, резцами и малыми коренными зубами есть щели, зубная дуга нижней челюсти шире и преобладает над верхней в поперечном и в продольном отношении. Страдает функция жевания, затруднена артикуляция.

Результаты клинических и экспериментальных исследований убедительно показали, что ортодонтическое лечение больных со скелетной формой нижней макрогнатии неэффективно, особенно в зрелом возрасте. Хирургическая коррекция — золотой стандарт при исправлении этого врожденного порока, но и здесь часто возникают проблемы, связанные с многообразием клинических форм нижней макрогнатии, ее тяжелым течением при сочетании с открытым прикусом и обрат-

ным резцовым перекрытием и перекрестным прикусом, развитием послеоперационных осложнений и рецидивов. Успех операции зависит не только от высокой хирургической техники и точного расчета при составлении плана вмешательства, но и от надежных способов фиксации остеотомированных костных фрагментов, гармоничного сочетания биомеханических и биологических факторов репаративной регенерации костной раны.

Мы представляем клинический случай успешной коррекции нижней макрогнатии у девушки 18 лет.

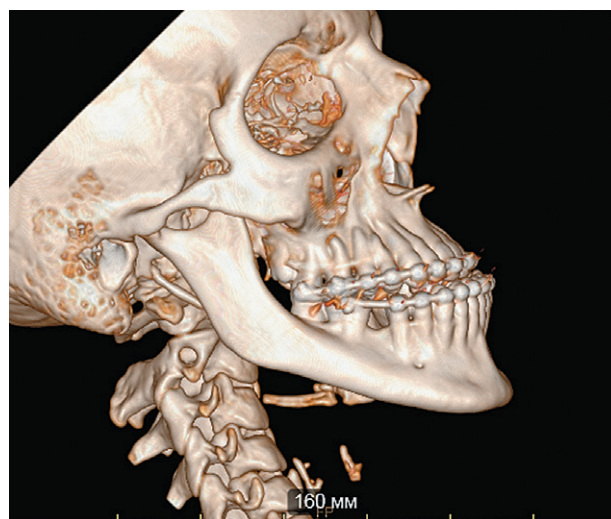
Клинический случай

Из анамнеза заболевания.

Пациентка А. с раннего детства наблюдалась у стоматолога по поводу нижней макрогнатии, с младшего школьного возраста носила пластины для расширения и удлинения верхней челюсти. Эффекта ортодонтические меры не принесли. Девочка сталкивалась с трудностями — при смыкании верхней и нижней челюстей соприкасались только вторые и третьи моляры, была нарушена функция жевания, артикуляция звуков. Имелся выраженный эстетический недостаток.

В 15 лет врач-ортодонт установил девушке брекет-систему, но эти меры не давали надежды на полное исправление прикуса.

В 16 лет впервые обратилась за помощью в отделение челюстно-лицевой хирургии ККБ, где получила надежду на коррекцию порока. По достижении совершеннолетия, в сентябре 2015 года, госпитализирована в плановом порядке в отделение челюстно-лицевой хирургии



Пациентка А. до операции

для проведения ортогнатической операции по уменьшению размера нижней челюсти с диагнозом: **нижняя макрогнатия, открытый мезиальный прикус**.

При осмотре: лицо вытянутое за счет увеличения нижней его трети. Прикус мезиальный с диастазом фронтальных зубов сагитально до 1,0 см, вертикально 0,7 см. На челюстях брекет-система.

Многосрезовая компьютерная томография от 11 сентября 2015 года:

Удлинение и расширение тела нижней челюсти, увеличение угла нижней челюсти до 142 градусов. Также отмечается выдвигание вперед нижнего зубного ряда по отношению к верхнему при сомкнутом положении челюстей. Турецкое седло округлой формы, размером 9,7 x 6,4 мм. Кифотическая установка – 18 градусов, с вершиной на С3-С4.

23 сентября 2015 года пациентке А. под общей анестезией проведена операция – двухсторонняя реконструктивная остеотомия ветвей нижней челюсти по Дель-Понт. Операция длилась 2,5 часа, проведена заведующим отделением ЧЛХ А. Г. Симоновым, ассистировал И. В. Кан.

Под назоотрахеальным наркозом в область альвеолярных отростков были введены 12 винтов-фиксаторов. По ортогнатическим показаниям удалены 38-й и 48-й зубы, лунки ушиты. В левой и правой поднижнечелюстных областях произведены симметричные разрезы по 6,5 см. Послойно рассечены ткани, скелетированы наружные по-

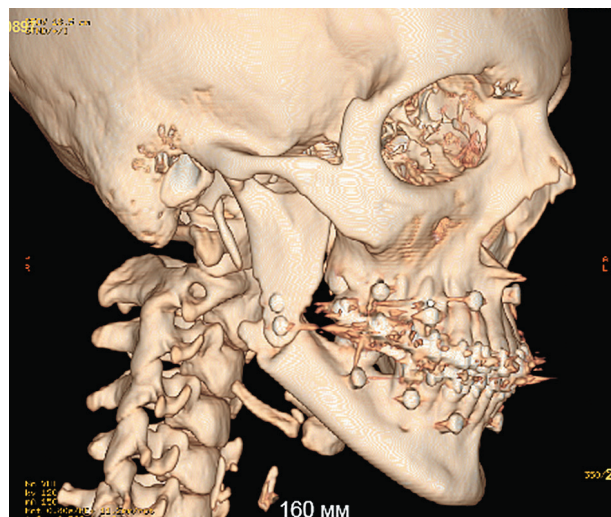
верхности правой и левой ветвей нижней челюсти. Произведена поочередно плоскостная остеотомия ветвей, углов нижней челюсти по Дель-Понт. Перемещены фрагменты нижней челюсти в соответствие ортогнатическому прикусу (прикус восстановлен в ортогнатическом варианте в полной горизонтальной аклюзии, фиксирован межчелюстной резиновой тягой). Конфигурация, размеры, соотношение челюстей восстановлены. Фрагменты фиксированы бикортикально в реконструированном положении титановыми винтами – слева четырьмя, справа – двумя. Раны послойно ушиты лавсаном, дренированы, на коже – внутридермальные швы. Осложнений по ходу операции нет.

Послеоперационный период прошел без осложнений, пациентка выписана под наблюдение стоматолога-хирурга с перспективой удаления резиновых тяг и винтов-фиксаторов через месяц в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии ККБ.

Хирургическая коррекция макрогнатии нижней челюсти решает функциональные проблемы пациента и, что очень важно, имеет эстетическое значение. Особенно если это касается юной девушки.

– У меня не было страха перед операцией, я хотела стать красивой, – говорит 18-летняя А. – Спасибо хирургам краевой больницы за то, что изменили мою судьбу.

Пациентка периодически наблюдается в отделении ЧЛХ ККБ. Отдаленные результаты хирургического лечения удовлетворительные.



Пациентка А. после операции



Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

П. Г. Руденко

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Аденомы гипофиза – доброкачественные новообразования его передней доли, составляющие приблизительно 15% от всех внутричерепных опухолей, однако, с учетом данных аутопсий, их частота несколько выше [1, 4]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность клинических случаев аденом гипофиза составляет 1,6 на 100 тысяч человек [2].

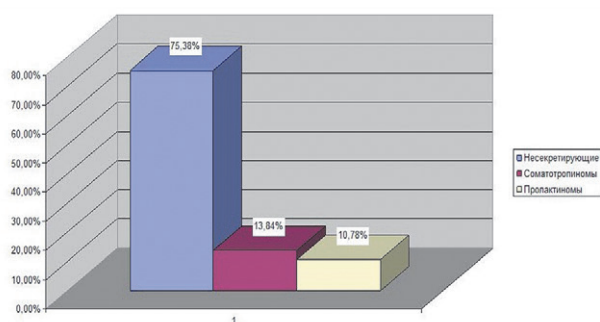


Рис 1. Распределение пациентов с аденомами гипофиза по гормональной активности

Основными клиническими проявлениями заболевания являются симптомы эндокринных нарушений и компрессии окружающих нервных и мозговых структур. Тактика лечения зависит от размеров опухоли, ее симптоматики и гормональной активности.

Показанием к операции при аденомах гипофиза являются наличие опухоли, признаки ее активного роста, появление нарушений зрения и других неврологических дефектов, а также эндокринных нарушений, которые не могут быть излечены медикаментозно [2].

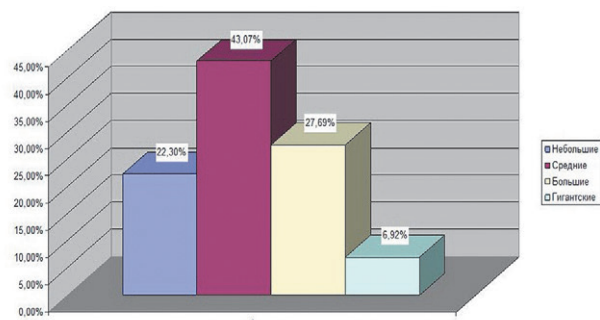


Рис 2. Распределение аденом гипофиза по размеру

Методом выбора в хирургическом лечении большинства аденом гипофиза является эндоскопическое эндоназальное удаление опухоли.

Впервые в Красноярском крае эндоскопическое эндоназальное удаление аденом гипофиза было осуществлено в 2003 году профессорами А. А. Народовым и С. Г. Вахрушевым – совместно. Ими было проведено четыре подобных операции.

В краевой клинической больнице эти вмешательства стали выполняться с 2008 года. Освоение технологии происходило с активным

участием специалистов ЛОР-отделения И. А. Каширцевой и А. А. Кривопапова.

В НХО ККБ (заведующий отделением Ю. Я. Пестряков) выполняется более 30 эндоскопических эндоназальных трансфеноидальных операций в год. Большинство прооперированных пациентов – больные с аденомами гипофиза. В статье приведены результаты 130 вмешательств у пациентов с этими новообразованиями.

В зависимости от гормональной активности аденомы гипофиза подразделяются на гормонально-активные (секретирующие) и гормонально-неактивные (несекретирующие). Гормонально-активные аденомы гипофиза характеризуются избыточной секрецией одного или нескольких гормонов гипофиза. Наиболее частыми секретирующими аденомами являются пролактиномы (опухоли, продуцирующие пролактин), соматотропиномы (аденомы, продуцирующие гормон роста) и кортикотропиномы (новообразования с избыточной секрецией адренокортикотропного гормона). Гормонально-неактивные аденомы, напротив, часто приводят к развитию гипофизарной недостаточности, обусловленной снижением секреции одного или нескольких тропных гормонов [3, 4].

Распределение больных по гормональной активности приведено на рис. 1. У большинства наших пациентов диагностированы гормонально неактивные аденомы гипофиза. Удельный вес пациентов с пролактиномами и соматотропиномами был практически одинаковым.

По своим размерам аденомы гипофиза подразделяются на микроаденомы и макроаденомы. Размер микроаденом – менее 15 мм, и эти новообразования не приводят к увеличению размеров турецкого

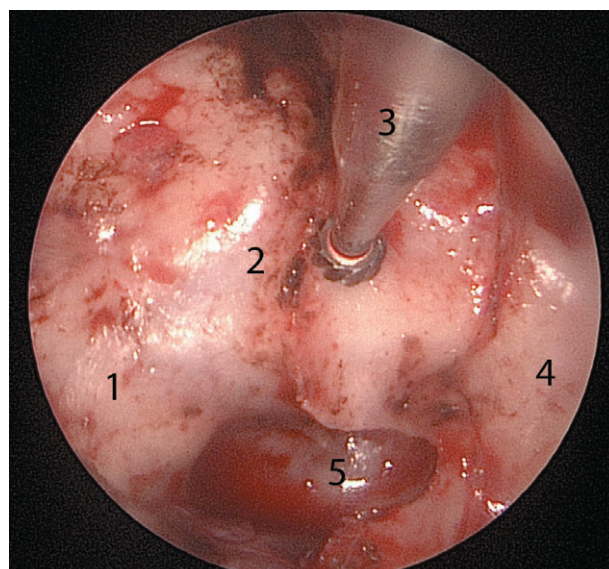


Рис 3. Интраоперационное фото. Этап резекции костных структур дна турецкого седла.

1. Борозда правой внутренней сонной артерии. 2. Дно турецкого седла. 3. Микробор. 4. Борозда левой внутренней сонной артерии. 5. Карман ската

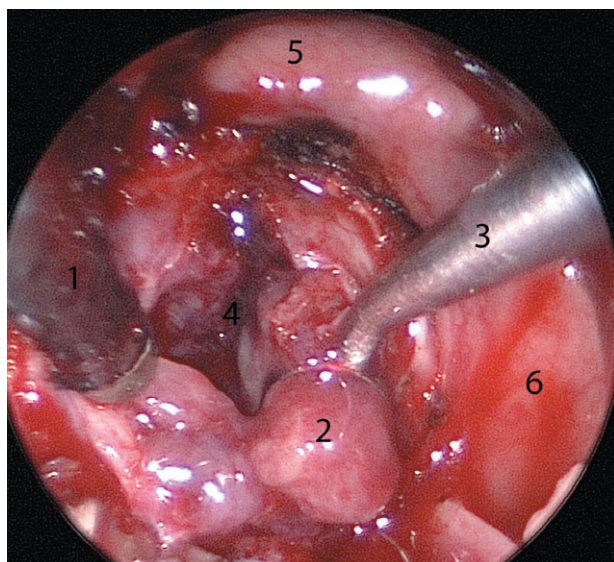


Рис 4. Интраоперационное фото. Этап удаления опухоли.

1. Наконечник вакуумного аспиратора. 2. Ткань опухоли. 3. Кюретка.
4. Полость аденомы. 5. Бугорок турецкого седла.
6. Борозда левой внутренней сонной артерии

седла. Макroadеномы могут быть небольшими (15-25 мм), средними (25-35 мм), большими (35-60 мм) и гигантскими (более 60 мм) [2, 3].

Распределение аденом гипофиза по размеру среди наших больных представлено на рис. 2. Настораживает большой процент опухолей большого и гигантского размера. Основная причина – в поздней обращаемости пациентов.

Большую роль играет особенность распространения опухоли. В случае расположения новообразования только в пределах турецкого седла – говорят об эндоселлярном характере роста аденомы. При распространении опухоли вверх, сдавлении зрительного перекреста, распространении в III желудочек – говорят об супраселлярном росте аденомы. Под латероселлярном ростом понимают распространение опухоли в область кавернозного синуса.

Антеселлярный характер роста подразумевает рост опухоли в область структур основания передней черепной ямки, обычно в решетчатый лабиринт. Ретроселлярный рост опухоли – ее распространение в область ската, за спинку турецкого седла. Инфраселлярный характер роста – распространение опухоли в полость основной пазухи [2, 3].

Наибольшие технические сложности представляет удаление латероселлярной части опухоли, поскольку это связано с манипуляциями вокруг внутренней сонной артерии.

Несмотря на то, что аденомы являются доброкачественными и медленно растущими новообразованиями, для них характерен инвазивный характер роста с инфильтрацией опухолевыми клетками твердой мозговой оболочки, а также окружающих костных, невралгических и мозговых структур. Поэтому радикальное удаление этих опухолей возможно далеко не всегда и сопряжено с риском повреждения сосудисто-невралгических образований [2, 3].

Наиболее частыми симптомами масс-эффекта опухоли являются проявления компрессии зрительных нервов и их перекреста. Типичные признаки – некорректируемое снижение остроты зрения на один или оба глаза и сужение височных половин поля зрения (битемпоральная гемианопсия) [5]. Зрительные нарушения были диагностированы у 102 (78,46%) наших больных.

При длительном сдавлении зрительного перекреста у пациентов развивается нисходящая атрофия зрительных нервов. В подобных

ситуациях диски зрительных нервов на глазном дне выглядят бледными, контуры их размываются. Почти у каждого второго нашего пациента была диагностирована частичная или полная атрофия одного или обоих зрительных нервов. Прогноз восстановления зрительной функции в каждом подобном случае является сомнительным.

В Красноярском крае прекрасно развита и функционирует эндокринологическая служба, возглавляемая профессором д.м.н. С. А. Догадиным. Для качественного лечения и наблюдения за больными с аденомами гипофиза в краевой клинической больнице созданы все условия. В поликлинике ККБ функционирует несколько кабинетов врачей-эндокринологов, консультирующих пациентов с данной патологией. Тактика лечения обсуждается коллегиально.

Проявления гипофизарной недостаточности за счет сдавления опухолью оставшейся части гипофиза выявлены у 20% пациентов, что потребовало проведения заместительной терапии на этапе подготовки к операции.

Золотым стандартом в хирургии аденом гипофиза в мире является эндоназальное трансфеноидальное удаление [2, 5]. Преимущества этой малоинвазивной операции общеизвестны – это отсутствие даже минимальной тракции мозговых и невралгических структур, отсутствие необходимости брить волосы и отсутствие кожных рубцов. Пациенты

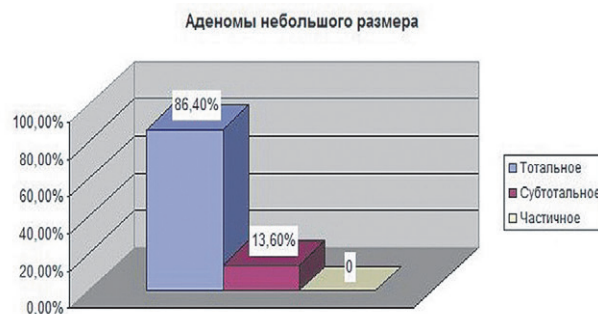


Рис 5. Радикальность удаления опухоли у пациентов с аденомами гипофиза небольшого размера (15-25 мм)

переносят эндоназальное вмешательство гораздо легче, быстрее выписываются из стационара и быстрее возвращаются к повседневной активности.

На первом этапе операции, после смещения средней носовой раковины, эндоскоп с инструментами продвигаются в полости носа к естественному соустью основной пазухи, после чего осуществляется резекция соустья и вход в полость синуса. С использованием микродрели проводится удаление костных структур дна турецкого седла (рис. 3). После рассечения твердой мозговой оболочки опухолевая ткань удаляется специализированными инструментами (рис. 4).

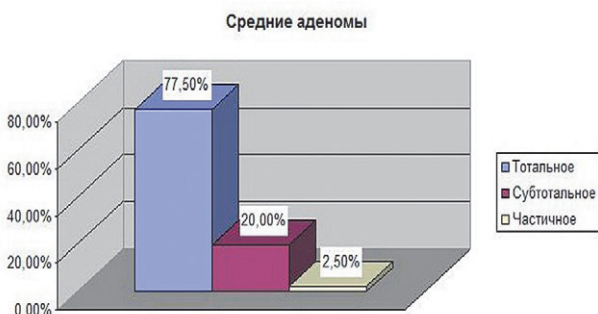


Рис 6. Радикальность удаления опухоли у пациентов со средними аденомами гипофиза (26-35 мм)

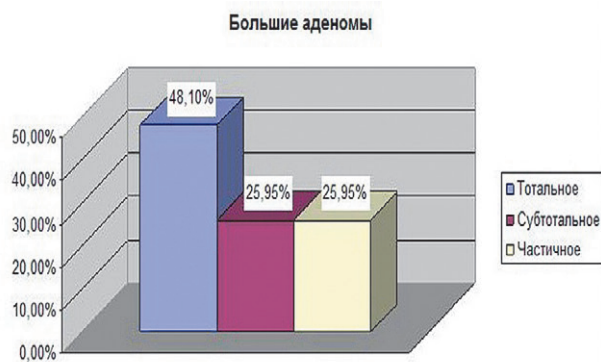


Рис 7. Радикальность удаления опухоли у пациентов с большими аденомами гипофиза (36-60 мм)

Важным и сложным этапом операции является гемостаз, который осуществляется с применением современных местных гемостатических средств (SurgiFlo с тромбином, Surgicel Fibrillar, тахокомб). Очень важно владеть способами остановки артериального и венозного кровотечения в глубокой и узкой ране, когда источник кровотечения находится в сантиметре от торца эндоскопа. В подобных ситуациях основополагающую роль играет слаженность взаимодействия операционной бригады.

Полость турецкого седла герметизируется с использованием пластин тахокомба, свободных жировых трансплантатов, лоскутов слизистой оболочки перегородки носа и фибрин-тромбинового клея (Evicel или Tissucol). В случае интраоперационной ликворреи, наличия дефектов или фрагментированного строения диафрагмы турецкого седла пациентам накладывается наружный люмбальный дренаж на срок до 5-10 дней.

Операции выполнялись с использованием эндоскопической стойки Karl Storz, набора эндоскопов с прямой и угловой оптикой, пневматического и механического держателей для оптики, навигационной станции Stryker и набора специализированных инструментов.

Особенностями эндоскопической трансфеноидальной хирургии в НХО ККБ являются бипортальный доступ (через обе половины носа) и обязательный навигационный контроль. Применение специального

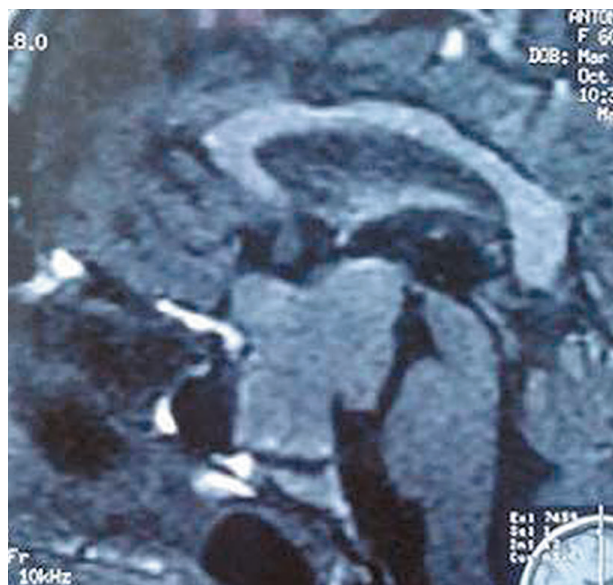


Рис 8. МРТ хиазмально-селлярной области в сагиттальной проекции у пациентки с большой инвазивной аденомой гипофиза до операции

держателя эндоскопа позволяет манипулировать в четыре руки. На этапах удаления супраселлярной части опухоли и ревизии полости турецкого седла мы используем эндоскопы с угловой оптикой и технику free-hand. Средняя продолжительность вмешательства составляет 90-120 минут.

Важной частью операций является грамотное анестезиологическое сопровождение в условиях искусственной артериальной гипотензии, что было бы невозможно без профессионализма наших коллег-анестезиологов из ОАР № 5 (заведующий отделением Н. Ю. Довбыш).

После операции пациенты в течение суток находятся в палате интенсивной терапии ОАР № 5 и после выполнения контрольной МСКТ переводятся в отделение.

У больных осуществляется контроль водного баланса, электро-

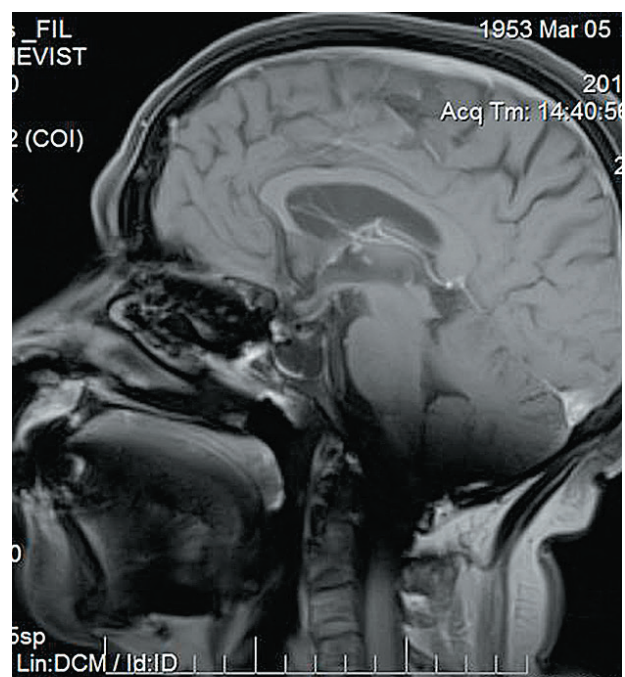


Рис 9. МРТ головного мозга в сагиттальной проекции у той же пациентки после операции

литного состава и глюкозы крови, исследуются удельный вес мочи, осмолярность крови и мочи. При наличии реактивов определяются гормоны.

Радикальность операции оценивается по результатам МРТ, выполненной спустя 6-12 месяцев после операции. Именно в эти сроки происходит окончательная резорбция гемостатических материалов и клеевой композиции, применяемых во время хирургического вмешательства. Эти материалы могут накапливать контрастный препарат и симулировать наличие остаточной опухолевой ткани.

Возможность тотального удаления аденом гипофиза оценивается разными авторами в пределах 50-79%. Связано это с инвазивным характером роста, частой инфильтрацией окружающих анатомических структур, в первую очередь кавернозных синусов, расположенных в непосредственной близости от турецкого седла [2, 5].

Под тотальным удалением подразумевают отсутствие остаточной ткани опухоли по результатам контрольной МРТ и достижение клинико-гормональной ремиссии. Субтотальным считается удаление более 80% опухоли и отсутствие клинико-гормональной ремиссии. В случаях резекции менее 80% опухолевой ткани удаление считается частичным [3].

В нашей серии тотальное удаление опухоли выполнено у 62,3% пациентов, субтотальное у 20% и частичное у 17,7%, что сопоставимо с литературными данными. Показатели радикальности хирургии в зависимости от размеров опухоли представлены на рис. 5-7.

У подавляющего большинства пациентов с аденомами гипофиза малого и среднего размера произведено тотальное удаление опухоли. В группе больных с большими аденомами радикальная резекция была возможна менее чем у 50% пациентов. Пациентам с аденомами гигантского размера выполнено только частичное удаление новообразования. Клинический пример радикального удаления большой инвазивной аденомы гипофиза представлен на рис. 8-9.

Динамика зрительных нарушений приведена на рис. 10. Улучшение Visus и полей зрения отмечалось в большинстве наблюдений. У 12 пациентов со зрительными расстройствами удалось вернуть 100% зрение.

После операции и последующей терапии аналогами сандостатина на клинко-гормональная ремиссия была достигнута у 9 пациентов (50%) с акромегалией из 18. Хуже оказались результаты у пациентов с пролактиномами. Нормализация уровня пролактина после операции отмечена нами только у 5 пациентов (35,71%) из 14.

В 11,5% случаев после операции появились явления гипопитуитаризма разной степени выраженности, что потребовало назначения заместительной терапии. Клиника перманентного несахарного диабета развилась у 4,6% пациентов.

Послеоперационная летальность составила 2,3% (3 пациента). У первого больного причиной смерти явились ишемические нарушения в области базальных ганглиев после тотального удаления опухоли. Вторая пациентка погибла в результате кровоизлияния в остатки не удаленной части гигантской аденомы гипофиза. В третьем случае после радикальной резекции большой аденомы развилась послеоперационная назоликторрея с последующим гнойным менингоэнцефалитом.

Послеоперационные осложнения представлены в таблице 1

Наименование осложнения	Количество
Послеоперационная назоликторрея	3 (2,3%)
Носовое кровотечение	4 (3,07%)
Менингит	2 (1,54%)
Субарахноидальное кровоизлияние	1 (0,76%)
Арезорбтивная гидроцефалия	1 (0,76%)
Ухудшение зрения	2 (1,54%)
Офтальмопарез	3 (2,3%)
Летальность	3 (2,3%)

Назоликторрея является грозным осложнением эндоназальной трансфеноидальной хирургии. Ее основные причины – дефекты диафрагмы турецкого седла, образовавшиеся после удаления опухоли. В двух наших наблюдениях это осложнение потребовало ревизионной хирургии, еще в одном – привело к развитию гнойного менингоэнцефалита и летальному исходу.

Неприятным осложнением эндоназальных вмешательств являются носовые кровотечения, причины которых в рассасывании тромбов из коагулированных ветвей а. sphenopalatina. Во всех подобных случаях пациентам проводилась переднезадняя тампонада носовых

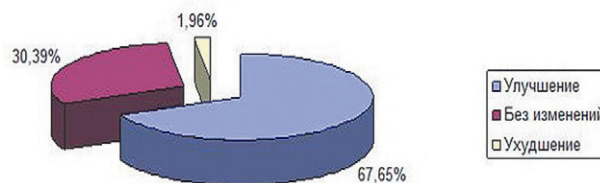


Рис 10. Динамика зрительных нарушений у пациентов с аденомами гипофиза после операции

ходов на срок 3-4 дня. У одной пациентки в течение месяца после операции развилась выраженная арезорбтивная гидроцефалия, потребовавшая шунтирующей операции.

Из неврологических осложнений необходимо отметить ухудшение остроты зрения в 1,54% случаев. У 3 (2,3%) пациентов вследствие манипуляций в кавернозном синусе развился офтальмопарез, который регрессировал в течение нескольких месяцев после операции.

Большинство прооперированных пациентов, за исключением жителей других регионов, а также ряда больных из Норильска и Красноярска, наблюдаются в поликлинике краевой клинической больницы, что позволяет отслеживать катамнез и своевременно разрешать возникающие у них проблемы.

Тактика в отношении больных с остаточной частью аденомы определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Пациенты с гормонально-неактивными новообразованиями наблюдаются у нейрохирурга, эндокринолога и окулиста с контрольным МРТ-исследованием один раз в шесть месяцев.

Пациенты с остаточной тканью пролактиномы нуждаются в продолжении терапии препаратами агонистами дофамина. Пациенты с акромегалией, в случае отсутствия клинко-гормональной ремиссии, получают терапию аналогами сандостатина. В ряде случаев им проводится дистанционная фракционированная лучевая терапия или стереотаксическая радиохирургия (лечение на установке Gamma-Knife).

Таким образом, внедрение эндоскопической эндоназальной трансфеноидальной хирургии позволило улучшить результаты лечения у пациентов с аденомами гипофиза. Освоение этой технологии было бы невозможно без слаженного взаимодействия нейрохирургов, эндокринологов, реаниматологов и специалистов МРТ и МСКТ. Накопленный опыт позволяет с оптимизмом смотреть в будущее.

Литература

1. Нейроэндокринология / Г. М. Кроненберг и др.; пер. с англ. под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 472 с.
2. Хирургическое лечение аденом гипофиза. Клинические рекомендации / П. Л. Калинин, Б. А. Кадашев, Д. В. Фомичев и др. – М.: Изд-во НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, 2015. – 19 с.
3. Аденомы гипофиза: клиника, диагностика, лечение / под ред. проф. Б. А. Кадашева. – М., 2007. – 368 с.
4. Эндоскопическая хирургия аденом гипофиза / А. Ю. Григорьев, В. Н. Азизян. – М.: «УП Принт», 2011. – 87 с.
5. Management of pituitary tumors: the clinicals practical guide/ edited by M. P. Powell, S.L. Lightmann, E. R. Laws – 2nd ed. Humana Press. Totowa, New Jersey, 2003. – 336 p.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ТЕРМОАБЛАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Е. В. Дударовская
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Продолжительные и массивные маточные кровотечения могут быть связаны с гиперплазией эндометрия, полипозом, эндометриозом, нарушением свертывания крови, гормональным дисбалансом в пременопаузе и менопаузе, другими причинами. Традиционно при таких заболеваниях использовалось лечебно-диагностическое выскабливание полости матки, а в самых тяжелых случаях – гистерэктомия.

Альтернативным, щадящим способом избавления от длительных меноррагий стала абляция эндометрия – процедура, направленная на деструкцию всего эндометрия, как функционального, так и базального.

Процедура абляции практически исключает последующее деторождение, ведь эндометрий полностью уничтожается – об этом врач-гинеколог всегда предупреждает пациентку. Именно поэтому абляция редко проводится женщинам репродуктивного возраста. Процедура также не проводится женщинам с подозрением на онкологические заболевания и предраком эндометрия.

Термоабляции эндометрия с помощью системы THERMACHOICE уже два года применяется в гинекологическом отделении краевой клинической больницы.

История вопроса

Существует условное деление на абляцию первого и второго поколения.

Три гистероскопических метода первого поколения включают электрохирургическую эндомиометриальную резекцию, электрохирургическую и лазерную абляцию.

Методы второго поколения не предусматривают использование гистероскопии для выполнения абляции, и это их основное отличие.

Абляция стартовала в начале 80-х годов XX века как альтернатива гистерэктомии для лечения менструальной дисфункции у женщин с тяжелой, не поддающейся гормональной терапии гиперменореей. Собственно, метод состоял в повреждении эндометрия для возникновения вторичной аменореи. Первоначально проводилась лазерная абляция, но вскоре от нее отказались: слишком велики затраты и большой риск осложнений в неопытных руках.

В 1983 году американские гинекологи сообщили о методе резекции эндометрия с помощью резектоскопа. Этот метод был предшественником гистероскопического шарового электрода для абляции эндометрия, который стал золотым стандартом и с которым сравнивают вновь разрабатываемые технологии абляции.

Обзор первого десятилетия гистероскопической абляции подтвердил, что она может давать относительно хорошие результаты, а также выявил трудности: громоздкое оборудование, вопросы безопасности пациентки, затруднения с прямой визуализацией, а также интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Эти проблемы удалось решить в конце 90-х годов прошлого века с внедрением новых методик абляции второго поколения. Она подразумевает деструкцию эндометрия устройствами, вводимыми в полость матки вслепую и, как правило, активизируемыми без гистероскопического контроля.

Методы второго поколения включают в себя процедуры с использованием маточного баллона, ирригацию горячим изотоническим раствором натрия хлорида, криохирургию, использование аппаратов, работающих на радиочастотах, и микроволновые устройства.

Что такое THERMACHOICE?

Методу Термачойс чуть больше десяти лет. Суть его – в прогревании внутренней поверхности матки до 87°C с помощью специального баллона, заполненного 5% глюкозой. Латексный катетер-баллон – одноразовый. Сам прибор с программным управлением – автоматическая система подогрева, таймер.

От врача-гинеколога требуются две важнейшие функции – тщательное обследование пациентки перед процедурой и контроль давления в полости матки во время термоабляции.

В краевой клинической больнице Термачойс работает два года. За это время успешно пролечено более 30 пациенток с гиперплазией эндометрия, полипозом и изнуряющими меноррагиями.

Кто они, эти пациентки? По каким критериям производится отбор и применяется Термачойс?

Для тех, кому не подходит гормонотерапия

В перименопаузе и постменопаузе термоабляция эндометрия показана пациенткам с меноррагиями на фоне железистой гиперплазией эндометрия, с рецидивирующими полипами эндометрия.

В позднем репродуктивном периоде показанием служит меноррагия у пациенток старше 35 лет, реализовавших репродуктивный потенциал.

При отборе пациенток на методику термоабляции учитываются следующие факторы:

- более 30% женщин имеют психологическое предубеждение против гормонотерапии;
- 20% больных в постменопаузе имеют противопоказания к гормонотерапии;
- 70% имеют сопутствующие заболевания, повышающие риск осложнений гормонотерапии;
- в 5-50% случаев (в зависимости от вида патологии эндометрия) гормонотерапия неэффективна;
- у 70% больных периода постменопаузы экстрагенитальные заболевания обуславливают высокий риск осложнений при гистерэктомии;
- гистерэктомия воспринимается 1/2 менструирующих больных как калечащая операция, постгистерэктомический синдром возникает у 20-80% пациенток (в зависимости от возраста, преморбидного фона, особенностей кровоснабжения яичников);
- в постменопаузе любой вид внутриматочной хирургии имеет высокий риск осложнений, включая перфорацию матки, водно-электролитные нарушения.

Поскольку при термоабляции глубина воздействия высокой температуры на эндометрий 4-5 мм, перед процедурой необходимо обследование пациентки на соответствие необходимым условиям проведе-

ния процедуры. Предварительно проводят гистероскопию для оценки полости и стенок матки.

Условия проведения термоабляции таковы:

- отсутствие перегородки, синехий, субмукозного узла 0 типа;
- интерстициально-подслизистый узел миомы не является противопоказанием для процедуры;
- доброкачественный характер патологии эндометрия;
- длина матки по зонду 4–12 см;
- расширение цервикального канала минимально.

Методика термоабляции особенно показана женщинам с выраженным ожирением, отягощенным экстрагенитальной патологией, пациенткам, ранее оперированным по поводу онкозаболеваний других органов, которым запрещено применение гормонотерапии.

В краевой клинической больнице Термачойс применялся у больных, в анамнезе которых ИБС, артериальная гипертония, варикозная болезнь нижних конечностей, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, желчнокаменная болезнь, фиброзно-кистозная мастопатия, фиброаденома, сахарный диабет 2-го типа, ожирение III–IV степени.

В группу риска по развитию гиперплазии эндометрия и маточным кровотечениям попадают женщины не только с нарушением жирового обмена, гипертонией, болезнями печени и прочими соматическими проблемами, но и с генитальной патологией – эндометриозом, миомой матки, поликистозом яичников.

Преимущества термоабляции

Термачойс экономит время пациентки и расходы больницы. Процедура длится всего 8 минут под общей анестезией.

Активизация пациентки происходит по окончании действия наркоза, болевой синдром мало выражен, купируется через 2–4 часа. Быстрая реабилитация больных – через 6–12 часов пациентки могут возвращаться к привычному образу жизни. Таким образом, пребывание больной в стационаре – всего один койко-день.

Метод минимально инвазивен и травматичен, характеризуется высокой безопасностью, отсутствием кровопотери, водно-электролитных нарушений, коагуляционных повреждений соседних органов. Обострения хронических заболеваний или декомпенсации соматической патологии не было ни у одной больной.

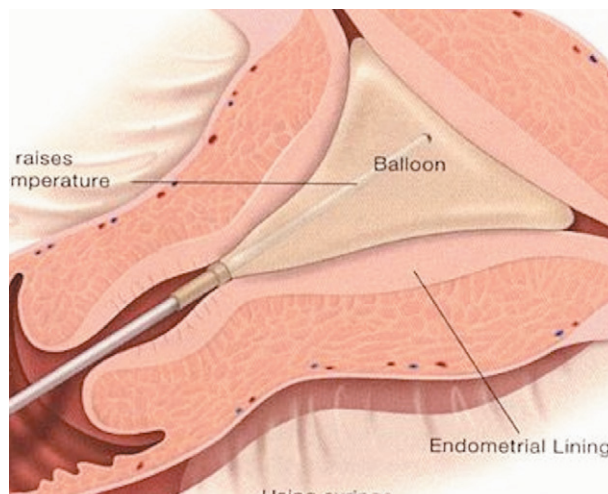
Технология очень эффективна: равномерное термическое воздействие на стенки матки независимо от формы и размеров, потому что баллон принимает форму полости матки (в отличие от жестких наконечников других методик).

У пациентки сохраняется дальнейшая возможность эндоскопического контроля за полостью матки – синехии не такие грубые, как при иных способах абляции.

Эффективность метода в постменопаузе при гиперплазии эндометрия составляет 98%, при полипах эндометрия – 89%. У женщин репродуктивного возраста эффективность при гиперплазии составляет 82%.

Сложности при проведении баллонной термоабляции незначительные: например, пролабирование баллона наружу при расширении цервикального канала и небольшой полости матки. Иногда происходят колебания внутриматочного давления из-за изменения тонуса матки, которые сопровождаются отключением программы абляции или остаются необработанными углы матки.

При неадекватной анестезии у пациентки может возникнуть кашель, который меняет внутриматочное давление. В этом случае прерывается программа абляции.



В катмнезе

Эндоскопическая оценка эффективности методики проводилась после заживления: ни у одной из пролеченных в гинекологическом отделении ККБ пациенток нет интраоперационных осложнений, кровотечений, эндометрий обработан равномерно.

Результаты УЗИ следующие:

- через три дня в полости матки отмечается инфильтрация, повышение эхогенности;
- через три месяца визуализируются синехии;
- через год отмечается атрофия эндометрия, синехии, фиброз (в постменопаузе).

У пациенток, находящихся в репродуктивном периоде, порой отмечается регенерация эндометрия, потому что очаги аденомиоза могут залегать глубже уровня абляции (4–5 мм). Кроме того, есть понятие «синдром трубных углов» – у пациентки даже начинаются месячные, за счет того что во время термоабляции остались необработанными углы матки. Стоит отметить, что беременность после термоабляции – крайне редкий случай, потому что имплантация зародыша в полости матки практически исключена.

Выводы

Опыт применения баллонной термоабляции в краевой клинической больнице показывает, что по эффективности Термачойс проигрывает гистерэктомии лишь в одном: при таком щадящем методе лечения остается некоторый риск повторного разрастания слоев эндометрия и рецидивов заболевания.

Однако большинство наших пациенток признают, что по сравнению с перспективой лишиться матки, эта вероятность рассматривается как приемлемая, ведь прибегнуть к гистерэктомии никогда не поздно. Огромный плюс и в том, что лечение высокими температурами исключает риск перфорации матки и возможных кровотечений вследствие ранения крупных сосудов.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. «Гистероскопия в диагностике и лечении патологии матки», 1997 г.
2. Бохман Я.В. Прянишников В.А. Чепик О.Ф. «Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия» 1979 г.
3. Савельев Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. «Гистероскопия» 1999 г. «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки», 1997 г.
4. Гаврилова Т.Ю. «Аденомиоз. Патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации», 2007 г.

ПОДВОДНЫЕ КАМНИ ОКС. ФАКТОР ДЕПРЕССИИ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Л. К. Рейхерт
КГБУЗ «Ачинская МРБ № 1»

Резюме

В статье исследуется установленная (в результате тестирования и наблюдений пациентов в отделении реанимации) взаимосвязь развития ОКС и ИМ у больных на фоне депрессивной составляющей. Цель исследования основывается на основе эмпатических, а также специальных наблюдений за пациентами, госпитализированными по поводу ОКС. Результатом указанных наблюдений явилось проведение анонимного тестирования пациентов, которые могли в силу своего состояния в нем участвовать. Статистическая значимость данных основывается на фактических исследованиях в отделении.

Новизна и актуальность работы заключается в установлении взаимосвязи между психологической коллизией в жизни пациента и развитием у него патологии и нарушениям сердечной деятельности (75% пациентов).

Введение

Цель статьи – обозначить зависимость развития ОКС и ИМ от депрессии с рассмотрением возможности оказания психологической помощи пациентам для улучшения их общего состояния и снижения риска рецидивов инфаркта.

Материалы и методы

С 2014 года отмечается значительный рост числа пациентов, госпитализированных в отделение реанимации по поводу ОКС. Обращает на себя внимание факт, что развитию приступа у большинства пациентов в тот или иной степени предшествовал психологический конфликт (коллизия) в острой или хронической форме: болезнь родственников, потеря работы, финансовые затруднения, семейные конфликты и т.д. [1, 3].

Хотя роль психологических факторов в развитии острого коронарного тромбоза детально изучена, мною было решено провести исследование психологического статуса пациентов отделения реанимации, находящихся на лечении по поводу острого инфаркта миокарда в КГБУЗ «Ачинская МРБ № 1».

В 2014 году в ОриИТ Ачинской МРБ № 1 был госпитализирован 231 больной с острым инфарктом миокарда. 180 пациентам проводилось анонимное анкетирование с целью определения эмоционального состояния в период жизни, предшествующий развитию ИМ.

38 больным анкетирование не проводилось из-за тяжести состояния. 13 пациентов не смогли участвовать в тестировании из-за возрастных изменений головного мозга.

Эмоциональное состояние оценивалось тестированием по «Индексу депрессии» [4]. Тестирование проводилось после стабилизации состояния пациентов, на 2–5-е сутки от момента госпитализации.

Индекс депрессии

Этот тест призван оценить эмоциональное состояние и желательные методы лечения.

Нужно ответить «скорее да» или «скорее нет» на следующие вопросы:

1. Чувствуете ли вы себя подавленно большую часть дня?
2. Чувствуете ли вы себя подавленно почти каждый день?
3. Можете ли вы сказать, что не получаете вообще никакого или получаете очень мало удовольствия от всего, что вы делаете?
4. Потеряли ли вы в весе (более чем 5% от массы тела) за 30-дневный срок?
5. Набрали ли вы вес (более чем 5% от массы тела) за 30-дневный срок (исключая прибавку веса, связанную с беременностью)?
6. Вы с трудом засыпаете почти каждый раз, когда ложитесь спать?
7. Кажется ли вам, что вы спите слишком много почти каждый день?
8. Чувствуете ли вы недостаток энергии почти каждый день?
9. Ощущаете ли вы собственную бесполезность или острое чувство вины почти каждый день?
10. Ощущаете ли вы почти каждый день, что вам трудно думать и концентрироваться, или, возможно, ваша способность мыслить и концентрация внимания ухудшились в последнее время?
11. Посещают ли вас постоянно мысли о смерти или самоубийстве?

Оценка результатов

Если ответов «скорее да» больше пяти, необходима помощь специалиста.

Если 3–5 ответов «скорее да», пациент может нуждаться в профессиональной помощи, но можете и не нуждаться в ней, но если периодически посещают мысли о самоубийстве или состояние ухудшается – следует обратиться за помощью к специалисту.

1–2 положительных ответа указывают на легкую депрессию, помощь специалиста может быть необходима, а может быть не обязательна. Если периодически посещают мысли о самоубийстве или состояние ухудшается – следует обратиться за помощью к специалисту.

Результаты обследования пациентов с инфарктами

45 пациентов: «да» – 0, ответов «нет» – 11.

45 пациентов: «да» – 1, «нет» – 10.

27 пациентов: «да» – 2, «нет» – 9.

18 пациентов: «да» – 3, «нет» – 8.

27 пациентов: «да» – 4, «нет» – 7.

9 пациентов: «да» – 5, «нет» – 6.

9 пациентов: «да» – 6, «нет» – 5.

По результатам тестирования

45 (25%) пациентов до развития инфаркта не испытывали ухудшения настроения.

72 пациента (40%) имели снижение настроения, незначительное снижение работоспособности.

54 пациента (30%) испытывали подавленность, плохой сон, плохое настроение.

9 пациентов (5%) находились в состоянии хронического декомпенсированного стресса.

Выводы

Результаты исследования позволяют заключить:

– в большинстве случаев (у 75% пациентов) инфаркт миокарда развился на фоне депрессии различной степени выраженности;

– 5% пациентов нуждались в срочной помощи психиатра. Большинству пациентов требовалась помощь психолога, назначение седативных препаратов, антидепрессантов [2];

– анализ подтверждает необходимость введения должности психолога в штат больницы для оказания помощи больным ОКС. Будет сделана заявка на введение должности штатного психолога на начало следующего года. В арсенале лекарственных препаратов отделений, занимающихся лечением ОКС, кроме стандартных препаратов, должны быть антидепрессанты.

Проведение своевременной психологической поддержки пациентам с ОКС будет способствовать их скорейшему выздоровлению, большей приверженности к базисной терапии после выписки, что позволит

снизить риск рецидивов инфаркта, уменьшит риск осложнений и снизит необходимость в повторной госпитализации.

Литература

1. Коркина М.В. Психиатрия: Учебник для студентов медицинских вузов // М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 576 с. – ISBN 5-98322-391-7.

2. Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Бескова Д.А. Терапия непсихотических депрессий антидепрессантом агомелатином (вальдоксан): Результаты наблюдательного многоцентрового исследования «РИТМ» // А.Б. Смулевич, А.В. Андриященко, Д.А. Бескова // Психиатрия и психофарматерапия. – М., 2010. – Т. 12. № 4. – С. 4-12.

3. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: в 2 т.: пер. с англ. // Г. И. Каплан, Б. Дж. Седок. – М.: Медицина, 1994. – 492 с. – ISBN 5-88816-010-5.

4. J. Robertson. Natural Prozac: Learning to Release Your Body's Own Anti-Depressants = Робертсон Джоэл С. Натуральный прозак: научите ваш организм выделять свой собственный антидепрессант // Джоэл С. Робертсон, Т. Монте; перевод с англ. Т. Шишкиной // [Личный сайт Сергея Шишкина]. URL: http://izkolei.ru/perevody_knig/naturalnyy_prozak/ (дата обращения: 13.11.2015).

ТОКСИКОЛОГИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

*С. А. Васильев, В. В. Шилов, Е. В. Полозова, А. С. Богачева
СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Введение

Высокая частота развития, риск инвалидизации больных, перенесших острое отравление, и сохраняющаяся высокая летальность обуславливают актуальность проблемы лечения острой церебральной недостаточности у больных с острыми отравлениями (Лужников Е.А., 2005; Ливанов Г.А., 2007; Шилов В.В., 2008; Васильев С.А., 2009).

В реальной клинической практике зачастую больные поступают на этап оказания специализированной помощи в поздние сроки, когда тяжесть их состояния обусловлена не только специфическими механизмами действия токсикантов, но и присоединившимися осложнениями в виде гипоксических поражений вследствие центральных нарушений дыхания (Калмансон М. Л., 1999; Шилов В. В., 2008; Васильев С. А., 2009). В этих условиях использование стандартной терапии, даже дополненной хирургическими методами гемокоррекции, не всегда достигает желаемого результата (Калмансон М. Л., 2001; Васильев С. А., 2009).

В связи с этим особую значимость приобретают вопросы фармакологической терапии острой церебральной недостаточности (Кондратьев А. Н., 2008; Васильев С. А., 2009), обусловленной как специфическими механизмами действия ядов на головной мозг,

так и неспецифическими, среди которых лидирующее место всегда принадлежит гипоксии (Лужников Е. А., 2005; Шилов В. В., 2008; Васильев С. А., 2009). Одним из перспективных направлений интенсивной терапии острой церебральной недостаточности наряду с традиционными мерами лечения является использование антигипоксантов с различными механизмами действия (Виноградов В. М., 1994; Смирнов А. В., 1998; Новиков В. Е., 2003; Афанасьев В. В., 2012; Васильев С. А., 2014). Все более широкое применение находит комбинированный антигипоксанта с преимущественным метаболическим действием Цитофлавин в интенсивной терапии критических состояний (Афанасьев В.В., 2012; Васильев С.А., 2014).

Целью настоящей работы явилась оценка использования смешанного антигипоксанта с преимущественным метаболическим действием цитофлавина у больных с церебральной недостаточностью вследствие тяжелых форм острых отравлений.

Материалы и методы

Обследовано 60 больных с острой церебральной недостаточностью вследствие острых отравлений нейротропными веществами. Основная группа была разделена на две сопоставимые по возрасту,

полу и тяжести состояния: получавшие цитофлавин (I) на фоне проведения стандартной терапии – 32 пациента, и не получавшие его (II) – 28 пациентов. Из обследованных больных было 38 мужчин и 22 женщины. Средний возраст составил у мужчин $34,7 \pm 2,6$ года, у женщин – $28,4 \pm 3,2$ года.

Все больные проходили лечение в условиях токсикологической реанимации. На момент поступления в стационар состояние всех больных было тяжелым или крайне тяжелым. Тяжесть состояния была обусловлена, в первую очередь, острой церебральной недостаточностью с угнетением сознания до стадии комы II-III по А.И. Федину. В связи с развитием острой дыхательной недостаточности по центральному типу и нарушением функции внешнего дыхания вплоть до апноэ, всем больным проводилась ИВЛ. На исход острого отравления и результаты лечения также влияло наличие или отсутствие отека мозга. Выявить это осложнение с большей достоверностью можно было, начиная с конца первых суток: повышение лактата венозной крови свыше 5-6 ммоль/л, застойные соски дисков зрительных нервов, повышение ликворного давления при люмбальной пункции, неврологические стигмы внутричерепной гипертензии, менингеальный симптомокомплекс, электроэнцефалографические признаки с преобладанием ассиметричного дельта-ритма постоянной частоты.

Спонтанная биоэлектрическая активность регистрировалась по стандартной методике в 16 униполярных отведениях по системе 10/20 на электроэнцефалографе «Мицар-2000» (Россия).

Токсиканты в биосредах определяли количественно в крови и моче методом газожидкостной хроматографии на хроматографе лабораторном универсальном ЛХМ-80, качественно – в моче методом тонкослойной хроматографии.

В программу интенсивной терапии входила эфферентная, инфузионная и симптоматическая терапия. Цитофлавин вводили на 10% растворе глюкозы (20 мл препарата на 400 мл глюкозы) 2 раза в сутки внутривенно капельно медленно в течение 5-7 суток нахождения больных в реанимационном отделении на фоне базисной терапии.

Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5).

Результаты и обсуждение

Время экспозиции яда, а также длительность состояния гипоксии у больных в обследованных группах достоверно не отличались. Развитие отека головного мозга во многом обусловлено длительностью гипоксического периода. Косвенным показателем длительности гипоксической травмы мозга выступает время с момента отравления до начала оказания медицинской помощи, составившее в группе с лечением цитофлавином $16,8 \pm 2,3$ часа, в группе без лечения – $17,3 \pm 1,8$ часа.

Все больные в обследованных группах при поступлении имели угнетение сознания до уровня комы II – III, что в баллах (по классификации А. И. Федина) составило: в I группе $69,3 \pm 7,6$, в группе II $71,1 \pm 5,9$. Клиническая картина отравлений у больных, в интенсивную терапию которым был включен цитофлавин, выявила более выраженную динамику восстановления сознания по классификации А. И. Федина, начиная с 3-х суток от начала проводимого лечения (таблица 2).

Средняя продолжительность комы у больных первой группы (включение в терапию цитофлавина) составила $33 \pm 2,6$ часа, тогда как во второй группе $55, \pm 2,2$ часа (таблица 1).

Общая длительность нахождения больных в отделении реанимации до перевода в общее токсикологическое отделение отражает

«скорость стабилизации состояния» до уровня средней степени тяжести. Данный показатель у пациентов I группы составил $53,4 \pm 4,3$ часа, а во II группе $69,1 \pm 3,6$ часа. В исследуемой группе (I) умерших было 4 человека (12,5%), во II группе – 7 человек (25%) (таблица 1).

Таким образом, сокращение длительности коматозного состояния у больных при дополнении стандартной терапии цитофлавином (I группа) свидетельствует о более быстром восстановлении активности центральной нервной системы.

Таблица 1

Сравнительные критерии эффективности терапии в группе больных, получавших цитофлавин (I) и без его включения (II) ($M \pm m$)

Показатель	Больные, получавшие цитофлавин (I) (n=32)	Больные, не получавшие цитофлавин (II) (n=28)
Возраст больных, г	$33,6 \pm 1,6$	$30,7 \pm 2,5$
Время экспозиции яда, ч	$16,8 \pm 2,3$	$17,3 \pm 1,8$
Длительность коматозного состояния, ч	$33,0 \pm 2,6^*$	$55,4 \pm 2,2^*$
Длительность пребывания выживших больных в ОРИТ, часы	$53,4 \pm 4,3^*$	$69,1 \pm 3,6^*$
Летальность	4 человека (12,5%)	7 человек (25%)

Примечание – $*p < 0,05$ между (I) и (II).

В исходном состоянии у всех пациентов регистрировалась электрическая активность головного мозга, которая соответствовала уровню «гипореактивной комы» (по Александрову М.В., 2008). Над всеми отделами мозга регистрировались высокоамплитудные волны дельта-диапазона. Реактивность ЭЭГ практически отсутствовала: при болевой стимуляции и тем более при фотостимуляции реакции активации не формировались. При формировании картины отека мозга форма дельта-волн приобретала «заостренность», присутствовали единичные пики и острые волны высокой амплитуды, что отражало повышенную судорожную готовность.

Во II группе стандартная дезинтоксикационная терапия не приводила к значимым изменениям ЭЭГ-семиотики в течение выбранного для наблюдения отрезка времени. Сохранялась медленноволновая активность высокой амплитуды перестройка электрической активности в ответ на внешнюю фото и болевую стимуляцию отсутствовали, что отражало резко сниженную реактивность головного мозга.

Ретроспективный анализ ЭЭГ выявил разнонаправленный характер изменений при благоприятных и смертельных исходах в ответ на введение цитофлавина. В группе с благоприятными исходами введение препарата сопровождалось изменениями электрической активности мозга: уменьшалась доля дельта-волн, снижалась амплитуда ЭЭГ. При повторном исследовании регистрировалась альфа-активность, которая практически отсутствовала в исходном состоянии. Уровень межполушарной асимметрии снижался до 25%, что косвенно отражало тенденцию к восстановлению интегративной работы полушарий и, следовательно, уменьшение глубины угнетения ЦНС. Внешняя болевая стимуляция и одиночные вспышки света у половины пациентов вызывали отчетливую реакцию перестройки ЭЭГ. При ритмической

фотостимуляции реакция усвоения формировалась в ответ на низкую частоту следования стимулов в диапазоне от 2 до 6 Гц.

Таблица 2

Динамика восстановления сознания по классификации А.И. Федина в группах с применением цитофлавина (I) и без (II) у больных с острой церебральной недостаточностью (баллы) ($M \pm m$)

Группы больных	Сроки стационарного наблюдения, сутки			
	1	3	5	7
Получавшие цитофлавин (n=32) (I)	69,3 $\pm$ 7,6	44,5 $\pm$ 5,5*	33,5 $\pm$ 4,6*	26,3 $\pm$ 8,2
Не получавшие цитофлавин (n=28) (II)	71,1 $\pm$ 5,9	62,5 $\pm$ 6,4	43,7 $\pm$ 6,3*	31,2 $\pm$ 5,2**

Примечание: * – достоверная разница с предыдущим значением в подгруппе (I) $p < 0,05$, ** – достоверная разница с предыдущим значением в подгруппе (II) $p < 0,05$.

Анализ ЭЭГ пациентов с неблагоприятным течением отравления (смертельный исход) показал, что при введении цитофлавина уровень медленных волн значимо не изменялся. Обращало на себя формирование «машинообразной» тета-активности, что могло быть

проявлением терминальных нарушений в корковых отделах мозга (Александров М.В., 2008). Тем не менее, даже на таком фоне реактивность мозга в отдельных наблюдениях существенно возрасла: формировалась не только реакция перестройки ЭЭГ, но и реакция усвоения ритма. Существенно снижался уровень асимметрии мозга. Время сохранения выявленных изменений было индивидуальным, вариабельность определялась в пределах 10–24 ч с момента введения препарата.

Таким образом, введение цитофлавина вызывает изменения электрической активности головного мозга у лиц с острыми тяжелыми отравлениями веществами нейротропного действия: выявленная перестройка ЭЭГ отражает уменьшение глубины угнетения ЦНС, значительное улучшение реактивности мозга. Скорость восстановления функциональной активности мозга при включении в комплексное лечение цитофлавина существенно превосходит скорость восстановления при стандартной дезинтоксикационной терапии.

Вывод

Применение смешанного антигипоксанта с преимущественно метаболическим действием – цитофлавина – на фоне стандартной терапии позволяет ускорить купирование явлений церебральной недостаточности при остром тяжелом отравлении веществами нейротропного действия, что проявляется положительной динамикой восстановления сознания и улучшением нейрофизиологических параметров.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМЫ В КРАЕВОМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Д. В. Черданцев, О. В. Первова, В. А. Шапкина, В. Ю. Дятлов, Ю. Г. Трофимович, Т. К. Турчина, К. В. Митина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

при содействии Фонда поддержки научной и научно-технической деятельности

Аннотация

Проведен анализ результатов лечения распространенного гнойного перитонита (РГП) открытым способом в режиме «по программе» с помощью традиционной техники наложения лапаростомы (ТЛ) и при использовании вакуум-ассистированной лапаростомии (ВАЛ).

В исследование вошло 37 пациентов с РГП, из них с ТЛ – 32, ВАЛ – 5. Оценивались динамика изменений показателей шкал SAPS II, SOFA, индекс брюшной полости (ИБП), число санационных операций, а также частота возникновения осложнений. При применении ВАЛ отмечалась положительная динамика ИБП, снижение числа повторных операций и осложнений по сравнению с ТЛ.

Применение ВАЛ в более короткие сроки купирует явления РГП, сокращая количество санационных операций, способствуя уменьшению осложнений и улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: гнойная хирургия, разлитой гнойный перитонит, абдоминальный сепсис, лапаростома, вакуум-ассистированная лапаростома, индекс брюшной полости.

Введение

Несмотря на внедрение в клиническую практику новейших хирургических технологий, разработку новых антибактериальных препаратов, распространенный перитонит остается одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии [1, 3, 5, 7].

Только в России ежегодно оперируют более 300 тысяч больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. В 15-25% течение urgentных хирургических заболеваний осложняется перитонитом [1]. Анализ структуры летальности у больных с абдоминальной хирургической патологией за последние 20-30 лет показывает, что основной причиной смерти у этой категории пациентов был и остается перитонит [2, 6, 9, 14].

Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 60% [1, 4, 13, 16]. Такой широкий диапазон разброса показателей смертности при перитоните можно объяснить, с одной стороны, неодинаковыми методологическими подходами к анализу клинического и секционного материала, с другой – применением различных по эффективности методов лечения перитонита.

Перитонит остается хирургической, общеклинической и общепатологической проблемой. В соответствии с классическими представлениями об этиологии перитонита микробный пейзаж при вторичных перитонитах предсказуем и представлен, в основном, микрофлорой различных отделов пищеварительного тракта [1, 8, 12]. Но в эволюционном контексте взаимоотношения макро- и микромира непостоянны.

В последнее время особое значение стали приобретать госпитальные штаммы возбудителей, такие, как энтерококки, коагулазонегативные стафилококки, энтеробактер, палочка сине-зеленого гноя. Отличительной особенностью этих микроорганизмов является высокая резистентность к большинству антисептиков и антибиотиков. Это обстоятельство указывает на необходимость применения методов санации брюшной полости в периоперационном периоде.

От адекватной хирургической санации во многом зависит успех в лечении перитонита [1, 15, 17, 20]. Максимальное удаление инфекционного компонента может увеличить вероятность благоприятного исхода даже при развивающемся перитонеальном сепсисе [4, 7, 20]. Среди требований сегодняшнего дня к промывному раствору появились такие, как максимальный бактерицидный эффект, а также дезинтоксикационное действие. Нерешенными остаются вопросы о наличии эффективных и воспроизводимых на практике методов контроля качества санации.

Ключевую роль в патогенезе тяжелых форм перитонита играет эндогенная интоксикация [4, 10, 15]. По своей сути, эндотоксикоз при распространенном перитоните многокомпонентен. Токсическое воздействие на организм, наряду с микробными токсинами, оказывают

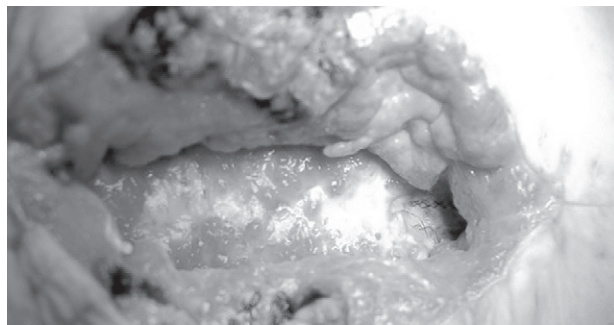


Рис. 1. Заведение абдоминального покрытия, изоляция органов брюшной полости абдоминальным покрытием

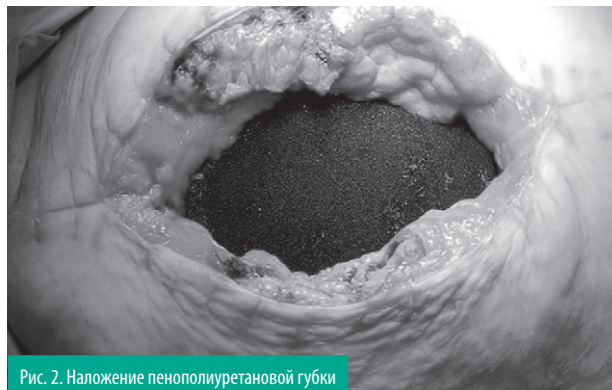


Рис. 2. Наложение пенополиуретановой губки



Рис. 3. Обеспечение герметизма брюшной полости

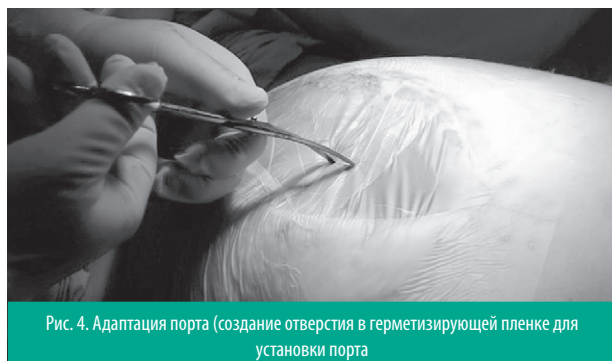


Рис. 4. Адаптация порта (создание отверстия в герметизирующей пленке для установки порта)



Рис. 5. Адаптация порта (установка порта)



Рис. 6. Подключение аппарата, создающего отрицательное давление

медиаторы калликреин-кининовой системы, биогенные амины, цитокины, пептиды средней молекулярной массы, свободные радикалы и другие продукты нарушенного метаболизма.

Одно из основных лечебных мероприятий – эффективное удаление воспалительного экссудата не только во время операции, но и в промежутке между санациями брюшной полости. Доказано, что трубчатые дренажи обтурируются фибриновыми сгустками уже в течение первых 5-6 часов после операции, поэтому происходит накопление токсического экссудата в брюшной полости и усугубление эндотоксикоза. Применение современных вакуумных систем дает возможность непрерывно санировать брюшную полость в промежутке между санационными операциями [5].

Тяжелая эндогенная интоксикация значительно ухудшает прогноз распространенного перитонита, увеличивает степень риска при оперативном лечении, ухудшает течение послеоперационного периода. Применяемые экстракорпоральные методы детоксикации имеют существенные недостатки – необходимость применения дорогостоящей аппаратуры, техническая сложность методик, травмирование форменных элементов крови, потребность в больших объемах донорской плазмы. Лишь единичные работы посвящены изучению дезинтоксикационного эффекта от применения вакуум-ассистированной лапаростомы.

Материалы и методы

В исследование вошли 37 пациентов с диагнозом РГП, находившихся на лечении в Красноярском краевом гнойно-септическом центре (ККГСС) в период с 2013 по 2015 год. Из них 23 женщины и 14 мужчин, средний возраст которых составил $49,6 \pm 9,4$ года. Из исследования были исключены пациенты, у которых причиной РГП были острый деструктивный панкреатит, тотальный мезентериальный тромбоз, перфорация опухоли, туберкулез.

В ККГСС принята методика «открытого» ведения брюшной полости у пациентов с РГП. Выделены следующие показания к наложению лапаростомы, а именно наличие РГП с явлениями синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) (SOFA ≥ 13), любая фаза диффузного перитонита с массивным каловым загрязнением (индекс брюшной полости (ИБП) ≥ 22 , Мангеймский индекс перитонита (МИП) ≥ 30), диффузный перитонит с клиническими и интраоперационными признаками анаэробной инфекции, послеоперационный перитонит (более 20 баллов по МИП и величина ИБП выше 13), формирующиеся или уже имеющиеся межкисечные абсцессы, наличие избыточного перитонеального (висцерального) отека, обширные дефекты брюшной стенки, препятствующие закрытию абдоминальной раны без чрезмерного натяжения, развитие абдоминального компартмент синдрома (АКС), а также высокий риск несостоятельности анастомозов кишечной трубки и развития системных осложнений (шкала SAPS ≥ 8).

Наложение лапаростомы выполнялось по традиционной технологии в комбинации с традиционным дренированием брюшной полости силиконовыми дренажами.

Применение ВАЛ в лечении РГП осуществлялось путем наложения вакуум-ассистированной лапаростомы (ВАЛ) с помощью аппарата VivanoTec® S 042 NPWT (Hartmann, Германия) в режиме постоянного вакуумирования с давлением 120 мм рт. ст. Этапы наложения аппарата ВАЛ представлены на рисунках 1-6.

Причинами РГП у пациентов, вошедших в исследование, были заболевания тонкой и толстой кишки (острая кишечная непроходимость, болезнь Крона, аппендицит, перфорация тонкой и/или толстой кишки, сегментарный мезентериальный тромбоз) – 18 пациентов (48,65%),

несостоятельность швов ЖКТ (послеоперационный перитонит) – 8 пациентов (21,62%), ранения и травмы брюшной полости – 6 пациентов (16,22%), заболевания желудка и ДПК – 4 пациента (10,81%), гинекологический перитонит – 1 пациент (2,7%).

Пациенты при поступлении были распределены в зависимости от степени тяжести гнойно-воспалительного процесса брюшной полости и тяжести общего состояния. Оценку степени тяжести осуществляли с помощью шкалы SAPS II, выраженность ПОН оценивали по шкале SOFA. Для определения степени поражения брюшной полости использовали МИП, ИБП. Для оценки эффективности лечения проводился сравнительный анализ показателей частоты развития системных и местных осложнений, количества необходимых санаций в зависимости от варианта лечения РГП.

При поступлении в ККГСС у исследуемых были признаки SIRS, из них тяжелый сепсис диагностирован у 29,7%, абдоминальный шок у 13,5% пациентов.

В зависимости от величины МИП пациенты соответствовали средней и тяжелой степеням тяжести (МИП от 20 до 30 баллов у 22 пациентов, МИП > 30 баллов у 15 пациентов). У 92% пациентов ИБП превышал 14 баллов, из них ИБП от 14 до 20 баллов у 19 пациентов, ИБП более 20 баллов у 10 пациентов.

В зависимости от способа наложения лапаростомы пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 32 пациента, которым применялась традиционная лапаростома. Вторую группу составили пять пациентов, у которых осуществлялось лечение путем применения ВАЛ при помощи наложения ВАЛ с применением аппарата VivanoTec® S 042 NPWT.

Величина МИП у пациентов в группе с применением ВАЛ был выше 30 баллов.

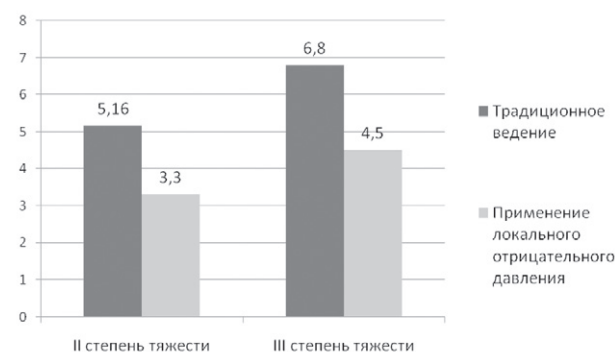


Рис. 8. Среднее количество санаций на одного больного.

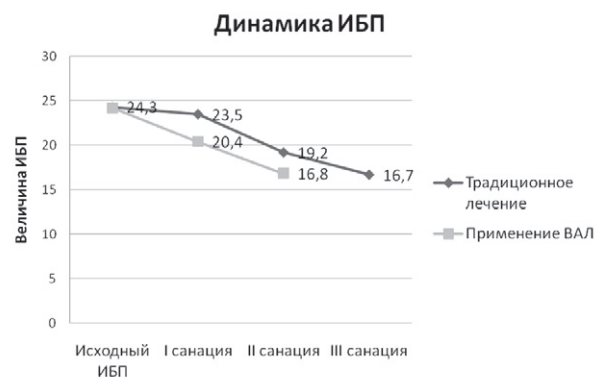


Рис. 7. Динамика снижения ИБП у пациентов с РГП.

При оценке эффективности вариантов лапаростомии учитывались динамика изменения величины ИБП, количество системных и местных осложнений, количество необходимых санирующих операций. В сравнительный анализ были включены пациенты соответствующие II и III степеням тяжести по величинам МИП и ИБП.

Таблица. Распределение пациентов с РГП по степени тяжести в зависимости от величины ИБП

Степень тяжести	I степень ИБП < 14	II степень ИБП 14-20	III степень ИБП > 20
Способ лапаростомии			
Традиционная лапаростома	3	19	10
Использование ВАЛ	0	2	3

Результаты и обсуждение

Анализ динамики ИБП: в группе пациентов с традиционным ведением ИБП после первой санирующей операции уменьшился в среднем на 0,8 балла, тогда как в группе пациентов с применением ВАЛ ИБП сократился на 3,8 балла, что является статистически значимым результатом ($p \leq 0,01$) (рис. 7).

Анализ необходимости проведения санирующих операций: следует отметить снижение количества необходимых санирующих операций при применении ВАЛ. Так, в группе с традиционным ведением больных РГП со средней степенью тяжести среднее количество санирующих операций на одного пациента составило 5,16, с тяжелым течением РГП – 6,8 санации, тогда как с применением ВАЛ в группе больных с РГП со средней степенью тяжести среднее количество санаций на одного пациента составило 3,3, с тяжелым течением – 4,5 санации (рис. 8).

Анализ осложнений: отмечена закономерность, что в группе с традиционным ведением пациентов с РГП системные осложнения выявлены у 71,8% (стрессовые перфорации – у 23 пациентов, послеоперационный парез кишечника у 10 пациентов), локальные осложнения у 75% больных (нагноение послеоперационной раны – 18 пациентов, межпечельные абсцессы – 24 пациента). На фоне применения ВАЛ количество системных осложнений отмечалось меньше на 31,8%, локальных – на 35% по сравнению с традиционным способом ведения.

Выводы

Применение вакуум-ассистированной лапаростомы уже после первой санации сопровождается статистически значимым снижением индекса брюшной полости, что позволяет в более короткие сроки купировать явления разлитого гнойного перитонита и сократить количество санирующих операций в 1,5 раза по сравнению с традиционной методикой лечения, а также увеличить периоперационный промежуток без потери контроля над гнойно-воспалительным процессом в брюшной полости.

Более быстрое купирование воспалительных явлений брюшины и сокращение количества санирующих операций, по-видимому, способствуют уменьшению количества системных и местных осложнений и улучшению результатов лечения больных с тяжелым абдоминальным сепсисом, что позволяет рассматривать предложенную методику лечения как перспективную и рекомендовать ее к более широкому применению.

Литература

1. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита // Consilium Medicum. «Хирургия». 2008. № 1. С. 43-48.

2. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространенного перитонита // «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005. № 4. С. 9-13.

3. Исторические аспекты и новые возможности улучшения результатов лечения больных генерализованным перитонитом // Лифшиц Ю.З., Валецкий В.Л., Зайченко П.А., Процюк Р.Р., Белых А.И., Омельченко А.Н. // «Хирургия Украины». 2014. № 2. С. 84-88.

4. Ачох З.З. Комплексное лечение разлитого гнойного перитонита с использованием гипохлорита натрия и ронколейкина: Дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2005. 141 с.

5. Вакуум-ассистированная лапаростома в комплексном лечении больного с перитонитом и внутренним желчным свищем // Оболенский В.Н., Ермолов А.А., Оганесян К.С., Аронов Л.С. // «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 12. С. 92-95.

6. Современные возможности санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните // Черданцев Д.В., Первова О.В., Дятлов В.Ю., Шапкина В.А., Поздняков А.А. // «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 10. С. 32-37.

7. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните // Багдасаров В.В., Чернооков А.И., Багдасарова Е.А., Тавадов А.В., Игнатенко О.В., Плуин О.Г., Гузоева Л.А. // «Инфекции в хирургии». 2010. Т. 8. № 4. С. 47-52.

8. The effect of vacuum-assisted closure in bacterial clearance of the infected abdomen // Pliakos I, Michalopoulos N, Papavramidis TS, Arampatzis S, Diza-Mataftsi E, Papavramidis S. // Surg Infect (Larchmt). 2014. Vol. 15. № 1. P. 18-23.

9. Use of dynamic wound closure system in conjunction with vacuum-assisted closure therapy in delayed closure of open abdomen // Salman AE, Yetişir F, Aksoy M, Tokaç M, Yildirim MB, Kiliç M. // Hernia. 2014. Vol. 18. № 1. P. 99-104.

10. Реконструкция передней брюшной стенки – возможные варианты увеличения эффективности // Трофимович Ю.Г., Черданцев Д.В., Чайкин Д.А., Большаков И.Н., Шестакова Л.А., Котиков А.Р. // «В мире научных открытий». 2013. № 3. С. 195-215.

11. Management of the open abdomen using vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction / Willms A., Güsken C., Schaaf S., Bieler D., von Websky M., Schwab R. // Langenbecks Arch Surg. 2015. Vol. 400. № 1. P. 91-99.

12. Применение метода локального отрицательного давления в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей // Оболенский В.Н., Ермолов А.А., Аронов Л.С., Родоман Г.В., Серов Р.А. // «Хирургия». Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. № 12. С. 50-55.

13. Оболенский В.Н., Никитин В.Г., Кузнецов Н.А. Вакуум-ассистированное лечение венозных трофических язв нижних конечностей // «Флебология». 2011. № 2. С. 58-63.

14. Лапаростомия в сочетании с вакуум-терапией в комплексном лечении вторичного генерализованного перитонита // Лифшиц Ю.З., Зайченко П.А., Валецкий В.Л., Михальчевский П.С., Федосеев Г.Ю. // «Хирургия Украины». 2012. № 2. С. 37-40.

15. Promising results after vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction / Kleif J, Fabricius R, Bertelsen C A, Bruun J, Gögenur I. // Dan Med J. 2012. Vol. 59. № 9. P. 1-5.

16. Treatment of the open abdomen with the commercially available vacuum-assisted closure system in patients with abdominal sepsis / Wondberg D, Larusson HJ, Metzger U, Platz A, Zingg U. // World J Surg. 2008. № 32. P. 2724-2729.

17. Stevens P. Vacuum-assisted closure of laparotomy wounds: a critical review of the literature // Int Wound J. 2009. № 6. P. 259-266.

18. Negative-pressure wound therapy for critically ill adults with open abdominal wounds: a systematic review / Roberts DJ, Zygun DA, Grendar J, Ball CG, Robertson HL, Ouellet JF, Cheatham ML, Kirkpatrick AW. // J Trauma Acute Care Surg. 2012. Vol. 73. № 3. P. 629-639.

19. Atema JJ, Gans SL, Boermeester MA. Systematic review and meta-analysis of the open abdomen and temporary abdominal closure techniques in non-trauma patients // World J Surg. 2015. Vol. 39. № 4. P. 912-925.

ЕСТЬ ПРОБЛЕМА

АСИМПТОМНЫЕ АНЕВРИЗМЫ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ЧТО ДЕЛАТЬ?

д.м.н., профессор П. Г. Шнякин
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Каждый день на прием к нейрохирургу приходят люди, у которых в ходе обследований по поводу какой-то патологии головного мозга были выявлены асимптомные артериальные аневризмы, в данном случае трактуемые как случайные находки. Резонно возникает вопрос: если это случайные находки, то что искали?

Наиболее часто это пациенты, которые страдали головными болями, а головные боли — одна из самых распространенных жалоб населения. Невролог или терапевт направили их на проведение дообследования в виде МСКТ или МРТ, причем с выполнением ангиограммы.

Не будем разбирать бесосновательность (как правило!) назначения ангиограмм у этой категории пациентов, а иногда, к сожалению, и бесосновательность вообще МСКТ и МРТ при наличии клиники типичной головной боли напряжения или мигрени. Кроме того, наличие большого количества аппаратов КТ и МРТ в городе и крае позволяет любому человеку при наличии желания и финансовых возможностей — обследование может стоить от 4 до 10 тысяч рублей, и даже без наличия каких-то медицинских показаний, выполнить МРТ организма, в том числе головного мозга и его сосудов.

К сожалению, нередко предприимчивые работники частных клиник МСКТ и МРТ «разводят» пациентов, которые пришли сделать снимок по поводу хронической головной боли. И, уж если сильно хочется, можно обойтись простым нативным снимком — для исключения органической патологии, способной вызвать головную боль, например, опухоли. Но человеку непременно советуют сделать ангиограмму, да еще иногда с венозной фазой, мол, так информативнее и, соответственно, дороже.

И вот у человека на ангиограмме выявляют аневризму сосудов головного мозга. За этим абсолютно обоснованно следует запись в заключении МРТ или МСКТ, что необходима консультация нейрохирурга. Но чтобы попасть к нейрохирургу, пациенту нужно опять попасть на прием к неврологу. И опять проблема, с которой порядком устали бороться нейрохирурги, — невролог заявляет, что причина головной боли пациента найдена — это аневризма, и теперь, прооперировав ее, вы избавитесь от головной боли.

Не хочу сказать, что так заключают все неврологи, но не будет преувеличением, что чаще неврологи склонны связывать разные симптомы — головную боль, головокружение, даже нарушение памяти, внимания и прочее — с наличием выявленной аневризмы, чем обратное.

И вот человек, страдающий, например, от головной боли напряжения, получил еще один вид головной боли: что делать с этой аневризмой? Он уже достаточно услышал или прочитал в интернете, что аневризмы разрываются, и это приводит к геморрагическому инсульту с возможностью инвалидизации и даже смерти. С таким багажом новых знаний его и встречает нейрохирург.

А теперь немного про аневризмы.



Аневризма сосудов головного мозга — это anomальное расширение стенки одной из артерий головного мозга, в большинстве случаев в области Виллизиевого круга. Аневризмы головного мозга встречаются у 1-5% населения. Таким образом, в миллионном городе, коим является Красноярск, насчитывается не менее 10 тысяч носителей аневризм.

Первый вопрос, возникающий у пациентов с аневризмами на приеме у нейрохирурга: откуда она взялась?

История научного изучения этиологии аневризм головного мозга насчитывает чуть более 100 лет. В 1887 году Eppinger выдвинул идею о врожденных и приобретенных аневризматических выпячиваниях артерий Виллизиевого круга. К приобретенным он отнес те, которые, безусловно, связаны с каким-то конкретным заболеванием и, по сути, являются осложнением этого заболевания — атеросклеротические, бактериальные аневризмы. Остальные аневризмы назывались врожденными.

Современные исследователи этиопатогенеза артериальных аневризм считают неправильным постановку вопроса о происхождении аневризм по типу или-или — или врожденные, или приобретенные,



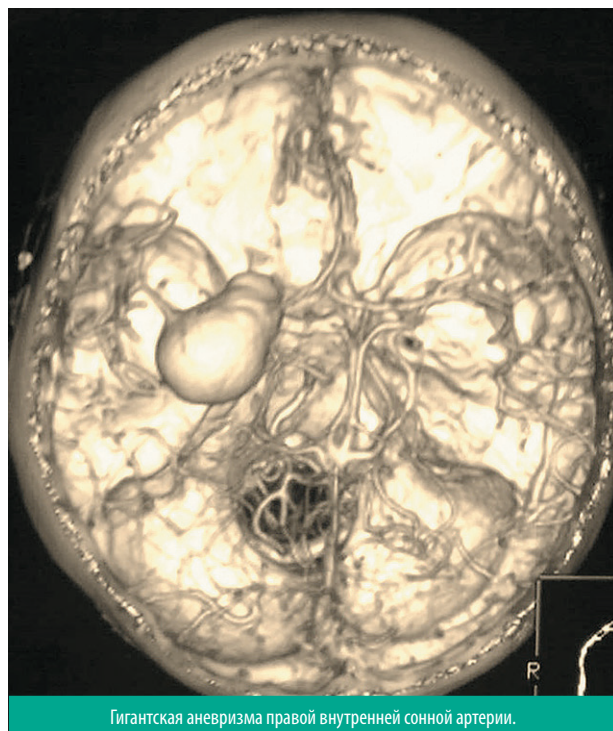
а считают более обоснованным говорить и-и, учитывая аргументы обеих сторон.

Общепризнанной считается бифуркационно-гемодинамическая теория возникновения аневризм головного мозга, суть которой, очень упрощенно, такова: для возникновения аневризм должны быть предрасполагающие факторы, например, определенная врожденная непрочность сосудистой стенки, и производящие факторы, в первую очередь, повышенное артериальное давление. До 90% аневризм развиваются по механизмам, представленным в этой теории, остальные 10% редкие аневризмы другой этиологии – травматические, бактериальные и прочие.

На основании вышеизложенного нейрохирург объясняет пациенту, что аневризма возникла у него не вчера и даже не позавчера. Возможно, несколько лет или десятилетий он носит в себе эту «бомбу замедленного действия», как часто пишут про аневризмы в парамедицинских источниках. Эта информация становится еще одним открытием для пациента, и возникает закономерный вопрос: а когда рванет эта бомба, и рванет ли вообще?

Вопрос, на самом деле, очень сложный, и нам придется немного отвлечься и порассуждать, как проявляют себя аневризмы головного мозга.

Следует отметить, что неразорвавшаяся аневризма в большинстве случаев никак себя не проявляет, кроме очень редких случаев гигантских аневризм, способных вызвать очаговую симптоматику (поражение ЧМН, парезы, нарушения чувствительности) и эпилептические припадки.



Гигантская аневризма правой внутренней сонной артерии.

В большинстве случаев аневризмы головного мозга впервые манифестируют разрывом – с субарахноидальным, внутримозговым, желудочковым кровоизлиянием и их различными комбинациями.

Таким образом, с одной стороны, асимптомная аневризма в большинстве случаев не вызывает никакой симптоматики, с другой – может стать причиной геморрагического инсульта с самыми печальными последствиями. Отсюда может быть сделан определенный

логический вывод: нужно оперировать все эти «случайные находки», чтобы профилировать их разрыв (и инсульт, соответственно).

Все не совсем так, поэтому немного поговорим о том, какой на самом деле риск разрыва асимптомной аневризмы.

Выше перечислены характеристики аневризмы, влияющие на риск разрыва.

Локализация аневризм

Известно, что более склонны к разрыву аневризмы вертебробазилярного бассейна по сравнению с каротидным бассейном. Наименее склонны к разрыву аневризмы кавернозной части внутренней сонной артерии.

Размер аневризм

Размер аневризмы является одним из наиболее распространенных критериев при определении возможности ее разрыва.

По данным исследования ISUIA (1998), ежегодный риск разрыва аневризмы диаметром <10 мм составляет 0,05% (колебания от 0 до 4%), диаметром >10 мм – 1% (0,4–1,5%). По данным других исследований, риск выше: 2,3% – при диаметре <5 мм, 6,8% – при диаметре 6–15 мм и 14% – при диаметре 16–25 мм. При гигантских АГМ (>2,5 см) риск разрыва увеличивается на 6% каждый год и составляет 50% в течение пяти лет. Тромбированные и кальцифицированные аневризмы имеют меньший риск разрыва.

Хотя распространено мнение о высоком риске разрыва при размере аневризмы >10 мм, в некоторых исследованиях показано, что большое количество разорвавшихся аневризм на самом деле имели размер <10 мм. Большинство авторов склоняются к оперативному лечению неразорвавшихся аневризм при размерах >3 мм.

Взаимосвязь между размером аневризмы и риском разрыва, по последним данным, является нелинейной. При этом следует учитывать и то, что аневризма нестатична и может увеличиваться в размерах на последующих ангиограммах в динамике.

Кроме того, на риск разрыва влияет ширина шейки аневризмы. По данным Т. Hassan, аневризма с широкой шейкой имеет склонность к разрыву при больших размерах аневризмы, а аневризмы с узкой шейкой имеют тенденцию к разрыву при меньших размерах аневризмы.

На гемодинамику в аневризме влияет и ее форма: более склонны к разрыву аневризмы неправильных форм, многокамерные, с наличием выпячиваний и дивертикулов.

Кроме того, следует указать следующие факторы риска развития аневризм (М. Greenberg, 2010):

- артериальная гипертензия;
- курение;
- возраст (с возрастом риск САК возрастает). Основой возраст аневризматического САК – 50–60 лет;
- предшествующие САК, случившиеся из-за разрыва других аневризм;
- женский пол;
- беременность и роды;
- прием оральных контрацептивов.

Если коротко: аневризмы размером 3 мм и более в большинстве случаев нуждаются в хирургическом лечении.

Однако при принятии решения об операции стоит учитывать такой фактор, как возраст и соматический статус пациента. Крайне важный критерий – предполагаемая продолжительность жизни. Например, выявлена асимптомная аневризма размером 7 мм с риском разрыва

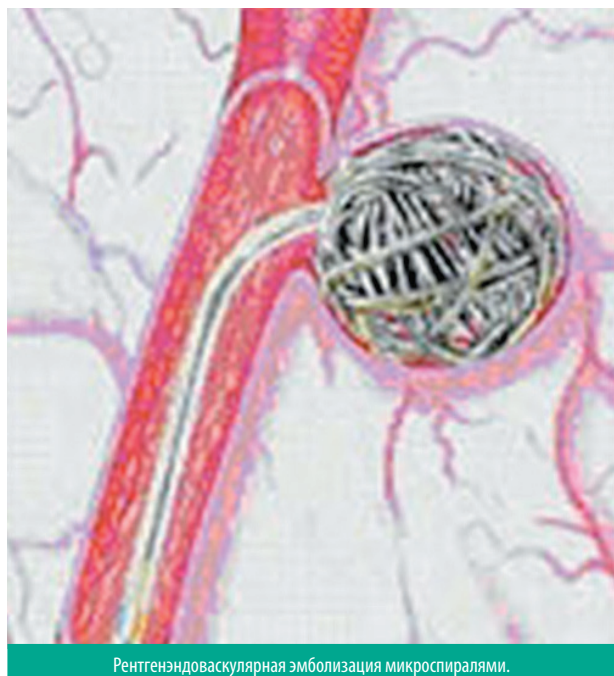
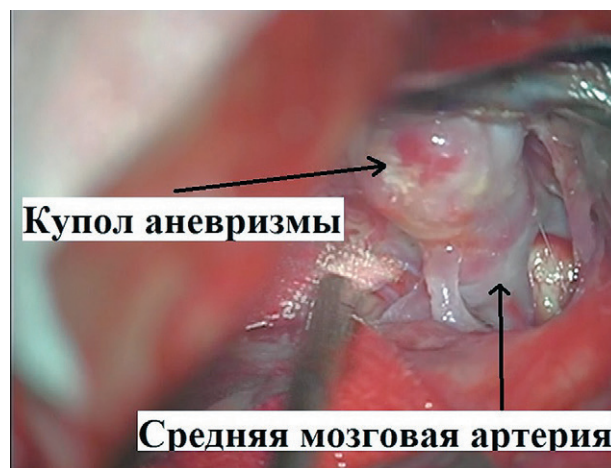
ва 1-5% в год у пациента 80 лет с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Такому пациенту разумнее рекомендовать контролировать артериальное давление и избегать резких перепадов атмосферного давления (самолет, баня и пр.) Лучше доживать свой век с этой аневризмой, которая, кстати, вполне может быть почти ровесницей носителя, чем решаться на оперативное вмешательство, которое может быть намного опаснее для возрастного пациента (наркоз, трепанация, стресс от операции и пр.), чем сама аневризма.

Существует два метода хирургического лечения аневризм головного мозга: микрохирургический (костно-пластическая трепанация черепа, клипирование аневризмы) и рентгенэндоваскулярная окклюзия аневризмы микроспиралями.



Однако в ряде случаев в силу анатомических особенностей аневризмы, таких, как отхождение крупных артериальных ветвей от купола, наличие широкой шейки, приходится прибегать к их открытому клипированию. В этих случаях эндоваскулярное вмешательство сопряжено с высоким риском развития неврологического дефицита. Кроме того, открытый способ выключения аневризм является более радикальным, потому что после рентгенэндоваскулярной окклюзии аневризм микроспиралями последние со временем могут уплотняться, образуя остаточные шейки и даже полноценные аневризмы.

Поэтому при анатомической доступности аневризмы у молодых пациентов довольно часто может быть рекомендовано клипирование аневризмы как более радикальный метод лечения.



Для небольших, случайно выявленных аневризм довольно часто методом выбора является их эндоваскулярное выключение, на которое более легко соглашаются пациенты, — они боятся трепанации черепа. И действительно, пациенты легче переносят эндоваскулярное вмешательство по сравнению с открытой операцией, меньше дней находятся в стационаре и не имеют косметических дефектов — сбритые волосы, послеоперационный рубец, что особенно актуально для женщин.

Здесь представлены интраоперационные фотографии клипирования асимптомной аневризмы средней мозговой артерии.

Таким образом, принятие решения о возможности хирургического лечения и его способе (открытый/эндоваскулярный) должно являться результатом тщательного сопоставления риска разрыва с риском хирургического вмешательства, а также с возрастом больного, наличием сопутствующей соматической патологии и желанием пациента оперироваться.

Последнее очень важно, так как некоторые пациенты со случайно выявленными аневризмами даже после долгих разъяснений нейрохирурга про риски и так далее отказываются от какого-либо вмешательства. Люди проявляют фатализм и заявляют: «Будь что будет, проживу сколько отмерено». К сожалению, случаются ситуации, когда мы видим таких «фаталистов», поступающих к нам в тяжелом состоянии вследствие разрыва аневризмы.

О ПОЛИПАХ ЖЕЛУДКА И ИХ ЛЕЧЕНИИ

*Н. Д. Томнюк, В. Н. Штименко, Е. П. Данилина,
Д. Э. Здзитовецкий, Ж. Е. Турчина, В. Р. Кембель
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
МБУЗ «Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи им. Н. С. Карповича»
Республиканская больница № 1, г. Кызыл*

Резюме

В статье приводятся результаты лечения пациентов с одиночными и множественными полипами желудка. Подробно описана клиническая картина, методы диагностики и хирургическая тактика. Приведены данные по отдаленным результатам лечения пациентов.

Ключевые слова: полипозный гастрит, полипоз желудка, резекция желудка.

По общему признанию, полипы и полипозные гастриты относятся к группе процессов, предшествующих развитию рака, и называются «предраковыми заболеваниями» [1, 2]. В современной литературе за последние десять лет полипам желудка уделяется значительное внимание. Так, по данным многих авторов, полипы желудка встречаются в 10% всех больных с опухолевым процессом желудка [3].

Цель публикации — напоминание практикующим врачам, что полипы, полипозные гастриты — не такое уж редкое заболевание и что знание клиники, их диагностика, а также лечение имеет важное значение в профилактике злокачественных образований желудка.

Под нашим наблюдением находилось 106 человек, у которых диагностированы полипозные образования желудка. 76 человек лечились и наблюдались в Республиканской больнице № 1 г. Кызыла и 30 — на базе эндоскопического центра БСМП. Характерно, что мужчины (54 человека) и женщины (52 человека) в одинаковой степени подвержены этому заболеванию.

Полипы чаще встречались в возрасте 40–60 лет, однако они могут наблюдаться у молодых людей и даже у детей. Практическое значение имеет разделение полипов на доброкачественные и онкологически перерожденные. Первые мы наблюдали у 98 больных, вторые у шестерых и в двух случаях полипоз в сочетании с язвенной болезнью. Одиночные полипы отмечены в 84 случаях, множественные (два и более) в 17 и полипоз (полипозный гастрит). Локализация одиночных полипов чаще встречалась в антральном отделе желудка, и только у 8 больных располагались в теле и кардии желудка. По частоте как на передней, так и на задней стенке одинаково.

Множественные полипы и полипоз имел место по малой кривизне и теле желудка. Соответственно у 14 и 3 больных удаленные препараты были округлой формы, чаще на широком основании. Перерождение выявлено при одиночных полипах у двух больных, при множественных у девяти и при тотальном полипозе у одного.

Основой диагностики полипов является рентгенологический и эндоскопический методы. Какой-либо типичной клинической картины нет, если они не осложнились кровотечением. Жалобы у наших больных сводились к умеренным болям в эпигастральной области, изжоге, режущей боли при множественных полипах и полипозе, потере аппетита.

Один больной жаловался на сильное похудание в течение короткого времени, у него эндоскопически обнаружены множественные полипы и язва — рак тела желудка. Какой-либо системы в этих симптомах мы не нашли.

При исследовании желудочного сока (21 больной) отмечено снижение кислотности при полипозе желудка. Осложнения в виде эрозий и кровотечения отмечены у 11 больных. Клиническая картина рака желудка из полипа без гистологического обследования невозможна.

Лечение полипов заслуживает особого внимания. Оно неоднозначно в отношении объема хирургического вмешательства. Так, по данным А. Ф. Черноусова (2001), профилактикой рака является резекция желудка по онкологическим показаниям. А. С. Евсеев и соавт. (2008) при одиночных полипах рекомендуют их эндоскопическое удаление, гистологическое исследование и последующее диспансерное наблюдение один-два раза в год.

Из 106 наблюдаемых нами больных амбулаторно эндоскопически были удалены одиночные полипы у 79 без каких-либо последствий. У 13 имело место умеренное кровотечение, и они наблюдались в течение двух-трех суток в стационаре.

Двум больным, у которых имелось подтверждение на перерождение полипа, произведена субтотальная резекция желудка по Бальфуру. Трое больных переведены в онкодиспансер, где были прооперированы. Больные с полипозом отказались от оперативного лечения и направлены к онкологам для динамического наблюдения (дальнейшая их судьба неизвестна).

Таким образом, на основании наших и литературных данных можно считать, что полипы желудка встречаются довольно часто в практической работе врачей. Их локализация и количество имеют существенное значение в выборе лечебной тактики и объема оказания помощи. Лечение должно быть адекватным в зависимости от гистологического заключения. Эндоскопические и хирургические методы лечения не должны конкурировать между собой, они должны дополнять друг друга. Лечение не должно заканчиваться после удаления полипа, оно должно продолжаться всю жизнь в виде строгого диспансерного наблюдения.

Литература

- Новиков В.Н., Сандрацкая А.В., Ведерников В.Е. и др. Эндоскопическое лечение эпителиальных неоплазий пищевода и желудка. // «Пермский медицинский журнал». — 2014. — Т. 31, № 4. — С. 33–38.
- Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Щербakov П.Л. и др. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика, лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. — № 2. — С. 3–7.
- Sun Q., Liang X., Zheng Q. et al. High efficacy of 14-day triple therapy-based, bismuth-containing quadruple therapy for initial *Helicobacter pylori* eradication // *Helicobacter*. — 2010. — Vol. 15, № 3. — P. 233–238.



Ex animo
От души

НАШИ ЛЮДИ

ХАСАН БАИЕВ: «ВОЙНА НЕ НАУЧИЛА МЕНЯ НЕНАВИДЕТЬ»

Шеф-редактор «ПК» Елена Семенова:

— Это было давно. 1981-1982 годы, КГМИ.

Женская баскетбольная команда «Медик» — самое яркое воспоминание о вузе, потому что спортивное братство дороже, чем студенческая дружба.

Спортсмены вообще хорошо чувствуют друг друга, понимают без слов, поэтому, кроме моих дорогих двухметровых девчонок, в нашей компании часто «тусовались» волейболистки, легкоатлеты, лыжники, борцы. Так мы познакомились со студентами-дзюдоистами — Хасаном и Мусой. Это были первые встреченные в жизни чеченцы, хотя на тот момент национальностью наших друзей никто не заморачивался — все мы были советские дети.

Я очень хорошо помню здорового весельчака Мусу и невысокого скромника Хасана. Оба они были профессионалы с борцовской походкой вразвалочку. Оба к тому времени были призерами юношеских всесоюзных турниров, оба учились на стоматологическом факультете.

Муса лучше говорил по-русски, Хасан помалкивал. Наверное, поэтому производил приятное впечатление: я всегда уважала молчунов.

Из того времени вспоминается чья-то оброненная фраза, что Хасан, мол, старается — к учебе относится серьезно...

Потом жизнь пошла своим чередом. Постепенно мы уходили из спорта, медицина брала свое, я слышала краем уха, что Хасан окончил ординатуру по хирургической стоматологии. А больше о Хасане Баиеве я ничего не знала — много-много лет. Ну, разве что с девчонками из команды мы иногда вспоминали юность, в том числе наших друзей.

В середине 2000-х прочла статью о чеченском докторе с уникальной судьбой. О человеке запредельной силы духа, который под бомбежками, под дулом автоматов в обе чеченские кампании оперировал чеченцев и русских, а на все претензии и угрозы с той и другой воюющей стороны отвечал: «Я врач. Я не могу по-другому».

Это было потрясение. Это было совершенно неожиданно — наш Хасан, скромный мальчик, тихий, как вода.

Почему, за что именно его судьба забросила в жуткую мясорубку? Почему именно ему пришлось отстаивать профессиональную честь в таких страшных условиях? И ведь он справился — Хасан Баиев, единственный из российских докторов, получивший звание «Врач мира».

Вопросов было много. Желание встретиться с Хасаном огромное — мне хотелось на него посмотреть. Из тысяч студенческих знакомых десятки сделали блестящую административную карьеру, сотни стали отличными врачами, но с Хасаном Баиевым несколько иной случай.

Мне хотелось своими глазами увидеть подтверждение библейской мудрости: «Много званных, но мало избранных». Потому что Хасан действительно избран, чтобы показать всем нам, как один человек может противостоять дьявольскому злу, которым является война.

После вынужденной эмиграции в Америку Хасан Баиев неоднократно прилетал в Красноярск, но встретиться удалось совсем недавно, в октябре, когда он в качестве почетного гостя присутствовал на турнире по вольной борьбе по призы Бувайсара Сайтиева.

Конечно, Хасан очень изменился — такой респектабельный американец. Из плотно расписанного графика выкроил время для интервью.

Спасибо ему.



— Хасан, как случилось, что ты стал сибиряком?

— Еще школьником приезжал в Красноярск на соревнования по дзю-до, и уже тогда меня поразила природа. Сопки, которыми окружен город, напоминали мое родное горное село Алхан-Кала. Помню впечатления об Академгородке, Енисее — это было величественно. Природе соответствовали люди — свободные, открытые, доброжелательные. Сибирский характер мне очень нравится — я всегда чувствовал себя в Красноярске как дома.

Повторно прилетел в 1980 году, после окончания школы. Когда ехал из аэропорта в сторону Зеленой Рощи, заметил эмблему — чашу со змеей. Таксист сказал, что это медицинский институт. Вот сюда-то я и хотел поступить.

Дзю-до занимало большое место в моей жизни, тренировки отнимали много времени, поэтому на первых курсах я учился не слишком хорошо. Но потом нагнал — спасибо преподавателям и моим русским друзьям.

Кстати, между двумя чеченскими войнами я прилетал в Красноярск и очень волновался: как встретят? Вдруг я теперь враг для своих однокурсников, друзей, преподавателей? Ничего подобного — люди, которые меня знали, ничуть не изменили отношение.

– В институте ты усовершенствовал русский, но тебе же и английский пришлось выучить – уже в зрелом возрасте?

– Да, жизнь заставила. Чтобы подтвердить профессию, для начала нужно было досконально овладеть английским, выучить медицинскую терминологию. Потом я пошел учиться в колледж. После чего два года стажировался на базе Гарвардского университета в отделении пластической хирургии детской больницы и еще полгода практиковался в Японии по лазерной и пластической хирургии. Сегодня читаю лекции на английском, общаюсь.

Для моих детей язык вообще не проблема, они американцы.

Но дома я создал маленькую Чечню. Мы с женой читали детям книги на чеченском, русском, летом они гостят в Чечне, поэтому, хоть и с акцентом, но говорят на родных языках.

– Познакомь нас со своей семьей.

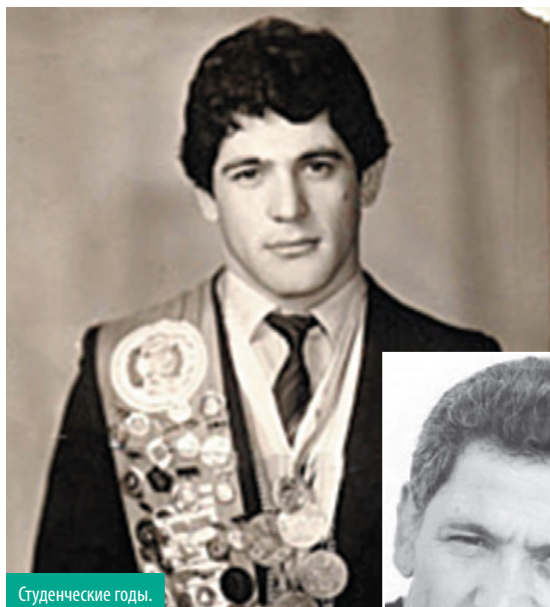
– Жену зовут Зара, детей четверо: Марьям, Ислам, Марха и Сацита. Старшие двое учатся в Бостонском медицинском колледже. Марха – в 11-м классе, Сацита – в седьмом. Старшие дети считают, что Сацита моя любимица, потому что с ней я слишком ласков. У нас ведь не принято, чтобы мужчины откровенно выражали чувства к детям. Я отшучиваюсь, что с Сацитой иначе нельзя, ведь она грозит на меня в полицию настучать. И правда, когда мы играем, боремся, дочка иногда шутит: «Daddy, I will call the police!».

Младшая дочка действительно, сама того не зная, сделала для меня очень много. Она родилась уже здесь, в США, когда мне было очень тяжело – чужая страна, в Чечне умер отец, а я даже не смог его похоронить, война жила во мне, не давала спать и вообще жить. Маленькая девочка отвлекала от этой беды.

Конечно, у моих детей американские замашки. Они занимаются дзю-до, приходят с тренировки – кроссовки летят в одну сторону, рюкзаки – в другую. Они свободны, раскованы, но я делаю все, чтобы они помнили, откуда родом.

– Скажи, тебе сейчас легче? Война уже не так мучает тебя, доктор мира?

– Забыть все, что было, не получится. Первые четыре года в США перенес очень тяжело. Помог спорт – я занимался дзю-до и самбо, выиграл чемпионат Америки по самбо и участвовал в турнирах по дзю-до. Всего же пять раз выигрывал чемпионаты Америки и пять раз выигрывал чемпионат мира, два раза Кубок мира, два раза выиграл чемпионат мира среди ветеранов и столько же побеждал на Панамериканских играх. Один раз удалось выиграть чемпионат Америки по боям без правил.



Студенческие годы.

Спорт помог понять – я жив. Но мне до сих пор снятся плохие сны – бомбежки, грады, смерть. Война меняет людей.

– Когда ты был студентом медицинского института, ты ведь и представить не мог, что тебе уготовила судьба.

– Конечно. После окончания ординатуры в 1988 году я работал в грозненской Первой городской больнице.

Приехал в Чечню, чтобы нести красоту людям, мечтал о большой клинике пластической хирургии, в конце 1980-х начал делать крупные пластические операции, но уже через пару лет пришлось ради спасения жизни людей делать операции уродующие – ампутировать руки и ноги. И вокруг меня вместо красоты воцарилась ненависть.

– Вот мы и подошли к главному вопросу: как тебе удалось не возненавидеть? Одно дело солдаты, бойцы с обеих сторон, им вроде так положено – страдать, погибать. Но мирные жители?

– Когда во время зачисток я видел своего отца – ветерана двух войн, Карело-Финской и Великой Отечественной, орденоносца, патриота огромной страны, у меня сердце рвалось.

Когда я принимал роды у женщин в подвалах, это было очень тяжело морально. Хорошо, что 11 из моих 12 «крестников» живы.



Конец 1990-х. Вторая чеченская кампания.



Госпиталь в Алхан-Кале.



Алхан-Кала. Хасан Баиев на войне.

И сейчас мне больно видеть, что в Чечне рождается много больных детей, — наша природа, отравленная бомбежками, еще не восстановилась.

Но я не мог ненавидеть. Я в те страшные годы говорил молодым парням, которые никуда не выезжали из Чечни: это не Россия, я знаю, что такое настоящая Россия, и какие на самом деле русские люди.

Как я мог ненавидеть своих красноярских друзей, своих преподавателей — русских, евреев, которые подарили мне профессию, ремесло, необходимое здесь, на войне?

Меня и в Америке часто спрашивали: как ты относишься к русским? Хорошо я к русским отношусь.

Я вообще считаю, что в экстремальных обстоятельствах люди проявляют себя с неожиданной стороны. Они непредсказуемы: те, кто в мирное время был добряком, порой становятся очень жестокими. А люди жесткие, грубоватые вдруг проявляют милосердие. Мне кажется, нельзя предсказать, кто на войне останется человеком, а кто станет зверем.

— Говорят, Басаев был в детстве спокойным, положительным парнем.

— Да, мы учились в одной школе, играли в футбол, и ничего не предвещало для него такой судьбы. Когда Шамиль Басаев попал ко мне на операционный стол, я уже понимал, что этот человек сыграет роковую роль в моей жизни. Но в тот момент он был для меня просто пациентом. Как и Салман Радиев, которому я делал пластику черепа и лица.

В отношении Радиева мне угрожали: раз не даешь ему умереть, взлетишь на воздух сам. Радиев обещал мне охрану, но это было смешно: он и себя-то не мог защитить, я ему так и сказал.

Могу заверить: я этим боевым командирам ничего не должен, я с них не только денег — патрона не взял.

Арби Бараев тоже был моим пациентом, но он же едва не стал моим убийцей: с его подачи шариатский суд постановил расстрелять меня за помощь федералам. И меня повели на расстрел, но спасли раненые, которых как раз доставили в госпиталь. Бараев сказал, что расправится со мной чуть позже. А потом начались бои, и Бараеву стало не до меня.

Естественно, федералы тоже меня не жаловали — за помощь боевикам. Один русский генерал назвал меня «доктором-бандитом». После того как я прооперировал Басаева, стало ясно — в покое меня не оставят. В лучшем случае тюрьма, а в худшем — смерть.

Русские ведь тоже вели меня на расстрел, но рядом встали односельчане и сказали, что придется убить их вместе со мной. Солдаты отступили.

— Ты верующий человек?

— Я никогда не прикасался к пациенту без молитвы, просто не могу оперировать иначе. Я врач, многие врачи атеисты, но я никак не могу объяснить рационально то, что происходило со мной во время

ФАКТЫ О ХАСАНЕ БАИЕВЕ

Отец Хасана — Жунид Баиев был травником, лечил людей. Сестры Хасана окончили медицинское училище. А вот самый известный Баиев не мог признаться родным, что хочет стать врачом, потому что в детстве и учился плохо, и хулиганил изрядно. Ему было неловко — медицина для него была чем-то святым, а врач — человек неординарный, от Бога. Хасан считал, что не достоин, стеснялся.

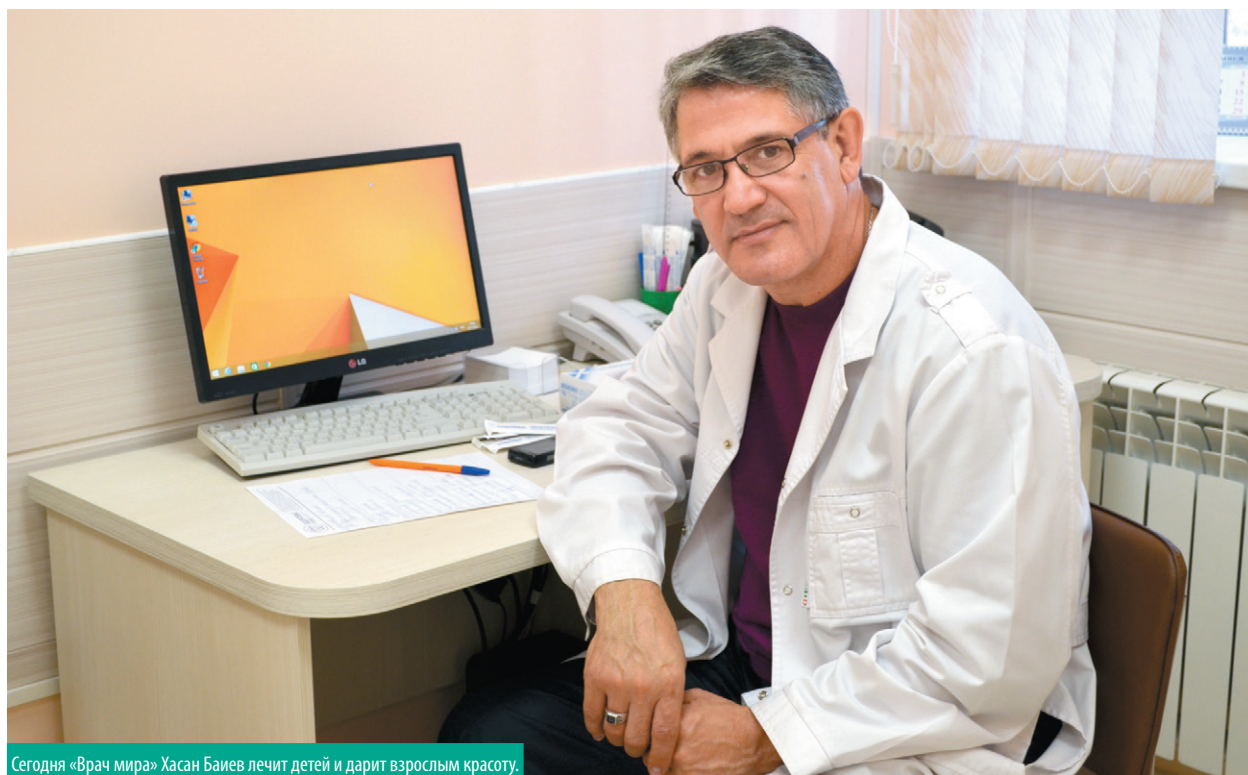
Для родных он поехал в Красноярск якобы на заработки, и только когда поступил, показал семье справку из деканата, что стал студентом.

В первую чеченскую кампанию (с 1994 по 1996 год) Баиев сделал 4 600 операций. Во вторую (с 1999 по 2000 год) пациентов уже не фиксировал. По приблизительным подсчетам, за две войны прооперировал около 10 тысяч человек.

Книга воспоминаний Баиева «Клятва, или Хирург под огнем» переведена на 20 языков, ее используют как пособие по экстремальной медицине в американских университетах.

Хасану однажды пришлось оперировать корову. Пришли к нему две женщины: «Зойке нашей осколок в шею попал». Измученный бессонницей хирург вначале разозлился, но когда выяснил, что в семье пятеро детей, и если Зойка отбросит копыта, то кормить их будет нечем, осколок из коровьей шеи удалил. Умница Зойка даже не сопротивлялась — понимала, что ее спасают.

На войне Хасан обезболивал 1% раствором лидокаина. Трепанации черепа делал домашней ручной дрелью, ампутации конечностей — обычной домашней пилой. Операции проходили при керосиновых лампах, при свечах, при свете автомобильных фар.



Сегодня «Врач мира» Хасан Баиев лечит детей и дарит взрослым красоту.

войны. Представь, я объезжал на машине пять чеченских сел, иногда под бомбежкой. Снаряды ложились совсем близко, но на мне не было ни царапины, только две контузии — меня охраняли ангелы.

Я видел столько смертей, и сам психологически был готов к смерти, но все эти годы преследовало ощущение, что Кто-то бережет меня — видимо, я был очень нужен.

— Но ты и сейчас нужен — чеченским детям. Отдаешь долг ангелам.

— Детям помогаю, как могу, и не только чеченцам, — оперирую anomalies лицевого скелета и мягких тканей. Привожу из Америки протезы ампутантам. Это благотворительная деятельность, которая

возможна за счет косметических операций. Я все-таки исполнил свою мечту и дарю людям красоту.

— Хасан, как думаешь, мы больше не будем воевать?

— Война никому не нужна. Она и тогда, в 1990-е, не была нужна ни чеченскому, ни русскому народу. По воле отдельных личностей пролилось столько крови, столько разрушенных судеб.

Что можно этому противопоставить? Только исполнять свой долг.

Я принципиально не брал в руки оружия во время этой грязной войны. Делал то, что мог, — лечил людей.

— Спасибо тебе за это, Хасан. И будь счастлив.

Беседовала Елена Семенова.

Однажды сотрудники госпиталя были на волосок от смерти, когда снаряд разорвался очень близко. Все бросились на пол. Когда опасность миновала, Хасан понял, что медсестры лежат рядом живым кольцом. Восемь девушек, не сговариваясь, загродили его своими телами.

В 2000-м году актеры Джордж Клуни и Ноа Уайл вручили Хасану Баиеву премию «Человек года». Церемония проходила в Голливуде.

В 2001 году Хасан стал Человеком года в Британии, в 2006-м — в Японии. В 2004 году Баиев номинирован на Нобелевскую премию мира. По итогам 2013 года Хасану вручена Международная премия в области красоты и здоровья Diamond Beauty в номинации «Хирург мира».

В ночь на 31 января 2000 года к Хасану в госпиталь привезли более 300 человек, подорвавшихся на минном поле. Это была та самая ночь, когда на операционном столе оказался Шамиль Басаев. Палаты были переполнены, раненые лежали на полу, коридор был в крови, всюду оторванные конечности, стоны, крики.

Хасан простоял за операционным столом 48 часов, два раза терял сознание. За двое суток произвел 87 ампутаций конечностей, семь трепанаций черепа. На ампутацию Баиев тратил не более 30 минут.

Однажды Хасан оперировал тяжело раненных русских ребят — оказал первую помощь, остановил кровотечение. Когда парней погрузили в БТР, стало известно, что на окраине села федералов ждет засада: их бы всех убили.

Была зима. Хасан накинул куртку на халат, сел на БТР и поехал с русскими в госпиталь сопровождающим, чтобы их не подорвали. И вот когда оставалось 3 км пути, федералы с другой стороны пустили в небо сигнальную ракету. А на БТР ни у кого не оказалось ракеты, чтобы запустить встречную: мол, свои едут.

И тогда по БТР открыли шквальный огонь. Шесть раненых солдат и чеченский доктор слетели в овраг, несколько часов сидели в грязи и тряслись от холода. Добрались до госпиталя только в час ночи.

МОЖНО ЛИ ВЕРИТЬ ГОРОСКОПАМ?

«Первая краевая» задала шесть одинаковых вопросов сотрудникам больницы, рожденным в год Обезьяны. И вот что получилось.

Восточный гороскоп говорит, что люди, рожденные под знаком Обезьяны, конфликтные — поспорить и поругаться для них в радость, беспокойные — терпеть не могут нудные дела, предприимчивые — у них большие успехи в бизнесе, юморные и даже язвительные, а еще темпераментные и спортивные — движение для них все.

Мы решили проверить, так ли это.

Десять сотрудников краевой больницы ответили на вопросы:

1. Важно для вас быть с людьми в хороших отношениях?
2. Что легче для вас легче — решить тактическую задачу или стратегическую?
3. Хотелось бы вам иметь свое дело?
4. Вы глава семьи?
5. Помогает ли вам чувство юмора?
6. Вы занимались спортом?

Вы будете смеяться, но они таки в чем-то Обезьяны. Судите сами.



Анна Кушарева, менеджер по СМК:

1. Очень важно ни с кем не ссориться, я компромиссная и незлопамятная.
2. Конечно, легче трудиться для быстрого достижения результата, но я терпеливая и могу работать на отдаленный результат.

3. Нет, бизнес не для меня, я слишком доверчивая. Деньги меня не очень любят пока, проходят мимо.
4. Думаю, женщина должна быть главой семьи, опекать мужа и детей, контролировать расходы.
5. Сарказм не люблю, мне нравится, когда по-доброму шутят.
6. Двигаться люблю, но серьезно спортом не занималась.

Александр Дорожкин, психиатр:

1. Не помню, чтобы была конфронтация хоть с кем-нибудь. Да и профессия моя предполагает компромисс.
2. Легче решать стратегические задачи, я терпелив и усидчив.
3. Врач должен получать достаточную зарплату, чтобы не задумываться о выживании. Но мне нравится афоризм Сталина: «Хорошего врача народ прокормит». Это правда: наступает момент, когда имя работает на тебя, и появляются предложения поработать в коммерческой структуре. Но мне это пока не нужно, я загружен достаточно.

4. Предпочитаю паритет в семье. Уверен, что женщина не должна быть домохозяйкой, это тяжело — даже больше для нее, чем для мужа.
5. Еще больше, чем чувство юмора, ценю самоиронию. Думаю, что умный человек всегда может посмеяться над собой — на всякого мудреца довольно простоты.
6. Спортом занимался с удовольствием — боксом, лыжами, йогой.



Алексей Мыльников, травматолог:

1. Обязательно нужно поддерживать с людьми хорошие отношения.
2. С одной стороны, терпеть не могу терпеть, но и авралов не люблю, суеты. У меня в детстве температура повышалась в детском саду, когда дети носились и оралы.

3. Никакого бизнеса, я в нем лопух. Я человек государственный.
4. Мы с женой на равных, этикие Бонни и Клайд — повязаны общим делом.
5. В студенчестве играл в КВН и сейчас считаю, что коллектив особенно дружен, если все друг над другом прикалываются.
6. Карате занимался в детстве, потом тяжелой атлетикой. Считаю, что любовь к железу определяет характер травматолога.

Мargarита Чухрова, заведующая дневным стационаром КДП:

1. В основном отношения с людьми хорошие. Если даже человек мне не симпатичен, постараюсь, чтобы отношения были ровными.
2. Жизнь научила терпеть и решать стратегические задачи.
3. Никогда даже не задумывалась на этот счет. Работа съедает все время.

4. Наверное, я веду семью. Но мнение мужа для меня крайне важно.
5. Увы, с чувством юмора у меня проблема.
6. Спортом всерьез не занималась, но сейчас хочу заняться аквааэробикой — для здоровья.





Максим Лысенко, анестезиолог-реаниматолог ОАИР №3:

1. По молодости старался все конфликты переводить в юмор и сейчас стараюсь сгладить.
2. Тактические задачи — мое. Я в вузе всегда сдавал экзамены первым, даже если не был уверен на все сто.
3. Обычно люди занимаются тем, что у них получается лучше всего. К счастью, сегодня анестезиологи зарабатывают

- неплохо, и спасибо администрации, что к нам подходят индивидуально, что нет советской уравниловки. У меня нет потребности работать в коммерческих структурах.
4. Да, я глава семьи. Я чувствую ответственность за свою семью — жену и двоих детей.
 5. Чувство юмора стопроцентно выручает в жизни. Ну, например, когда люди тебя не понимают, пригодится легкий сарказм.
 6. Занимался дзю-до. Нельзя сказать, что спорт защищает, но точно помогает спрогнозировать ситуацию.

Лариса Ткачева, заведующая сурдологическим центром:

1. Всегда стараюсь уклониться от ссоры и никогда не обижаться на людей, потому что обиды разрушают.
2. Я не люблю суеты и лишнего беспокойства, мне по душе стратегические задачи, планирование — силы и энергия распределяются правильно.

3. Я занимаюсь бизнесом — в нашем центре мы оказываем услуги по слухопротезированию.
4. Муж — глава семьи, а я его помощница.
5. Без юмора, без смеха жизнь была бы черной, нельзя без него.
6. Люблю терренкур — быструю ходьбу перед сном.



Александр Вохмин, заведующий отделением урологии:

1. Хорошие отношения с людьми важны, но иногда приходится конфликтовать — ради дела.
2. Моя жена — настоящий стратег, я, скорее, тактик.

3. Думаю, бизнес — это мое, у меня бы получилось. У меня ведь еще одно образование есть — юридическое.
4. Глава семьи я в большей степени.
5. Боюсь, у меня перебор с чувством юмора. Иногда он переходит в сарказм.
6. Люблю спорт. С детства занимался несколькими видами сразу — футболом, волейболом, баскетболом.

Валерий Тяпкин, врач ЛФК:

1. Терпение, дипломатия — часть жизни любого врача. Даже если пациент, например, нервничает, это не повод отвечать тем же — пусть человек выговорится.
2. Люблю быстрые дела, быстрые решения. Но все же я стратег, а не тактик.
3. Я занимался бизнесом, но медицина приносит больше удовлетворения — ты нужен, ты полезен людям.

4. А это не имеет значения — лишь бы всем было хорошо.
5. Лучше шутить, чем серьезно выяснять отношения.
6. Спорт — важная часть моей жизни. Я всегда занимался и буду заниматься своим телом, не могу без этого жить. Врач ЛФК должен быть примером для коллег и пациентов.



Александр Мотин, анестезиолог-реаниматолог ОАИР №4:

1. Всем нравится — не самоцель, но быть в хороших отношениях с людьми приятно. Я умею сдерживаться.
2. Если дело интересное, готов вкладываться, чтобы достигнуть результата. А вообще наша профессия суеты не терпит. Давно заметил, что опытные анестезиологи делают то же самое, что новички, но более эффективно, потому что без лишних эмоций.

3. Думаю, смог бы заниматься бизнесом.
4. Сегодня в моей семье главные люди — дети. Моим сыновьям-двойняшкам еще нет и месяца, но они уже «построили» не только меня и жену, но и бабушек с дедушками.
5. Чувство юмора — вещь индивидуальная. У меня есть друзья, возможно, наши шутки широкому кругу не будут понятны, но нам интересно друг с другом. Надо с этим считаться, помнить, что не всем смешно то, что ты говоришь.
6. В школе несколько лет занимался тхеквондо. Сегодня все силы уходят на работу.

Наталья Мороз, заведующая хозяйством:

1. Ругаться приходится — в моем подчинении 100 с лишним человек, да и дома начинаю орать с 5 утра. Но я не злая, все это только по работе, не переходя на личности.
2. Я не очень терпеливая, мне легче боевые задачи решать.
3. Нет, бизнес не по мне. Лучше полы мыть буду, чем ввязусь в собственное дело. Хотя меня неоднократно приглашали в коммерческие структуры.

4. Вроде бы я глава семьи, но муж очень помогает. Что бы я без него делала, если даже в выходные все мысли о работе.
5. Хохотать — наше все. Больница знает, что я веселая, но это вы меня еще в хорошей компании не видели.
6. Спортом занималась, сколько себя помню: многоборье, баскетбол, лыжи, бег. У меня и сын спортсмен.



ПУТЕШЕСТВИЕ

В СИМФЕРОПОЛЬСКОМ МУЗЕЕ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО



Этим летом гнойный хирург Дмитрий Терсков побывал с семьей в Крыму — объехал весь полуостров, в том числе Симферополь — город, где окончил свои земные дни архиепископ Лука, великий врач Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий.

Мы публикуем фоторепортаж Дмитрия Владимировича из музея святого Луки.

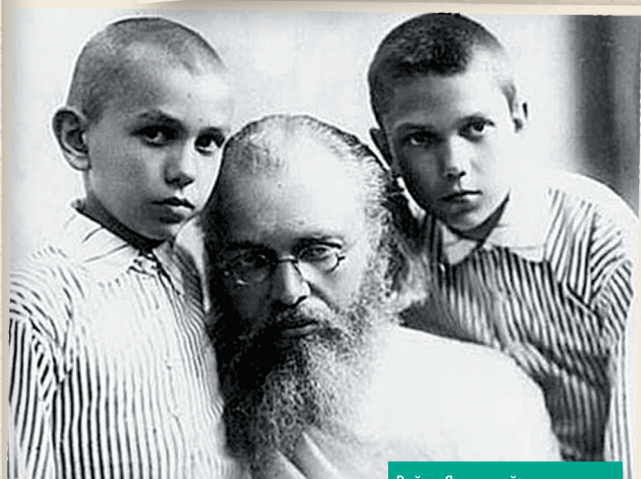
— Я окончил школу № 10, в которой во время войны располагался госпиталь, — рассказывает Дмитрий Терсков. — Именно в нашей школе Войно-Ясенецкий, автор знаменитых «Очерков гнойной хирургии», оперировал раненых солдат и офицеров, многие из которых были септическими, гнойными больными. Наш тыловой госпиталь — самый восточный, куда привозили раненых с фронта. За долгую дорогу раны инфицировались, поэтому у главного хирурга-консультанта сибирских эвакогоспиталей было много работы.

В школе находился небольшой музей Войно-Ясенецкого, я с раннего детства понимал, что архиепископ Лука — личность огромного масштаба. Думаю, многие мои коллеги чувствуют сопричастность к нему: у нас общее дело. Гнойные хирурги особенно почитают Войно-Ясенецкого, ведь он сделал многое для развития нашей сложной и интересной специальности. В гнойной хирургии нет рутины, потому что нет одинаковых больных.

Путешествуя по Крыму, я, конечно, посетил музей Войно-Ясенецкого в Симферополе и Свято-Троицкий собор, где в серебряной раке, изготовленной и подаренной сербами, покоятся мощи святого Луки. Там же купил освященный крестик — в память о Крыме, Симферополе и Валентине Феликсовиче Войно-Ясенецком.



Жена Валентина Феликсовича ушла рано, оставив ему четверых детей.



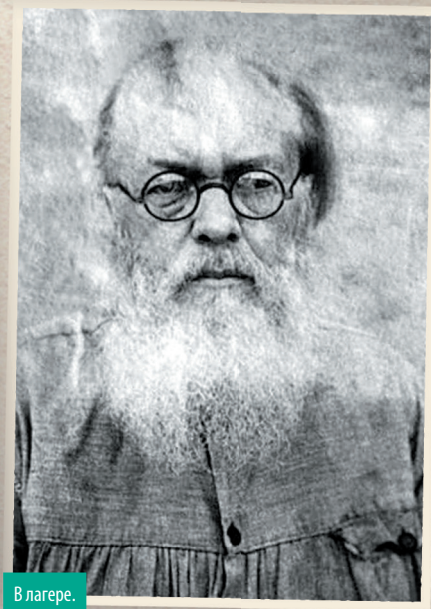
Войно-Ясенецкий с сыновьями.



Киевский гимназист.

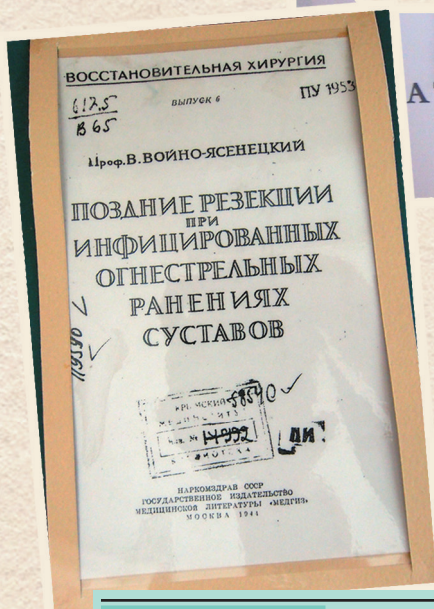
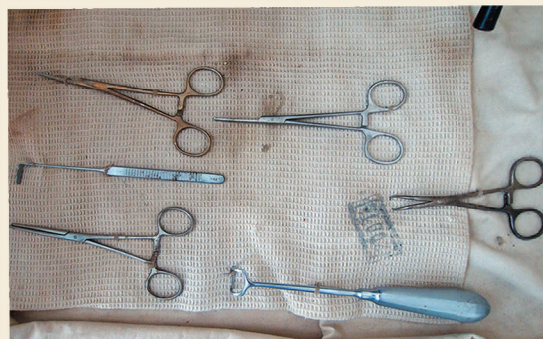
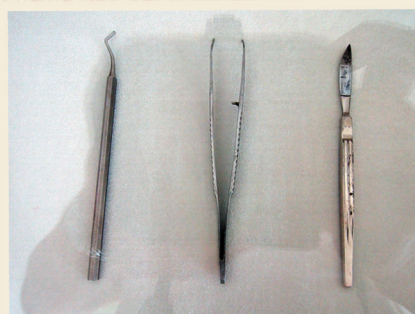


Молодой врач.



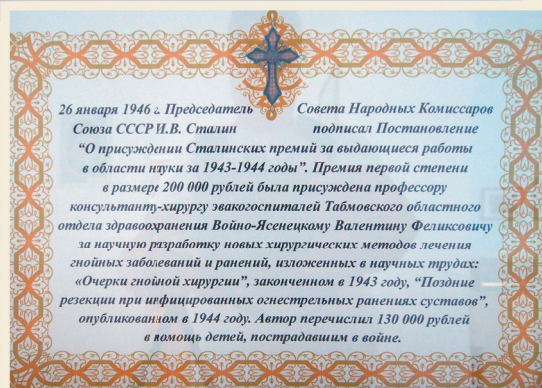
В лагере.

ХИРУРГИЯ – ЭТО ТА ПЕСНЯ, КОТОРУЮ Я НЕ МОГУ НЕ ПЕТЬ.



**ДЛЯ ХИРУРГА НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ «СЛУЧАЯ»,
А ТОЛЬКО ЖИВОЙ СТРАДАЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК.**

Профессор В. Ф. Войно – Ясенецкий



НАША СПРАВКА

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий родился 27 апреля (9 мая) 1877 года в Керчи. Спустя много лет беззаветного служения Родине, медицине и православию, великий врач и священник вернулся в Крым. Это случилось в 1946 году, когда указом патриарха архиепископ Лука был переведен в Симферополь.

В начале 1947 года он стал консультантом Симферопольского военного госпиталя, где проводил показательные оперативные вмешательства. Также читал лекции для практических врачей Крымской области – в архиерейском облачении.

В 1949 году начал работу над вторым изданием «Регионарной анестезии», которое не было закончено, а также над третьим изданием «Очерков гнойной хирургии», которое было дополнено профессором В. И. Колесовым и издано в 1955 году.

В 1955 году ослеп полностью, что вынудило его оставить хирургию. С 1957 года диктовал мемуары. В постсоветское время вышла автобиографическая книга «Я полюбил страдание...».

11 января 1957 года был избран почетным членом Московской духовной академии.

Умер 11 июня 1961 года, в воскресенье, в день Всех святых, в земле Российской просиявших. На надгробии была высечена надпись: «Архиепископ Лука Войно-Ясенецкий. 18 (27) IV.77 — 19 (11) VI.61. Доктор медицины, профессор хирургии, лауреат».

Похоронен на Первом Симферопольском кладбище, справа от храма Всех святых. После канонизации Православной церковью в сонме новомучеников и исповедников российских (22 ноября 1995 года) его мощи были перенесены в Свято-Троицкий собор (17-20 марта 1996 года). Прежняя могила святого Луки также почитаема верующими.



После службы. Слепой Архиеп.



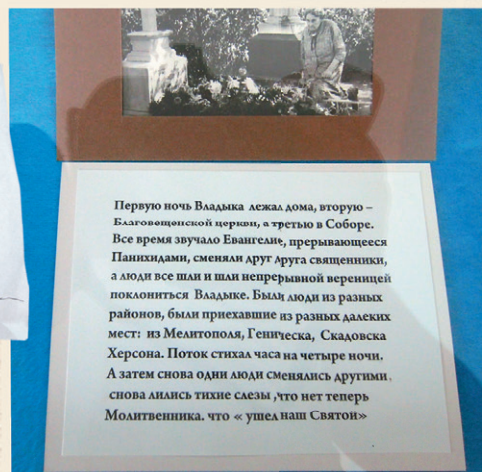
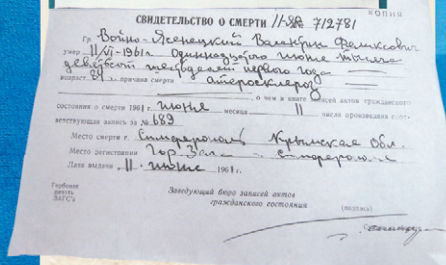
Серебряную ракию, в которой хранятся мощи святого Луки, сделали и подарили сербы.



Последняя Литургия. Рождество. 1961 г.



Могила Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого на Симферопольском кладбище. Она давно пуста — мощи святого Луки находятся в храме, но люди до сих пор несут цветы к надгробию великого священника и врача.



Первую ночь Владыка аскал дома, вторую — Благовещенской церкви, а третью в Соборе. Все время звучало Евангелие, прерываемое Панихидами, сменяли друг друга священники, а люди все шли и шли непрерывной вереницей поклониться Владыке. Были люди из разных районов, были приехавшие из разных далеких мест: из Мелитополя, Геническа, Скадовска, Херсона. Поток стихал часа на четыре ночи. А затем снова одни люди сменялись другими, снова анализ тихие сазы, что нет теперь Молаитвенника, что «ушел наш Святой».



Уважаемые рекламодатели!

27 ноября 2015 года журнал «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ» получил свидетельство о регистрации СМИ, выданное Енисейским управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Журнал вышел на новую ступень и будет развиваться дальше.

Приглашаем к сотрудничеству
Тел.: 295-30-62

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»



Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края

профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru