ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 3 (64)

краевая клиническая больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Челюстно-лицевой хирург Наталья Стефарова с ученицей Софьей Кауниетис

Успехов всем, кто учится!

Психиатрическое освидетельствование медработников

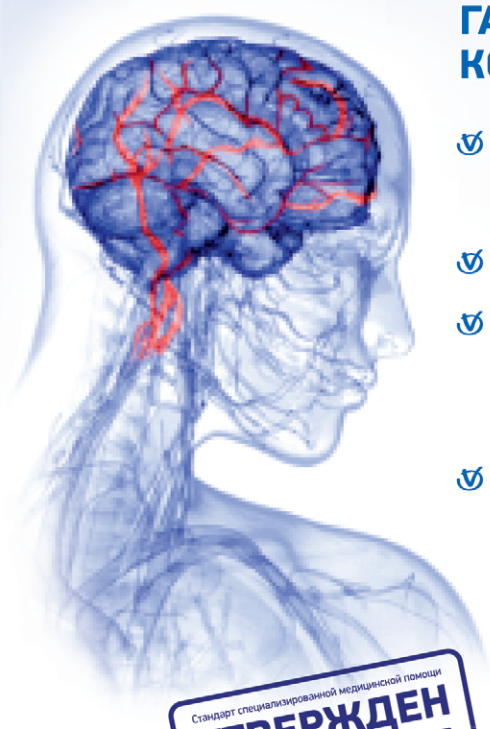
Трепанация черепа при инсульте

Волонтер в Ожоговом центре

сентябрь 2016 года

ЦИТОФЛАВИН®

ГАРМОНИЧНАЯ НЕЙРОПРОТЕКТИВНАЯ КОМПОЗИЦИЯ



- Уменьшает объем ишемического поражения и снижает смертность при инсульте
- Уменьшает уровень инвалидизации
- Вызывает быстрое и устойчивое улучшение качества жизни больных с ХНМК
- Производится в соответствии с европейскими стандартами качества

Стандарт специализированной медицинской помощи
УТВЕРЖДЕН
ПРИ ИНФАРКТЕ МОЗГА
№1740 от 29.12.12

включен в перечень ЖНВЛП включен в перечень

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
ХНМК	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

Рег. № ЛС-001767 от 13.09.2011
Рег. № Р-003135/01 от 21.11.2008
Реклама

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

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

Интеллект на защите здоровья
polysan

ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

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:

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

В. В. Тяпкин, Е. Михайлова — *фотокорреспонденты.*
Используются материалы из музея Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова — корректор

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

Тираж 999 экз.
Сентябрь 2016 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Содержание

События 2

Показания и выбор пациентов для трансплантации сердца 4

Внутренний и внешний контроль доступности и качества медицинской помощи в условиях консультативно-диагностической поликлиники ККБ 8

Отделению кардиологии №2 исполняется 10 лет 12

Проблемы проведения судебно-медицинских экспертиз по дефектам медицинской помощи в рамках гражданского процесса 14

Обязательное психиатрическое освидетельствование медработников в рамках трудового законодательства 18

CASUS EXTRAORDINARUS | НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ

Случай легочного альвеолярного протеиноза в практике пульмонологического отделения краевой клинической больницы 22

Случай успешной декомпрессионной трепанации черепа при полушарном ишемическом инсульте 24

Болезнь Фабри. Поздняя диагностика генетического заболевания 26

Случай диагностики ликворной кисты у молодой пациентки с жалобами на системное головокружение 28

Современные методы лечения митральной недостаточности 30

DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ

Порядок оказания медицинской помощи пациенту с ожоговой травмой в краевой клинической больнице 34

Боль в стопах – плата за прямохождение 40

В операционные приходят скальпели будущего 42

Возвратные электроды превращаются в коврики 44

Состояние щитовидной железы у больных, находящихся на хроническом программном гемодиализе 46

Нейроцитопротекторная терапия как фактор повышения эффективности реабилитации пациентов, перенесших инсульт 49

EX ANIMO \ ОТ ДУШИ

Новичок, поднять паруса! 54

Девушка с обложки знает, чего хочет 56

Борщ, лезгинка и халат или Хроники ожогового отделения 58

75 лет доктору Степановой 60

СОБЫТИЯ

В ВОСТОЧНОЙ И ЗАПАДНОЙ ЗОНАХ КРАЯ ОТКРЫЛИСЬ СОСУДИСТЫЕ ЦЕНТРЫ

Эти летние события трудно переоценить для такого огромного региона, как наш. Один за другим, в течение месяца, в Канском и Ачинском МРЦ открылись современные сосудистые центры. Теперь людям с острым коронарным синдромом не нужно ехать в Красноярск за высокотехнологичной медицинской помощью. В МРЦ оборудованы рентгеноперационные, установлены ангиографы, на базе нашей больницы проучены специалисты.

В год в каждом из районных сосудистых центров будут проводить по 300 коронарографий и устанавливать 100 стентов в коронарные артерии.

Сосудистые центры есть только в крупных российских городах, а вот в Красноярском крае открылись в провинции. Вслед за Канском и Ачинском высокие технологии станут ближе к людям на юге – в Минусинске, и севере – в заполярном Норильске.

ЛЕТНИЕ ДТП

Нынешний год не стал таким трагическим для края, как прошлый, но все же отмечен несколькими тяжелыми дорожными происшествиями как пассажирского, так и личного транспорта.

В июне в Курагинском районе грузовик столкнулся с поездом – тяжело пострадала пассажирка грузовика, она проходила лечение в травматологическом центре ККБ. Травмы получили также водитель и машинист поезда. К счастью, люди остались в живых.

Почти одномоментно возле Уяра съехал в кювет пассажирский автобус. Пострадали 22 человека, пятеро доставлены на лечение в нашу больницу.

Самое страшное ДТП произошло в августе – под Уяром столкнулись две легковые машины. Виновница аварии, водитель автомобиля «Форд», погибла, авария забрала и жизни двоих ее сыновей – подростка и двухлетнего малыша. К счастью, остались живы отец семейства и средний, четырехлетний, ребенок.

В середине сентября в больницу были доставлены пострадавшие в авиапроисшествии: в Манском районе на взлете рухнул вертолет «Робинсон». Пилот и наблюдатель за лесными пожарами бригадой санавиации доставлены в краевую больницу.

Санавиация краевой больницы традиционно слажено сработала во всех дорожных и авиапроисшествии – оказывала помощь на местах и своевременно доставляла пострадавших в травматологический центр.

У КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ ЕСТЬ СТРАТЕГИЯ

Рабочая группа специалистов краевой клинической больницы представила стратегический план развития на ближайшие четыре года. В нем все: анализ текущей ситуации, финансовые возможности и ожидания наших пациентов.

Напомним, краевая клиническая больница ведет серьезную работу по внедрению системы менеджмента качества, в которой стратегическое планирование – непременное условие успехов больницы и уверенности ее персонала в завтрашнем дне. Консультирует клинику в вопросах стратегического менеджмента член Института обеспечения качества (Лондон) Радомир Бошкович, европейский эксперт в области менеджмента качества, аккредитации и оценки.

Вот они – пять стратегических целей ККБ на четыре ближайших года:

– обеспечить лучшие в Сибири доступность и качество медицинской помощи среди многопрофильных учреждений;
– стать клиникой с дружелюбной и безопасной средой для пациента;
– стать авторитетной клиникой в регионе;
– добиться к 2019 году экономической самостоятельности;
– создать комфортную внутреннюю среду для персонала.

Каждая стратегическая цель закреплена за определенной рабочей группой. Для оценки работы выработаны критерии достижения результатов.

Стратегический план построен с учетом миссии больницы: «Оказывать профессиональную медицинскую помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациентов».

Кроме того, утверждены ценности, которым готовы следовать в своей работе:

– профессионализм;
– человечность;
– ответственность;
– безопасность пациентов и персонала;
– честность;
– совершенствование;
– командная работа;
– приверженность традициям.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ ИСПОЛНИЛОСЬ 20 ЛЕТ

История медико-генетического центра началась в 1970-е, когда на базе краевой клинической больницы № 1 был создан кабинет медицинской генетики. В 1996 году Центр стал самостоятельным учреждением.

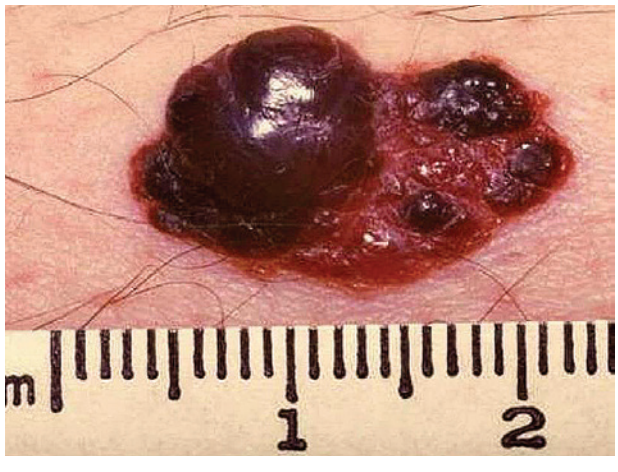
Специалисты Центра оказывают специализированную медико-генетическую помощь по диагностике и профилактике врожденных и наследственных заболеваний детскому и взрослому населению Красноярского края.

Ежегодно количество обращений к специалистам Центра увеличивается, в 2015 году оно составило более 40 тысяч. Центр первым в крае внедрил комплексную дородовую диагностику нарушений развития ребенка, применив эффективные технологии диагностики и профилактики, в том числе инвазивные методы пренатальной диагностики. Благодаря этому подходу за последние пять лет было предупреждено рождение более тысячи детей с тяжелой врожденной и наследственной патологией.

Конечно, краевая больница не осталась в стороне от юбилейного дня рождения медико-генетического центра.

Главный врач ККБ Егор Корчагин поздравил коллег и подарил раритетную книгу – первый советский учебник «Гинекология» выпуска 1922 года под редакцией знаменитого профессора Груздева.

ПРИШЛИТЕ В ОНКОЦЕНТР ФОТО РОДИНКИ



Специалисты краевого онкологического диспансера продолжают акцию по выявлению злокачественных новообразований кожи.

Все летние месяцы на почту онкодиспансера жители города и края присылали фотографии беспокоящих их родинок и других кожных новообразований. Онкологи отсмотрели более тысячи фотографий, дали рекомендации о дальнейших действиях, отправили на консультацию около 3% написавших.

Учитывая большую заинтересованность в этой акции, специалисты краевого онкодиспансера приняли решение принимать письма граждан круглогодично.

Итак, если на коже есть беспокоящие новообразования, которые растут, меняют цвет, форму, очертания или имеют выделения, можно отправлять фото этих новообразований на электронную почту onkolog24@mail.ru.

Фото нужно сделать с соблюдением всех требований:

– разместить рядом с новообразованием линейку;

– фотографировать при дневном свете и без вспышки;

– фото должно быть сделано с близкого расстояния.

РОСПОТРЕБНАДЗОР: ОПАСАЙТЕСЬ ПОЕЗДОК В СИНГАПУР

Управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю информирует, что в Сингапуре на конец августа зарегистрировано 258 случаев инфицирования людей вирусом Зика.

Напоминаем, эпидемия вируса стартовала в 2015 году в Бразилии и распространилась на 20 стран мира. Сообщается о спорадических случаях лихорадки Зика на территории 57 стран, в том числе в 22 европейских.

Вирус Зика особенно опасен для новорожденных – вызывает у детей недоразвитие мозга, микроцефалию, кроме того, после перенесенной лихорадки Зика отмечается рост неврологических расстройств, в том числе синдрома Гийена-Барре.

Вирус передается комарами. В эпидемических районах необходимо применять средства защиты от укусов комаров, защитные сетки, использовать одежду с длинными рукавами, в гостиницах в качестве средства проветривания использовать кондиционер, избегать заболоченных мест и большого скопления людей.

МЫ ПОТЕРЯЛИ АНДРЕЯ БИЛОУСА

17 сентября трагически погиб один из лучших травматологов Красноярского края, 45-летний Андрей Леонидович Билоус.

Это была драма на охоте: случайный выстрел, ранение, кровотечение. На помощь вылетела санавиация, но потеря крови оказалась смертельной – Андрей Леонидович умер на руках у коллег.

Билоус был серьезный, даже суровый, но безотказный врач. Работал в краевой больнице 21 год – пришел в травматологическое отделение сразу после интернатуры.

Он очень любил своих детей. Сын пошел по стопам отца – учится в интернатуре по хирургии. Дочка, которую Андрей Леонидович часто брал с собой в походы, на охоту, на рыбалку, учится в 11-м классе.

Уроженец Львовской области, он любил свою Украину, переживал с болью в сердце последние события на родине.

Но больше всего на свете Билоус любил работу и подарил здоровье многим нашим землякам.

Мы будем помнить вас, Андрей Леонидович. Спасибо за все.

КАРДИОЛОГИЯ

ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

А. В. Протопопов, А. Е. Рязанов, Э. Э. Иваницкая
Л. Г. Битюкова, Л. С. Глизер, Я. И. Вериго
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Несмотря на эффективность современной медикаментозной терапии, а также методов реваскуляризации и ресинхронизации миокарда, применяемых для лечения сердечной недостаточности, примерно у 5% больных операция ортотопической трансплантации сердца остается основным методом лечения, позволяющим существенно улучшить прогноз и качество жизни. Пересадка сердца – признанный метод лечения терминальной сердечной недостаточности.

Потребность в трансплантации сердца составляет, по данным экспертов, 67,4 на 1 млн. жителей планеты в год.

Для минимального удовлетворения спроса в трансплантации сердца в России, по мнению главного трансплантолога Минздрава РФ Сергея Готье, нужно производить 1000-1500 операций в год.

История пересадки сердца

Ранние исследования в этой области проводили ученые в различных странах: Франк Манн, Маркус Вонг в США, В. П. Демихов в СССР. Успех ранних операций был ограничен несовершенством техники и оборудования для искусственного кровообращения, недостаточными знаниями иммунологии.

Первая пересадка сердца была выполнена 3 декабря 1967 года в Кейптауне южноафриканским хирургом-трансплантологом, публицистом и общественным деятелем Кристианом Бернардом. Сердце 25-летней Денизы Дарваль, погибшей в автокатастрофе, было пересажено 55-летнему Луису Вашканскому. Больной прожил после операции 18 суток и умер от двусторонней пневмонии. Начало кардиотрансплантации было положено.

Интересно, что свои достижения в области трансплантации, по словам Бернарда, он сумел совершить благодаря «отцу мировой трансплантологии» – талантливому советскому ученому Владимиру Демихову, жившему в нищете и работавшему в подвале. Три года Бернард готовился к триумфу. Два раза прилетал в Москву к Демихову, провел много пересадок сердец обезьянам и собакам.

Сразу после скандальной, но успешной операции Кристиан отправился к любимому учителю. В Советском Союзе его встречали как звезду. Но Бернард игнорировал почести – он рвался к своему кумиру. Никакие уговоры на него не действовали, и Бернарда повезли в подвал к Демихову.

После первой сенсационной операции Бернард продолжил выполнять пересадки сердца. Вторая трансплантация состоялась 2 января 1968 года, пациент Филипп Блейберг прожил 19 месяцев. Дороти Фишер получила новое сердце в 1969 году и стала первой чернокожей реципиенткой. Она прожила после операции 18 месяцев. Дирк ван Зил, которому пересадили сердце в 1971 году, стал самым долгоживущим пациентом Бернарда – он прожил более 23 лет.

Когда многие хирурги, расстроенные плохими результатами, переставали выполнять трансплантации сердца, Бернард упорно продолжал оперировать до введения в практику в 1981 году нового мощного иммуносупресора – циклоспорина. Этот препарат помог вернуть интерес к трансплантации сердца во всем мире.

Бернард также был первым хирургом, который попытался пересадить человеку сердце животного, стараясь спасти жизнь девочке, которую не могли снять с аппаратов жизнеобеспечения после второго протезирования аортального клапана. Позже ее родители обвинили хирурга в неправильных действиях.

В России первая пересадка сердца выполнена Александром Александровичем Вишневским в 1968 году. Пациентка скончалась через 33 часа после операции.

Первая успешная трансплантация сердца в России выполнена 12 марта 1987 года академиком Валерием Ивановичем Шумаковым. Этому предшествовали годы напряженной работы по освоению методики, подготовки материально-технической базы и кадров. В 1987 году в составе тогда еще НИИ Трансплантологии и искусственных органов МЗ СССР было создано отделение коронарной хирургии и трансплантации сердца. Под руководством академика Шумакова на базе этого отделения и была начата реализация программы трансплантации сердца.

Сегодня ежегодно в мире выполняется более 4 тысяч трансплантаций сердца. Подавляющее большинство – в странах Европы и Северной Америки.

В России в последние годы отмечается рост числа трансплантаций сердца. Эти операции проходят в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Новосибирске, Екатеринбурге, Уфе, Белгороде, Кемерово. Следующим в почетном списке должен стать Красноярск, а именно наша краевая клиническая больница, где подготовка к пересадке сердца близится к финалу. Сильная команда кардиохирургов, кардиологов, анестезиологов-реаниматологов, иммунологов, гистологов и специалистов других профилей готова ввести в практику новую высокую технологию.

Большинство российских трансплантаций производится в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова». В 2013 году из 164 операций в Центре проведена 101. Это лучший показатель среди специализированных клиник в мире! Летальность в Центре составляет 7% – это европейский уровень.

В листе ожидания на трансплантацию сердца в России в 2014 году состояли 428 потенциальных реципиентов, из них 214 были включены в лист ожидания впервые.

В 2015 году в листе ожидания состояло 434 потенциальных реципиента, из них 239 человек включены впервые. Показатель смертности в период ожидания трансплантации сердца в России составил в 2015 году 9,2% (40 пациентов).

Согласно базе данных регистра Международного общества трансплантологов (ISHLT), средний период выживаемости после трансплантации сердца составляет 15 лет, при этом многие больные живут гораздо дольше.

Средний возраст реципиентов 35,4 года (от 16 до 61 года). 89,7% реципиентов – мужчины.

Этиология сердечной недостаточности

По данным ISHLT, основными показаниями для выполнения трансплантации сердца являются идиопатическая кардиомиопатия (42-49%), ишемическая кардиомиопатия (43-47%), реже – другие причины (ВПС, кардиомиопатия беременных и др.).

По данным ФНЦТИО имени академика Шумакова, самыми частыми заболеваниями, в связи с которыми выполнялась трансплантация сердца, являлись дилятационная кардиомиопатия (65%), ИБС (34%), реже – рестриктивная кардиомиопатия.

Причиной дилятационной кадиомиопатии в основном являются инфекционные миокардиты – вирусные, бактериальные. Ишемическая кардиомиопатия – результат стенозирующего поражения коронарных артерий.

Кроме того, к сердечной недостаточности может привести обширный список заболеваний. Среди них кардиомиопатии различного генеза:

Семейные:
– гипертрофическая;
– рестриктивная;
– аритмогенная дисплазия ПЖ;
– некомпактный миокард ЛЖ.

Иммунные:
– столбнячный токсин;
– вакцины;
– лекарственные препараты;
– сывороточная болезнь;
– гигантоклеточный миокардит;
– аутоиммунные заболевания;
– саркоидоз;
– эознофильный миокардит.

Токсические:
– химиотерапия;
– кокаин;
– алкоголь»
– тяжелые металлы (медь, железо, свинец).

Эндокринные/нарушение питания:
– феохромоцитома;
– дефицит витаминов (например, тиамина);
– дефицит селена, карнитина;
– гипофосфатемия;
– гипокалиемия;
– сахарный диабет;
– гипотиреоз;
– перипортальная (послеродовая).

Инфильтративные:
– амилоидоз;
– злокачественные заболевания.

К хронической сердечной недостаточности приводят также клапанные пороки сердца, болезни перикарда и эндокарда, врожденные пороки сердца, аритмии, нарушения проводимости, внесердечная патология – тиреотоксикоз, анемия, сепсис, болезнь Педжета, артериовенозная фистула, почечная недостаточность, ятрогенные проблемы.

Показания к трансплантации сердца

Критерии включения в лист ожидания следующие:

– рефрактерная сердечная недостаточность с необходимостью инотропной поддержки;

– кардиогенный шок с показаниями для выполнения механической поддержки кровообращения при отсутствии необратимых изменений в органах-мишенях;

– конечная стадия сердечной недостаточности (IIБ-III стадии по классификации Василенко-Стражеско) с выраженным ограничением физической активности (III-IV функциональные классы по NYHA). Неэффективность максимальной медикаментозной терапии или методов механической поддержки кровообращения, а также невозможность проведения иных методов хирургического лечения, но наличие потенциала для достижения ремиссии после трансплантации донорского сердца. Объективные критерии подбора реципиента:

– фракция выброса ЛЖ менее 30%, СИ – менее 2,0 л/мин/м2;

– рефрактерная к медикаментозной терапии стенокардия при отсутствии возможности проведения реваскуляризации миокарда;

– рефрактерные к медикаментозной терапии жизнеугрожающие нарушения ритма сердца при неэффективности хирургических и электрофизиологических методов лечения (сердечная ресинхронизирующая терапия, трехкамерная стимуляция сердца, устранение асинхронности в работе сердца);

– сердечная недостаточность у больных с изменениями или повреждениями структур сердца при невозможности хирургического лечения;

– гипертрофическая КМП, рестриктивная КПМ, сопровождающиеся низкой толерантностью к физической нагрузке;

– опухоли сердца с низкой вероятностью метастазирования;

– наличие в анамнезе более двух госпитализаций в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности в течение последнего года;

– возможность пациента при включении в лист ожидания находиться в четырехчасовой доступности от клиники в течение нескольких месяцев;

– согласие пациента на дальнейшее обследование с целью включения в лист ожидания, готовность к сотрудничеству с медицинскими службами, готовность следовать строгому лечебному режиму. Согласие и поддержка членов семьи реципиента.

Противопоказания к трансплантации сердца

Класс III – абсолютные противопоказания.

– Возраст старше 80 лет при наличии сопутствующих заболеваний, повышающих периоперационный риск и ограничивающих отдаленный прогноз.

– Сопутствующие заболевания, повышающие риск развития периоперационных осложнений.

В том числе:

– выраженные нарушения функции внешнего дыхания (например, тяжелая ХОБЛ с ОФВ 1 менее 1 л/мин.);

– резистентная легочная гипертензия с транспульмональным градиентом более 15 мм рт. Ст. или легочно-сосудистым сопротивлением более 6 Ед. ВУДА, рефрактерная к медикаментозной терапии (NO, силденафил) и/или механической поддержке;

– выраженные нарушения функции печени и/или почек;

– аутоиммунные заболевания (СКВ, саркоидоз или системный амилоидоз);

– выраженное ожирение.

– Сопутствующие заболевания, сопровождающиеся риском смерти в течение пяти лет, превышающим 5% (например, онкологические заболевания с неблагоприятным прогнозом для жизни).

– Выраженный атеросклероз сонных, мозговых и периферических артерий, сопровождающийся ишемией органов и тканей, при невозможности хирургического лечения.

– Активная инфекция (туберкулез, сифилис, инфицирование ВИЧ, гепатит, ЦМВ и др.).

– Активный алкоголизм, наркомания.

Класс II В – относительные противопоказания.

– Возраст старше 65 лет при отсутствии значимых сопутствующих заболеваний, повышающих риск развития нежелательных событий в периоперационном периоде.

– Сопутствующие заболевания, повышающие риск развития периоперационных осложнений.

В том числе:

– язвенная болезнь в стадии обострения;

– сахарный диабет с повреждением органов-мишеней (нейропатия, нефропатия или ретинопатия);

– выраженный распространенный атеросклероз периферических сосудов и сосудов головного мозга;

– острые инфекционные заболевания (за исключением инфекционных осложнений, связанных с устройствами механической поддержки кровообращения);

– ожирение с индексом массы тела более 35 кг/м2 или кахексия с ИМТ менее 18 кг/м2;

– ХПН с уровнем креатинина более 2,5 мг/дл. или клиренсом креатинина менее 25 мл/мин.;

– печеночная недостаточность с уровнем билирубина более 2,5 мг/дл., повышением уровня трансаминаз более чем в три раза, МНО более 1,5 без варфарина;

– хронический гепатит;

– нарушение функции внешнего дыхания, характеризующееся величиной показателя ОФВ 1 менее 40%;

– коагулопатии;

– инфарктная пневмония, перенесенная в течение предыдущих 6-8 недель;

– тяжелые неврологические или нервно-мышечные расстройства;

– неблагоприятный социальный статус или психические заболевания, при которых невозможно достижение ремиссии;

– перенесенное в последние шесть месяцев ОНМК, без неврологического дефицита;

– эпизоды злоупотребления наркотиками или алкоголем в течение последних шести месяцев;

– неспособность отказаться от курения.

В 2016 году Международное сообщество трансплантации сердца и легких (ISHLT) выпустило обновленную версию критериев отбора пациентов для трансплантации сердца. Версия 2016 года замещает собой предыдущие рекомендации от 2006 года и значительно расширяет популяцию пациентов, которые могут быть кандидатами на трансплантацию. Критерии опубликованы 7 января 2016 года в журнале Journal of Heart and Lung Transplantation.

Основные изменения по сравнению с прежними критериями заключаются в нескольких тезисах:

– трансплантация сердца возможна и у потенциально излечимых онкологических и очень ослабленных пациентов. В этом случае используются устройства поддержки работы левого желудочка (LVAD);

– более либеральными стали верхние границы допустимого возраста: ISHLT не исключает трансплантацию сердца лицам старше 70 лет;

– эксперты считают, что врачам не следует автоматически отказывать пациентам с ВИЧ или гепатитом С.

Статусы потенциальных реципиентов

Потенциальные реципиенты донорского сердца обладают особыми статусами.

Статус IA – самые тяжелые пациенты.

Критерии:

– необходимость механической поддержки кровообращения с одним или большим количеством устройств вспомогательного кровообращения:

– полное искусственное сердце;

– лево- или правожелудочковый обход в течение <30 дней;

– внутриаортальная баллонная контрпульсация;

– экстракорпоральная мембранная оксигенация, механическая поддержка кровообращения >30 дней с существенными, связанными с устройством, осложнениями;

– искусственная вентиляция легких;

– необходимость в непрерывной терапии высокими дозами инотропных препаратов с постоянным контролем давления наполнения левого желудочка;

– продолжительность жизни без пересадки <7 дней.

Статус IB.

Критерии:

– необходимость в инотропной поддержке и/или использовании одного из устройств вспомогательного кровообращения;

– использование обхода левого и/или правого желудочка >30 дней;

– непрерывная инфузионная терапия инотропными препаратами.

Статус II.

Другие пациенты в листе ожидания, которые не соответствуют статусу IB или IA.

Доноры для трансплантации сердца должны быть моложе 45 лет, чтобы сердце обладало достаточным резервом для адекватного восстановления при длительной ишемии.

Использование донорского сердца 45-55-летних возможно, если ишемия длится менее четырех часов. Сердце от донора старше 55 лет используется только в ургентных ситуациях.

Маршрутизация пациента с сердечной недостаточностью

Клинический пример потенциального реципиента.

Пациент П., 35 лет, перенес в 2012 году вирусный миокардит. В исходе миокардита трансформация в ДКМП.

Каждые полгода пациент поступает в отделение кардиологии с проявлениями тотальной сердечной недостаточности (одышка, снижение толерантности к физическим нагрузкам, отеки, асцит). В 2014 году прооперирован – имплантация CRT-D. В течение года после операции чувствовал себя удовлетворительно, обострения редки, на медикаментозной терапии, однако в течение последнего года трижды поступал с декомпенсацией СН – не может пройти и 20 метров без одышки, отеки ног, асцит.

При поступлении: ЭХО КГ – ФВ 25%, расширены все полости сердца, ЛЖ – 8 см. СДЛА – 45 мм рт. ст., ЭКГ – ритм ЭКС, ЧСС – 80/мин. Рентгенография легких – правосторонний плеврит. Слабый эффект от консервативной терапии.

По результатам углубленного обследования пациенту показана трансплантация сердца.

Алгоритм обследования потенциального реципиента перед включением его в лист ожидания.

Стандартный протокол обследования кардиохирургического больного – ЭКГ, ЭХО КГ,

Маршрутизация пациента с сердечной недостаточностью

ЧП ЭХО КГ, РАК, ОАМ, биохимические анализы (обязательно ВИЧ, гепатиты, ЦМВ, герпес, Эпштейн-Барр, ТТГ, св. Т3, св. Т4, Ат к ТПО, коагулограмма с агрегатограммой), ПСА для мужчин старше 40 лет, МСКТ грудной клетки, головного мозга, МСКТ АГ брюшной полости – по показаниям, консультация эндокринолога, невролога.

См. пункт «Противопоказания». Если в пункте все ответы «нет» или есть только легочная гипертензия – проведение зондирования полостей сердца.

Зондирование.

Коронарография.

ХМ, УЗИ внутренних органов, ФГС, консультации специалистов (гинеколог, хирург, ЛОР, невролог, эндокринолог).

При ДЛА выше 50 мм рт. ст., ТПГ выше 10-15 мм рт. ст и ОПСС выше 3-6 – проведение фармакологической пробы (нитропруссид натрия, изопротеренол, добутрекс, ингаляция оксидом азота). Цель – снижение ОПСС ниже 3 ед. Вуда (О2, АТФ).

Эндомиокардиальная биопсия (при подозрении на системное заболевание или миокардит).

Заключение консилиума в составе кардиохирурга, кардиолога, анестезиолога-реаниматолога. Подписанное согласие пациента.

Постановка реципиента в лист ожидания с наблюдением у кардиолога (терапевта) по месту жительства, лечение по рекомендациям кардиолога ККБ.

Контрольное согласие пациента на ОТС. Проведение типирования по системе HLA-A.

Потребность в трансплантации сердца в Красноярском крае

В 2015 году в отделении кардиологии № 1 КГБУЗ ККБ пролечено 24 пациента с ДКМП, 12 – с ГКМП, с ИБС и тотальной СН – 70 пациентов. Отмечается рост количества пациентов с ХСН: в 2013 году по сравнению с 2012-м – на 0,9%, в 2014 году – на 1,4%, в 2015 году – 1,9%.

С апреля по июль 2016 года в отделении прошли обследование с проявлениями тяжелой сердечной недостаточности около 50 человек. 26 из них требуют постоянного наблюдения в ККБ.

На сегодня девять человек – в листе ожидания на трансплантацию сердца.

В России и, в частности, Красноярском крае сохраняются предпосылки и потенциал для дальнейшего развития трансплантологической помощи, для увеличения донорской и трансплантационной активности. Результат 2016 года во многом зависит от экономического фактора – финансовых возможностей регионального здравоохранения.

13 июля 2015 года в помощь трансплантологам вышел Федеральный закон № 271, уточняющий юридические аспекты деятельности трансплантологов. Государство осознает необходимость приведения российской трансплантологии к общеевропейскому уровню.

Для успешной реализации ФЗ № 271 регионам необходимо выполнить ряд организационных условий, в частности, предстоит лицензировать донорские стационары.

Литература

1. «Трансплантация сердца». Национальные клинические рекомендации 2013 г.

2. Международные рекомендации сообщества трансплантации сердца и легких (ISHLT) 2006-2016 гг.

3. Журнал «Вестник трансплантологии», 2014-2015 гг.

4. «Трансплантация сердца». Руководство для врачей под ред. С.В. Готье, 2014 год.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

ВНУТРЕННИЙ И ВНЕШНИЙ КОНТРОЛЬ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ККБ

В. М. Симакова, Л. Н. Свидерская, И. В. Демко, В. Т. Хендогина, А. Н. Кудрявцева, Т. С. Третьяк, Т. В. Пасечник, Ф. П. Чавкунькин
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Введение

В 1983 году рабочая группа ВОЗ определила программу обеспечения качества медицинской помощи, конечной целью которой является 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 медицинской 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 [7].

Одним из основных принципов современной Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015-2030 гг. является доступность и качество медицинской помощи, а также необходимость выстраивания вертикальной системы контроля качества в сфере здравоохранения [6].

Управление качеством и безопасностью медицинской помощи – 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 ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») [8].

Система контроля качества медицинской помощи в РФ представлена ведомственным контролем (в том числе внутренним); вневедомственным государственным контролем (Росздравнадзор); вневедомственным негосударственный контролем (страховые организации); судебно-экспертным (судебно-медицинский) контролем [2, 4].

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждений здравоохранения, врачебными комиссиями, экспертами качества.

С целью регулирования мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных на получение качественной медицинской помощи издан приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» с изменениями и дополнениями от 29.12.2015 г. № 277 [5].

К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи [1].

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

С каждым годом увеличивается процент пациентов для уточнения диагноза, поэтому в КДП 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.

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 ДТП (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 другими [3].

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

Цель исследования

Сравнить результаты внутриведомственного и вневедомственного контроля и дать оценку организации контроля качества медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике.

Материалы и методы

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. В качестве метода объективной оценки нами разработаны объективные индикаторы качества оказания консультативной помощи в поликлинике ККБ.

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 КДП определить оценку конечного результата, контроль качества медицинской помощи 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 КДП.

Разработанные нами 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 или уровень качества консультации (УКК). Оптимальный уровень качества при проведении внутреннего контроля был принят за 1 [2].

Для наиболее объективной оценки уровня качества оказания медицинской помощи в КДП ККБ использованы материалы проверки объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенной АО МСО «Надежда» на основании метода выборки и критериев, регламентированных Приказом ФФОМС от 29.12.2015 г. № 277 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрировано в Минюсте России 27.01.2016 г. № 40813).

Медицинская страховая организация «Надежда» ежегодно проводит контроль условий предоставления медицинской помощи по Программе ОМС, определение соответствия представленных к оплате счетов-реестров за оказанные медицинские услуги их объему и качеству, рациональное использование средств обязательного медицинского страхования, оценку качества оказания медицинской помощи в консультативной поликлинике ККБ. Указанный контроль проводится на основании критериев, представленных в разделе 4 Тарифного соглашения ТФОМС от 13.01.2016 г. [1].

Результаты и обсуждение

Ежегодное количество посещений в КДП ККБ составляет от 257 778 до 295 865. По результатам дистационной оценки направительной документации определялась необходимость очного консультирования, оптимальный маршрут пациента при необходимости очного консультирования, проводились заочные консультации (таблица 1).

Таблица 1

Основные показатели работы краевой консультативно-диагностической поликлиники

Показатели:	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Количество штатных должностей	72,5	72,4	72,4
Количество специализированных приемов	54	56	56
Всего посещений	257 778	282 765	262 576
Кратность посещений на одну консультацию	1,7	1,3	1,4
Количество проконсультированных больных	73 192	76 502	77 805
Городского населения, %	78	29,8	28,6
Сельского населения, %	22	22,2	23,4
Сроки обследования больных, %			
1 день, %	67,8	56,4	61,9
2 дня, %	2,5	11,6	6,5
3 дня, %	2,4	3,8	1,5
свыше 3 дней, %	27,2	28,3	28,1
Количество посещений в смену	652,2	850	850

Согласно разработанному нами Положению о системе контроля качества медицинской помощи в КДП ККБ осуществляются следующие уровни контроля.

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

2-й уровень – врачи-эксперты. На данном 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 КДП, которая подводит итоги работы всех уровней и при необходимости определяет штрафные санкции, проводит разбор жалоб пациентов.

1-му уровню контроля качества консультативной помощи в среднем подвергается до 5% медицинских карт амбулаторного больного. Уровень качества консультативной (УКК) помощи в целом за последние пять лет остается высоким и составляет 0,97. Экспертиза 2-го уровня проводится в среднем по 3% медицинских карт амбулаторного больного (таблица 2).

Таблица 2
Показатели 2-го уровня качества консультации (УКК) в краевой консультативной поликлинике

Профиль	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	Количество медкарт	УКК	Количество медкарт	УКК	Количество медкарт	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**

Показатель УКК 2-го уровня ниже среднего 0,97 по поликлинике имеют хирургические профили: колопроктология, кардиохирургия, нейрохирургия, урология, отоларингология, стоматология-ортопедия, травматология, комбустиология, гнойная хирургия, сосудистая хирургия, хирургия-гастроэнтерология, ортопедия, торакальная хирургия.

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

На этапе постановки диагноза – замечания по формулировке, полноте, обоснованию основного диагноза и сопутствующей патологии. На этапе лечения или выдачи рекомендаций по лечению – 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, нами уделялось наибольшее внимание экспертизе качества обследования и лечения в территориальных поликлиниках.

При проведении внутренней экспертизы было введено такое требование, как обоснование заключительного диагноза. Обоснование 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.

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

С 1998 года в КДП 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 для проведения внутренней экспертизы качества 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 диагностики – при проведении эндоскопических методов исследования, взаимодействия целого ряда служб: терапевтической, хирургической, патологоанатомической, при проведении цитологического анализа и биопсии.

Результаты анализа обсуждались на комиссии второго и третьего уровней контроля, общепланерных совещаниях врачей.

В 2014 году в ККБ внедрена медицинская информационная система QMS, что позволило более полно и качественно вести медицинскую документацию.

Для получения объективной картины доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой консультативной поликлиникой ККБ, нами использованы данные внешнего контроля, проведенного АО МСО «Надежда».

При проведении контроля установлено, что с целью предоставления оперативной качественной медицинской помощи каждому пациенту, независимо от его местонахождения, в ККБ разработаны и применяются методы дистанционного оказания медицинской помощи и обмена медицинской информацией. Специалисты поликлиники дистанционного консультирования в 2015 г. провели 95 375 консультаций по медицинской документации, поступающей на сайт заявок, из 121 МО края. Эта работа способствовала снижению очередности на приемы специалистов.

В целях повышения доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов действует «Мобильная поликлиника». Выезды осуществляются по графику с учетом заявок МО. Проводится маммография, ФЛГ, УЗИ, лабораторные исследования, консультации специалистов.

Отмечен должный уровень контроля организации внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи, который осуществляется на основании положения и приказа главного врача № 589 от 15.08.2011 г. «О совершенствовании службы качества медицинской помощи» и приказа № 56 от 24.01.2014 г. «О создании врачебной комиссии КГБУЗ ККБ» (ежегодно пролонгируются).

На основании Приказа 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» АО МСО «Надежда»

проведена медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества лечения. Медико-экономическая экспертиза за 2015 г. проведена по 784 законченным случаям лечения, что составило 2,5% от всех счетов-реестров, поданных на оплату в АО МСО «Надежда» за проверяемый период. Выявлено 25 дефектов – 3,2% от числа экспертиз (таблица 3).

Таблица 3

Результаты медико-экономической экспертизы, проведенной АО МСО «Надежда» в 2015 г.

Специальность	Количество экспертиз	Количество дефектов	% дефектов
Неврология	135	3	2,2
Отоларингология	125	9	6,7
Гастроэнтерология	67	1	1,5
Кардиология	140	9	6,4
Пульмонология	53	1	1,9
Хирургия	120	1	0,83
Эндокринология	144	1	0,7
Всего:	**784**	**25**	**3,2**

По сравнению с проверкой 2014 г. количество дефектов встречалось достоверно реже, снизилось в 2,9 раза – с 9,4 до 3,2% ($p<0,01$).

Экспертизе качества медицинской помощи подвергнуто 237 законченных случаев амбулаторно-поликлинической помощи. Выявлено 6 дефектов – 2,5% от числа экспертиз (таблица 4).

Таблица 4

Результаты экспертизы качества, проведенной АО МСО «Надежда» в 2015 г.

Специальность	Количество экспертиз	Количество дефектов	% дефектов
Неврология	84	0	0
Кардиология	64	2	3,1
Эндокринология	89	4	4,5
Всего:	**237**	**6**	**2,5**

Отмечено незначительное снижение числа дефектов качества по сравнению с 2014 г. – с 2,7 до 2,5% ($p>0,05$).

Проведение анонимного анкетирования пациентов консультативной поликлиники ККБ также способствует объективной оценке доступности и качества оказания медицинской помощи. В рамках плановой проверки АО МСО «Надежда» в 2015 г. проведено анкетирование 44 человек методом случайной выборки пациентов.

При анализе результатов выявлено: 68,2% пациентов удовлетворены оказанием медицинской помощи; 18,2% – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 4,6% удовлетворены не в полной мере; 45,5% удовлетворены организацией работы МО; 2,3% не удовлетворены; 34,1% – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 11,4% удовлетворены не в полной мере; 9,1 % затруднились ответить; 63,6% пациентов удовлетворены отношением лечащих врачей; 72,7% удовлетворены отношением среднего медицинского персонала к пациентам; 20,5% пациентов не удовлетворены большими очередями на прием к врачу; 6,8% пациентов не удовлетворены большими очередями в регистратуру; 6,8% отметили недостаточный объем обследования; 6,8% – отсутствие (недостаток) специалистов; 4,6% – отсутствие приспособлений для лиц с ограниченными возможностями.

Данные анонимного анкетирования пациентов показывают высокий уровень удовлетворенности работой консультативной поликлиники.

Заключение

Сравнительный анализ результатов ведомственной и вневедомственной экспертизы качества в КДП ККБ свидетельствует, что объективным инструментом оценки должны быть индикаторы качества, разработанные с учетом оказываемой медицинской помощи.

Ведомственная экспертиза своевременно выявила и позволила предупредить появление в дальнейшем дефектов оказания медицинской помощи, что подтвердила последующая вневедомственная проверка АО МСО «Надежда». На это указывает достоверное снижение количества медико-экономических дефектов и некоторое снижение количества дефектов качества.

Система внутриведомственного контроля качества в КДП ККБ 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;

– сокращать время проведения экспертизы;

– способствовать повышению уровня оказываемой лечебно-диагностической помощи.

Литература

1. Тарифное соглашение ТФОМС от 13.01.2016 г. Раздел 4.

2. «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.

3. 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.).

4. 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.).

5. Приказ ФФОМС от 29.12.2015 г. № 277 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрировано в Минюсте России 27.01.2016 г. № 40813).

6. Стратегия развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015-2030 гг.//(Электронный ресурс). URL: http://static-1.rosminzdrav.ru

7. ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»//Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (Электронный ресурс). URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 25.12.2014 г.).

8. ФЗ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»//Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (Электронный ресурс). URL: http://www.consultant.ru (датаобращения: 25.12.2014 г.).

ЮБИЛЕЙ

ОТДЕЛЕНИЮ КАРДИОЛОГИИ № 2 ИСПОЛНЯЕТСЯ 10 ЛЕТ

24 октября кардиология № 2 отпразднует юбилейный день рождения. Как всегда, полным составом – врачи, медицинские сестры, санитарки.

Что бы сотрудники на этот раз ни придумали – уютный ресторанчик, или в боулинг нагрянут, или предпочтут кейтеринг с полным обслуживанием – будет весело. Симпатичный женский коллектив умеет отдыхать. А уж работать умеет тем более.

Для тех, кому нужна срочная помощь

– В 2005 году я пришла в интернатуру по кардиологии в краевую клиническую больницу, – рассказывает заведующая кардиологическим отделением № 2 Светлана Крыжановская. – В этот год кардиологические пациенты все еще госпитализировались неделимым потоком: бактериальные эндокардиты, аритмии, пороки, инфаркты, ТЭЛА, сердечная недостаточность и другая патология. Ощущалась острая потребность в отделении для ургентных пациентов – с инфарктами и тромбоэмболией легочной артерии.

В октябре 2006 года по инициативе главного врача Бориса Павловича Маштакова было развернуто отделение на 40 коек. Первой заведующей была назначена Анна Ивановна Осадчая.

Принцип работы отделения был следующий: поступали тяжелые больные с диагнозом острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии, проходили через реанимацию и рентгеноперационную, где выполнялось эндоваскулярное вмешательство.

– Тогда мы жили в ином времени, – вспоминает бывший врач отделения Константин Кутищев. – Количество пациентов было значительно меньше, но интенсивность работы всегда оставалась высокой. Пациенты тяжелые, и не всегда мы могли им помочь. Это сейчас всем больным с инфарктом миокарда, при наличии показаний, проводится стентирование коронарных артерий, а тогда серьезных денег в бюджете не было, больным выполняли баллонную дилятацию артерий, а стенты люди оплачивали сами. Стоили они очень серьезных денег.

Первыми врачами кардиологии № 2, кроме Константина Кутищева, были Наталья Потылицына и Светлана Крыжановская.

– Уверена, своих пациентов врач должен любить, правда, без фанатизма, – шутит Светлана Альбертовна. – Но сама я в первые годы работы опекала больных, не считаясь с личным временем, – ездила консультировать их в другие лечебные учреждения, контролировала лечение, один раз даже в Ачинск поехала. И так вели себя все мои коллеги. Мы сами вывозили больных из операционной, тряслись над ними, домой уходили порой в 22 часа.

Вскоре после открытия отделения коллектив кардиологии № 2 пополнился новыми докторами: Ольгой Ворониной и Бирутой Галлингер.

2006 год. Слева направо: Наталья Потылицина, Светлана Крыжановская, Константин Кутищев, Анна Осадчая, Бирута Галлингер

Светлана Крыжановская заведует отделением с 2010 года

Со дня открытия старшей медицинской сестрой в отделении работает Наталья Шевникова. Вместе с ней трудятся медицинские сестры В. А. Ивановская, Н. Б. Гоман, Ж. Г. Риганен, М. В. Ранчаева, Л. М. Иванова, Г. В. Василенкова, сестра-хозяйка Е. З. Загаевич.

В лидеры вышла ТЭЛА

В 2010 году в КГБУЗ ККБ, в связи с увеличением потока пациентов с острым инфарктом миокарда, начинает свою работу отделение кардиологии № 3, а в отделении кардиологии № 2 изменился профиль работы.

Теперь уже шесть лет отделение специализируется на лечении больных с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Кроме того, здесь наблюдаются больные с редким орфанным заболеванием – первичной легочной гипертензией (и-ЛАГ), синдромом Эйзенменгера.

Изменилась логистика госпитализации пациентов. В консультативно-диагностической поликлинике ККБ осуществляет прием и отбор больных инвазивный кардиолог.

В отделении обновлен кадровый состав: в 2010 году заведующей стала Светлана Крыжановская, в другое лечебное учреждение ушел единственный мужчина – доктор Кутищев, но на смену ему прибыли отличные молодые доктора: Юлия Теряева, Елена Обертас, Ольга Мандрикова, Татьяна Уланова.

Слева направо: Юлия Теряева, Ольга Мандрикова, Светлана Крыжановская, Елена Обертас, Бирута Галлингер

Отделение активно сотрудничает с врачами других лечебных учреждений Красноярского края, оказывает коллегам консультативную и практическую помощь.

– Конечно, мы стремимся всех пациентов с ТЭЛА в городе и крае перевести к нам, в специализированное отделение, – говорит Светлана Альбертовна. – Этим мы боремся за их жизнь – в нашем отделении летальность от тромбоэмболии легочной артерии ниже средней по краю.

Специалисты кардиологического отделения № 2 показывают хорошие результаты и при лечении орфанных заболеваний. Легочная артериальная гипертензия, синдром Эйзенменгера неизлечимы, но современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных продляют им жизнь и повышают ее качество.

Доктора отделения прошли обучение лечению легочной гипертензии на базе ФГБУ РКНПК в институте клинической кардиологии им А. Л. Мясникова у Ирины Чазовой.

В планах отделения – открытие первичного экспертного центра больных с легочной артериальной гипертензией при поддержке специалистов Российского научно-практического центра кардиологии, а также внедрение в КГБУЗ «ККБ» совместно с отделением кардиохирургии, рентгенхирургии и кардиореанимации хирургических методов лечения больных с ТЭЛА и посттромбоэмболической легочной гипертензией.

Кроме пациентов с ургентной патологией, в отделение ежедневно госпитализируются пациенты Красноярска и края для проведения диагностической коронарографии, определения дальнейшей тактики лечения, и при необходимости направления в Федеральные кардиологические центры.

Коллектив легкий, бесконфликтный

– Я люблю свою работу, потому что в отделении доброжелательная, легкая атмосфера, – говорит врач Бирута Галлингер. – Решения в сложных клинических случаях мы всегда принимаем коллегиально, причем в «мозговом штурме» участвуют не только опытные сотрудники, но и молодые специалисты. Мы действительно друг за друга горой, помогаем коллегам не только в работе, но и за ее пределами. Но самое главное – пациенты часто отмечают, что лечебный процесс в нашем отделении протекает комфортно.

Вторая кардиология действительно удивляет своей атмосферой. Во-первых, доктора и медицинские сестры очень привлекательны – как на подбор, во-вторых, всегда в хорошем настроении, в-третьих, они действительно тепло относятся друг к другу. В чем секрет?

– Когда меня спрашивают, как я подбираю сотрудников, отвечаю правду: интуитивно, – делится Светлана Крыжановская. – Все наши доктора терпимые, заботливые и ласковые с больными. Я часто слышу в ординаторской их беседы по телефону с уже выписавшимися пациентами. Они дают советы, опекают своих больных и никогда от них не отмахиваются.

Вот эта душевная доброта, порядочность и внимание к людям, пожалуй, главные критерии, которыми я руководствуюсь, когда присматриваю новых сотрудников из числа ординаторов и интернов. Даже если приходится делать замечания, нет никакой необходимости повышать голос – мои врачи слышат и все понимают мгновенно.

А еще Светлана Альбертовна уверена, что единство, корпоративный дух лучше всего укрепляют совместные вылазки на природу, праздники – День медицинского работника, 8 Марта, Новый год. И, конечно, помощь и внимательное отношение друг к другу: здоровью, семьям, рождению и воспитанию детей, обучению и повышению профессионального уровня.

Старшая медсестра Наталья Шевникова

Процедурная медсестра Валентина Ивановская

От редакции журнала «Первая краевая» желаем симпатичному коллективу отделения кардиологии № 2 отлично отметить 10-летний юбилей. Поздравляем, желаем успехов в работе и большого личного счастья.

Дружная команда кардиологов

ПРАВО

ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕФЕКТАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ГРАЖДАНСКОГО ПРОЦЕССА

Н. Г. Зайцев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого

Дефекты медицинской помощи как основание ответственности медицинских организаций

В любой деятельности человека могут иметь место ошибки, но в медицинской деятельности они приобретают общественную и правовую значимость, так как являются причиной нарушения прав пациентов, причинения вреда их здоровью.

В сложившейся практике для медицинской ошибки широкое распространение получило применение термина «дефект медицинской помощи», в том числе по заключениям судебно-медицинских экспертиз, что в значительной степени влияет на эмоциональную оценку происшедших событий и приводит к ответственности медицинских организаций.

Различными авторами дается различная трактовка этого понятия. По мнению большинства авторов, дефекты оказания медицинской помощи – это ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, обусловившее неправильную диагностику, лечение больного и повлекшее неблагоприятный исход.

В то же время Сергеевым Ю.Д., Козловым С.В. указывается, что дефект оказания медицинской помощи – это в той или иной степени причинение вреда здоровью человека, развившееся в процессе оказания ему медицинской помощи. При этом проведенный ими анализ показал, что наиболее распространенной причиной дефектов медицинской помощи является грубое нарушение технологии оказания медицинской помощи, а также нарушение установленных стандартов диагностики и лечения.

Вместе с тем достаточно значительное количество (42,2%, или 141 случай) проанализированных ими дефектов оказания медицинской помощи, попадает в категорию причин объективного характера, то есть дефект оказания медицинской помощи во многих случаях напрямую не связан с неправильными действиями врача, а обусловлен рядом не зависящих от врача факторов (Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. «Основные виды дефектов оказания медицинской помощи» (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз) // «Медицинское право», 2012, № 3).

Учитывая, что по смысловой нагрузке понятие «дефект» равнозначно понятию «неправильно», говорить именно о дефекте медицинской помощи, на наш взгляд, можно только в тех случаях, когда со стороны медперсонала имеет место определенное нарушение методик, порядков и стандартов.

Таким образом, причиной развития негативных последствий в ходе оказания медицинской помощи могут являться как субъективные факторы, которые связаны с нарушением со стороны медицинских работников установленных порядков, методик и стандартов (дефектами медицинской помощи), так и объективные факторы, связанные с тяжестью течения заболеваний, несовершенством медицинских технологий и знаний о процессах жизнедеятельности, нетипичным течением заболеваний, отсутствием характерных симптомов, клинических проявлений и т.д., которые сами по себе не являются проявлениями каких-либо неправильных действий со стороны медперсонала, то есть дефектами медицинской помощи.

Для освобождения же медицинской организации, врача от гражданско-правовой ответственности за причинение вреда пациенту необходимо наличие доказательств, безусловно свидетельствующих об отсутствии вины медицинского учреждения. Только в этом случае медицинское учреждение не подлежит ответственности, а во всех других случаях вина медицинского работника и медицинского учреждения за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги по законодательству считается установленной, независимо от того, имеются ли в материалах дела собственно доказательства вины ответчика.

С учетом этого обязанность представить доказательства отсутствия вины и противоправности в действиях медперсонала в случаях развития негативных последствий оказания медицинской помощи, неблагоприятного исхода лечения возлагается на медицинскую организацию. Наиболее реально в качестве доказательств может служить заключение экспертизы.

Важное значение при проведении судебно-медицинских экспертиз имеют сформулированные для экспертов вопросы. Медицинская организация, как сторона судебного разбирательства, имеет законное право на формулировку и предоставление суду своего варианта вопросов. При этом важно, чтобы вопросы были сформулированы таким образом, чтобы эксперты были вынуждены отразить не только правильность или неправильность поставленного диагноза, но и наличие объективной возможности такой диагноз поставить в конкретных условиях, имевших место с учетом клинических проявлений, результатов анализов и других обследований. При наличии же каких-либо нарушений со стороны медперсонала важно, чтобы эксперты дали ответ о причинной связи имевших место нарушений с наступившими последствиями.

Наиболее целесообразно при подготовке вопросов для экспертов в рамках судебного разбирательства привлекать специалистов, имеющих опыт работы по медицинским делам.

Основные положения законодательства по вопросам судебно-медицинских экспертиз

В соответствии с положениями ст. 58 и 64 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» к числу медицинских экспертиз, которые могут проводиться для обеспечения доказательств отсутствия вины и

противоправности со стороны медицинских организаций, относятся как судебно-медицинская экспертиза, так и экспертиза качества медицинской помощи. При этом важно, что согласно указанному закону «в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения» проводится именно экспертиза качества медицинской помощи.

В соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г., для проведения экспертизы качества также требуется наличие соответствующей лицензии, как и для судебно-медицинской экспертизы.

Сложившаяся практика свидетельствует о том, что в рамках гражданских дел, связанных с негативными последствиями, в том числе причинением ущерба пациенту, в ходе оказания медицинской помощи, судом назначаются комиссионные судебно-медицинские экспертизы, исходя из того, что в состав экспертных комиссий включаются лица, являющиеся специалистами в области медицинской деятельности, так как имеют высшее медицинское образование.

При этом в таких случаях фактически не учитывается то важное обстоятельство, что согласно положению ст. 79 ГПК РФ решение о назначении судебной экспертизы судом принимается при возникновении в процессе рассмотрения дела вопросов, требующих специальных знаний в различных областях науки, а медицинской специальности как таковой не существует. В Перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, согласно Постановлению Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г. «О лицензировании медицинской деятельности» входят более 100 врачебных специальностей.

> УЧИТЫВАЯ, ЧТО ПО СМЫСЛОВОЙ НАГРУЗКЕ ПОНЯТИЕ «ДЕФЕКТ» РАВНОЗНАЧНО ПОНЯТИЮ «НЕПРАВИЛЬНО», ГОВОРИТЬ О ДЕФЕКТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МОЖНО ТОЛЬКО В СЛУЧАЯХ, КОГДА СО СТОРОНЫ МЕДПЕРСОНАЛА ИМЕЕТ МЕСТО НАРУШЕНИЕ МЕТОДИК, ПОРЯДКОВ И СТАНДАРТОВ.

В соответствии с положениями ст. 8. Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» исследование экспертами проводятся на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Согласно положениям ст. 7 указанного закона, эксперт дает заключение, основываясь на результатах исследований в соответствии со своими специальными знаниями. Соответственно руководитель экспертного учреждения обязан по получении постановления или определения о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы (ст. 14 закона).

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (далее – комплексная экспертиза) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний (в заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел, и каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований (ст. 23 закона).

Действия этого закона распространяются и на судебно-экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами (ст. 41 закона).

Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ № 346н от 12.05.2010 г.

Согласно п. 8 указанного Порядка производство экспертиз осуществляется экспертами из числа лиц, имеющих высшее профессиональное образование и прошедших подготовку и аттестацию по соответствующей специальности с учетом квалификационных требований и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Исходя из п. 29 утвержденного Порядка, выводы экспертов должны содержать оптимально краткие, четкие, недвусмысленно трактуемые и обоснованные ответы на все поставленные вопросы и установленные в порядке личной инициативе экспертов значимые для дела результаты экспертизы.

Согласно п. 91 Порядка проведение комиссионной экспертизы осуществляется экспертами одной специальности, и каждый из них проводит исследование в полном объеме в рамках поставленного задания (сформулированных вопросов). При назначении комплексной экспертизы каждый из членов комиссии проводит исследования строго в рамках своей компетенции.

Перечень медицинских специальностей (номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации) определен Приказом Минздравсоцразвития РФ № 210н от 23.04.2009 г. При этом каждая из специальностей, отраженных в данном приказе, в том числе анестезиология-реаниматология, скорая медицинская помощь, судебно-медицинская экспертиза, терапия, хирургия, и др. являются самостоятельными медицинскими специальностями.

У привлекаемых для проведения экспертиз врачей, имеющих подготовку по конкретной медицинской специальности, имеются специальные знания по различным направлениям медицинской деятельности, различная компетенция, и только в рамках этих знаний и компетенции они могут участвовать в проведении экспертизы.

С учетом этого, врачи-специалисты разных узких специальностей не могут признаваться экспертами одной специальности. Выводы каждый из них может сделать только по отдельным вопросам, входящим в их компетенцию. Данная позиция выражена и Президиумом Верховного суда РФ. Согласно обзору судебной практики, утвержденному Президиумом Верховного суда РФ 14.12.2011 г. такая экспертиза должна относиться к комплексным, и каждый из привлеченных врачей-экспертов в таком случае может сделать свои конкретные выводы с учетом имеющихся у него знаний.

Это вытекает и из Порядка организации и проведения судебно-медицинских экспертиз, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития РФ № 346н от 12.05.2010 г., в пункте 93 которого отражено, что к производству комиссионных и комплексных экспертиз по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, а также связанным с необходимостью определения степени утраты профессиональной трудоспособности и степени тяжести вреда, причиненного здоровью в случаях прерывания беременности,

потери производительной способности, возникновения психического расстройства, заболевания наркоманией либо токсикоманией, могут привлекаться эксперты врачи соответствующих специальностей.

Практика проведения судебно-медицинских экспертиз

Практика проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз с включением в состав экспертных комиссий врачей различных медицинских специальностей зачастую приводит к тому, что каждый из врачей-специалистов готовит свои выводы, но впоследствии выводы в целом подписываются членами экспертной комиссии, хотя каждый из экспертов в такой ситуации не имеет законного права на это.

Примером явного нарушения порядка при проведении судебно-медицинской экспертизы и важности поставленных перед экспертами вопросов может служить заключение по факту смерти гражданина Б. в приемном отделении Сосновоборской городской больницы Красноярского края.

Б. был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение Сосновоборской городской больницы в зимнее время с улицы в 24 часа с диагнозом алкогольное опьянение. Врачом скорой медицинской помощи было зафиксировано: частота сердечных сокращений – 78, частота дыхательных движений – 18, температура тела – 36,7, давление – 130/80.

Медицинская помощь Б. фактически не оказывалась. С учетом отсутствия оснований для госпитализации и невозможности транспортировки по месту жительства (документов не было), Б. был помещен в палату приемного отделения для сна.

Смерть наступила во время сна в одной из комнат в приемном отделении больницы, где Б. спал, в 3 часа 15 минут, что было своевременно обнаружено медперсоналом, но медицинская помощь фактически не оказывалась.

По результатам вскрытия объективно установленным является факт наличия в крови Б. этанола в объеме 8 промилей, а также в моче – 6,6 промили. Причина смерти – отравление алкоголем, имеются все признаки быстрой смерти. Кроме этого, в результате вскрытия было зафиксировано, что в крови умершего нет ацетальдегида.

Согласно заключению государственного экспертного учреждения, медицинская помощь пациенту не оказывалась, хотя имела место острая алкогольная интоксикация, на момент доставления требовалось проведение промывания желудка и инфузионно-трансфузионная (дезинтоксикационная терапия) терапия, направленная на стабилизацию и улучшение состояния пациента. В основу заключения экспертов было положено именно наличие алкоголя в крови и моче.

В УСЛОВИЯХ БЫСТРО НАСТУПИВШЕЙ СМЕРТИ Б., ЧТО ПОДТВЕРЖДЕНО АКТОМ ВСКРЫТИЯ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВОЗМОЖНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТСУТСТВОВАЛА.

С учетом ходатайств ответчика в суде были допрошены двое из экспертов, подписавших заключение, один из которых суду пояснил о несогласии с выводами по заключению в части необходимости оказания Б. неотложной медицинской помощи, так как признаков, характерных для алкогольного отравления, на момент доставки Б. в приемное отделение больницы не было. Сообщил и об отсутствии оснований для оказания ему на этот момент медицинской помощи.

Кроме этого, один из экспертов, подписавших заключение, представил в суд письменное заявление о том, что участвовал в подготовке ответов только на отдельные вопросы, не согласен с выводами по экспертизе в целом и, прежде всего, в части необходимости оказания медицинской помощи на момент доставления Б. в приемное отделение.

При решении вопроса о дополнительной экспертизе перед экспертами был поставлен вопрос о причине отсутствия в крови Б. ацетальдегида, и это обстоятельство оценено экспертами как свидетельство «некоего парадоксального метаболизма алкоголя в организме Б., сыгравшего решающую роль в указанной ситуации».

Экспертами на вопросы ответчика в дополнительном заключении конкретно отражено, что «наряду с затянувшейся фазой резорбции, угнетение фермента алкогольдегидрогеназы могло в существенной мере оказать влияние на нарастание концентрации алкоголя в крови при постепенном всасывании его из ЖКТ».

Несмотря на это, Сосновоборским городским судом с городской больницы было взысканы денежные средства в качестве компенсации морального вреда на членов семьи и в качестве компенсации убытков в связи со смертью кормильца в пользу двух детей (ежемесячно).

По инициативе администрации больницы была проведена независимая экспертиза качества медицинской помощи, оказанной Б. силами специалистов организации, имеющей соответствующую лицензию. Согласно заключению экспертов по экспертизе качества медицинской помощи диагноз алкогольное опьянение был поставлен верно, имеющееся описание состояния Б. свидетельствуют о том, что при его доставлении в приемное отделение больницы отсутствовали как признаки, симптомы отравления, так и признаки угнетения сознания до уровня сопора или комы, поэтому в данной ситуации какой-либо угрозы для его жизни не было. Проведение же промывания желудка и иных медицинских вмешательств в условиях отсутствия показаний было недопустимо, так как в подобных ситуациях велика вероятность осложнений при их проведении, в том числе опасных для жизни.

В условиях быстро наступившей смерти Б., что подтверждено актом вскрытия и результатами гистологических исследований, возможность оказания ему медицинской помощи отсутствовала.

Одновременно был направлен запрос на имя главного внештатного специалиста-токсиколога МЗ РФ, со стороны которого было получено письменное сообщение о том, что на момент наступления смерти Б. имела место стадия резорбции алкоголя, что свидетельствует об употреблении алкоголя незадолго до поступления в приемное отделение, а клинические данные пациента на момент доставки в стационар свидетельствуют об отсутствии угрозы жизни и необходимости госпитализации в палату интенсивной терапии.

При повторном рассмотрении дела в суде апелляционной инстанции в удовлетворении исковых требований по данному делу было отказано в полном объеме.

Характерным примером усеченного вывода экспертов о неверности установленного диагноза по результатам судебно-медицинской экспертизы является гражданское дело по иску М., находящееся в производстве Кировского районного суда Красноярска. По заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы, проведенной в государственном экспертном учреждении, обоснованно установлено, что смерть сотрудника полиции М. в рабочее время на рабочем месте наступила в результате отравления морфином, а диагноз острый коронарный синдром врачами бригады скорой медицинской помощи был выставлен неверно, применение морфина при оказании медицинской помощи было противопоказано.

Основанием для этого вывода экспертов послужило то обстоятельство, что на момент вскрытия тела умершего количество содержания морфина в крови составило 0,46 мкг/мл, в желчи – 0,34 мкг/мл, в моче – 1,29 мкг/мл. В связи с этим введение морфина при оказании медицинской помощи М. было недопустимо.

В данном случае в правильном, по сути, заключении экспертов отсутствовали крайне важные выводы об оценке состояния пациента М. на момент вызова скорой медицинской помощи, о возможной оценке врачами симптомов и клинических проявлений, данных анамнеза, имеющихся на момент осмотра, то есть о наличии или отсутствии оснований для выставления диагноза отравление морфином.

По инициативе администрации станции скорой медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи, оказанной М., была проведена силами специалистов организации, имеющей соответствующую лицензию. Согласно заключению экспертов по экспертизе качества медицинской помощи диагноз острый коронарный синдром работниками скорой медицинской помощи был поставлен верно, с учетом симптомов и обстоятельств произошедшего, указанных как пациентом, так и его коллегами. С учетом же более высокого уровня содержания морфина в моче, чем в желчи, смерть наступила в результате хронического отравления.

Это обстоятельство явилось основанием для отказа судом в удовлетворении заявленных исковых требований (судебное разбирательство по указанному делу продолжается в рамках кассационного обжалования).

При оценке результатов судебно-медицинских экспертиз важное значение имеет уровень подготовки лиц, привлеченных в качестве экспертов, наличие у них соответствующих сертификатов, позволяющих осуществлять медицинскую деятельность, хотя это обстоятельство судами учитывается не всегда.

Так, в основу судебного решения Советского районного суда г. Красноярска по иску С. о взыскании с краевой клинической больницы денежных средств в качестве морального ущерба были положены выводы по результатам судебно-медицинской экспертизы о некачественной медицинской помощи на этапе консультаций и его оперативного лечения по поводу внутрибрюшного кровотечения в условиях Ермаковской районной больницы с участием врачей – специалистов ККБ, направляемых по линии санитарной авиации.

При этом важно, что комиссионная судебно-медицинская экспертиза была проведена коммерческой организацией, значительная часть выводов экспертов была основана, прежде всего, на эмоциональной оценке случившегося, противоречит научной медицинской литературе по вопросам хирургии.

При оценке уровня подготовки экспертов было установлено, что привлеченный в качестве специалиста в области хирургии П. после прохождения ординатуры никогда не работал хирургом, с 1996 года занимается вопросами сестринского дела, является заведующим кафедрой сестринского дела, ему присвоено ученое звание профессора по кафедре сестринского дела. То есть он занимается вопросами, далекими от теоретической и практической хирургии (в представленном суду заключении в описании уровня квалификации экспертов это обстоятельство скрыто, указана должность заведующего кафедрой, но не указано, что это кафедра сестринского дела). Согласно приобщенной к материалам дела трудовой книжке, П. никогда не работал в должности хирурга и не являлся преподавателем в области хирургии.

Кроме этого, эксперт В. директор коммерческой организации, также не имеет требующегося уровня подготовки, дающего ему право заниматься вопросами судебно-медицинской экспертизы. Представленный им в суд сертификат, дающий право на осуществление деятельности в области судебной медицины, является просроченным (действовал до 30.06.2014 г.) задолго до начала экспертизы. Какого-либо документа о дополнительном профессиональном образовании по данной специальности, а также о продлении данного сертификата со стороны В. не представлено.

ПРИ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ЭКСПЕРТОВ БЫЛО УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ПРИВЛЕЧЕННЫЙ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ХИРУРГИИ П. ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ОРДИНАТУРЫ НИКОГДА НЕ РАБОТАЛ ХИРУРГОМ

При этом важно, что квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» предусматривают необходимость повышения квалификации не реже одного раза в пяти лет в течение трудовой деятельности (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 415н от 07.07.2009 г.).

Таким образом, ни В., ни П. не могли быть привлечены для проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам указанного дела. Уровень их квалификации по медицинским специальностям, требующимся для экспертизы, должным образом не подтвержден, а исходя из указанных обстоятельств, они не имеют требующейся для данной экспертизы квалификации и подготовки.

Изложенные обстоятельства свидетельствуют о том, что в ходе судебных разбирательств, связанных с дефектами медицинской помощи, претензиями пациентов по вопросам качества медицинской помощи, необходимо использовать возможности как судебно-медицинской экспертизы, так и экспертизы качества медицинской помощи, которые могут выполняться независимыми организациями в соответствии с лицензиями.

Необходимо принимать меры к формулировке перед экспертами вопросов, ответы на которые максимально будут способствовать получению доказательств невиновности медицинских работников. Необходимо также обращать внимание на уровень подготовки привлекаемых судом экспертов, что позволит своевременно заявлять им отвод, а также ходатайствовать о назначении дополнительных или повторных экспертиз.

Литература

1. Венеев Д.А. Судебно-медицинская экспертиза причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей // «Медицинское право», 2015, № 4.

2. Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // «Медицинское право». 2012. № 2. С. 3-5.

3. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз) «Медицинское право», 2012, № 3.

4. Татаринцев А.В., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Ярема В.И. Изучение дефектов оказания медицинской помощи больным с абдоминальной хирургической инфекцией // «Медицинская экспертиза и право». 2010. № 5. С. 17-22.

5. Тягунов Д.В., Самойличенко А.Н. Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз // «Медицинское право». 2008. № 4. С. 26-29.

ПРАВО

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ МЕДРАБОТНИКОВ В РАМКАХ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

О. Н. Захаринская, Н. Г. Зайцев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого

Состояние психического здоровья человека напрямую влияет на его профессиональную пригодность для отдельных видов трудовой деятельности, в том числе в сфере медицины. С учетом этого в ходе предварительных и периодических медицинских осмотров, исходя из законодательства, проводится психиатрическое освидетельствование как самостоятельное мероприятие, принципиально отличное от осмотра врача-психиатра.

Необходимость прохождения психиатрического освидетельствования работников, порядок его осуществления и перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, регулируются следующими нормативными правовыми актами: Трудовым кодексом РФ (ст. 76, 212, 213, 214); Законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 6 «Ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности»);

– Постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 г. № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с повышенным источником опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности»;

– Постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (утвержден Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности).

В ходе проведения обязательного психиатрического освидетельствования необходимо учитывать следующие основные принципы и положения, вытекающие из нормативных правовых актов.

Добровольный характер освидетельствования

Психиатрическое освидетельствование работников проводится на добровольной основе с их стороны с учетом норм, установленных Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Цели обязательного психиатрического освидетельствования

Основной целью обязательного психиатрического освидетельствования работников является определение их пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности, а также к работе в условиях повышенной опасности.

Виды обязательных психиатрических освидетельствований

Обязательные психиатрические освидетельствования можно подразделить на следующие:

Психиатрическое освидетельствование, проводимое один раз в пять лет.

Психиатрическое освидетельствование работников по их просьбам в соответствии с медицинскими рекомендациями (внеочередные обязательные психиатрические освидетельствования).

Психиатрическое освидетельствование работников по их просьбам в соответствии с медицинскими рекомендациями (внеочередные обязательные психиатрические освидетельствования)

Внеочередные обязательные психиатрические освидетельствования работников по их просьбам в соответствии с медицинскими рекомендациями могут проводиться досрочно, в том числе в случае временного установления противопоказаний на срок до пяти лет, по направлению работодателя.

Медицинские рекомендации о необходимости внеочередного обязательного психиатрического освидетельствования могут быть указаны в заключительном акте по результатам периодического медицинского осмотра (пункт 7 заключительного акта) или ином медицинском заключении (справке).

Кроме этого, в случаях наличия сведений о заболевании работника работодатель вправе запросить у медицинской организации информацию о возможности продолжения работником трудовой деятельности, а медицинская организация в таком случае может дать рекомендации направить работника на внеочередное психиатрическое освидетельствование.

Кто подлежит направлению на психиатрическое освидетельствование?

Направлению на психиатрическое освидетельствование подлежат:

– работники, осуществляющие отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающие в условиях повышенной опасности (Перечень определен Постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377);

– лица, поступающие на работу по осуществлению отдельных видов деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающие в условиях повышенной опасности (Перечень определен Постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377).

Кто подлежит направлению на психиатрическое освидетельствование из числа работников медицинских организаций?

Обязательному психиатрическому освидетельствованию подлежат все категории медицинских работников хирургических стационаров, родильных домов (отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных, недоношенных.

Кроме этого, психиатрическое освидетельствование проводится обязательно для медицинских работников, выполняющих отдельные виды работ, а также если на их рабочих местах используются вредные и опасные вещества и (или) имеют место вредные производственные факторы:

– применение фармакологических средств в анестезиологической практике;

– применение нейролептиков в психиатрической практике;

– применение антибиотиков в медицинской практике;

– применение ферментных препаратов в медицинской практике;

– работа в контакте с инфицированным материалом и материалом, зараженным гельминтами, с инфекционными больными;

– работы с источниками ионизирующих излучений;

– работы с медицинской ультразвуковой аппаратурой;

– работы, непосредственно связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Порядок действий работодателя при определении перечня лиц, подлежащих направлению на психиатрическое освидетельствование

Для решения этого вопроса работодателю необходимо.

Составить списки контингента работников, подлежащих обязательному психиатрическому освидетельствованию в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 377 от 28 апреля 1993 г.

Исходя из списка контингента работников, составить списки работников, подлежащих обязательному психиатрическому освидетельствованию на текущий календарный год.

Перечень документов, которые необходимо представить работнику в медицинскую организацию при прибытии на психиатрическое освидетельствование

При прибытии на психиатрическое освидетельствование работник представляет в медицинскую организацию:

– направление, выданное работодателем, с указанием опасных и вредных веществ и производственных факторов, работ, видов профессиональной деятельности и категории должностей в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 377 от 28 апреля 1993 г.;

– паспорт или иной заменяющий его документ, удостоверяющий личность.

Обязательный характер психиатрических освидетельствований определенных категорий работников

Обязательный характер психиатрических освидетельствований для работодателя установлен Трудовым кодексом РФ (ст. 212, 213, 214). С их прохождением и результатами связана возможность реализации прав и обязанностей работодателей, в том числе по недопущению работников к исполнению трудовых обязанностей (ст. 212 ТК РФ) и отстранению от работы (ст. 76 ТК РФ):

– не прошедших обязательное психиатрическое освидетельствование;

– в случае выявления медицинских противопоказаний.

Обязательные психиатрические освидетельствования проводятся на основании соответствующего направления, выдаваемого работодателем работнику или лицу, обратившемуся для трудоустройства.

Частота проведения обязательного психиатрического освидетельствования

Обязательные психиатрические освидетельствования должны проводиться при решении вопроса о приеме на работу, а в последующий период – не реже одного раза в пять лет.

В случае если работник был признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, в последующий период он может быть переосвидетельствован (также на срок не более пяти лет).

При трудоустройстве работника к новому работодателю и представлении результата предыдущего психиатрического освидетельствования работодатель может принять его в качестве соответствующего документа, если отсутствуют основания для сомнений в его подлинности. Результаты предшествующего освидетельствования одного и того же работника могут оставаться действительными в течение пяти лет. Очередное освидетельствование должно проводиться не позднее чем через пять лет после предыдущего.

Порядок выдачи результатов обязательного психиатрического освидетельствования и их назначение

Решение комиссии (в письменной форме) выдается работнику под роспись в течение трех дней после его принятия. В этот же срок работодателю направляется сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику. Результаты обязательного психиатрического освидетельствования (копию решения врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование) работник предоставляет работодателю и в медицинскую организацию при направлении его на предварительный, периодический или внеочередной медицинский осмотр самостоятельно и добровольно.

Работодатель не вправе запрашивать в медицинской комиссии решение о пригодности/непригодности работника и/или лица, поступающего на работу, к выполнению вида деятельности, указанного в направлении на психиатрическое освидетельствование.

Медицинские организации, имеющие право на проведение обязательного психиатрического освидетельствования работников

В соответствии с Постановлением Правительства от 23 сентября 2002 г. № 695 обязательное психиатрическое освидетельствование работников проводится врачебной комиссией, создаваемой органом управления здравоохранения. Для обязательного психиатрического освидетельствования специализированная медицинская организация должна получить соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности по оказанию услуг (выполнению работ) по «психиатрии» и «психиатрическому освидетельствованию».

Выбор медицинской организации осуществляется работодателем самостоятельно в рамках законодательства.

При этом важно, что работодатель определяет уполномоченную медицинскую организацию, заключает с ней договор, оформляет соответствующее направление работнику (лицу, поступающему на работу) и оплачивает процедуру освидетельствования вне зависимости от результата: выявлены медицинские противопоказания или не выявлены (годен или не годен).

Информированное добровольное согласие

Информированное добровольное согласие на обязательное психиатрическое освидетельствование оформляется в соответствии с законодательством в медицинской организации, куда он направлен.

Врачебная комиссия (подкомиссия) по проведению обязательного психиатрического освидетельствования

Для проведения обязательного психиатрического освидетельствования специализированной медицинской организацией формируется врачебная комиссия (подкомиссия), состоящая из председателя, секретаря и членов комиссии (не менее чем из трех врачей-психиатров).

Врачебная комиссия принимает решение простым большинством голосов о пригодности (непригодности) работника к выполнению вида деятельности (работы в условиях повышенной опасности), указанного в направлении на освидетельствование.

Врачебная комиссия вправе запрашивать у медицинских организаций дополнительные сведения с извещением об этом работника.

Состав врачебной комиссии (подкомиссии) утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

Обязательный объем обследования при проведении обязательного психиатрического освидетельствования

В обязательный объем обследования при проведении обязательного психиатрического освидетельствования входит:

– комиссионный осмотр врачами-психиатрами;

– общее функциональное исследование – электроэнцефалография.

Медицинская карта лица, проходящего психиатрическое освидетельствование

В ходе обследования при проведении обязательного психиатрического освидетельствования рекомендуется оформление специальной медицинской карты амбулаторного больного (учетная форма № 025/у, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. № 834н) для медицинских осмотров (далее – медицинская карта), в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результат функционального исследования (электроэнцефалография), заключение (решение) врачебной комиссии по результатам психиатрического освидетельствования.

Медицинская карта хранится в установленном порядке в медицинской организации, в которой проведено обязательное психиатрическое освидетельствование.

Перечень общих медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

К общим психиатрическим противопоказаниям для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, согласно Постановлению Правительства РФ № 377 от 28 апреля 1993 г. относятся:

– Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

– Эпилепсия с пароксизмальными расстройствами.

– Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально, с учетом вида профессиональной деятельности и особенностей состояния здоровья работника.

Кроме этого, для работ с отдельными вредными и опасными веществами и производственными факторами предусмотрены дополнительные медицинские психиатрические противопоказания (графа 2 Постановления Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377).

Перечень общих медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности в условиях повышенной опасности

К общим психиатрическим противопоказаниям для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности в условиях повышенной опасности согласно Постановлению Правительства РФ № 377 от 28 апреля 1993 г. относятся:

– хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;

– выраженные формы пограничных психических расстройств (рассматриваются в каждом случае индивидуально, с учетом вида профессиональной деятельности и особенностей состояния здоровья работника).

Кроме этого, для отдельных работ, видов профессиональной деятельности и категорий должностей предусмотрены дополнительные медицинские психиатрические противопоказания (графа 2 Постановления Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377).

Заключение (решение) по результатам обязательного психиатрического освидетельствования

По завершении обязательного психиатрического освидетельствования медицинская организация оформляет заключение (решение) врачебной комиссии, в котором указывается следующее:

– выявлены или не выявлены медицинские противопоказания для допуска к работам, указанным в направлении на освидетельствование.

В случае если негодность устанавливается временно, в заключении указывается конкретный срок (не более пяти лет).

Заключение (решение) врачебной комиссии оформляется в двух экземплярах, его подписывают председатель врачебной комиссии и члены врачебной комиссии (подкомиссии) – врачи-психиатры с указание фамилии и инициалов. После этого заключение заверяется печатью медицинской организации.

Один экземпляр заключения приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй – выдается работнику на руки под роспись в течение трех дней после его принятия.

Заключение (решение) врачебной комиссии (подкомиссии) с указанием наличия или отсутствия медицинских противопоказаний для допуска к работам (решение о пригодности или непригодности) работник хранит у себя в течение пяти лет, предъявляя его в течение пяти лет при прохождении предварительных, периодических и внеочередных медицинских осмотров.

Контроль над соблюдением порядка проведения обязательных психиатрических освидетельствований со стороны работодателей

Контрольные функции за соблюдением порядка проведения обязательных психиатрических освидетельствований со стороны работодателя возложены на Федеральную службу по труду и занятости (Роструд).

При этом практика применения административных взысканий, в том числе наложение штрафов, является распространенной. Согласно ст. 5.27.1 Кодекса РФ об административных правонарушениях размеры штрафа за допуск работника к исполнению им трудовых обязанностей без прохождения обязательных психиатрических освидетельствований или при наличии медицинских противопоказаний составляют:

– на должностных лиц в размере от 15 до 25 тысяч рублей;

– на юридических лиц – от 110 до 130 тысяч рублей.

Необыкновенный случай

Casus extraordinarus

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА В ПРАКТИКЕ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И. В. Демко, М. Г. Мамаева, Н. В. Гордеева, Е. А. Пучко, С. В. Зеленый, А. Ю. Крапошина, И. А. Соловьева, Т. В. Сумцова
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Легочный альвеолярный протеиноз – интерстициальное заболевание легких, связанное с гиперпродукцией сурфактанта и заполнением полости альвеол избыточной белково-липидной массой.

Заболевание редкое – 0,2 случая на 1 млн. населения. Все существующие представления о нем основаны, главным образом, на описании отдельных случаев. Типичный возраст дебюта болезни 30-50 лет, хотя известны случаи протеиноза у детей и пожилых пациентов. Среди заболевших прослеживается явное преобладание лиц мужского пола – соотношение мужчин и женщин составляет 5:1. Более 70% больных – курильщики.

Альвеолярный протеиноз может быть первичным (идиопатическим) и вторичным (развиваться на фоне имеющейся патологии), врожденным или приобретенным.

Этиология легочного альвеолярного протеиноза неясна. Врожденный альвеолярный протеиноз следует считать генетически детерминированным. Он обусловлен генными мутациями, приводящими к нарушению синтеза белков сурфактантного типа В или С, аномалии рецептора к ГМ-КСФ. Наиболее часто встречающийся идиопатический альвеолярный протеиноз развивается при наличии аутоантител к ГМ-КСФ.

Редкие формы вторичного альвеолярного протеиноза связаны с дефицитом и функциональной недостаточностью альвеолярных макрофагов. Причиной такого состояния могут быть хронические вирусные или бактериальные инфекции (особенно вызванные пневмоцистами, микобактериями), профессиональные вредности (длительное вдыхание поллютантов при производстве тяжелых металлов, кремния, алюминия, пластмасс), гемобластозы, снижение иммунитета.

Механизм развития альвеолярного протеиноза связан с гиперпродукцией измененного сурфактанта, его неполным поглощением альвеолярными макрофагами, недостаточностью ГМ-КСФ. Захват большого количества сурфактанта альвеолярными макрофагами приводит к их дегенеративным изменениям и дисфункции, что способствует прогрессирующему накоплению избытка белково-липидного вещества внутри альвеол. Белково-липидная субстанция, накапливающаяся в альвеолах, состоит из фосфолипидов сурфактанта, «пенных» альвеолярных макрофагов (нагруженных липидными гранулами), эозинофильных зерен, иммуноглобулинов и белков альвеолярной жидкости.

В течение длительного времени заболевание протекает бессимптомно. Течение болезни, как правило, хроническое, однако описаны острые формы. Ведущие симптомы альвеолярного протеиноза – нарастающая одышка и кашель. Сначала одышка появляется только на фоне физической нагрузки, затем беспокоит в покое. Характер кашля малопродуктивный, с выделением скудной мокроты. Кровохарканье возникает редко. В острый период отмечается субфебрильная температура, недомогание, потеря веса, быстрая утомляемость, иногда боли в грудной клетке. При длительном течении может отмечаться цианоз, симптом «пальцев Гиппократа».

При физикальном обследовании над нижними отделами легких – ослабленное везикулярное дыхание и незначительная крепитация, выявляется укорочение перкуторного звука. Изменения крови неспецифичны. У части больных наблюдают повышение активности ЛДГ, которая косвенно может отражать активность заболевания. Высокоспецифичным маркером легочного альвеолярного протеиноза считают антитела к GM-CSF.

При рентгенографии обнаруживают билатеральный характер поражения с нарастанием интенсивности у легочных корней, который образно сравнивают с «крыльями летучей мыши». На КТ легких визуализируют двухсторонние участки «матового стекла» неправильной формы, окруженные утолщенными внутридольковыми перегородками, характерный вид «вымощенной садовой дорожки». На терминальной стадии отмечаются интерстициальные дистрофические и фиброзные изменения. Спирометрия и бодиплетизмография выявляют рестриктивный тип нарушения функции внешнего дыхания, снижение ЖЕЛ, диффузионной способности легких.

Анализ промывных вод бронхов выявляет их мутный оттенок, повышенное содержание белка, ШИК-положительное окрашивание, высокий уровень Т-лимфоцитов, снижение количества альвеолярных макрофагов. Открытая торакоскопическая или чрезбронхиальная биопсия легких с гистологией биоптатов подтверждает присутствие белково-липидного экссудата в альвеолах и пластинок сурфактанта в альвеолярных макрофагах.

В процессе обследования проводится дифференциальная диагностика с туберкулезом, саркоидозом, идиопатическим легочным фиброзом, бронхоальвеолярным раком, синдромом Гудпасчера, лейомиоматозом, поражениями легких при СЗСТ (СКВ, ревматоидный артрит, склеродерма), лучевыми поражениями легких, вторичным протеинозом, развившимся на фоне гемобластоза или лимфомы.

На начальной стадии альвеолярного протеиноза пациент не нуждается в лечении. В случае выраженной клинической картины достичь улучшения общего состояния и обеспечить продолжительную ремиссию помогает проведение лечебного бронхоальвеолярного лаважа с физиологическим раствором. Целесообразно назначение амброксола.

Использование системных кортикостероидов и иммунодепрессантов не оказывает лечебного эффекта, антибиотикотерапия показана только при бактериальных осложнениях.

Бронхоальвеолярный лаваж выполняется в условиях общего наркоза и ИВЛ. При дальнейшем быстром накоплении белково-липидных комплексов в альвеолах требуются повторные лечебные процедуры через 3, 6, 12, 24 месяца. После бронхоальвеолярного лаважа наблюдается улучшение клинических и функциональных показателей, положительная динамика рентгенологической картины. Трансплантация легких не целесообразна, так как альвеолярный протеиноз рецидивирует в пересаженном органе.

Течение альвеолярного протеиноза относительно благоприятно. Заболевание прогрессирует медленно, возможны спонтанные ремиссии и выздоровления, пятилетняя выживаемость составляет 80%. Неадекватная терапия, присоединение вторичной суперинфекции существенно ухудшают прогноз. Летальный исход при альвеолярном протеинозе связан с развитием тяжелой дыхательной недостаточности и декомпенсацией легочного сердца. Профилактика состоит в исключении курения, воздействия провоцирующих профессиональных и бытовых факторов.

Клинический случай

Представляем клинический случай альвеолярного протеиноза из практики отделения пульмонологии.

Пациент О., 35 лет, поступил в августе 2016 года в краевую клиническую больницу для диагностического обследования в связи диссеминированным процессом легких неясной этиологии.

При осмотре предъявлял жалобы на редкий кашель со слизистой мокротой. Из анамнеза стало известно, что в детстве перенес пневмонию. Также отмечал частые обострения хронического тонзиллита. В течение трех лет работал кочегаром. В настоящее время не работает, содержит личное хозяйство. Ежегодное флюорографическое исследование органов грудной клетки до 2013 года – без патологических отклонений. В течение трех лет флюорографию не проходил. В июне 2016 года делал ремонт в доме.

В июле 2016 года при прохождении планового флюорографического исследования органов грудной клетки в рамках диспансеризации выявлены двухсторонние диссеминированные изменения в легких. Лечился по месту жительства с диагнозом двухсторонняя пневмония. Получил курс антибактериальной терапии. На контрольной рентгенографии легких сохранялись двухсторонние изменения. Консультирован фтизиатром краевого противотуберкулезного диспансера – данных за специфический процесс нет. Направлен в поликлинику ККБ на консультацию к пульмонологу.

При проведении многосрезовой компьютерной томографии органов грудной полости выявлены двухсторонние обширные изменения в виде зон «матового стекла» в сочетании с утолщением междольковых перегородок, более выраженные в верхних долях легких (S1,2,3), в прикорневых отделах, вдоль сегментарных бронхов и менее интенсивно в нижних долях. Эти зоны четко отграничены от окружающей неизмененной легочной ткани. Бронхи I-III порядка проходимы, стенки их утолщены. Жидкости в плевральной полости нет. Заключение: необходимо дифференцировать экзогенный альвеолит (подострое течение), альвеолярный протеиноз?

При исследовании функции внешнего дыхания, включающей спирометрию (с проведением пробы с 400 мкг сальбутамола), бодиплетизмографию (с исследованием диффузионной способности легких) патологии не найдено. Дополнительными методами исследования (ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства) патологии внутренних органов не выявлено.

На МСКТ в легких видны двухсторонние зоны «матового стекла» в сочетании с утолщением междольковых перегородок, четко отграниченные от неизмененной легочной ткани – преимущественно в верхних долях (S1, S2, S3) и в прикорневых отделах.

Пациент был госпитализирован в отделение пульмонологии для уточнения диагноза, проведения дифференциальной диагностики, в том числе и морфологической - ФБС с чрезбронхиальной биопсией.

При осмотре в объективном статусе патологических отклонений не выявлено. Отмечались незначительные изменения лабораторных показателей в виде легкого повышения уровня трансаминаз. Получены отрицательные результаты исследования на ВИЧ, гепатиты.

В отделении пульмонологии для верификации диагноза пациенту проведена фибробронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией легкого. При патогистологическом исследовании материала получена морфологическая картина, соответствующая альвеолярному протеинозу.

Заключение: в представленных препаратах мелкие фрагменты бронхиального гиперпластического эпителия без патологии. Отдельно определяются мелкие перибронхиальные фрагменты легочной ткани. Стенки альвеол не утолщены, некоторые кистозно расширены, в просвете большинства альвеол определяются зернистые бесструктурные эозинофильные массы ШИК(+), в части альвеол определяются «пенистые» макрофаги.

С учетом МСКТ картины и гистологического заключения у больного диагностирован легочный альвеолярный протеиноз.

Пациенту под общим наркозом поочередно проведены два сеанса лечебного бронхоальвеолярного лаважа. В обоих случаях получена лаважная жидкость молочно-белого цвета.

В удовлетворительном состоянии пациент был выписан для наблюдения у терапевта по месту жительства. Рекомендовано диспансерное наблюдение у пульмонолога ККБ, осмотр пульмонолога ККБ через три месяца, регулярные лечебные сеансы бронхоальвеолярного лаважа.

Обсуждение

Демонстрация данного клинического случая свидетельствует о том, что диагностика интерстициальных заболеваний легких, к которым относится альвеолярный протеиноз, представляет определенные трудности не только в общетерапевтической практике, но и в практике пульмонолога. Связано это с его редкой распространенностью и отсутствием патогномоничных симптомов в клинической картине. В этих условиях важным представляется изучение анамнеза, лабораторно-инструментального, морфологического, рентгенологического мето-

дов исследования, в том числе, компьютерной томографии органов грудной клетки для выполнения дифференциальной диагностики от туберкулеза легких, фиброзирующего альвеолита, пневмоцистной пневмонии, злокачественных новообразований органа и так далее.

В случаях, когда диагноз ставится своевременно, есть вероятность высокой эффективности однократной процедуры БАЛ, а не только шанса спонтанной ремиссии.

Литература

1. Интерстициальные болезни легких: Практическое руководство / Коган Е.А., Корнев Б.М., Попова Е.Н., Фомин В.В. и др.; Под ред. Н.А. Мухина. – М.: Литтера, 2007. – 432 с.

2. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 906 с.

3. Akin M.R., Nguyen G.K., Pulmonary alveolar proteinosis // Pathol. Res. Pract. – 2004. – Vol. 200. – P. 693-698.

4. Arai T., Hamano E., Inoue Y. et al. Serum neutralizing capacity of GM-CSF reflects disease severity in a patient with pulmonary alveolar proteinosis successfully treated with inhaled GM-CSF // Respir. Med. – 2004. – Vol. 98. – P. 1227-1230.

5. Bewing B., Schafer H., Bastian A., et al. Human alveolar proteinosis associated with GM CSF cDNA mutation // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1999. – Vol. 159. – P. 706.

6. Bonfield T.L., Russell D., Burgess S., et al. Autoantibodies against granulocyte macrophage colony-stimulating factor are diagnostic for pulmonary alveolar proteinosis // Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol. – 2002. – Vol.27 – P. 481-486.

7. Brasch F., Birzele J., Ochs M., et al. Surfactant proteins in pulmonary alveolar proteinosis in adults // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 24. – P. 426-435.

8. Cheng S.L., Chang H.T., Lau H.P., et al. Pulmonary alveolar proteinosis: treatment by brochofiberscopic lobar lavage // Chest. – 2002. – Vol. 122. – P. 1480-1485.

9. Goldstein L.S., Kavuru M.S., Curtis-McCarthy P., et al. Pulmonary alveolar proteinosis – clinical features and outcomes // Chest. – 1998. – Vol. 114. – P. 1357-1362.

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА ПРИ ПОЛУШАРНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Цель декомпрессионной трепанации черепа – в удалении большого участка костей свода черепа для создания резервного пространства мозгу, отечному вследствие ишемического повреждения.

Если история резекционной трепанации насчитывает тысячелетия, то декомпрессионная трепанация начала применяться только в XX веке.

ДТЧ в нейрохирургии обычно применяют экстренно – при остром пролабировании мозга, его нарастающем отеке и дислокации, при большой вероятности развития этих процессов после удаления травматических гематом, при наличии массивных участков размозжения мозга, иногда при неоперабельных опухолях.

Декомпрессионные трепанации черепа выполняются в объеме гемикраниоэктамии – удаляются кости на большом протяжении с одной стороны.

Сегодня мы рассмотрим случай декомпрессионной трепанации черепа при ишемическом инсульте – операции, которая стала применяться в нейрохирургии в последнее десятилетие. ДТЧ при ишемическом инсульте имеет ограниченные показания – выполняется только при окклюзии ствола средней мозговой артерии и тромбозе внутренней сонной артерии, вызывающих гемиполушарный инфаркт мозга, значительный отек и дислокацию мозга.

Клинический случай

Пациентка Ч. 45 лет поступила в приемное отделение краевой клинической больницы с диагнозом инсульт неуточненный.

Из анамнеза: на фоне психоэмоционального стресса и повышения артериального давления до 160/100 мм рт. ст. возникла головная боль, рвота. Машиной «скорой помощи» доставлена в приемное отделение ККБ, осмотрена дежурным неврологом.

Status neurosis: сознание ясное, контакт сохранен, команды выполняет, речь не нарушена, память, внимание, интеллект сохранены.

Черепно-мозговые нервы интактны, объем активных движений в полном объеме, мышечная сила достаточна во всех сегментах, нормотонус, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов не выявлено. При исследовании координаторной сферы промахивание при пальце-носовой пробе. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены.

От госпитализации пациентка отказалась, но через два часа у нее ослабла левая половина тела, появилась асимметрия лица. Повторно доставлена в ККБ по «скорой» в оглушении, с грубым левосторонним гемипарезом, речевыми нарушениями.

В приемном покое повторно осмотрена дежурным неврологом. По данным МСКТ в приемном покое, в височно-затылочной области справа определяется зона пониженной плотности, что является ранним признаком ишемии.

Пациентка госпитализирована в отделение анестезиологии-реанимации № 5, где начата интенсивная терапия.

Несмотря на лечебные мероприятия, у пациентки в течение первых суток пребывания на реанимационной койке отмечалось прогредиентное нарушение сознания – от оглушения к сопору.

Status neurosis: сопор, ШКГ 10 баллов, анизокария за счет расширения зрачка справа, реакция на болевой раздражитель присутствует – открывает глаза, кратковременно фиксирует взор, истощается, выполняет простые команды. Левосторонняя гемиплегия, в правых конечностях присутствуют элементарные движения, умеренное снижение рефлексов слева. Патологический симптом Бабинского слева.

На МСКТ (через 12 часов после госпитализации) признаки полушарного ишемического инсульта, дислокация срединных структур: в

лобно-височно-теменной области справа определяется обширная зона пониженной плотности с определяемыми контурами.

Желудочковая система мозга не расширена, правый боковой желудочек компремирован извне. Срединные структуры мозга смещены влево до 5,6 мм.

Заключение: КТ-признаки ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии.

На основании вышеперечисленного выставлен диагноз ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии с формированием массивного полушарного инсульта, левосторонняя гемиплегия. Дислокационный синдром. Синдром нарушения сознания.

На вторые сутки после госпитализации ухудшение состояния: дальнейшее угнетение сознания, увеличение дислокации срединных структур, нарастание отека головного мозга.

При осмотре за взором не следит, речь отсутствует. Объем активных движений ограничен, мышечная сила недостаточна, бульбарных нарушений нет.

Пациентка заинтубирована, начата ИВЛ.

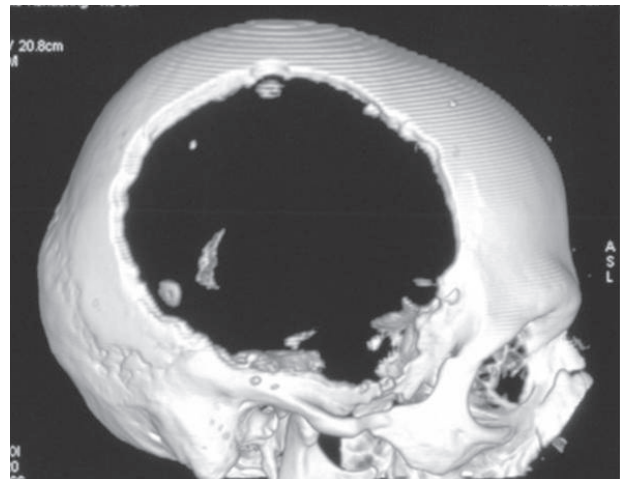
Учитывая тяжесть состояния больной, клинику отека мозга с дислокацией срединных структур, угнетение сознания до сопора, консилиум в составе нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога, невролога по жизненным показаниям запланировал срочное оперативное вмешательство: декомпресионную трепанацию черепа в правой лобно-теменно-височной области.

На вторые сутки после госпитализации в отделение нейрореанимации пациентке срочно проведена декомпрессионная краниотомия.

Ход операции

В положении лежа на спине, после широкой обработки операционного поля растворами антисептиков, в условиях операционной, под общей анестезией выполнен дугообразный разрез лобно-теменно-затылочной области. Сформированный кожно-апоневротически-мышечный лоскут отвернут, наложены фрезевые отверстия, через которые выполнена резекция костного лоскута. Трепанационное окно расширено кусачками в лобном, теменном, затылочном, височном направлении, удалена чешуя височной кости. Сформирован апоневротический трансплантант для пластики твердой мозговой оболочки.

ТМО вскрыта дугообразно, определяется выраженный отек вещества головного мозга. Вещество мозга начало передавать пульсацию. Произведена пластика диастаза твердой мозговой оболочки. Полость раны обильно санирована раствором перекиси водорода. Выполнен апоневротический инвертированный узловой шов.



Узловой шов на кожу. Асептическая повязка.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Больная находилась на ИВЛ, под медицинской седацией.

МСКТ в первые сутки после оперативного лечения: в лобно-височно-теменной области справа сохраняется обширная зона ишемии, складывается впечатление, что ее размеры несколько увеличились, плотность снизилась, появились участки геморрагического пропитывания в зоне ишемии, вероятно, послеоперационные изменения.

Желудочковая система мозга не расширена, правый боковой желудочек компремирован извне.

Сохраняется дислокация срединных структур мозга влево до 5 мм.

МСКТ в динамике через сутки после операции: при контрольном исследовании без контрастного усиления определяется положительная динамика в виде уменьшения площади зоны ишемии в правой лобно-височно-теменной области. Восстановилась конфигурация отделов правого бокового желудочка. Срединные структуры не смещены. Также отмечается лизирование участков геморрагического пропитывания. Мозговое вещество пролабирует в трепанационный дефект до 33 мм. Жидкость в верхнечелюстной пазухе слева.

Выход из состояния седации сопровождался послеоперационным делирием, зрительными галлюцинациями, когнитивными нарушениями, нарушением поведения.

Применена мягкая фиксация в связи с неадекватным поведением, консультирована психиатром.

При осмотре: положение в постели вынужденное, пациентка правильно ориентирована только в собственной личности, за календарным временем не следит, убеждена, что находится у себя дома, потом

Прямая речь

Павел Шнякин, профессор, заместитель руководителя Регионального сосудистого центра:

– Эффективность гемикраниоэктомии при массивном ишемическом инсульте доказана в трех крупных рандомизированных исследованиях (уровень доказательности IA).

Летальность у пациентов с массивным ишемическим инсультом достигает 80%. При применении данной операции она снижается вдвое – 40%, то есть, несмотря на оперативное вмешательство, в силу тяжести состояния каждый четвертый из десяти все равно погибает. Но четыре из десяти это все же не восемь из десяти.

В краевой больнице в год выполняется 6-10 подобных операций, и летальность колеблется в пределах 40-45%. Стоит отметить, что все выжившие пациенты – глубокие инвалиды, поскольку операция, создающая условия для декомпрессии ствола головного мозга, спасает от смерти на ближайшее время, но мало влияет на функциональный исход. Ряд пациентов после подобных вмешательств остаются на уровне малого сознания.

Однако есть случаи, особенно у молодых пациентов, когда после операции происходит постепенный выход на уровень ясного сознания и даже положительная динамика в виде увеличения силы в парализованных конечностях.

В дальнейшем, при хорошей динамике и активности пациента, через год они поступают к нам, в краевую клиническую больницу, на пластику образовавшегося в ходе операции обширного дефекта черепа. Это достаточно сложная операция, когда с помощью титановых пластин необходимо закрыть дефект и в идеале повторить контуры черепа.

говорит, что на работе. Мимика бедная, выражение лица удивленное, растерянное. Речь замедлена, внятная, спонтанная.

Эмоционально однообразна, на вопросы отвечает односложно, невпопад, недопонимает смысл заданных вопросов. Сообщила, что за окном «видит» семью – мужа, детей, просит освободить ее от мягкой фиксации, так как хочет выйти к ним. Отмечается конфабуляторная спутанность. Критика к своему состоянию грубо снижена. Ночной сон нарушен, затруднено засыпание.

На основании данных анамнеза, проведенных обследований, клинического наблюдения выставлен диагноз острый психоорганический синдром сосудистого посттравматического (послеоперационного) генеза в стадии декомпенсации. Послеоперационный делирий RASS +3.

Назначено лечение – реланиум, галоперидол. На фоне терапии явления делирия купированы в течение трех суток.

Осмотр невролога на 14-й день после ДТЧ: реакция на окружающих адекватная, выполняет сложные команды. Речь, память, внимание сохранены.

ЧМН интактны. Объем активных движений ограничен, пассивных движений – полный. Мышечная сила недостаточна – в паретичных конечностях слева в руке 2 балла, в ноге 3 балла, мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы D>S, патологические рефлексы на момент осмотра не выявлены.

ПНП с дефектом слева, КПП с дефектом слева.

Поверхностная чувствительность: гемигипестезия слева. Тазовые функции контролирует.

Через 14 дней после оперативного вмешательства больная переведена в отделение неврологии с выраженным улучшением.

В отделении проводилась инфузионная терапия, церебропротекция, контроль и коррекция ВЭБ и показателей гемодинамики, антибиотикотерапия, респираторная поддержка.

МСКТ перед выпиской (17 дней после ДТЧ): обширный трепанационный дефект в правой лобно-височно-теменной области, в который пролабирует измененная ткань мозга. Желудочки мозга умеренно расширены, срединные структуры не смещены.

На КТА – общий брахиоцефальный ствол. БЦ артерии без стенотических изменений.

Пациентка выписана на реабилитационное долечивание в СКЦ ФМБА России.

На сегодня, через три месяца после декомпрессионной трепанации черепа, пациентка активно передвигается, мышечная сила в паретичных конечностях – 3 балла в руке и 4 в ноге, когнитивных нарушений нет. Продолжает восстановительное лечение.

В описанном клиническом случае своевременость оперативного вмешательства послужила главной причиной благополучного исхода сосудистой катастрофы.

НЕФРОЛОГИЯ

БОЛЕЗНЬ ФАБРИ. ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Г. В. Данилова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Болезнь Фабри – редкое (в международной базе около 1200 пациентов), генетически детерминированное заболевание с Х-сцепленным типом наследования из группы лизосомных болезней накопления. Заболевание вызвано нарушением метаболизма сфинголипидов из-за дефицита фермента альфа-галактозидазы А. Следствием дефицита этого фермента является накопление липидов в различных клетках, вовлекаются почки, сердце и центральная нервная система.

Ранее считалось, что тип наследования болезни Фабри – Х-сцепленный рецессивный, однако на современном этапе достаточно данных, чтобы считать тип наследования болезни Фабри Х-сцепленным доминантным. Хотя женщины являются носителем гена, симптомы заболевания у них также присутствуют и могут быть выражены очень тяжело.

Генетическому обследованию подлежат все члены семьи пациента с установленным диагнозом болезни Фабри. Для постановки диагноза используется биохимическая диагностика – определяется уровень активности альфа-галактозидазы (отсутствие или низкий уровень) в сухих пятнах крови и лейкоцитах периферической крови.

Чаще всего заболевание манифестирует в детском возрасте и всегда сопровождается снижением качества жизни.

Один из самых частых и ранних симптомов болезни Фабри – необычные боли. Пациентов мучают акропарестезии – постоянное жжение и покалывание в ступнях и ладонях.

Этот дискомфот порой перерастает в специфические кризы Фабри, когда больные испытывают сильные, жгучие боли в ступнях или ладонях с распространением на другие части тела. Эти боли могут быть изнуряющими и продолжаться от нескольких минут до нескольких дней.

По мере взросления мужчины с болезнью Фабри все больше напоминают пациентов с акромегалией: выступающие супраорбитальные дуги, лобные бугры, нижняя челюсть, увеличенные губы, запавшая переносица.

Отмечается нарушение потоотделения: значительная часть больных потеет меньше нормы (гипогидроз) или не потеет вообще (ангидроз). Это может приводить к перегреву тела и непереносимости жары. Предполагается, что причина этого нарушения кроется в повреждении нервов и клеток потовых желез.

Некоторые больные не переносят физических нагрузок, быстро устают, испытывают перегрев даже при умеренных нагрузках. К тому же активные движения могут провоцировать приступы боли.

Один из самых ранних и заметных признаков болезни Фабри – мелкие, красновато-фиолетовые безболезненные папулы на коже,

называемые «ангиокератомы». С возрастом количество ангиокератом у больных увеличивается. Наиболее часто ангиокератомы располагаются в области губ, пальцев рук и ног, ано-генитальной области (при достижении половой зрелости). Для дифференциальной диагностики важно помнить, что наличие ангиокератом также наблюдается при врожденной геморрагической телеангиэктазии, болезнях Фордайса, Шиндлера, фукозидозе и сиалозидозе.

При офтальмологическом осмотре с применением щелевой лампы у больных Фабри нередко выявляются тусклые золотистые вихреобразные отложения субстрата в роговице глаза. На остроту зрения эти отложения, как правило, не влияют. При дифференциальном диагнозе нужно учитывать, что такие же изменения в роговице вызывает длительное применение амиодарона. Но они исчезают с отменой препарата.

Опасным симптомом болезни являются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Накопление субстрата в клетках миокарда приводит к различным нарушениям, являющихся одной из основных причин смерти при болезни Фабри. Больные жалуются на затруднение дыхания и боли в груди, боли по типу стенокардитических, учащенное сердцебиение. Наиболее часто наблюдается гипертрофия левого желудочка, аритмии.

Нарушение функции почек наблюдается у значительной части детей, многих женщин и большинства мужчин с болезнью Фабри и, в конечном итоге, приводит к терминальной стадии хронической почечной недостаточности у большинства больных мужчин и некоторых женщин.

Наряду с сердечно-сосудистыми нарушениями почечная недостаточность является одной из основных причин смерти при болезни Фабри. Начальные стадии почечной недостаточности остаются практически незамеченными – больной не предъявляет жалоб. В отличие от «классических» нефрологических больных, у больных Фабри обычно нормальное артериальное давление, нормальный или около нормального уровень сывороточного креатинина, минимальная протеинурия, что затрудняет оценку степени почечной недостаточности нефрологом. Для мониторинга и оценки функции почек больным Фабри необходимо, по меньшей мере, ежегодно проходить серию тестов, включающих измерение белка в моче, креатинина с сыворотке и моче, скорость клубочковой фильтрации и анализ суточной мочи.

Болезнь Фабри имеет много неврологических проявлений. Больные жалуются на головокружение, головные боли. Нарушение мозгового кровообращения вследствие накопления сфинголипидов выливается в транзиторные ишемические атаки, инсульты. Иногда ранний инсульт является первым и единственным симптомом болезни Фабри, что необходимо учитывать при расследовании причин всех ранних инсультов у женщин и мужчин. Ишемия сосудов головного мозга, преимущественно в вертебро-базиллярном бассейне – основной механизм поражения центральной нервной системы при болезни Фабри.

Болезнь может влиять на слух: пациенты иногда жалуются на звон в ушах, а в отдельных случаях наблюдается ухудшение слуха, которое может медленно прогрессировать или появиться внезапно.

Жизнь с тяжелым болевым синдромом зачастую негативно сказывается на душевном состоянии больных. Нередки депрессии, тревожные расстройства. Мужчины демонстрируют снижение скорости обработки информации и способностей к целенаправленной деятельности.

Однако, несмотря на яркую симптоматику, до момента постановки больному правильного диагноза может пройти достаточно долгий период жизни с развитием необратимых изменений во внутренних

органах. Пациенты наблюдаются у многих специалистов, но отдельные синдромы не всегда быстро укладываются в диагноз.

Лечение болезни Фабри – заместительная энзимная терапия с использованием рекомбинантной формы человеческого фермента альфа-галактозидазы. Обязательно используется симптоматическая терапия: анальгетики для облегчения болевого синдрома, проведение нефропротективной и антиаритмической терапии, а при развитии терминальной ХПН – гемодиализ и трансплантация почки.

Клинический случай

В нефрологическом отделении краевой клинической больницы наблюдался пациент с атипичным течением болезни Фабри.

У пациента О., 1961 года рождения, в 2013 году при банальном плановом обследовании были выявлены УЗ-признаки нефросклероза, хотя симптомов почечного заболевания никогда не было. Диагностирован гломерулонефрит. Протеинурия определялась минимальная, но функция почек прогрессивно снижалась.

Через год пациент перенес ишемический инсульт, получал лечение у невролога. При дообследовании выявлена гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции ВТЛЖ (межжелудочковая перегородка в диастолу 1,7 см, в систолу – 2,4 см).

В августе 2014 года начата заместительная почечная терапия (гемодиализ).

Фактически у пациента имело место тяжелое поражение внутренних органов с развитием необратимых изменений. Это системное и почти одномоментное поражение – почек, сердца и церебральных сосудов – было необъяснимым, потому что до планового УЗИ 49-летний пациент О. считал себя здоровым человеком.

На основании клинических данных нами было заподозрено генетическое заболевание. В план диагностического поиска мы внесли ферментную диагностику и генетическое исследование.

При проведении ферментной диагностики в лаборатории научного центра здоровья детей отмечается значительное снижение активности альфа-галактозидазы А – 0,6 нмоль 4-MU/1 мг белка/ч (при норме – более 20 нмоль 4-MU/1 мг белка/ч), что характерно для болезни Фабри. Генетиком МГЦ проведена молекулярная диагностика гена GLA, выявлена мутация с.109G>A в гемизиготном состоянии.

Таким образом, пациенту установлен диагноз болезни Фабри уже при наличии терминальной почечной недостаточности. Трудность постановки диагноза заключалась в том, что у этого пациента не было типичных кожных проявлений – ангиокератом, не было поражения периферической нервной системы. Болезнь манифестировала полиорганной недостаточностью.

По итогу обследования пациенту О. рекомендовано подключение ферментной заместительной терапии. Пациент поставлен в лист ожидания на трансплантацию почки.

Литература

1. Д.П. Гермэйн. «Болезнь Фабри». Нефрология. 2012. Том 16. №3(выпуск 1).с.9-53.

2. Г.П.Арутюнов, Н.А.Былова. «Определить Болезнь Фабри». Архивъ внутренней медицины. 2013. №2(10).с.11-14.

3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Фабри. Министерство здравоохранения РФ. Москва. 2013.

СУРДОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИКВОРНОЙ КИСТЫ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ЖАЛОБАМИ НА СИСТЕМНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

О. С. Зазыбо, Л. Н. Ткачева
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Головокружение – одна из наиболее частых жалоб в медицинской практике. Диагностика начинается с тщательной детализации характера головокружения. При этом следует помнить, что под термином «головокружение» пациент может подразумевать самые разные симптомы.

В общем виде головокружение предполагает ощущение аномального движения. В случае описания пациентом конкретного направления движения (вращение предметов вокруг, смещение предметов в сторону, опрокидывание стен на пациента, осязательное ощущение проваливания, переворачивания собственного тела, ощущение хождения по батуту, чувства проваливания) головокружение считается системным и является типичным для расстройств периферического отдела вестибулярного анализатора.

Если описанная симптоматика длится несколько секунд, это может быть признаком доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, вестибулярной пароксизмии, перилимфатической фистулы.

Системное головокружение на протяжении нескольких часов происходит при болезни Меньера, мигренозном головокружении, мигрени базилярного типа, транзиторной ишемической атаке (ТИА в ВБС).

Системное головокружение, длящееся более суток, – свидетельство вестибулярного нейронита, лабиринтита, инфаркта (ствола головного мозга, мозжечка, лабиринта).

Варианты головокружения, описываемые как «чувство уплывания», вращения или «переливания внутри головы», общей «зыбкости», ощущение «ватности», шаткости или легкости в голове, дурнота, чувство легкого опьянения и др. рассматриваются как несистемные и чаще сопровождают патологию центральной части вестибулярного анализатора либо ее дисфункцию на фоне соматической патологии. В последнем случае причиной страдания может быть:

– нарушение сердечного ритма;

– повышение или понижение артериального давления;

– ортостатические нарушения;

Алгоритм обследования пациента с головокружением

– гипогликемия;

– анемия;

– тиреотоксикоз;

– почечная или печеночная недостаточность;

– лекарственная интоксикация.

Зачастую пациент описывает головокружение нечетко. Также могут выявиться сопутствующие расстройства – координаторные и/или слуховые, очаговая неврологическая симптоматика, головная боль. В этих случаях наряду с анализом жалоб и детальным сбором анамнеза

необходимо подробное неврологическое и отоневрологическое исследование, включающее вестибулометрию и аудиометрию.

Регистрация признаков повреждения центральных звеньев вестибулярного анализатора требует проведения нейровизуализационных методов исследования.

В России распространенность системного и несистемного головокружения достигает 20-30%. При этом риск системного (вестибулярного) головокружения в течение жизни достигает 7,4% (Парфенов В.А., 2011).

В Германии 30% больных, обращающихся к оториноларингологам, и 3-4% пациентов врачей других специальностей предъявляют жалобы на головокружение (Mehmet K., 2008).

Истинные головокружения по отношению к «неясным головокружениям» более часто сопровождаются обращениями к врачу (70% против 54%), больничными листами (41% против 15%), нарушением ежедневной активности (40% против 12%) и избеганием выхода на улицу (19% против 10%) (Bravern M. von., Lempert T., 2007);

В США головокружение – третья по частоте причина обращений больных к врачу (Desmond A.L., 2010).

К 65 годам до 30% людей испытывали головокружение, к 80 годам – до 75% женщин и 35% мужчин, на головокружение жалуются 20% жителей Земли (P. Mangabeira Albernas, 2007).

Осмотр больного включает исследование координации:

– статокинетические пробы – Ромберга, Шильдера;

– координаторные пробы – ПНП, ППП, КПП, Фишера, Фукуда, диадохокинез, ходьба по прямой, фланговая, тандемная;

– глазодвигательные тесты – наклон головы, плавное слежение, оптокинез, вестибулоокулярный рефлекс, саккады, система удержания взора;

– провокационные пробы – встряхивания головы, Вальсальвы, фистульная;

– позиционные тесты – Дикса-Холлпайка, Мак-Клюра-Пагнини.

Обязательно проводятся вестибулярные тесты.

Указательная проба Барани (пальце-пальцевая, реакция промахивания) проводится в положении пациента сидя. Поочередно правой и левой рукой он должен попасть указательным пальцем в указательный палец врача, расположенный перед ним на расстоянии вытянутой руки. Проба выполняется сначала с открытыми, а затем закрытыми глазами. В норме человек уверенно попадает в палец врача обеими руками – как с открытыми, так и с закрытыми глазами.

Быстрый толчковый тест является простым и недорогим, предназначенным для быстрой оценки функции равновесия пациента. Необходимо проводить этот тест в просторном помещении, чтобы избежать травмы пациента. Углы столов, ковры должны быть убраны. Пациент стоит в позе Ромберга с закрытыми глазами. Исследующий объясняет больному, что он будет стоять за ним и будет быстро его толкать, чтобы увидеть, как больной восстановит равновесие.

Существует два типа нормальной постуральной реакции: или пациент наклоняется вперед, или он делает шаг назад, чтобы быстро сохранить равновесие. Постуральные реакции у пожилых людей часто замедлены. Некоторые пациенты наклоняются назад, тяжело опираясь на обе пятки, и не способны выпрямиться, пока не упадут.

Проба Водака-Фишера. Обследуемый сидит с закрытыми глазами, вытянув перед собой обе руки. Указательные пальцы вытянуты, остальные сжаты в кулак. Врач располагает свои указательные пальцы напротив указательных пальцев пациента и в непосредственной близости от них. Наблюдают за отклонением рук относительно пальцев врача. У здорового человека отклонение не отмечается.

У пациентов с головокружением часто отмечается нистагм – повторяющиеся (двусторонние, реже односторонние) толчкообразные ритмичные непроизвольные колебательные движения глазных яблок.

Различают: вестибулярный, альтернирующий, профессиональный (у шахтеров и др.), врожденный (вследствие недоразвития вестибулярной системы), произвольный нистагм.

Одним из самых распространенных заболеваний, сопровождающихся головокружением, нистагмом и флюктуацией слуха, с которым встречаются врачи общей практики, неврологи, оториноларингологии, является болезнь Меньера.

Это заболевание приобретает все большую социальную значимость в связи со стрессами, повышенным употреблением энергетиков, фастфуда и курением. Интернет-зависимость тоже способствует проявлению данного заболевания.

Основные симптомы болезни Меньера – шум в ушах, снижение слуха, головокружение.

Заболевание диагностируется по следующим критериям:

– два и более спонтанных приступа головокружения длительностью от 20 минут до 12 часов;

– аудиометрически подтвержденное сенсоневральное снижение слуха на низких и средних частотах перед, во время или после приступа головокружения;

– флюктуирующие слуховые симптомы (субъективный шум или ощущение «полноты» в пораженном ухе);

– исключены другие заболевания, вызывающие кохлеовестибулярные нарушения.

Вестибулярная функция при болезни Меньера в межприступном периоде не страдает, а во время приступа возникает нистагм – как признак раздражения лабиринта.

Это вестибулярный нистагм в сторону больного уха, который затем сменяется нистагмом угнетения – в сторону здорового лабиринта. С течением заболевания постепенно развивается угнетение вестибулярной функции больного лабиринта, что подтверждается калорическим тестом.

Причина болезни Меньера – гидропс лабиринта (наполнение улитки жидкостью). Методы выявления гидропса:

– дегидратационные тесты (регистрация в динамике тональной пороговой аудиометрии, надпороговой аудиометрии, выявление ФУН-Га-феномена ускоренного нарастания громкости, разборчивости речи, отоакустической эмиссии и стабилометрии);

– электрокохлеография.

Методы лечения болезни Меньера следующие:

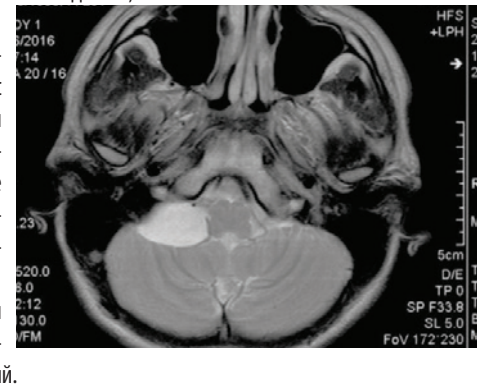
– фармакотерапия;

– хирургические методы;

– реабилитация нарушенной слуховой и вестибулярной функции;

– диета с ограничением соли и жидкости;

– здоровый образ жизни.



Болезнь Меньера следует дифференцировать с другими вестибулярными расстройствами. Встречаются трудноверифицируемые случаи сочетанной патологии с вестибулярными расстройствами.

Приводим клинический пример сложной диагностики вестибулярных нарушений.

Клинический случай

Пациентка Г. 1995 года рождения в июне 2016 года обратилась к сурдологу консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «ККБ» с жалобами на снижение слуха, нарушение разборчивости речи, системное головокружение (предметы вращаются слева направо), несистемное головокружение – чувство неустойчивости.

Из анамнеза заболевания: головокружениями страдает с детства, ухудшение состояния в течение трех месяцев. 15 мая возник острый приступ: предметы вращались по часовой стрелке, отмечалась тошнота (рвоты не было), головная боль, заложенность правого уха, шум, ощущение снижения слуха. Данные приступы повторялись ежедневно в течение недели, проходили самостоятельно, длились несколько часов. В межприступный период отмечалась слабость, легкая неустойчивость при ходьбе.

Пациентка работает администратором. Приступы не мешали ей выполнять служебные обязанности, возникали только перед сном – в горизонтальном положении на спине, вызывали панику и бессонницу.

Г. обратилась к оториноларингологу. Выявлен спонтанный нистагм – горизонтальный, ротаторный, I степени. В позе Ромберга неустойчивость, пальце-носовая проба с промахиванием справа. Прямая фланговая походка с отклонением вправо. Шепотная речь 6 м с двух сторон.

Больная направлена к неврологу с диагнозом болезнь Меньера под вопросом. Невролог расценил состояние пациентки как вестибулярную мигрень, назначил ТАГИСТА 16 мг/сутки. На фоне приема препарата приступы стали реже.

Больная направлена на МРТ головного мозга.

По данным МРТ, признаки снижения кровотока в интракраниальном отделе правой позвоночной артерии, умеренной гидроцефалии по смешанному типу. Арахноидальная ликворная киста в области мостомозжечкового угла справа 2,4х2,9х3,5 см с небольшим «масс-эффектом» на прилежащие отделы правой гемисферы мозжечка.

Консультирована нейрохирургом: киста является врожденной как анатомический вариант развития мозга, вмешательства не требует.

Пациентке назначена дегидратационная терапия – диакарб плюс аспаркам по схеме. На фоне лечения приступы прекратились.

На прием к сурдологу КГБУЗ ККБ попала в межприступный период. При осмотре отмечается спонтанный нистагм при взгляде влево, мелкоразмашистый, отклонение вправо в позе Ромберга и при фланговой походке.

Пациентке необходимо дополнительное обследование и наблюдение в динамике. В частности, рекомендуется вестибуло– и аудиометрия, импедансометрия, контроль МРТ через год.

Учитывая топографию кисты – ее давление на правую гемисферу мозжечка (в неврологическом статусе – отклонение вправо при фланговой походке и в позе Ромберга) и на вестибулярный корешок VIII пары ЧМН (в неврологическом статусе – системное головокружение и нистагм), необходима повторная консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Традиционно ликворные кисты небольшого размера лечатся консервативно (ноотропы, антиоксиданты, дегидратация).

К хирургическому лечению ликворной кисты прибегают при ее стремительном развитии и выраженной неврологической симптоматике.

Виды оперативного вмешательства делятся на три группы:

– трепанация черепа с последующим удалением кисты;

– шунтирование полости кисты;

– эндоскопические операции – удаление содержимого кисты с помощью проколов.

Объем необходимого хирургического вмешательства определяется индивидуально с учетом места расположения кисты, ее размеров, скорости развития и других особенностей течения заболевания.

КАРДИОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Д. Б. Немик, В. В. Скоробогатов, С. А. Устюгов, А. В. Протопопов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Хирургическому лечению патологии сердечно-сосудистой системы в последние годы уделяется все больше внимания. Тренды последнего десятилетия направлены на создание малоинвазивных методов лечения в кардиологии, способных стать альтернативой оперативному лечению в условиях искусственного кровообращения. Развитие таких методов лечения позволяет персонифицировать подходы в оказании помощи больным с различной патологией.

Одним из новых методов лечения является эндоваскулярная коррекция митральной недостаточности.

Эпидемиология

Митральная регургитация – второй по распространенности клапанный порок после аортального стеноза у госпитализированных пациентов и первый – в общей популяции (5 случаев на 10 тысяч жителей). Распространенность митральной недостаточности в популяции составляет около 28% и имеет тенденцию к росту за последние десятилетия. В первую очередь это связано с совершенствованием и увеличением доступности ультразвуковых методик исследования сердца.

В большинстве случаев легкая и умеренная митральная регургитация не требует специфической терапии. Наличие умеренной митральной регургитации встречается достаточно часто при скрининговой Эхо-КГ и не сопровождается признаками ремоделирования камер сердца.

Необходимо различать первичную органическую недостаточность, при которой аномалии строения митрального клапана служат причиной заболевания, и вторичную (функциональную и ишемическую) недостаточность, возникающую в результате патологических изменений и ремоделирования левого желудочка.

Митральная недостаточность характеризуется обратным током крови, то есть систолической регургитацией крови из левого желудочка в левое предсердие, связанной с неполным закрытием митрального клапана и градиентом давления между левым желудочком и левым предсердием. Митральная недостаточность может быть следствием дисфункции одного или нескольких следующих компонентов: митральное кольцо, створки клапана, сухожильные хорды, папиллярные мышцы и левый желудочек.

Возможные механизмы регургитации: пролапс клапана вследствие избыточных размеров створок и удлинения или разрыва хорд, утрата ткани створки при ретракции, перфорация или ограничение движения створок (обычно задней створки при ретракции хорд) и ремоделирование левого желудочка, вызывающее геометрическое искривление клапана.

Под патологической митральной недостаточностью (митральной регургитацией) в кардиологии следует понимать состояние, вызывающее перегрузку объемом левого предсердия и левого желудочка.

Обычно заболевание протекает бессимптомно многие годы с постепенным развитием клинически манифестной сердечной недостаточности. Длительная «стертая» клиническая симптоматика объясняется развитием адаптационных механизмов (формируется концентрическая гипертрофия стенок, увеличивается напряжение в стенке желудочка во время систолы и диастолы, активируются нейро-гуморальные механизмы и значительно повышается активность симпатической нервной системы).

Прогрессирование регургитации при митральной недостаточности наблюдается у 5-10% пациентов. Пятилетняя выживаемость составляет 80%, десятилетняя – 60%.

Частота развития тяжелой сердечной недостаточности составляет 10% в год у бессимптомных пациентов.

Этиология

Наиболее частой причиной митральной недостаточности являются различные варианты пролапса митрального клапана, возникающие вследствие миксоматозной дегенерации (болезнь Барлоу) или другие генетически детерминированные заболевания (например, синдром Марфана или Элерса-Данлоса).

Митральная недостаточность может возникать в результате дилатации левого желудочка при нарушении геометрии митрально-левожелудочкового комплекса (при ИБС, суправентрикулярных аритмиях и т.д.). Реже патология митрального клапана может возникать вследствие инфекционного эндокардита, нарушений обмена коллагена, разрыва хорд различной этиологии или вследствие ревматизма.

Клиническая картина

Клиническая симптоматика во многом связана со степенью нарушения кровообращения, зависимой, главным образом, от объема регургитации крови из левого желудочка в предсердие, выраженности легочной гипертензии и состояния сократительной функции миокарда.

В отличие от митрального стеноза, при митральной недостаточности одышка менее выражена и появляется в более поздние сроки формирования порока. Кровохарканье возникает редко, и недостаточность кровообращения развивается значительно позже. Аускультативно определяется систолический шум с эпицентром звучания над верхушкой сердца, распространяющийся в левую подмышечную область.

Рентгенологически характерен застой в легких по венозному типу. При недостаточности митрального клапана левое предсердие увеличено по большому радиусу (более 7 см) и преобладает увеличение левого желудочка над правым.

В диагностике недостаточности митрального клапана существенную роль играет эхокардиография. Применение трансторакального и чреспищеводного (ЧП) сканирования позволяет определить характер патологических изменений на клапане (инфекционный эндокардит, миксоматозная дегенерация и т.д.), оценить выраженность нарушений внутрисердечной гемодинамики (определить степень регургитации, ее характер).

Данные эхокардиографической картины вместе с клиническими проявления позволяют сформулировать показания к хирургическому лечению.

Подходы в лечении

С появлением выраженной недостаточности кровообращения медикаментозная терапия становится неэффективной вследствие необратимых изменений во внутренних органах.

Данных в пользу влияния медикаментозной терапии на замедление прогрессирования митральной недостаточности время нет. Как правило, проводятся попытки устранения влияния основного фактора поражения митрального клапана. В большинстве случаев проводится патогенетическое лечение сопутствующей сердечной недостаточности.

Тем не менее, в ряде случаев консервативная терапия клапанного порока оказывается неэффективной. Для пациента это грозит развитием декомпенсации клапанного порока с прогрессирующим поражением всех органов и систем, резким ограничением качества жизни и фатальными осложнениями.

В таких ситуациях на первый план выступают хирургические методы лечение.

В большинстве случаев хирургическое лечение пациента проводится в условиях кардиохирургической операционной. Хирургическая тактика направлена на клапансохраняющие методики операции. Несмотря на это, анатомические особенности клапана часто диктуют более агрессивную тактику с проведением протезирования митрального клапана.

Операционная летальность является высокой, особенно если причиной митральной недостаточности является ИБС или инфекционный эндокардит. А в ряде случаев высокий риск «открытой» операции ограничивает возможности такого лечения.

Актуальность проблемы лечения пациентов с выраженной митральной недостаточностью, высоким риском осложнений, при оперативном лечении в условиях искусственного кровообращения выходит на новый уровень в связи с развитием новых методов хирургической коррекций данного порока.

В июне 2016 года впервые в Российской Федерации апробирована новая методика коррекции митральной недостаточности. Система «MitraClip» уже успела зарекомендовать себя в ведущих европейских и американских центрах. Выполненные впервые в Российской Федерации операции проводились на базе краевой клинической больницы. Д.м.н., профессор Алексей Владимирович Протопопов в течение двух дней провел четыре такие операции.

Клинический пример № 1

Пациентка С., 74 года. Многолетний гипертонический анамнез. Максимальные цифры АД были зафиксированы на уровне 190/100 мм рт. ст. Обычные цифры АД пациентки по результатам измерения в домашних условиях составляли 150/90 мм рт. ст. Нарушение ритма сердца по типу постоянной формы фибрилляции предсердий регистрировалось около 10 лет.

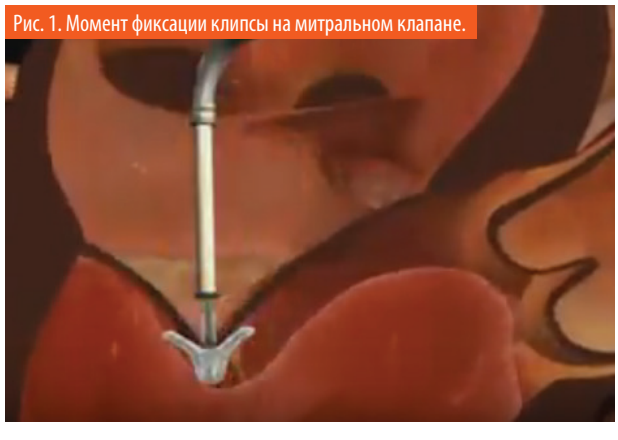
Последние два месяца принимала варфарин, однако адекватного контроля МНО добиться не удавалось. При обследовании в поликлинике ККБ в апреле 2014 года по результатам Эхо-КГ впервые выявлена недостаточность митрального клапана 2-3 ст. В данном случае вероятен вторичный характер митральной недостаточности на фоне расширения полостей сердца и изменения геометрии левых отделов.

В течение нескольких лет неоднократное лечение декомпенсированной сердечной недостаточности, что отражает тяжесть поражения клапанного порока сердца, несмотря на терапию. За месяц до поступления вновь стала отмечать снижение переносимости нагрузки, усиление одышки, нарастание отеков нижних конечностей.

Решение о тактике ведения пациентки в подобных ситуациях всегда является трудной задачей. На оперативное лечение в условиях искусственного кровообращения пациентка не была настроена. Созданной мультидисциплинарной командой было принято решение о проведении пациентке эндоваскулярного клипирования митрального клапана в сочетании с имплантацией окклюдера ушка левого предсердия.

Протокол операции включал пункцию правой общей бедренной вены. Катетер проводится в правое предсердие, под рентгенологическим контролем и контролем ЧП ЭХО-КГ выполняется пункция межпредсердной перегородки. Катетеризируется левое предсердие, проводится система доставки. Выполняется коррекция митральной недостаточности путем установки митральной клипсы между створками митрального клапана.

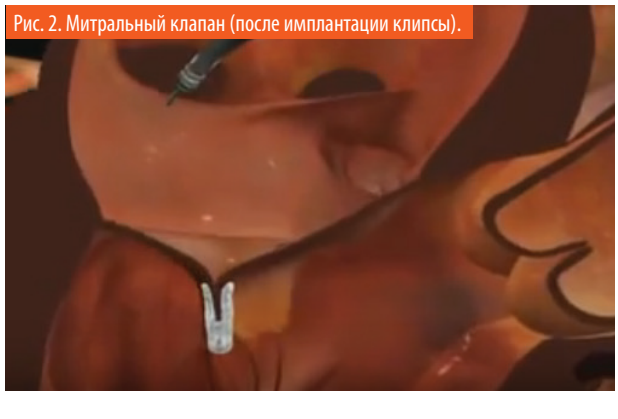
Рис. 1. Момент фиксации клипсы на митральном клапане.



В этом примере по данным ЧП ЭХО-КГ после установки клипсы получена редукция митральной недостаточности до 0-1 ст. с минимальным градиентом давления на клапане.

Следующим этапом в ушко левого предсердия с целью профилактики тромбоэмболических осложнений имплантирован окклюдер «Watchman».

Рис. 2. Митральный клапан (после имплантации клипсы).



Спустя сутки после нахождения в палате кардиореанимации, под интенсивным наблюдением медицинского персонала пациентка была переведена в палату отделения кардиологии. На 6-е сутки была выписана в удовлетворительном состоянии.

В динамике у пациентки удалось снизить класс сердечной недостаточности с 3 до 2 по NYHA. Этот функциональный класс нарушений позволяет возрастной пациентке выполнять привычную физическую активность без каких-либо жалоб. Имплантация окклюдера дополнительно дала возможность отказаться от приема антикоагулянтов (тем самым снизить риск кровотечения). И, самое главное, улучшить прогноз.

Клинический пример № 2

Пациент П., 67 лет. В анамнезе эпизодические подъемы АД до 160 мм рт. ст. Адаптирован к АД 130/90 мм рт. ст. В 2013 году впервые отметил появление одышки, которая через месяц прошла после назначения медикаментозной терапии. В 2014 по Эхо-КГ впервые выявлена митральная регургитация 3-й степени. В этом же году по данным коронарографии коронарные артерии проходимы. Этот пример поражения митрального клапана вероятен для первичного поражения с постепенным пролабированием створок и длительным отсутствием жалоб у пациента.

В течение 4-5 месяцев отметил возобновление одышки, нехватки воздуха на фоне получаемой терапии. Учитывая неэффективность консервативной терапии, высокий риск осложнений, при проведении «открытой» операции, пациенту было предложено проведение клипирования митрального клапана. Стоит обратить внимание, что стандартное предоперационное обследование больного обязательно дополняется ЧП Эхо-КГ с 3D реконструкцией митрального клапана.

Протокол операции в точности соответствовал ранее описанному. По данным ЧП ЭХО-КГ получена редукция митральной недостаточности с 3-й до 2-й степени.

Спустя сутки после нахождения в палате кардиореанимации, под интенсивным наблюдением медицинского персонала, пациент был переведен свою палату в отделение кардиологии. На 7-е сутки был выписан в удовлетворительном состоянии.

В динамике у пациента удалось снизить класс сердечной недостаточности со 2 до 1 по NYHA. Еще в двух случаях была продемонстрирована безопасность и эффективность методики.

Мы продолжаем наблюдать за полученными результатами.

Выводы

Совершенствование эндоваскулярных хирургических методов лечения патологии сердечно-сосудистой системы в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией дает надежду на полноценную и качественную жизнь сложной группе больных с митральной недостаточностью.

Наш опыт показывает полную готовность в оказании пациентам подобной помощи.

Клипирование митрального клапана – одна из новых опций в комплексном лечении больных с выраженной митральной недостаточностью любой этиологии.

Результаты клинических исследований, а также собственный опыт позволяют надеяться, что этот метод может занять достойное место в арсенале «кардиокоманды» и позволит улучшить результаты лечения в группе пациентов высокого анестезиологического риска.

Пока учим,

Dum docemus,

discimus

учимся

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

I. В приемном отделении

1. 1. Бригада скорой медицинской помощи/ отделение санитарной авиации/ другой источник информирования сообщает по телефону о прибытии пациента с ожоговой травмой – с указанием возраста, входного диагноза, наличия подозрения на ожоговый шок, ожог дыхательных путей. Также пациент может обратиться самостоятельно.

2. Получив информацию, диспетчер приемного отделения вызывает комбустиолога, при необходимости врача ОАР, медицинскую сестру-анестезиста, операционную медицинскую сестру.

Критерии вызова врача ОАР:

– рекомендации врача скорой помощи, санитарной авиации;

– интубированный пациент;

– пациент на ИВЛ;

– нарушение сознания;

– наличие судорог;

– нарушение витальных функций;

– состояние после сердечно-легочной реанимации;

– электротравма;

– энцефалопатия (делирий);

– АД – для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей: САД ≤ 85, ДАД ≤ 45;

– ЧСС – больше 130 уд/мин.;

– ЧДД – более 24 раз в мин.;

– SpO2 – меньше 92%;

– осипший голос;

– жалобы на затрудненное дыхание;

– наличие сажи в носовых ходах, ротоглотке, мокроте.

3. Бригада ОАР сразу прибывает в приемное отделение и ожидает пациента.

Комбустиолог и операционная медицинская сестра также прибывают в приемное отделение и ожидают пациента.

4. Бригада скорой медицинской помощи по прибытии в приемное отделение передает документы диспетчеру, а пациента – комбустиологу и/или врачу ОАР, с указанием обстоятельств, механизма травмы, проведенной терапии, основных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, уровень сознания, наличие рвоты, наличие сажи в мокроте).

Диспетчер приемного отделения осуществляет регистрацию пациента и заносит данные в qMS, также оформляет медицинскую карту.

5. Врач ОАР оценивает состояние пациента, выполняет мероприятия по восстановлению витальных функций и принимает решение о госпитализации в ОАР.

Если состояние стабильное (нет ожогового шока), то комбустиолог проводит осмотр, принимает решение о диагнозе, определяет необходимость проведения перевязки в приемном отделении, обследования/консультации врачей по направлению.

Консультации врачей по направлению в соответствии с диагнозом представлены в таблице 1.

№	Диагноз	Консультация врача по направлению
1	Ожоговый шок	Анестезиолог-реаниматолог
2	Электротравма	Кардиолог, невролог
3	Термоингаляционная травма	Эндоскопист
4	Комбинированная травма	Комбустиолог, травматолог
5	Острое отравление угарным газом (без повреждения дыхательных путей)	Невролог
6	Отравление продуктами горения	Невролог, анестезиолог-реаниматолог, эндоскопист (при необходимости)

Если пациент в тяжелом состоянии/в ожоговом шоке (в т.ч. дети первого года жизни) или наблюдается риск нарушения/нарушение витальных функций, комбустиолог совместно с врачом ОАР принимает решение о госпитализации пациента в ОАР. При этом перевязки и дальнейшее обследование проводятся в условиях ОАР. В реанимацию пациента сопровождают персонал приемного отделения и бригада ОАР.

6. Если пациент в стабильном состоянии (без ожогового шока) и ему необходима перевязка, то его транспортируют в перевязочную приемного отделения. Комбустиолог совместно с операционной/перевязочной медицинской сестрой выполняет перевязку.

Во время перевязки комбустиолог:

– оценивает глубину раны;

– площадь поражения;

– определяет наличие ожогового шока или термоингаляционной травмы;

– обрабатывает рану;

– накладывает первичную повязку.

7. Пациент в стабильном состоянии (без ожогового шока) по мере необходимости консультируется врачом по направлению.

Результаты обследования заносятся в qMS.

8. Получив результаты обследования, комбустиолог принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациента.

Возможны три варианта решения:

– при ожоговом шоке/риске нарушения или нарушении витальных функций – госпитализация в ОАР № 4. Комбустиолог по телефону сообщает дежурному анестезиологу-реаниматологу о состоянии пациента.

При решении о госпитализации в ОАР № 4 медицинская сестра приемного отделения помогает пациенту сменить одежду, проводит санитарную обработку неповрежденных кожных покровов (от сажи, копоти). Затем производит опись вещей и передает их на вещевой склад. В реанимацию пациента в тяжелом состоянии сопровождают санитары приемного отделения и бригада ОАР;

– при стабильном состоянии (без риска нарушения/ нарушения витальных функций) – госпитализация в ожоговое отделение. В ожоговое отделение пациента сопровождают санитары приемного отделения;

– при локальных поверхностных ожогах (госпитализация не требуется) – выписка пациента.

При выписке пациента врач-комбустиолог:

– оформляет амбулаторную карту;

– выписку из амбулаторной карты;

– разъясняет характер полученной травмы, приблизительные сроки и методы лечения, порядок оформления больничного листа, в какую медицинскую организацию необходимо обратиться для дальнейшего лечения.

II. Оказание медицинской помощи в ОАР № 4 Ожогового центра (первые сутки)

1. В ОАР анестезиолог-реаниматолог оценивает состояние витальных функций, выполняет мероприятия по их восстановлению, ведет мониторинг показателей ВФ, выполняет катетеризацию центральной вены.

При необходимости врач ОАР выполняет анестезиологическое пособие при перевязке. Приглашает (по показаниям и необходимости) врачей по направлению.

Медицинская сестра ОАР следит за показателями: измеряет: АД, ЧСС, ЧДД, температуру, ЦВД (по возможности).

Комбустиолог оценивает состояние пациента и ран. При наличии показаний выполняет перевязку.

Дежурная операционная медицинская сестра/перевязочная медицинская сестра ассистирует при выполнении перевязки, вносит данные в qMS, после чего транспортирует перевязочную укладку в ЦСО.

Ежедневно с 8.00 до 16.00 работает перевязочная медицинская сестра ОАР № 4, ежедневно с 16.00 до 8.00, также в выходные и праздничные дни – дежурная медицинская сестра операционного блока.

Врач ОАР оценивает необходимость интубации пациента.

Критерии для интубации:

– клинические или эндоскопические признаки ожога дыхательных путей;

– наличие сажи в мокроте, осиплость голоса;

– ожоговый шок крайней степени тяжести;

– нарушение витальных функций;

– нарушение сознания;

– термоингаляционная травма;

– ожоги лица.

При необходимости интубация выполняется совместно с эндоскопистом по фибробронхоскопу.

2. После того как пациенту выполнили мероприятия по восстановлению витальных функций, врач ОАР назначает:

– противошоковую терапию;

– медикаментозную терапию;

– обследование/консультации врачей по направлению.

Затем врач ОАР определяет необходимость установки уретрального катетера, назогастрального зонда.

3. По назначению врача медицинская сестра ОАР устанавливает уретральный катетер, назогастральный зонд.

В случае возникновения сложности при установке катетера/назогастрального зонда (маленькие дети, ожоги промежностей и др.), врач ОАР помогает медицинской сестре при их установке.

4. Медицинская сестра ОАР выполняет назначения врача, производит забор крови. Затем вносит данные в qMS и доставляет пробирки в клинико-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ).

5. Специалист КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование и вносит результаты исследований в qMS.

При необходимости пациенту проводят дополнительные обследования.

Данные результатов обследований сразу вносятся в qMS.

6. Медицинская сестра ОАР выполняет назначения врача и осуществляет почасовое наблюдение за пациентом.

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра информирует врача ОАР.

Врач ОАР приглашается медицинской сестрой в следующих клинических ситуациях:

– уровень боли по визуальной аналоговой шкале боли > 3 баллов;

– остановка дыхания;

– остановка кровообращения;

– психомоторное возбуждение;

– наличие судорог;

– нарушение витальных функций;

– АД – для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей: САД ≤ 85, ДАД ≤ 45;

– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– ЧДД – более 24 в мин.; для детей – возрастная норма;

– температура – выше 38,5°С;

– ЦВД (по возможности) – ниже 60, выше 120 мм вод. ст.;

– снижение SpO2 – меньше 92%;

– уменьшение диуреза – меньше 0,5 мл/кг/час.

После медицинская сестра заносит информацию в карту наблюдения реанимационного больного и в qMS.

7. При ухудшении состояния врач ОАР срочно осматривает пациента и выполняет мероприятия по восстановлению/коррекции ВФ, назначает или корректирует лечение, а в случае кровотечения из ожоговых и/или донорских ран вызывает комбустиолога.

Далее врач ОАР вносит данные в систему qMS.

8. Комбустиолог сразу после получения информации прибывает в ОАР, оценивает степень и тяжесть кровотечения, необходимость проведения перевязки, гемостаза.

Далее врач-комбустиолог вносит данные в систему qMS.

При ежедневном осмотре пациента комбустиолог оценивает состояние повязок/ран, готовность к проведению оперативного/консервативного лечения, после чего определяет необходимость выполнения перевязок и согласовывает дальнейшую тактику ведения пациента с врачом ОАР. Затем заносит данные в систему qMS.

9. Медицинская сестра продолжает назначенное лечение и динамический мониторинг витальных показателей. Затем заносит информацию в карту наблюдения реанимационного больного и в qMS.

III. Порядок оказания медицинской помощи в ОАР № 4 Ожогового центра (вторые и последующие сутки)

1. При ежедневном динамическом наблюдении пациента врач ОАР оценивает состояние, необходимость выполнения интубации/экстубации, подключения к ИВЛ/снятия с ИВЛ, катетеризацию центральной вены.

2. Во время осмотра врач ОАР коррегирует медикаментозную терапию, в случае необходимости назначает дополнительные обследования, консультацию узких специалистов. Определяет необходимость установки уретрального катетера, назогострального зонда.

Затем вносит данные в медицинскую карту в qMS.

3. Медицинская сестра ОАР выполняет назначения врача и осуществляет наблюдение за пациентом через час (два, четыре часа), контролирует динамику показателей.

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра информирует врача ОАР.

Условием для информирования врача ОАР об ухудшении состоянии пациента являются следующие показатели:

– усиление боли по визуальной аналоговой шкале боли > 3 б.;

– угнетение сознания;

– остановка дыхания;

– остановка кровообращения;

– психомоторное возбуждение;

– судороги;

– АД – для взрослых: САД ≥ 150, САД ≤ 90, ДАД ≤60; для детей: САД-снижение более чем на 20% от возрастной/исходной нормы;

– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– ЧДД – более 30 в мин.; для детей – возрастная норма;

– температура – выше 38,5ºС, озноб;

– ЦВД – понижение 60, повышение 120 мм вод. ст.;

– SpO2 – меньше 92%;

– диурез – меньше 0,5 мл/кг/час;

– шок;

– реакция на трансфузию препаратов крови (сыпь, озноб, анурия, боли за грудиной, патологическое изменение цвета мочи, и т.д.).

Затем медицинская сестра заносит информацию в карту наблюдения реанимационного больного и в qMS.

4. При ухудшении состояния пациента врач ОАР оценивает состояние пациента, выполняет мероприятия по восстановлению ВФ, назначает или корректирует лечение, а в случае необходимости вызывает комбустиолога (кровотечение из раны).

Ежедневно врач ОАР проводит динамическое наблюдение состояния пациента, коррекцию интенсивной терапии.

Определяет показания к назначению/коррекции или отмене:

– инотропной и нутритивной поддержки;

– антибактериальной терапии;

– ИТТ;

– анальгетической терапии (по шкале ВАШ);

– седатирующей терапии (по шкале Ричмонда).

Определяет необходимость и способ медицинского стеснения. Проводит коррекцию ВЭБ, белковых нарушений, определяет степень полиорганной дисфункции (по шкале SOFA).

По показаниям при перевязке выполняет анестезиологическое пособие.

По согласованию с заведующим ОАР № 4 при необходимости врач ОАР организовывает проведение консилиума.

После заносит информацию в карту наблюдения реанимационного больного и в qMS.

5. Комбустиолог сразу после получения информации прибывает в ОАР, оценивает степень и тяжесть кровотечения, необходимость проведения перевязки, гемостаза.

Далее вносит данные в систему qMS.

Ежедневно комбустиолог проводит осмотр пациента, состояние повязок/ран, готовность к проведению оперативного/консервативного лечения. После чего определяет необходимость выполнения перевязок и согласовывает дальнейшую тактику ведения пациента с врачом ОАР. Затем заносит данные в систему qMS.

6. При стабильном состоянии пациента, отсутствии нарушения витальных функций заведующий отделением ОАР принимает решение о переводе пациента в ожоговое отделение, о чем информирует заведующего.

IV. Оказание медицинской помощи в ожоговом отделении Ожогового центра (первые и вторые сутки)

1. При поступлении пациента в ожоговое отделение врач-комбустиолог совместно с заведующим отделением в перевязочном кабинете проводит осмотр, оценивает состояние ран пациента, выполняет забор раневого отделяемого. Раневое отделяемое медицинская сестра транспортирует в бактериологическую лабораторию для проведения исследований.

Если при выполнении перевязки пациенту необходимо анестезиологическое обеспечение, то врач-комбустиолог вызывает врача ОАР.

Врач-комбустиолог выполняет перевязку, а медицинская сестра ассистирует ему. Затем медицинская сестра вносит данные в qMS, после чего транспортирует перевязочную укладку в ЦСО.

2. При необходимости врач ОАР прибывает в ожоговое отделение и выполняет анестезиологическое обеспечение.

3. Специалист бактериологической лаборатории, получив биоматериалы, проводит исследования раневого отделяемого и вносит результаты исследований в qMS.

4. Поступившего пациента осматривает врач-терапевт/врач-педиатр (пациента до 18 лет осматривает врач-педиатр, старше 18 лет – врач-терапевт). Данные осмотра вносит в медкарту в qMS.

5. На основании результатов осмотра врач-комбустиолог совместно с врачом-терапевтом/врачом-педиатром принимают решение о развернутом клиническом диагнозе. Затем составляют план лечения:

– обследования;

– медикаментозной терапии;

– оперативного/ консервативного лечения;

Затем врач-комбустиолог составляет список ФИО пациентов для перевязок.

Составленный план обследования и клинический диагноз врач-комбустолог согласовывает с заведующим отделением.

6. Заведующий отделением согласовывает клинический диагноз и план лечения пациента.

Заведующий отделением проводит ежедневный осмотр пациентов, а также по вызову врача-комбустиолога. При необходимости заведующий отделением может консультировать врача-комбустиолога по телефону.

7. На основании согласованного плана лечения врач-комбустиолог вносит данные в лист назначения и обследования, а также в медкарту в qMS.

Историю болезни, лист выполнения назначений и обследования врач передает постовой медицинской сестре, список ФИО пациентов для перевязки передает перевязочной медицинской сестре. ФИО пациентов, которым необходимо анестезиологическое обеспечение при выполнении перевязок врач-комбустиолог передает врачу ОАР.

8. Пациенту проводится необходимое обследование, консультация врачей по направлению.

Врач КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование крови и вносит результаты исследований в qMS.

После обследования пациент возвращается в палату.

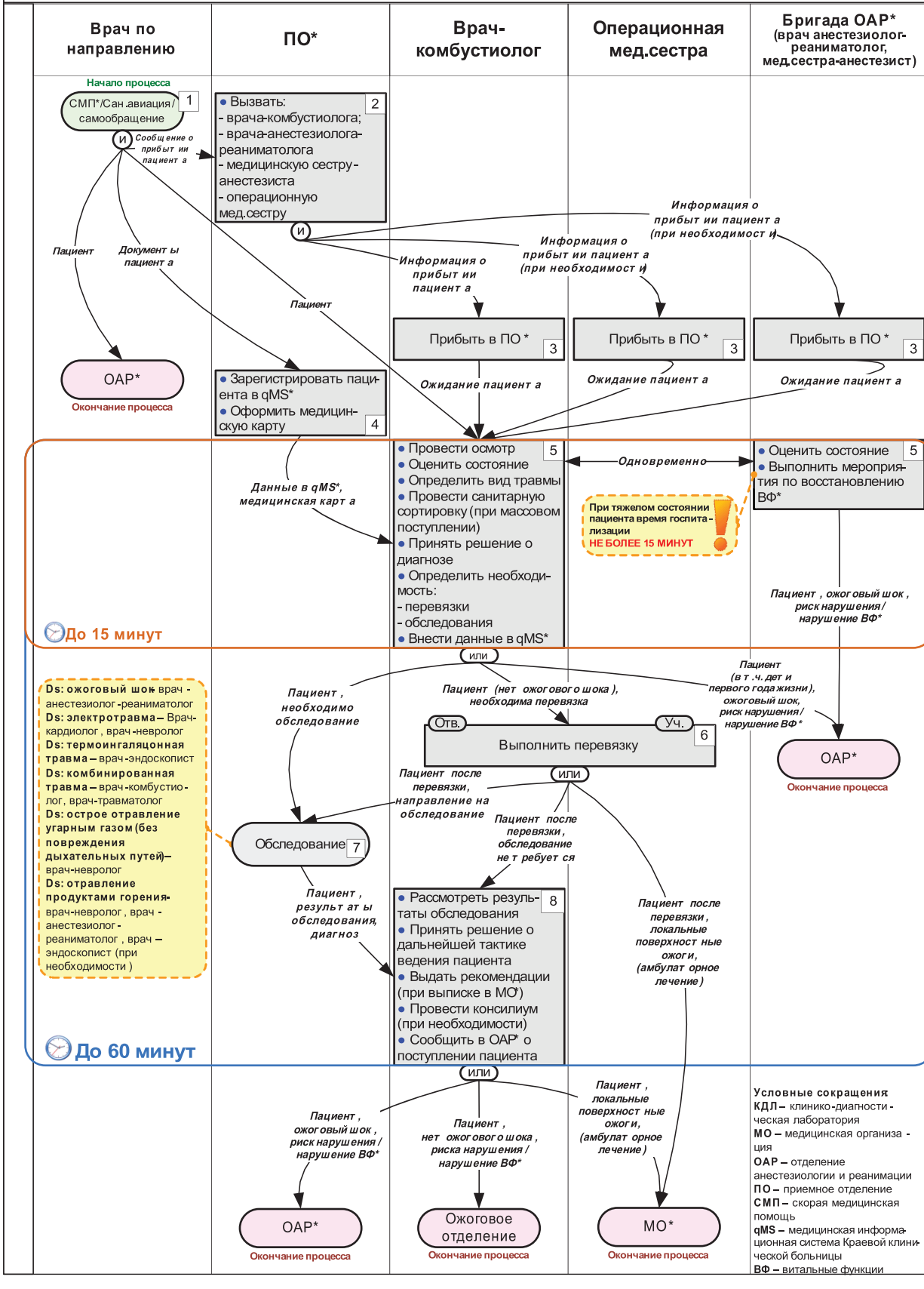
9. Медицинская сестра проводит оценку пациента по назначению врача, контролируя АД, температуру, пульс. В случае необходимости вызывает врача-комбустиолога. Условием для вызова врача-комбустиолога является наличие следующих показателей:

– АД – для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей – изменение АД на 20% от возрастной нормы (от исходного);

– температура – выше 38,5ºС;

СТУ 21.3-2016 Порядок оказания медицинской помощи пациентам с ожоговой травмой

21.3.1 Порядок оказания медицинской помощи пациенту с ожоговой травмой (в приемном отделении)



– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– диурез – меньше 0,5 мл/кг/час.

Медицинская сестра вносит данные в журнал перевязок и в лист выполнения назначений, затем вносит данные в qMS.

10. Врач-комбустиолог, получив вызов от медицинской сестры, оценивает состояние пациента, состояние ран, корректирует терапию, а в случае необходимости вызывает врача ОАР. Условием для вызова врача ОАР является наличие следующих показателей:

– угнетенное сознание;

– остановка дыхания;

– остановка кровообращения;

– психомоторное возбуждение;

– наличие судорог;

– шок;

– АД – для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей – изменение АД на 20% от возрастной нормы (от исходного значения);

– температура – выше 38,5°С;

– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– диурез – меньше 0,5 мл/кг/час.

Врач-комбустиолог, врач-терапевт/врач-педиатр проводит ежедневный осмотр пациента и вносит данные в qMS.

11. Получив вызов, врач ОАР прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в ОАР. Решение о переводе в ОАР принимается совместно с заведующим ожоговым отделением и/или врачом-комбустиологом.

12. Если нет показаний для вызова комбустиолога, то медицинская сестра продолжает назначенную терапию и динамический мониторинг показателей. После заносит информацию в лист выполнения назначений в qMS.

V. Оказание медицинской помощи в ожоговом отделении Ожогового центра (третьи и последующие сутки)

1. Пациент проходит назначенную терапию. Ежедневно медицинская сестра фиксирует состояние больного в листе выполнения назначений и qMS.

Комбустиолог, терапевт/педиатр проводит осмотр, оценивает состояние ран пациента. Комбустиолог назначает перевязку, проводит корректировку медикаментозной терапии, определяет необходимость проведения дополнительного обследования. При необходимости выполнения перевязки под общей анестезией комбустиолог вызывает врача ОАР.

После проведения осмотра составляет список ФИО пациентов для проведения перевязок/операций и передает его заведующему ожоговым отделением. После чего вносит данные в qMS.

2. При необходимости выполнения перевязки под общей анестезией врач ОАР прибывает в ожоговое отделение и выполняет анестезиологическое обеспечения.

3. Комбустиолог выполняет перевязку, а медицинская сестра перевязочного кабинета ассистирует ему. Затем медицинская сестра перевязочного кабинета вносит данные в qMS, после чего транспортирует перевязочную укладку в ЦСО.

4. Заведующий ожоговым отделением вносит запись в «Операционный стол» на портале КГБУЗ ККБ.

5. Если пациенту необходимо проведение операции, медицинская сестра выполняет назначения врача и проводит предоперационную подготовку. Затем вносит данные в медкарту в qMS.

При необходимости пациент проходит дополнительное обследование (консультация врачей по направлению). Результаты обследования заносятся в qMS.

6. В назначенное время пациенту проводят оперативное вмешательство. После операции пациента в стабильном состоянии переводят в палату в ожоговое отделение.

7. Медицинская сестра проводит оценку пациента по назначению врача, контролируя АД, температуру, пульс. В случае необходимости вызывает врача-комбустиолога. Условием для вызова врача-комбустиолога является наличие следующих показателей:

– АД - для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей – изменение АД на 20 % от возрастной/ исходной нормы;

– температура - выше 38,5 °С;

– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– диурез – меньше 0,5 мл/кг/час.

8. Комбустиолог оценивает состояние пациента, состояние ран, корректирует терапию, а в случае необходимости вызывает врача ОАР. Условием для вызова врача ОАР является наличие следующих показателей:

– угнетенное сознание;

– остановка дыхания;

– остановка кровообращения;

– психомоторное возбуждение;

– наличие судорог;

– шок;

– АД – для взрослых: САД ≤ 100, ДАД ≤ 60; для детей – изменение АД на 20% от возрастной/исходной нормы;

– температура – выше 38,5°С;

– ЧСС – больше 130 уд./мин.; для детей – возрастная норма;

– диурез – меньше 0,5 мл/кг/час.

Комбустиолог, терапевт/педиатр проводит ежедневный осмотр пациента, заведующий отделением – еженедельный осмотр. При необходимости заведующий отделением может консультировать комбустиолога по телефону.

Далее комбустиолог, терапевт/педиатр вносят данные в qMS.

9. Получив вызов, врач ОАР прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в ОАР. Решение о переводе в ОАР принимается совместно с заведующим ожоговым отделением и лечащим врачом.

10. Если нет показаний для вызова врача-комбустиолога, то медицинская сестра продолжает назначенную терапию и динамический мониторинг показателей.

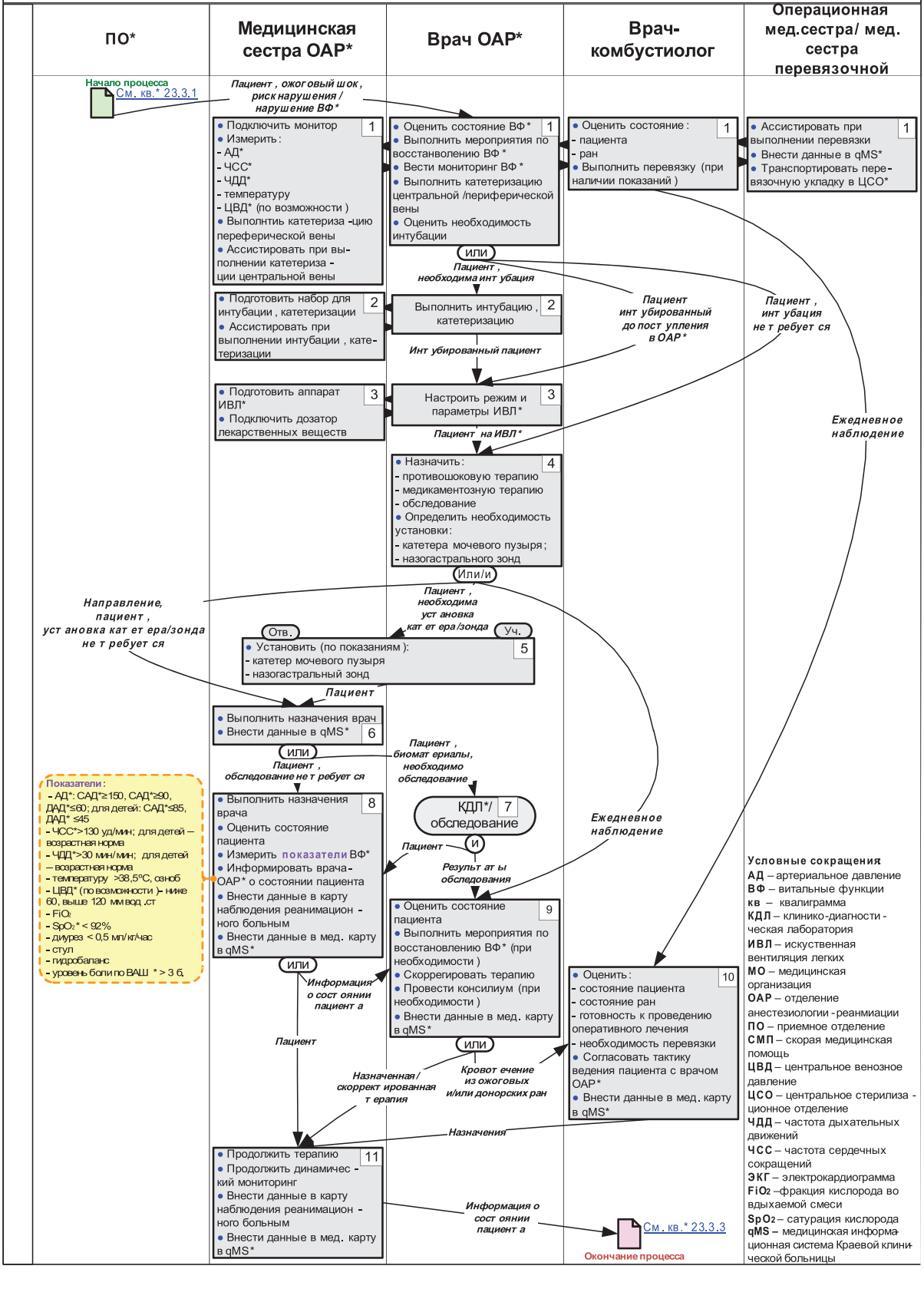
11. При решении о выписке пациента комбустиолог оформляет выписку с дальнейшими рекомендациями. Вносит данные в qMS.

VI. Показатели процесса

№	Показатели	Ед. изм.	Периодичность	Нормативное значение
1	Время от поступления до принятия решения о диагнозе	мин.	каждый пациент	15 мин.
2	Время от поступления до госпитализации	мин.	каждый пациент	60 мин.
3	Продолжительность лечения пациента	–	каждый пациент	Восстановление кожных покровов и стабилизация состояния пациента

СТУ 21.3-2016 Порядок оказания медицинской помощи пациентам с ожоговой травмой

21.3.2 Порядок оказания медицинской помощи в ОАР * № 4 ожогового центра (1 сутки)



ОРТОПЕДИЯ

БОЛЬ В СТОПАХ – ПЛАТА ЗА ПРЯМОХОЖДЕНИЕ

Ноги человека имеют идеальную форму и строение для выполнения функций, возложенных природой. Стопа – прочное образование, которое ежедневно выдерживает нагрузку тела и обеспечивает человеку прямохождение.

Анатомически идеальная форма здоровых стоп выполняет важную функцию амортизации при движениях. Благодаря амортизирующим сводам, толчки от соприкосновения с землей гасятся и не передаются на позвоночник и череп, что защищает от повреждения головной и спинной мозг.

Если по каким-то причинам в стопах возникают патологические изменения, они перестают полноценно выполнять свои функции, и это ведет к тяжелым последствиям. Боль в стопах – просьба вашего организма о помощи.

Первым поднялся австралопитек

Причины такого явления, как боли в стопах, бывают разнообразными. С точки зрения физиологии, усталость, деформация, боли в стопах – плата за прямохождение, ведь братья наши меньшие равномерно распределяют нагрузку на конечности при ходьбе и беге. По сути, они ходят на цыпочках, как балерины.

Стопа как таковая появилась только у приматов, но она резко отличается от человеческой – ведь обезьяны, даже человекообразные, большую часть жизни опираются на четыре конечности.

У приматов стопа плоская, пальцы длинные, изогнутые, подвижные, большой палец имеет хватательную функцию, может сильно отводиться в сторону.

Свод стопы, как амортизатор, появился у австралопитеков, 2,5-3,9 млн. лет назад. Большой палец стопы слегка противопоставлялся другим, но слабее, чем у современных обезьян, а вот отпечаток ноги был почти как у современного человека, и это значит, что австралопитек редко опирался на передние конечности.

В связи с прямохождением, нижние конечности человека стали более массивными, но все равно с возрастом даже у здоровых людей ноги устают от многолетней нагрузки, тем более что большинство пожилых людей страдают от излишнего веса.

Причины болей многочисленны

Патологические изменения в стопах возникают в любом возрасте, даже у маленьких детей.

Человеческая стопа – сложный биомеханизм из 26 костей, большого количества суставов, связок, сухожилий, мышц и фасций, широкой сети кровеносных сосудов и нервных волокон. Боль в стопах может развиваться при поражении любых из вышеперечисленных анатомических структур.

Главная особенность человеческой стопы – два свода, продольный и поперечный. Именно они обеспечивают специфическую куполообразную форму стопы и функцию амортизации. Образуются своды благодаря связкам и соединительнотканным пластинкам подошвы – апоневрозам. Если эти структуры ослабевают, своды уплощаются, и развивается плоскостопие, которое часто выступает причиной болезненности в ногах.

Лечение плоскостопия обязательно – нельзя допустить его пагубного влияния на структуры позвоночника. Ведь не зря мужчин с грубым плоскостопием и деформацией стоп даже не берут в армию.
Одной из распространенных причин болевого синдрома в стопах является ношение неудобной обуви: туфель на высокой шпильке, тесной обуви, обуви с узким носком.

Если люди систематически носят нефизиологичную обувь, стопа постепенно деформируется и теряет основные функции. В будущем такое состояние превратится в болезнь не только ног, но и позвоночника.

Сильные боли в стопах вызывают подошвенный фасциит и пяточная шпора.

Плантарный фасциит – асептическое воспаление подошвенного апоневроза, пластинки соединительной ткани, которая начинается от пяточной кости и крепится к головкам плюсневых костей. Именно эта структура лежит в основе свода ступни. В норме в месте прикрепления апоневроза к пятке постоянно происходят микроразрывы во время физической нагрузки, но в период отдыха организм успевает самостоятельно «залечить раны».

Если нагрузки на стопы чрезмерные, в месте травмирования апоневроза развивается асептическая воспалительная реакция. В таких случаях нога болит постоянно, и если вовремя не принять меры, со временем развивается пяточная шпора. Это своеобразный нарост на пятке, в основе которого осификация пораженного участка подошвенной фасции.

Еще одна причина боли – деформирующий остеоартроз. Это дегенеративно-дистрофическое заболевание, в основном пожилых людей. Но если присутствуют факторы риска – ожирение, врожденные деформации стоп, то болезнь может развиться в молодом возрасте.

При этом чаще всего боль локализируется около пальцев, усиливается под конец рабочего дня, сопровождается характерным хрустом в суставах, их деформациями.

Артрит пальцев стоп встречается не часто. Среди причин воспалительного поражения суставов можно отметить ревматоидный артрит. При нем боль носит постоянный характер, сопровождается чувством скованности, не проходит после принятия противовоспалительных средств. Со временем развиваются выраженные деформации в суставах стоп, что иногда приводит к инвалидности.

Боли в стопах характерны при подагре – нарушении пуринового обмена в организме. При этом в виде солей в периферических тканях и суставах откладывается мочевая кислота. Это приводит к развитию специфического подагрического артрита.

Как правило, острый приступ подагры начинается внезапно, среди ночи. Поражается большой палец на стопе. Боль настолько сильная, что человек не может даже ступить на ногу. Одновременно пораженный сустав краснеет, опухает и становится горячим.

Часто причиной боли в ступнях являются травматические повреждения костей, суставов и мягких тканей. Вывихи, подвывихи, компрессионные переломы костей стоп, растяжения и разрывы связок, мышц могут стать причиной болезненности в ногах.

Заболевания нервных окончаний стоп также могут выступать причиной болезненности. Полинейропатии различного генеза (например, диабетические) вызывают постоянную боль, которая может локализироваться в пятке, с внешней стороны стопы или с внутренней.

Доброкачественные образования нервных волокон – невриномы также часто вызывают постоянную боль в стопе, жжение, онемение и покалывание. Излюбленная локализация невриномы – основа III и IV пальцев стопы.

Боль в стопах развивается при поражении артерий. Основными причинами выступают:

– атеросклероз;
– сахарный диабет;
– системные васкулиты;
– синдром Рейно;
– облитерирующий эндартериит;
– другие ангиопатии.

Все эти заболевания приводят к дефициту кровоснабжения стопы и ишемии ее тканей. При далеко зашедшем патологическом процессе может развиваться гангрена стопы, что требует неотложной ампутации.

Редкое патологическое состоянин, эритромелалгия, поражает в основном мужчин, сопровождается болью в ступнях и их покраснением. Приступ провоцирует нагревание конечности или ее длительная иммобилизация. Врачи отметили ассоциацию этого состояния с гипертонической болезнью, приемом некоторых медикаментов, полицитемией, миелопролиферативными гематологическими заболеваниями.

Дерматологические проблемы тоже являются причиной боли в стопах: мозоли, подошвенные бородавки, натоптыши, вросший ноготь, трещины пяток. Потому первым делом необходимо осматривать ноги на предмет этих кожных заболеваний. Избавиться от них не представляет трудности, а вместе с проблемой уйдет и боль.

Необходимо действовать

Что делать, если болят стопы? Конечно, носить удобную обувь и избегать травм.

Если боли связаны с плоскостопием, степень деформации сводов стопы можно определить с помощью прибора плантографа. Это можно сделать в ортопедических салонах Красноярска. Там на самом современном оборудовании исследуют стопы, подберут индивидуальные ортопедические стельки и дадут рекомендации.

Если характер болей непреходящий: появились покраснения, стопа холодная на ощупь, отечная, на ней высыпания, узелки, вам необходимо обратиться к врачу. Вначале к терапевту, а он в случае необходимости направит к узким специалистам. Это может быть сосудистый хирург, травматолог, ортопед, дерматовенеролог, гематолог, невролог или ревматолог.

Только специалист разберется в истинной причине боли и назначит правильное и эффективное лечение.

МЕДИНСТАЛ
медико-техническая фирма

Сеть ортосалонов «Мединстал»
тел. 218-17-20

Ближайший ортопедический салон «Мединстал» расположен на остановке «Краевая больница».

В ассортименте:

• бандажи; корсеты; корректоры осанки; ортезы на суставы;
• компрессионный и антиэмболический трикотаж;
• ортопедические стельки и коррегирующие приспособления для стопы; ортопедическая обувь;
• средства по уходу за лежачими больными;
• расходные материалы (катетеры, зонды, емкости для биологических жидкостей, мочеприемники, трахеостомические трубки;
• полимерные гипсы;
• кинезиотейпы
• современные перевязочные материалы;
• медицинские инструменты;
• медицинская техника и т.д.

Бесплатная доставка в отделения стационаров.

ХИРУРГИЯ

В ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРИХОДЯТ СКАЛЬПЕЛИ БУДУЩЕГО

Даже в местах неолитических стоянок обнаруживались бронзовые хирургические ножи, напоминающие сегодняшний брюшистый скальпель и грубые трефины для трепанации черепа. Считается, что отверстиями в черепе шаманы лечили головную боль.

Индийский врач Сушрута Самхита, живший за 500 лет до нашей эры, описал более 120 хирургических инструментов. Врачи в Древней Греции и Риме изготавливали скальпели и ланцеты из бронзы, железа и серебра.

Прорыв в создании хирургических инструментов сделал Абу аль-Касим аль-Захрави – он превратил хирургию в самостоятельную науку, основанную на знаниях анатомии. Он же изобрел кетгут – рассасывающийся шовный материал.

В эпоху Ренессанса хирурги научились делать ампутацию. Двойной ампутационный нож был изобретен именно в этот период в связи с возросшим количеством военных ранений от ружей и пушек.

Новая эра в развитии хирургических инструментов началась в XIX и начале XX века. Использовались новые материалы – нержавеющая сталь, хром, титан и ванадий, стали появляться высокоточные инструменты для микрохирургии, нейрохирургии, офтальмологии. А во второй половине XX века стали применяться электрические медицинские инструменты и техника – гальванокаутер, ультразвуковой и электрический скальпели, хирургические инструменты для эндоскопической хирургии, наконец, хирургические роботы.

В России по указу Петра I первая мастерская по изготовлению хирургических инструментов появилась в 1721 году в Петербурге, на Аптекарском острове.

Биография электроножа

Одним из основных факторов, определяющих появление новых поколений инструментов, является использование источников высокой энергии – для уменьшения травматичности операции, сокращения времени ее проведения, повышения качества выполнения оперативно-хирургических действий, совершенствования способов контроля выполнения манипуляций в зонах с ограниченным обзором, повышения экономической целесообразности.

Впервые электронож – нагретый кусок проволоки для прижигания тканей – использовал Беккерель в начале XVIII века.

В 1875 году Боттини разработал технику гальванокаутеризации при простатэктомии.

В 1892 году французский физиолог д'Арсонваль открыл, что переменный ток высокой частоты (10 кГц) при прохождении через живые ткани оказывает только тепловое воздействие.

В 1905 году чешский врач Цейнек применил тепло, образующееся при прохождении тока, для электрокоагуляции.

В 1907 году американец Форест сконструировал аппарат для рассечения тканей с помощью переменного тока высокой частоты. Регулировка глубины воздействия при этом была затруднительной – поверхностные слои обугливались раньше, чем разогревались более глубокие.

Успешно рассек ткани с помощью электроножа Черни в 1910 году.

В России электрохирургический метод для лечения опухолей начал использовать В. Н. Шамов в клинике Федорова в 1910-1911 годах.

Тканевые эффекты электрохирургии основаны на преобразовании электрической энергии в тепловую.

Механизм электрорассечения любой биологической ткани стандартен и состоит из нескольких этапов:

– При подаче в биологическую ткань электрической энергии происходит разогревание прилежащего к электроду клеточного массива с обратимым разрушением клеток.

– При превышении температуры до 49°С отмечается необратимое разрушение клеток.

– При дальнейшем повышении температуры происходит механическое разрушение ткани режущим электродом.

Для работы в режиме коагуляции применяют модулированный (импульсный) электрический ток высокой частоты.

Для работы в режиме «резания» используют немодулированный (синусоидальный) переменный ток низкого напряжения (до 500 В).

Эффект «резания» оптимален, когда кончик электрода находится в непосредственной близости от тканей, но не касается их.

Рассечение тканей более эффективно, если электрод имеет острый край.

Высокочастотные электрохирургические аппараты работают в контактном и бесконтактном режимах, объединенных в одну конструкцию или функционирующих раздельно.

Для электрокоагуляции и электродиссекции в монополярном режиме используют крючки различной формы. Для иссечения тканей применяют электроды иглообразной формы, в форме ножа, копья, косы, а также в виде петли.

Использование смешанного режима (резание – коагуляция) достигается при последовательном сочетании высокочастотных синусоидальных колебаний

для резания тканей с временными паузами для коагуляции.

Универсальные скальпели

Режущие электроды последнего поколения представляют собой 100%-ную альтернативу привычному скальпелю. Больше не нужно заменять скальпели во время операции.

Новые инструменты сочетают в себе возможности скальпеля и режущего электрода и при этом практически не оставляют шрамов – ведь при их использовании повреждается минимальная площадь тканей. Все дело в особенной форме лезвия, которая дает возможность распределять давление более точно, чем при работе обычным скальпелем.

Инновационные режущие электроды дают разрез с минимальным термическим повреждением окружающих тканей, вследствие чего постоперационные раны заживают быстрее, без образования шрамов, а пациент испытывает меньше болевых ощущений.

Режущие электроды просто скользят по ткани, мягко и быстро выполняя послойное препарирование, рассечение и коагуляцию. Примечательно, что прежние модели электрохирургических инструментов работали только после обычного скальпеля, которым рассекали кожу.

Теперь же о традиционном скальпеле можно забыть – современные модификации режущих электродов справляются с кожей, хрящами, сухожилиями, не говоря о мягких тканях. Разрез получается гладкий, чистый, ровный. Режущие электроды используются практически во всех хирургических профилях – абдоминальной, торакальной, эндокринной, гнойной, пластической, кардио-, нейрохирургии, урологии, комбустиологии, ангиологии, гинекологии, травматологии, трансплантологии.

Инновация значительно облегчает работу хирурга и заживление послеоперационной раны.

Впрочем, стоит отметить, что как бы ни совершенствовались инструменты, но, по образному выражению немецкого хирурга Фишера, вооруженная скальпелем рука хирурга – не более чем орудие его ума.

Мнение профессионалов

Комбустиолог Вячеслав Ластовский:

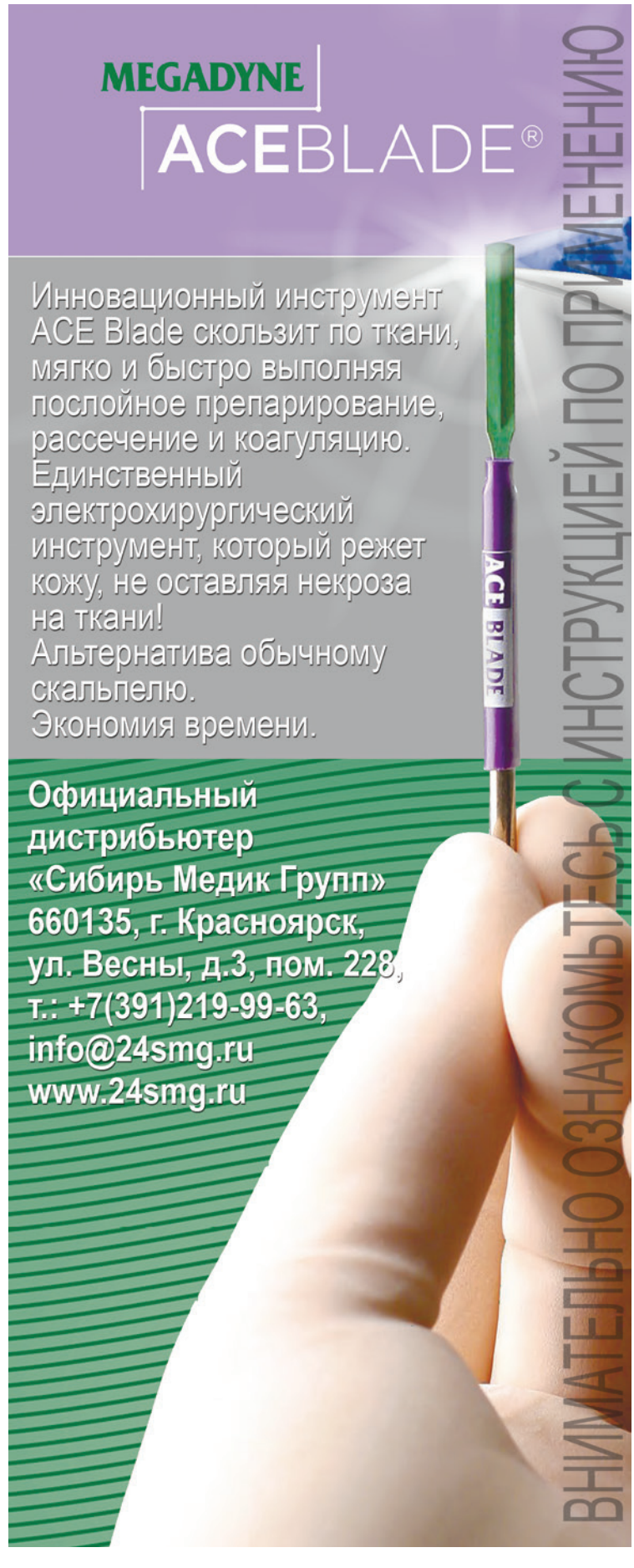
– Мы опробовали в отделении режущие электроды нового поколения при удалении рубцов и контрактур, при некрэктомии. Из приятных впечатлений: не так сжигают ткани, как предшественники, хорошее покрытие – меньше карбонизация. Если обычные электроды надо чистить, здесь достаточно протереть салфеткой.

Кардиохирург Артур Мызников:

– Мы используем режущие электроды для выделения аорты, рассечения спаек и одновременно для гемостаза. Чем сложнее операция, тем важнее применение высокотехнологичных инструментов. В кардиохирургии качественные инструменты имеют огромное значение.

Гнойный хирург Вячеслав Дятлов:

– Удобный инструмент. Экономится время на очистку электрода, в нашей работе это важно.



ХИРУРГИЯ

ВОЗВРАТНЫЕ ЭЛЕКТРОДЫ ПРЕВРАЩАЮТСЯ В КОВРИКИ

Принцип работы электрохирургических инструментов неизменен с тех самых пор, когда врачи впервые стали применять электроскальпели для коагуляции.

Генератор тока – активный электрод (каутер) – заземляющая прокладка (возвратный электрод).

Электрохирургия основана на преобразовании энергии электрического тока в тепловую. Прикосновение каутера вызывает коагуляцию или разрез тканей.

О риске диатермических ожогов

В электрохирургических приборах используют ток сверхвысокой частоты – 0,1-3 млн Гц, в то время как частота тока в электросети, например, составляет 50-60 Гц. Именно поэтому применение электроскальпеля не вызывает фибрилляции желудочков сердца.

Но все же электрохирургия может быть опасна – ожогом в месте соприкосновения возвратного электрода с телом пациента. Конечно, конструкция любого возвратного электрода позволяет избегать ожогов в области контакта вследствие низкой плотности тока и широкой площади электрода, но, увы, несчастья случаются.

Нарушение функции возвратного электрода может быть вызвано его отсоединением от прибора, плохим контактом с телом, недостаточным количеством гелевой прослойки. В подобных ситуациях может возникнуть электроожог – тяжелый, III-IV степени. Пациент находится под наркозом и не может вовремя сигнализировать хирургу о неполадках.

Профилактика диатермических ожогов заключается в правильном наложении возвратного электрода (вне костных выступов, старых послеоперационных или ожоговых рубцов) и избежании заземления больного. Запрещается располагать пластину вблизи металлических протезов или костных выступов, не рекомендуется накладывать пластину на интенсивно потеющие участки тела, следует избегать затекания жидкости под пластину, предотвращать высыхание марли, покрывающей пластину.

Не следует сворачивать кольцами шнур электрода во избежание пробоя изоляции при достижении максимальной мощности. При этом возможно развитие «трансформаторного эффекта» с ожогом тела пациента.

Электропровода, направляющиеся к пациенту, должны расходиться, а не перекрещиваться.

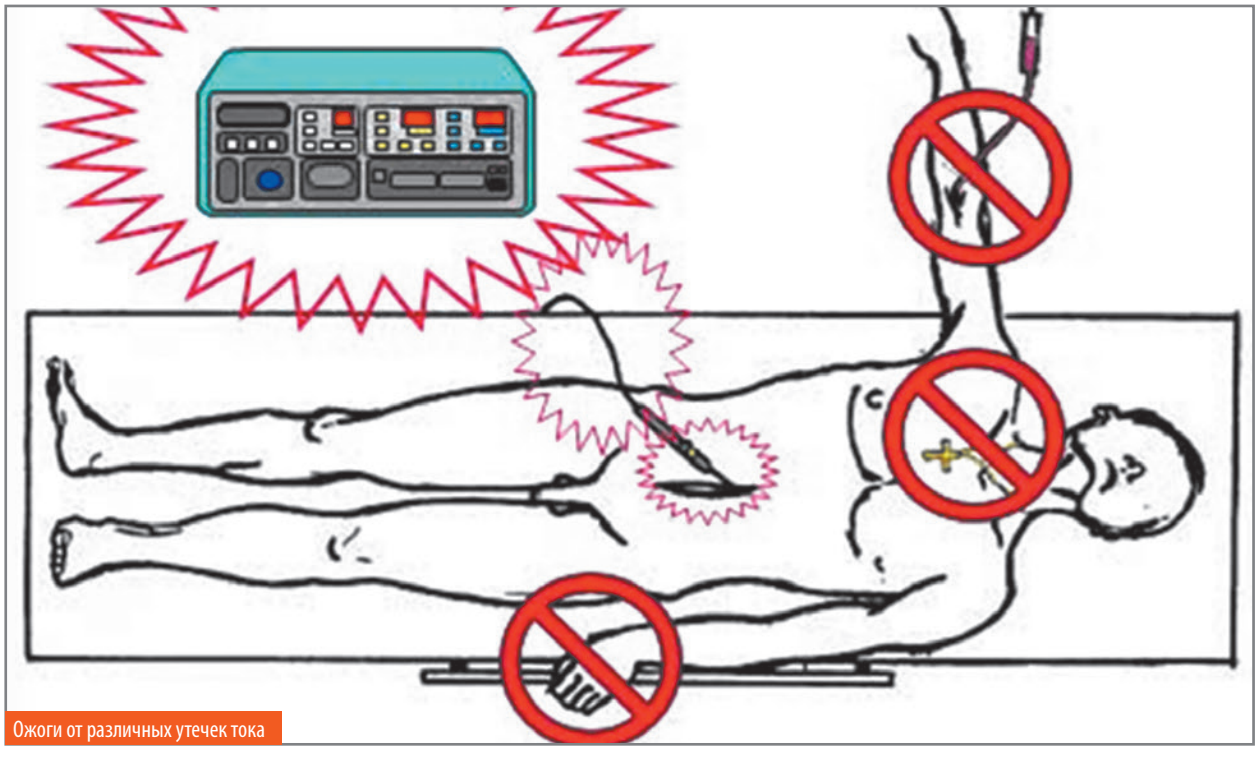
Ни в коем случае нельзя прокладывать шнур под пациентом (при микротрещинах возможен пробой изоляции).

Таким образом, основные риски в работе с обычным возвратным электродом связаны с человеческим фактором. Но разработки электрохирургической техники не стоят на месте: сегодня создаются приборы с гарантией безопасности пациента. Примером могут служить инновационные возвратные электроды, которые полностью исключают риск ожога.

Заземляющие прокладки нового поколения

Вот какие отзывы о новейших полимерных электродах дают специалисты знаменитого столичного военного госпиталя им. Вишневского.

– Возвратный электрод использовался в кардиохирургическом отделении при операциях на сердце, – рассказывает заведующий



Ожоги от различных утечек тока

операционным отделением Алексей Колтунов. – Электрод безопасен. Для нас чрезвычайно важно, что его можно использовать при электрокардиостимуляторе, металлических протезах без риска получить ожоги блуждающим током. Электрод удобен – не надо крепить на голое тело. Считаю, что такая комфортная заземляющая прокладка должна быть обязательно включена в работу любого хирургического отделения.

Что же представляют собой возвратные электроды, апробированные в институте Вишневского?

Новейшие покладки отличаются от обычных внешне: это прорезиненные гелевые подушки, внутри которых по всей плоскости расположена тонкая медная пластина в форме микросетки с возможностью замыкания электрической цепи.

Прокладки сочетают технологии возвратного электрода и антипролежневого матраса. Пациента просто кладут на комфортный коврик, можно в одежде, и выполняют любые операции.

Электроды подходят для детей всех возрастов, даже для недоношенных весом менее килограмма – есть несколько разновидностей для малышей и взрослых. У них «незаметные» провода, в которых невозможно запутаться, и они даже обладает функцией подогрева. После использования прокладка легко обрабатывается жезинфицирующими средствами.

Но самое важное качество новейших электрических «ковриков» – абсолютная безопасность по сравнению с привычными рассеивающими электродами. За время применения в разных странах мира за 70 миллионов поцедур не обнаружено ни одного локального ожога – даже если оперативное вмешательство проводилось во влажной среде или у пациентов с установленными электрокардиостимуляторами или суставными протезами.

Возвратные электроды нового поколения чрезвычайно экономичны. Они совместимы со всеми электрокоагуляторами, используются многоразово, неограничено, с гарантией до двух лет. Если стоимость использования одноразового электрода более 450 рублей, то при условии ежедневного использования нового возвратного электрода в течение двух лет одна процедура будет обходиться не более чем в 260 рублей.

Чем больше операций делает клиника, тем меньше стоимость одного раза использования, потому что ресурс пластин не ограничен количеством раз, а только временем работы.

Мнение профессионалов

Андрей Хлебников, заведующий ожоговым отделением:

– Электрохирургические инструменты в комбустиологии используются часто, особенно при некрэктомии – для коагуляции сосудов.

Мы опробовали возвратный электрод нового поколения – это очень комфортно: провода не болтаются, никакого риска ожога, а нашим пациентам лишние ожоги совсем ни к чему. Наше отделение единственное в больнице, где проходят лечение дети, иногда совсем маленькие. Для них возвратный электрод в виде коврика незаменим, очень удобно оперировать.

Александр Вохмин, заведующий отделением урологии:

– Возвратный электрод в виде коврика понравился. Мы, урологи, имеем дело с агрессивной средой, моча прекрасно проводит ток. Коврик гарантирует безопасность пациенту, нет риска задеть провода, удобно работать.

НЕФРОЛОГИЯ

СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Е. С. Ивлиева, С. А. Догадин, С. В. Ивлиев
КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

На заместительной почечной терапии в мире находятся почти полтора миллиона пациентов, и большая их часть (68,7%) – на хроническом программном гемодиализе [1]. Прогресс в области диализа позволил значительно продлить и улучшить качество жизни таких пациентов [2, 3].

В связи с этим становится актуальным выявление и своевременная коррекция сопутствующих патологических состояний, в том числе заболеваний щитовидной железы [4]. Частота выявления структурных изменений и нарушения функции щитовидной железы у пациентов на диализе, по данным различных исследований, варьирует [5, 6, 7, 8]. Так, распространенность диффузного зоба в этой группе больных может достигать 56%, а узлового зоба – до 55% [7]. Имеются указания на значимую распространенность гипотиреоза у пациентов на гемодиализе [9, 10, 11]. Обсуждаются вопросы роли йодного дефицита в развитии патологии щитовидной железы у больных ХПН [6].

Подчеркивается необходимость исследования состояния щитовидной железы у больных, находящихся на гемодиализе с целью ранней диагностики тиреоидной патологии [12]. Однако диагностика первичной патологии щитовидной железы у больных с ХПН в клинике обычно отходит на второй план или затруднена из-за того, что большинство клинических симптомов относят на счет проявления тяжелой почечной недостаточности [4].

ХПН является одной из основных причин формирования так называемого синдрома эутиреоидной патологии [13, 14, 15]. Синдром эутиреоидной патологии (СЭП) – это изменение тиреоидного гомеостаза при соматических заболеваниях в отсутствие собственно патологии щитовидной железы, характеризующееся снижением уровня тиреоидных гормонов в крови и тканях [16, 17, 18]. Имеются основания полагать, что выявление СЭП может быть использовано с прогностической целью у больных ХПН на заместительной почечной терапии [19].

Цель работы

Изучение состояния щитовидной железы и тиреоидного статуса у больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе, проживающих в Восточной Сибири.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, находящиеся на амбулаторном программном гемодиализе в центрах экстракорпоральной гемокоррекции трех городов Восточной Сибири (Красноярск, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», заведующий отделением гемодиализа И. В. Кульга; Якутск, ГУ «Республиканская больница № 1 – национальный центр медицины», отделение хронического гемодиализа, заведующий отделением А. В. Николаев; Чита, ГУЗ «Областная клиническая больница», отделение гемодиализа, заведующий отделением А. В. Серин).

В исследование не вошли пациенты с диагностированной до начала проведения гемодиализа патологией щитовидной железы, а также с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью IV класса (NYAH), некорригируемой артериальной гипертензией (уровень АД на фоне проводимой терапии выше 180/100 мм рт. ст.), перенесшие трансплантацию почки, имевшие указания на малигнизацию, подвергавшиеся на последние 6 месяцев полостному или ревскуляризационному (в том числе стентирование) оперативному вмешательству, имевшие на момент осмотра клинически значимое повышение уровня трансаминаз и/или билирубина, получавшие в последние 6 месяцев лекарственные препараты, способные повлиять на функциональную активность щитовидной железы и метаболизм гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси.

В исследование включено 234 пациента с ХПН, в том числе 105 мужчин и 129 женщин, в возрасте 45 [30. 59] лет. Все пациенты находились на бикарбонатном диализе (диализные аппараты Fresenius-4008B, 4008S) в режиме по 4 часа 3 раза в неделю не менее месяца и имели удовлетворительный комплаенс к лечению. Продолжительность лечения гемодиализом от 1 до 167 (46 [18; 81]) месяцев.

Региональных отличий в соотношении по полу, возрасту и длительности пребывания на гемодиализе у обследованных больных с ХПН в городах Восточной Сибири не было (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе в городах Восточной Сибири

Показатель	Регион		
	Чита (n=75)	Якутск (n=54)	Красноярск (n=105)
	1	2	3
Мужчин/женщин	39/36	28/26	48/57
Возраст, лет	47 [42; 54]	50 [41; 52]	51 [43; 57]
Длительность пребывания на гемодиализе, мес.	56 [24; 80]	48 [32; 74]	46 [20; 77]

Причинами развития ХПН у обследованных пациентов явились хронический гломерулонефрит (75%), хронический пиелонефрит (12%) и поликистоз почек (13%).

Всем пациентам проводились анкетный опрос для выявления характерных жалоб и наследственной отягощенности по тиреоидной патологии, антропометрия, общеклиническое обследование с пальпа-

цией щитовидной железы, сонография щитовидной железы, исследовалось содержание в крови тиротропина (ТТГ), свободных тироксина (свТ4) и трийодтиронина (свТ3), а также антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Обследование проводилось одномоментно, в зимний период.

Сонографическое исследование щитовидной железы проводилось аппаратом «AlokaSSD 500», линейным датчиком 7,5 мГц. Объем щитовидной железы рассчитывался по методу J.Brunn et.al.

Забор крови проводился в утренние часы натощак, из локтевой вены до проведения очередного сеанса гемодиализа (до введения гепарина). Для исследования гормонов использовалась сыворотка.

После получения сыворотка замораживалась и хранилась при температуре ниже -200 С°. Транспортировка осуществлялась в термоконтейнерах, без размораживания. Анализы проводились одномоментно в гормональной лаборатории Красноярска.

Учитывая рекомендации [21, 22] для исследования уровня тиреоидных гормонов использовался твердофазный одностадийный конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА). Свободный тироксин (свТ4) определялся с помощью теста-набора Accu-Bind ELISA Microwells–fT3 (производитель: Monobind Forest, USA, норма: 10-23,2 пмоль/л), свободный трийодтиронин (свТ3) – тест-набором Тироид-ИФА-свТ4, (ЗАО «АлкорБио», Россия, норма: 2,15-6,5 пмол/л), тиреотропный гормон (ТТГ) – с помощью тест-набора Тироид-ИФА-ТТГ-1 (ЗАО «АлкорБио», Россия, норма: 0,23-3,4 мкМе/мл), содержание антител к тиропероксидазе (АТ-ТПО) определялся с помощью тест-набора ORG-503 Anti-TPO (Orgentec Diagnostica Gmbh, Германия, норма: 0-50 Ед/мл).

Результаты и их обсуждение

При оценке объективного статуса ни у одного из пациентов не обнаружено явных клинических проявлений гипо- или гиперфункции ЩЖ.

Медианы исследуемых гормональных показателей у всей группы обследованных диализных пациентов были в пределах нормальных популяционных значений и составили для свТ3 – 2,9 [2,2-3,5] пмоль/л, для свТ4 – 11,4 [9,9-12,9] пмоль/л, ТТГ – 1,2 [0,8-1,9] мкМЕ/мл, для АТ-ТПО – 8 [6,1-10,1] ЕД/мл. Гендерных, возрастных и региональных различий в концентрации показателей тиреоидной панели не было.

Всем обследованным проведено ультразвуковое исследование ЩЖ. Медиана тиреоидного объема у женщин составила 13,9 [10,4; 20,4] мл, а у мужчин – 17,3 [12,9; 23,5] мл, что укладывалось в границы принятой полово-возрастной нормы.

По данным гормонального обследования, у 5 пациентов (2,1%) (двое мужчин и три женщин из разных регионов), содержание ТТГ оказалось повышенным (от 5,8 до 9,6 мкМе/мл), при этом уровень тиреоидных гормонов был в норме (свТ3: от 2 до 3,1 пмоль/л, свТ4: 10,1-11,3 пмоль/л).

Таблица 2

Клиническая характеристика больных ХПН с повышенным уровнем ТТГ

Показатель	Значение
Число пациентов	5
Пол, мужчины/женщины	2/3
Возраст*, годы	50 (23-54)
Длительность пребывания на гемодиализе*, мес.	15 (6-68)
Число лиц с увеличенной ЩЖ	3
ТТГ*, мкМе/мл	7,4 (5,8-9,6)
Св. Т3*, пмоль/л	2,6 (2-3,1)
Св. Т4*, пмоль/л	10,4 (10,1-11,3)
АТ-ТПО*, Ед/мл	134 (62-638)

Примечание: * данные представлены в виде Me (мин.-макс.).

У этих пациентов также определено носительство АТ-ТПО (62-638 ЕД/мл). При повторном обследовании через 30 дней содержание ТТГ оставалось повышенным. Среди этих больных у трех человек выявлено увеличение ЩЖ (на 45-61% выше нормативных показателей). Состояние расценено как субклинический гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита. Среди обследованных больных ХПН не было выявлено лиц с явным гипотиреозом. По представленным в литературе данным, у больных ХПН на гемодиализе распространенность гипотиреоза, характеризующегося повышением уровня ТТГ 20 мкМе/мл и более в сочетании со снижением уровня свТ4, варьирует от 0 до 9,5% [7,14]. Не отмечено ассоциации гипотиреоза с зобом или титром микросомальных антител [14]. При обследовании больных ХПН китайской популяции находящихся на гемодиализе, явный гипотиреоз был диагностирован у 5,4%, у 9,5% содержание ТТГ в крови превышало верхнюю границу нормы но не достигало уровня 20 мкМе/мл при этом содержание Т3 и Т4 было в норме [7].

У остальных 229 пациентов с ХПН находящихся на заместительной почечной терапии (97,9%), среди которых 103 мужчин и 126 женщин, содержание ТТГ было в норме.

В этой группе при сонографическом обследовании у 46 человек определено диффузное увеличение ЩЖ.

Таблица 3

Клиническая характеристика больных ХПН с нормальным уровнем ТТГ в зависимости от объема ЩЖ

Показатель	Объем ЩЖ	
	Нормальный	Увеличен
Число пациентов	183	46
Пол, мужчины/женщины	91/92	12/36
Возраст**, годы	50 [38; 55]	51 [46; 55]
Длительность пребывания на гемодиализе**, мес.	45 [21; 81]	40 [19; 70]
Объем ЩЖ**, мл муж	15,8 [12,6; 21,1]	32,3 [28,3; 32,6]
жен	12,7 [9,8; 14,7]	25,4 [23,8; 27,9]
ТТГ**, мкМе/мл	1,3 [0,8; 1,9]	1,1 [0,7; 1,5]
Св. Т3**, пмоль/л	2,9 [2,2; 3,5]	3,1 [2,3; 3,7]
Св. Т4**, пмоль/л	11,4 [9,8; 13]	11,5 [10,1; 14]
АТ-ТПО**, Ед/мл	8 [6; 10]	8 [5; 28]
Число пациентов с АТ-ТПО > 50 Ед/мл (%)	1,09 (2)	17,39 (8)

Примечание: ** данные представлены в виде Me [25; 75].

	183	46	
	91/92	12/36	χ2=9,41 p=0,002

	50 [38; 55]	51 [46; 55]	U=3673; p=0,182
	45 [21; 81]	40 [19; 70]	U=4024; p=0,644
	15,8 [12,6; 21,1]	32,3 [28,3; 32,6]	U=0; p<0,0001
	12,7 [9,8; 14,7]	25,4 [23,8; 27,9]	U=0; p<0,0001
	1,3 [0,8; 1,9]	1,1 [0,7; 1,5]	U=3409; p=0,046
	2,9 [2,2; 3,5]	3, 1 [2,3; 3,7]	U=3780; p=0,286
	11,4 [9,8; 13]	11, 5 [10,1;14]	U=3905; p=0,449
	8 [6; 10]	8 [5; 28]	U=3847; p=0,367
	2, 2% (4)	19,6% (9)	χ2=17,62; p<0,001

Тиреомегалия была выявлена у 36 женщин (28,6% от числа обследованных женщин), объем ЩЖ был от 19,5 до 33,5 мл, медиана – 25,4 [23,8; 27,9] мл. Среди мужчин тиромегалия была выявлена только у 12 человек (11,7%), что оказалось значимо ниже, чем у женщин (χ2=6,83; p=0,009). Объем ЩЖ был от 26,7 до 36,4 мл, медиана составила 32,3 [28,3; 32,6] мл. В 8 случаях (17,4%) тиреомегалия сочеталась с диффузными и в 14 с локальными (30,4%) структурными изменениями ткани ЩЖ.

Носительство АТ-ТПО обнаружено у 13 пациентов (5,6% всех обследованных), в том числе у 10 женщин и 3 мужчин с нормальным уровнем ТТГ в крови и структурными изменениями в ткани ЩЖ при нормальном или увеличенном ее объеме, что свидетельствовало об аутоиммунном тиреоидите (АИТ).

Таблица 4

Клиническая характеристика больных ХПН с нормальным уровнем ТТГ в зависимости от носительства АТ-ТПО

Показатель	Носительство АТ-ТПО	
	Нет	Да
Число пациентов	216	13
Пол, мужчины/женщины	100/116	3/10
Возраст**, годы	50 [39; 55]	52 [46; 56]
Длительность пребывания на гемодиализе**, мес.	45 [18; 79]	34 [15; 43]
Объем ЩЖ**, мл	15,1 [12,1; 21,2]	23,7 [16,6; 31]
Число пациентов с зобом	37 (17,1%)	9 (69,2%)
ТТГ**, мкМе/мл	1,2 [0,8; 1,9]	1,3 [0,8; 1,6]
Св. Т3**, пмоль/л	2, 9 [2,2; 3, 5]	3, 1 [1,7; 3,3]
Св. Т4**, пмоль/л	11,4 [9,9;13,1]	11,6 [9,9; 12,8]
АТ-ТПО**, Ед/мл	8 [6; 10]	201 [60; 334]

Примечание: ** данные представлены в виде Me [25; 75].

	216	13	
	100/116	3/10	χ2=1,82; p=0,178
	50 [39; 55]	52 [46; 56]	U=1171; p=0,314
	45 [18; 79]	34 [15; 43]	U=1059; p=0,136
	15, 1 [12,1; 21,2]	23,7 [16,6; 31]	U=696; p=0,002
	37 (17,1%)	9 (69,2%)	χ2=20,7; p<0,001
	1,2 [0,8; 1,9]	1,3 [0,8; 1,6]	U=1325; p=0,733
	2,9 [2,2; 3,5]	3,1 [1,7; 3,3]	U=1316; p=0,703
	11,4 [9,9; 13,1]	11,6 [9,9; 12,8]	U=1400; p=0,986
	8 [6; 10]	201 [60; 334]	U=0; p<0,0001

Показатель распространенности носительства АТ-ТПО в обследованной нами группе больных ХПН соответствует имеющимся в литературе данным, согласно которым распространенность носительства АТ-ТПО у больных в терминальной стадии ХПН может варьировать от 0 до 13% [8].

Среди 13 пациентов с АИТ у 10 человек (76,9%) причиной развития ХПН являлся хронический гломерулонефрит. В литературе обсуждается взаимосвязь между гломерулонефритом и АИТ [28].

В 23 случаях (9,8%) при сонографическом обследовании были выявлены очаговые изменения в ЩЖ диаметром 1 см и более. Такие образования были обнаружены у 18 женщин (13,95% обследованных женщин) и 5 мужчин (4,76% обследованных мужчин). Признаки узлового образования обнаружены у 13 пациентов (5,5% обследованных), признаки кистозной дегенерации – у 10 пациентов (4,27% обследованных). В 9 из 23 случаев было выявлено более одного образования в щитовидной железе. В 7 случаях узловые образования были обнаружены в обеих долях ЩЖ. У 14 обследованных пациентов образования в ЩЖ обнаружены на фоне диффузного ее увеличения и нормальной эхогенности тиреоидной ткани.

Распространенность зоба у пациентов в терминальной стадии ХПН имеет географическую зависимость [8]. По результатам ультрасонографии щитовидной железы зоб не был обнаружен у обследованных в Великобритании и Австрии, в то же время его распространенность среди обследованных в Японии составила 30%, а в Дании – 60%. Увеличение объема щитовидной железы у больных с ХПН связывают с повышением в крови и тиреоидной ткани неорганического йода из-за снижения экскреции его с мочой. Высокая концентрация интратиреоидного йода тормозит синтез гормонов и ведет к развитию зоба [14]. Показано, что ограничение содержания йода в пище способствует уменьшению объема щитовидной железы у больных с ХПН через 2-15 недель, а при повышенном содержании ТТГ в крови (и нормальном содержании Т3 и Т4) – нормализации его уровня [29].

Наше исследование было выполнено в трех регионах Восточной Сибири, где отмечена легкая и среднетяжелая недостаточность йода в окружающей среде. При ультрасонографии зоб был выявлен у 20,9% обследованных пациентов с ХПН. По данным аутопсий, в регионе легкого йоддефицита превышение нормального объема ЩЖ у взрослого населения в среднем составляет 16% [27].

Результаты обследования в регионе йодного дефицита в Турции показали, что среди больных ХПН на заместительной почечной терапии распространенность зоба составила 32,2%, в то же время у здоровых лиц она оказалась достоверно ниже – 23,5%. Распространенность узлового зоба среди больных также было достоверно выше, чем у здоровых обследованных (36,8 и 17,1% соответственно) [6].

Частота диффузного зоба у больных ХПН не ассоциируется с возрастом, расой, содержанием в крови ТТГ и АТ-ТПО [14].

Увеличение щитовидной железы чаще регистрируется у больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе более года, чем у больных ХПН в додиализной стации или на диализе продолжительностью до года [14]. В группе обследованных нами пациентов с ХПН на гемодиализе до года зоб был диагностирован у 6 человек (16,2%), находящихся на гемодиализе более года – у 40 человек (20,8%, p=0,0521).

У 174 больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе, не было выявлено собственной патологии ЩЖ. При анализе тиреоидного статуса у 28 пациентов (16,1%) был отмечен сниженный уровень свТ3, а у 33 (19%) пониженный уровень свТ4, у 11 (6,3%) обследованных было отмечено сочетанное снижение обоих тиреоидных гормонов. Согласно современным представлениям, низкий уровень свТ3 в крови при отсутствии патологии щитовидной железы у пациентов с тяжелой соматической патологией является признаком СЭП, при этом изолированное снижение свТ3 свидетельствует о СЭП типа 1, а сочетанное снижение свТ3 и свТ4 – о СЭП типа 2 [23]. Таким образом, среди обследованных нами пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, СЭП типа 1 был выявлен у 28 человек, а СЭП типа 2 – у 11 человек.

Выявленное изолированное снижение содержания свТ4 в крови у обследованных больных обращает на себя внимание, так как не описано в литературе для этой категории больных.

Таким образом, среди 234 обследованных пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, жителей Восточной Сибири, у 25,6% впервые диагностированы заболевания ЩЖ, у 43,6% не было выявлено тиреоидной патологии, а у 16,7% определены СЭП 1 и 2 типов.

Литература

1. Бикбов Б. Т. Выживаемость и факторы риска неблагоприятных исходов у больных на программном гемодиализе // Нефрология и диализ. 2014. Т. 16. № 4. С. 280-296.

2. Руководство по диализу. Редакторы: Джон Т. Даугирдас, Питер Дж. Блейк, Тодд С. Инг/ Пер. с англ. Под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. Четвертое издание – М., 2012. – 744 с.

3. Европейские рекомендации по оптимальной практике -гемодиализа. (часть первая). Nephrology Dialyses Transplantation, Vol. 17 (2002), Suppl. 7 Перевод в Нефрология и диализ (приложение). 2009.

4. Avasthi G., Malhotra S., Narang A.P.S., Sengupta S. Study of thyroid function in patients of chronic renal failure // Indian Journal of Nephrology. 2011. V. 11. P. 165-169.

5. Lebkowska U., Malyszko J., Mysliwiec M. Thyroid function and morphology in kidney transplant recipients, hemodialyzed, and peritoneal dialyzed patients // Transplant Proc. 2013. V. 8. P. 2945-2948.

6. Kutlay S., Atli T., Koseogullari O., Thyroid disorders in hemodialysis patients in an iodine-deficient community //Artif.Organs. 2015. V. 4. P. 329-332.

7. Lin C.C., Chen T.W., Ng Y.Y. et al. Thyroid dysfunction and nodular goiter in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // Perit. Dial. Int. 1998. V. 18. P. 516.

8. Kaptein E.M., Quion-Verde H., Chooljian C.J et al. The thyroid in end-stage renal disease // Medicine (Baltimore). 1988. V. 67. P. 187-197.

9. Bando Y., Ushiogi Y., Okafuji K. et al. Non-autoimmune primary hypothyroidism in diabetic and non-diabetic chronic renal dysfunction .// Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2012. V. 110. P. 408-415.

10. Sanai T., Inoue T., Okamura K. et al. Reversible primary hypothyroidism in Japanese patients undergoing maintenance hemodialysis // Clin.Nephrol. 2008. V. 69. P. 107-113.

НЕВРОЛОГИЯ

НЕЙРОЦИТОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

В. В. Ковальчук
СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н. А. Семашко»
Центр медицинской реабилитации

Степень восстановления двигательных, чувствительных, когнитивных функций, уровень социально-бытовой адаптации, нормализация психоэмоционального состояния пациентов после инсульта, а также качество их жизни в существенной степени зависит от своевременного и адекватного применения различных методов физической и нейропсихологической реабилитации, осуществления правильного ухода, соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения данной категории пациентов [5, 6, 7]. Однако, согласно результатам различных исследований, использование нейроцитопротекторных препаратов в рамках комплексной реабилитации также играет немаловажную роль в повышении эффективности восстановительного лечения [3, 4].

Для изучения влияния нейроцитопротекторной терапии на эффективность реабилитации пациентов после инсульта было проведено исследование влияния на степень восстановления различных неврологических функций пациентов, перенесших инсульт, уровень их социально-бытовой адаптации и качество жизни препарата цитофлавин.

Материал и методы

Анализу были подвергнуты результаты лечения 1450 пациентов, перенесших ишемический инсульт. Демографические характеристики пациентов: средний возраст 770 женщин и 680 мужчин составил 68,5 года (от 36 до 86 лет).

Пациенты были разделены на две группы по 725 человек (получавшие и не получавшие цитофлавин), которые были стандартизированы по различным показателям, таким, как возраст, пол, выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровень адаптации, а также проводимые виды и методы терапевтической, нейропсихологической и психотерапевтической реабилитации. Стандартизация исследуемых групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Стандартизация групп исследования – % (абсолютное число)

Показатель		Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин	p
Пол		Ж. – 53, 1% (385) М. – 46, 9% (340)	Ж. – 53, 1% (385) М. – 46, 9% (340)	1
Возраст (средний)		69,7 лет	67,3 года	0,878
Состояние неврологических функций (средний % от максимального восстановления)		18,4%	19,3%	0,902
Уровень бытовой адаптации (средний % от максимального уровня)		14,1%	14,8%	0,943
Качество жизни (средний балл)		76 баллов	74 балла	0,912
Регулярная сексуальная жизнь до развития инсульта		44,7% (324)	49,2% (357)	0,579
Вождение автомобиля до развития инсульта		18,3% (133)	21,7% (157)	0,622
Проходившие ЛФК1		100% (725)	100% (725)	1
Методика ЛФК	Ингибирующая	81,7% (592)	78,5% (569)	0,633
	Функциональная	18,3% (133)	21,5% (156)	0,612
Проходившие ФТЛ2		77,6% (563)	79,2% (574)	0,922
Методика ФТЛ (среди проходивших ФТЛ)	Электростимуляция СМТ3	27,7% (156)	25,6% (147)	0,833
	Магнитотерапия	29,7% (167)	26,1% (150)	0,722
	Электрофорез	10,5% (59)	13,8% (79)	0,601
	Дарсонвализация	7,5% (42)	9,2% (53)	0,816
	ДМВ-терапия4	6,7% (38)	2,8% (16)	0,507
	Озокеритотерапия	17,9% (101)	22,5% (129)	0,458
Проходившие массаж		89,7% (650)	87,6% (635)	0,833
Проходившие ММТ5		21,2% (154)	19,6% (142)	0,856
Проходившие ИРТ6		19,3% (140)	21,2% (154)	0,838
Проходившие психотерапию		26,8% (194)	29,4% (213)	0,681
Получавшие вазоактивные препараты*		59,2% (429)	62,5% (453)	0,579
Получавшие антиагреганты и антикоагулянты**		100% (725)	100% (725)	1
Получавшие антидепрессанты и нейролептики***		26,8% (194)	29,4% (213)	0,681

Примечание: 1 – лечебная физическая культура; 2 – физиотерапевтическое лечение; 3 – синусоидальные модулированные токи; 4 – дециметроволновая терапия; 5 – мягкотканая мануальная терапия; 6 – иглорефлексотерапия; * – вазобрал, кавинтон (винпоцетин), сермион (ницерголин); ** – кардиомагнил, курантил (дипиридамол), плагрил (клопидогрел), варфарин, ксарелто (ривароксабан), прадакса (дабигатран); *** – амитриптилин, велафакс (венлафаксин), золофт (сертралин), плизил (пароксетин), терализен (алимемазин), триттико (тразодон), феварин (флувоксамин).

Цитофлавин назначался на первом и шестом месяцах инсульта.

Применялась следующая дозировка препарата – ежедневно внутривенно по 10 мл в течение 15 дней.

Используемая в ходе проведения настоящего исследования схема введения цитофлавина [1]:

– Sol. Glucosae – 5% – 200 + Sol. Cytoflavini 10;

– применение в насыщающих и поддерживающих дозах: в течение 5-10 минут скорость введения – 90 капель/мин., затем число капель снижалось до 20-30 капель в минуту.

Анализ результатов лечения производился по следующим параметрам: восстановление неврологических функций, уровень социально-бытовой адаптации, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Нарушение и степень восстановления неврологических функций определялись при помощи шкал Бартел [15], Линдмарка [14] и Скандинавской шкалы [16]. По шкале Бартел оценивались двигательные функции и бытовая адаптация; по шкале Линдмарка – функции движения и чувствительности; по Скандинавской – двигательные, речевые функции, ориентация во времени, пространстве и собственной личности. Степень восстановления определялась так: отсутствие восстановления – среднее арифметическое количество баллов, набранное по всем трем шкалам, составляло менее 30% баллов от их максимального количества; минимальное – 30-49%, удовлетворительное – 50-74%, достаточное – 75-94%, полное – более 94%.

Уровень бытовой адаптации определялся по шкале самооценки возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [13]. Степень адаптации определялась следующим образом: отсутствие бытовой адаптации – 0 баллов, минимальная – 1-29 баллов, удовлетворительная – 30-45 баллов, достаточная – 46-58 баллов, полная – 59 баллов.

Кроме того, оценивалась способность к независимому выполнению отдельных бытовых навыков (использование туалета, умывание, принятие ванны, одевание, прием и приготовление пищи, вождение автомобиля, сексуальная активность).

Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью опросника Бека [12] и шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда [11], на основании которых в процентном отношении определялось среднее значение распространенности депрессии в каждой группе и степень ее выраженности.

Качество жизни пациентов определялось с помощью профиля влияния болезни (SicknessImpactProfile) [8,10] и оценивалось следующим образом: отсутствие нарушений качества жизни – 0 баллов, минимальные нарушения – 1-10 баллов, легкие нарушения – 11-25 баллов, умеренные нарушения – 26-40 баллов, выраженные нарушения – 41-55 баллов, грубые нарушения – более 55 баллов.

Критерии включения пациентов в настоящее исследование:

– диагноз – инфаркт головного мозга, подтвержденный КТ и МРТ;

– степень нарушения неврологических функций (количество баллов по шкалам Бартел, Линдмарка и Скандинавской – не более 24% от максимального количества баллов);

– степень социально-бытовой дизадаптации:

– количество баллов по шкале Мертон и Саттон – не более 24% от максимального количества баллов;

– зависимость при выполнении и/или невозможность осуществления основных социально-бытовых навыков;

– психоэмоциональное состояние (наличие депрессии;

– качество жизни (количество баллов согласно профилю влияния болезни – более 55 баллов).

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакетов программы SPSS 16.0. Для сравнения качественных признаков и процентных соотношений использовались критерий независимости качественных (категориальных) признаков χ^2, точный критерий Фишера и коэффициент неопределенности.

Наличие зависимости между изучаемыми признаками признавалось, когда доверительный уровень составлял $p<0,05$. При частоте изучаемого события менее пяти наблюдений в одной из ячеек таблицы использование критерия $\chi 2$ признавалось некорректным и требовало использования точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение

Согласно результатам исследования, применение цитофлавина в достоверной степени влияет на повышение эффективности восстановительного лечения пациентов после инсульта.

Так, в группе пациентов, которым назначался цитофлавин, достаточная и полная степень восстановления неврологических функций отмечалась у 66,2% больных, в группе больных, не получавших данный препарат, – у 38,5% ($p<0,001$) (таблица 2).

Использование цитофлавина вызывает достоверное повышение уровня бытовой адаптации пациентов. Так, в группе, получавшей препарат, достаточная и полная степень адаптации отмечалась в 64,3% случаев, а в группе больных, не получавших цитофлавин, – в 36,2% случаев ($p<0,001$) (таблица 2).

Таблица 2

Распределение пациентов с достаточной и полной степенью восстановления неврологических функций и бытовой адаптации в зависимости от использования цитофлавина, % (абсолютное число)

Влияние на восстановление функций		Влияние на бытовую адаптацию	
Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин	Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин
66,2 (480)	38,5 (279)	64,3 (466)	36,2 (263)

Примечание: достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне – $p<0,001$.

Использование цитофлавина оказывает достоверно значимое положительное влияние на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых навыков (таблица 3).

Так, в группе больных, в лечении которых использовался цитофлавин, 68,3% пациентов, зависимых при использовании туалета, приобрели независимость, и 47,4% – среди не использовавших цитофлавин больных ($p<0,05$) (таблица 3).

В группе получавших цитофлавин 93,2% пациентов, зависимых при умывании, приобрели независимость, и 64,7% – среди не получавших препарат ($p<0,001$) (таблица 3).

Среди пациентов, получавших цитофлавин, 34,8% больных, зависимых при принятии ванны, приобрели независимость, и 18,5% – среди тех, кто не принимал препарат ($p<0,05$) (таблица 3).

В группе получавших цитофлавин 81,2% пациентов, зависимых в одевании, приобрели независимость, в группе не получавших цитофлавин – 43,7% ($p<0,0001$) (таблица 3).

В группе больных, получавших цитофлавин, 83,6% пациентов, зависимых в приеме пищи, приобрели независимость, среди не получавших препарат – 64,1% ($p<0,05$) (таблица 3).

В 40,3% случаев среди получавших цитофлавин, наблюдалось приобретение независимости при приготовлении пищи, и в 16,1% случаев среди больных, не применявших препарат ($p<0,01$) (таблица 3).

Использование цитофлавина играет существенную роль в нормализации сексуальной жизни пациентов. Так, в группе пациентов, проходивших курс восстановительного лечения с использованием цитофлавина, 71,4% больных, проявляющих сексуальную активность до развития инсульта, но утративших ее на фоне заболевания, вернулись к регулярным сексуальным контактам. Среди пациентов, не получавших цитофлавин, показатель составляет 26,3% ($p<0,0001$) (таблица 3).

Кроме того, применение цитофлавина способствует возвращению навыка вождения автомобиля. В группе пациентов, получавших цитофлавин, 27,2% больных вновь вернулись к вождению. Среди пациентов, не получавших цитофлавин, данный показатель составляет 9,7% ($p<0,05$) (таблица 3).

Таблица 3

Распределение пациентов по способности независимого выполнения навыков повседневной жизни в группах с применением цитофлавина и без него, % (абсолютное число)

Показатель		Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин
Туалет	Независимость	68,3 (495)****	47,4 (344)****
	Зависимость	31,7 (230)	52,6 (381)
Умывание	Независимость	93,2 (676)**	64,7 (469)**
	Зависимость	6,8 (49)	35,3 (256)
Принятие ванны	Независимость	34,8 (252)****	18,5 (134)****
	Зависимость	65,2 (473)	81,5 (591)
Одевание	Независимость	81,2 (589)*	43,7 (317)*
	Зависимость	18,8 (136)	56,3 (408)
Прием пищи	Независимость	83,6 (606)****	64,1 (465)****
	Зависимость	16,4 (119)	35,9 (260)
Приготовление пищи	Независимость	40,3 (292)***	16,1 (117)***
	Зависимость	59,7 (433)	83,9 (608)
Сексуальная активность	Способность	71,4 (518)*	26,3 (191)*
	Неспособность	28,6 (207)	73,7 (534)
Вождение автомобиля	Способность	27,2 (197)****	9,7 (70)****
	Неспособность	72,8 (528)	90,3 (655)

Примечание: достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: * – $p<0,0001$; ** – $p<0,001$; *** – $p<0,01$; **** – $p<0,05$.

Нормализация психоэмоционального состояния также в существенной степени зависела от использования цитофлавина. Так, среди пациентов, в лечении которых применялся данный препарат, депрессия через семь месяцев после перенесенного инсульта отсутствовала у 71,7% (рис. 1). При наличии депрессии в группе пациентов, которым назначался цитофлавин, легкая ее степень наблюдалась у 48,6% больных, а тяжелая – у 14,2% пациентов.

В группе же больных, не получавших данный препарат, аналогичные показатели составляют соответственно 49,3, 32,1 и 28,7% (рис. 1). Таким образом, применение цитофлавина вызывает достоверное по сравнению с контрольной группой улучшение психоэмоционального состояния постинсультных пациентов ($p<0,05$).

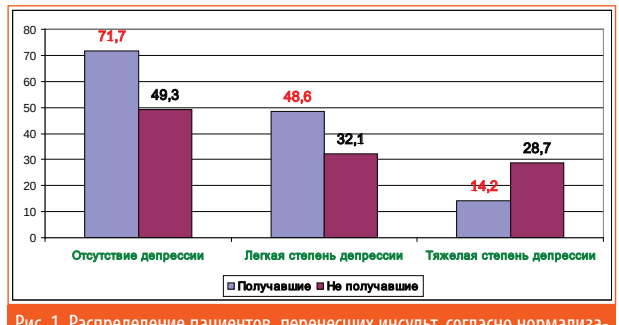


Рис. 1. Распределение пациентов, перенесших инсульт, согласно нормализации психоэмоционального состояния и степени выраженности депрессии при ее наличии в группах с применением цитофлавина и без него (в % к итогу).

Примечание: достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне – $p<0,05$.

Согласно результатам исследования, проведенного соответственно профилю влияния болезни (SicknessImpactProfile), уровень качества жизни пациентов, получавших цитофлавин, достоверно выше, нежели у больных, не получавших данный препарат.

Так, в группе пациентов, получавших цитофлавин, отсутствие нарушений качества жизни и их минимальная выраженность наблюдались у 78,5%, в контрольной группе – у 35,2% (p<0,0001) (рис. 2). Напротив, выраженные и грубые нарушения качества жизни отмечали 8,2% пациентов в группе цитофлавина и 27,5% – в контрольной группе (p<0,05) (рис. 2).

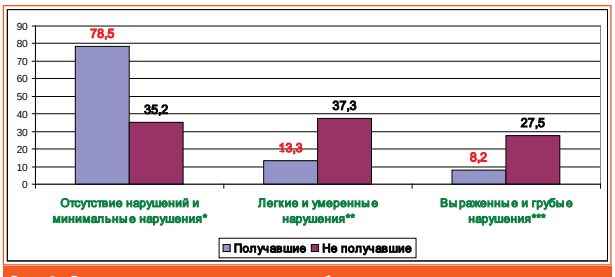


Рис. 2. Распределение постинсультных больных по степени выраженности нарушений качества жизни в группах с применением цитофлавина и без него соответственно профилю влияния болезни (SicknessImpactProfile) (в % к итогу).

Примечание: достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: * – p<0,0001; ** – p<0,01; *** – p<0,05.

Необходимо отметить, что цитофлавин достоверно улучшал и физические, и психосоциальные, и бытовые составляющие качества жизни.

Так, в группе пациентов, получавших цитофлавин, отсутствие нарушений физических характеристик качества жизни, таких, как уход за телом, перемещение, функциональная мобильность, и их минимальная выраженность наблюдались у 80,1% больных, в контрольной группе – у 39,9% (p<0,0001). Выраженные и грубые нарушения данных составляющих качества жизни отмечали 8,4% пациентов в группе цитофлавина и 27,3% – в контрольной группе (p<0,05) (таблица 4).

Отсутствие нарушений психосоциальных аспектов качества жизни (эмоциональность, социальное взаимодействие, инициативность, энергичность поведения, общение) и их минимальная выраженность отмечались у 68,8% пациентов, получавших цитофлавин, и у 46,8% больных, не получавших данный препарат (p<0,05). Выраженные и грубые нарушения данных составляющих качества жизни наблюдалось у 4,8% пациентов в группе цитофлавина и у 20,1% – в контрольной группе (p<0,05) (таблица 4).

В группе пациентов, получавших цитофлавин, отсутствие нарушений бытовых характеристик качества жизни (работа, сон, отдых, досуг, питание, ведение домашнего хозяйства) и их минимальная выраженность наблюдались у 62,8% больных, в группе не получавших цитофлавин – у 33,7% (p<0,001). Выраженные и грубые нарушения данных составляющих качества жизни отмечали 9,2% пациентов в группе цитофлавина и 22,3% – в контрольной группе (p<0,05) (таблица 4).

Таблица 4

Распределение постинсультных больных по степени выраженности физических, психосоциальных, бытовых аспектов качества жизни в группах с применением цитофлавина и без него – % (абсолютное число)

Аспекты качества жизни	Отсутствие нарушений и минимальные нарушения		Выраженные и грубые нарушения	
	Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин	Получавшие цитофлавин	Не получавшие цитофлавин
Физические	80,1 (581)*	39,9 (289)*	8,4 (61)***	27,3 (198)***
Психосоциальные	68,8 (499)***	46,8 (339)***	4,8 (35)***	20,1 (146)***
Бытовые	62,8 (455)**	33,7 (244)**	9,2 (67)***	22,3 (162)***

Примечание: достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: * – p<0,0001; ** – p<0,001; *** – p<0,05.

Выводы

Применение цитофлавина в достоверной степени повышает эффективность реабилитации пациентов, перенесших инсульт, что проявляется и в отношении повышения степени восстановления двигательных, чувствительных и других неврологических функций пациентов, и в отношении возрастания уровня их социально-бытовой адаптации, а также нормализации психоэмоционального состояния и качества жизни.

Полученные результаты согласуются с данными других авторов о положительном влиянии цитофлавина на повышение эффективности реабилитации пациентов, перенесших инсульт [2, 9].

Литература

1. Афанасьев В.В. Руководство по неотложной токсикологии. – Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. – 576 с.

2. Бреева Н.Г., Быков Ю.Н., Николайчук С.В. и др. Медикаментозная терапия в восстановительном периоде ишемического инсульта / Материалы IX Всероссийского съезда неврологов 29 мая – 2 июня 2006 г. – Ярославль, 2006. – С. 416.

3. Виленский Б.С. Инсульт. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 287 с.

4. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде // Consiliummedicum, 2001; 5: 227-232.

5. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Фолиант, 2004. – 300 с.

6. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация инсультного блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 34 с.

7. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Основные принципы и результаты деятельности мультидисциплинарной бригады при восстановительном лечении пациентов, перенесших инсульт, на примере опыта работы центра неврологической реабилитации. Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева, 2007; 4: 5-9.

8. Ковальчук В.В. Оценка эффективности и безопасности Мидокалма в раннем восстановительном периоде инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2013; 4: 35-40.

9. Пугачева Е.Л., Скоромец А.А., Илюхина А.Ю. и др. Цитофлавин у больных с острым нарушением мозгового кровообращения / Материалы IX Всероссийского съезда неврологов 29 мая – 2 июня 2006 г. – Ярославль, 2006. – С. 416.

10. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure // Med. Care, 1981; 19: 787-805.

11. Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome // Br J Psychiatry, 1990; 156: 534-540.

12. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project // Age Ageing, 1989; 18: 371-379.

13. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance // Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. – London, 1999. – P. 7-9.

Ex animo
От души

ПСИХОЛОГИЯ

НОВИЧОК, ПОДНЯТЬ ПАРУСА!

Поговорим об адаптации в коллективе с психологом краевой клинической больницы Ольгой Амелиной

Позади несколько лет учебы, в руках заветный диплом, радость и гордость за себя любимого. О боже, неужели я готовый специалист и завтра выхожу на работу?! На работу!

Но, как правило, эйфория длится недолго. На смену восторгу приходят совсем другие эмоции – тревога, волнение, страх… Как же мне, молодому и зеленому, неоперившемуся птенчику-медику влиться в коллектив «зубров» медицины, знающих реальную цену себе и делу, которое они совершают?

Знакомые ощущения? Думаю, да, через это проходил каждый неопытный сотрудник в любой сфере труда. Чувства, которые переживает в опытном коллективе новичок, одинаковы .

Мне как психологу ККБ часто приходится общаться с молодыми медсестрами, врачами, обсуждать проблемы психологической адаптации, помогать им в этом. Не понаслышке знаю, что это действительно серьезный вопрос, требующий особого внимания.

Мы, как любая другая организация, заинтересованы в стабильных, грамотных, развивающихся профессиональных кадрах. А прийти в организацию сразу профессионалом невозможно априори. Почему? Да потому что есть только фундаментальные теоретические знания и немного практики, но нет главного – навыков, умения контактировать с коллегами и пациентами. Поэтому на пути становления профессионала эмоциональная составляющая очень важна.

О роли руководителя

Если уж обсуждать тему адаптации, я бы начала, пожалуй, с руководителя подразделения, в которое пришел новичок. В каждой организации есть гласные и негласные правила. От руководителя в большей степени зависит психологическая атмосфера в коллективе. А именно этот момент очень важен для любого молодого специалиста.

В психологии есть такое понятие, как эмоциональное принятие. Так вот, если в коллективе существует негласное правило – новичкам помогать, поддерживать, учить и развивать, там будет эмоциональное принятие, будет контакт. Если же новичку стараются дать понять, что он ничего из себя не представляет и ничему не сможет научиться, происходит эмоциональное непринятие, то есть отторжение, причем взаимное.

Теперь легко представить, как будет себя чувствовать новичок в первом случае. И каково будет новичку во втором случае. Как вы думаете, у кого из них будет выше уровень мотивации и тяга к познанию своей профессии, а главное – стремление стать частью команды, создавать свою положительную репутацию и работать на благо имиджа нашего учреждения?

Будьте уверены, сотрудник, которому посчастливилось попасть в коллектив с благоприятным психологическим климатом, будет бесконечно благодарен руководителю и коллегам за то, что его взрастили и помогли состояться. Да и его дальнейшее отношение к последующим молодым специалистам уже будет сформировано на базе личного опыта. Что же произойдет с сотрудником во втором случае, нетрудно догадаться.

Таким образом, когда мне говорят о текучести кадров в каком-то отделении, что якобы не такие сотрудники туда приходят, для меня очевидно: нужно смотреть на макушку айсберга, то есть оценивать на профпригодность менеджера. Любая организация должна быть заинтересована в людях с высоким эмоциональным интеллектом на менеджерских позициях.

В ходе собеседования я часто задаю вопрос соискателям: идеальный руководитель – какой он? В девяноста процентов ответов слышу: «Идеальный руководитель поймет, подскажет, поддержит и поможет, научит». Мы все, как один, нуждаемся в понимании и одобрении.

У тебя все получится, новичок!

Конечно же, многое в процессе профессиональной и психологической адаптации будет зависеть и от новоиспеченного коллеги.

Приведу два абсолютно противоположных примера.

Татьяна, доктор, пришла интерном в одно из отделений нашей краевой больницы чуть более года назад. Она уравновешенный, гибкий в общении, коммуникабельный человек, с высоким чувством эмпатии и уровнем притязания. Атмосфера в коллективе, в который попала Татьяна, комфортная, новичков там приветствуют и стараются им помогать. На вопрос, что помогло Татьяне почувствовать себя частью команды и заработать авторитет у опытных коллег, я получила следующий ответ:

– Я понимала, куда попала, очень хотела работать именно в этом отделении и учиться именно у таких профессионалов. Знала, пока мало что из себя представляю, мне было ужасно страшно, получится ли, смогу ли, примут ли? Но, видимо, благодаря своим личностным качествам и тяге к знаниям, саморазвитию, у меня получилось влиться в коллектив достаточно быстро. Во-первых, коллеги оказались доброжелательными. Во-вторых, я всегда старалась быть полезной, не отказывала в помощи, была максимально отзывчивой. Если боялась ошибиться, не стеснялась признаться в этом опытным коллегам и попросить у них совета. Никогда не наблюдала со стороны происходящее в коллективе, старалась участвовать в обсуждениях, мероприятиях, следила за тем, что делают и говорят профессионалы. Сейчас уже слышу похвалу в свой адрес, это мотивирует. За год я почувствовала себя полноценным сотрудником нашего отделения и в целом больницы.

Татьяна говорит как раз об эмоциональном принятии. С таким подходом Татьяны и отношением к ней опытных коллег, уверена - в дальнейшем все будет хорошо.

Второй пример. Екатерина, медицинская сестра. Пришла к нам около полугода назад. Без опыта и навыков, потому что после окончания колледжа не успела нигде поработать. Уже на собеседовании

стало понятно, что Екатерине будет непросто адаптироваться в силу ее личностных особенностей: эмоциональна, тревожна, замкнута.

В коллективе приняли Екатерину хорошо, назначили наставника, с которым ей чаще всего поначалу приходилось контактировать. Естественно, после собеседования я поговорила со старшей сестрой этого отделения и дала рекомендации по новому сотруднику. Спустя некоторое время Екатерина пришла ко мне со слезами:

– Не могу, тяжело, помогите.

Как оказалось, Катя все это время держалась в стороне от коллег. На замечания опытных сотрудников реагировала слезами. Старшая медсестра посоветовала ей обратиться ко мне. Нет, Катю другие коллеги не игнорировали, ей мешала застенчивость и неуверенность в себе.

Любые попытки со стороны коллег понять, почему Катя так на них реагирует – уходит в себя и все чаще молчит, остались безуспешными. И они предпочли не общаться с Катей, решив, что одной ей будет комфортнее. Конечно, Екатерину это внутренне не устраивало, и она стала чувствовать себя изгоем. Ко мне пришла с мыслями поменять отделение или уволиться. Но, как известно, от себя не убежишь: перевод в другое отделение или другую больницу мало что изменит.

После двух месяцев работы с Катей ситуация в ее отношениях с коллективом изменилась. Она осознала, что проблема в ней, и усердно над собой трудилась. Сейчас, идя по коридорам больницы, встречаясь с Екатериной, вижу улыбчивый, а не заторенный взгляд. Это радует.

А представьте, сколько таких, как Катя, не обращающихся за советами или помощью к психологам, принимают решение уволиться, обвиняя всех вокруг в неправильном отношении к ним? Еще раз повторюсь: от коллектива зависит многое, но и от новичка – немало.

Десять рекомендаций нашему новому коллеге

1. Важно помнить, что в любой компании существуют законы и правила. Краевая клиническая больница не исключение. Не пренебрегай ими, пришел – ознакомься, постарайся понять и следовать им. В нашем учреждении есть даже свой морально-этический кодекс, «Красная папка», с которым должен быть знаком каждый новичок.

2. Постарайся успокоиться, не пытайся объять необъятное. Запомни, что в первый месяц трудовых подвигов от тебя не ждут. Лучше посвяти это время налаживанию контактов с людьми, именно от этого в первую очередь зависит твой душевный комфорт.

3. Пойми, что за один-два дня привить профессиональные навыки невозможно, также невозможно сразу запомнить все, чему будут учить тебя опытные коллеги. На это потребуется гораздо больше времени. Поэтому не волнуйся и не усугубляй стресс.

4. В каждой компании есть сотрудники, которые делают вид, что не замечают новенького. Не расстраивайся, постарайся не обращать на них внимания, угодить всем невозможно, подожди, пройдет время, и они к тебе привыкнут.

5. Поинтересуйся у коллег о внутренних правилах подразделения, например, как сотрудники отмечают дни рождения или другие праздники. Не оставайся в стороне.

6. Если у тебя возникли сложности, не держи это в себе. Озвучь свои переживания опытным коллегам. Постарайся говорить открыто, без намеков, никто не обязан догадываться о твоих желаниях. И ты увидишь, с каким воодушевлением откликнутся на твои просьбы.

7. Не стесняйся задавать вопросы. Чем больше вопросов, тем быстрее вникнешь в суть своих обязанностей. Помни мудрую фразу: «Тот, кто задает вопросы, рискует на пять минут прослыть глупцом. Тот, кто не задает вопросы, остается глупцом на всю жизнь». Да и покажешь коллективу свою заинтересованность и стремление к обучению.

8. Не вступай в конфликты, особенно если заметишь, что подразделение разделено на группировки. Соблюдай нейтралитет, присмотрись, постарайся понять мотивы тех и других.

9. Максимально прояви человеческие качества – именно на это в первую очередь обратят внимание как коллеги, так и пациенты.

10. Ну, и последнее. Как сказал Экзюпери: «Нельзя говорить «мы», когда стоишь в стороне». Помни, все, что мы делаем для наших пациентов, – это командная работа. Почувствовал себя частью команды, значит, адаптировался успешно.

У тебя все получится, я уверена!

ПРОВЕРЬ СЕБЯ

Легко ли ты адаптируешься?

У каждого в жизни может быть непредвиденная ситуация, когда вокруг него меняется обстановка и персонажи. Даже запланированные изменения нам не всегда легко даются. Этот простой тест позволит тебе чуть лучше узнать одну из своих черт характера, а именно легко ли ты адаптируешься к новой ситуации.

Если ты согласен с утверждением, начисляй себе 2 балла, если нет – ничего не начисляй.

1. Все, что происходит с тобой, не зависит от тебя.
2. Ты предан своим идеям.
3. На выборах ты голосуешь за личность, а не за партию.
4. Ты интересуешься только тем, что для тебя важно, а не тем, что популярно.
5. Ты никогда не опасаетесь чего-то заранее.
6. Ты не всегда уверен, что прав.
7. Ты любишь общение с маленькими детьми.
8. Считаешь, что решение найдется само собой.
9. Ты доверяешь людям.
10. Ты умеешь внимательно слушать.

Просуммируй набранные баллы.

16-20 баллов

Ты отлично адаптируешься к любым новым условиям. Внезапные изменения планов идут тебе только на пользу. Ты находишься в постоянном развитии, умеешь сглаживать конфликты и давать дельные советы.

10-14 баллов

Ты способен справиться с неожиданными трудностями, но все же предпочитаешь стабильность и спокойствие. Ты избегаешь конфликтов, просто уходя от них, и часто огорчаешься понапрасну.

0-8 баллов

Больше всего на свете ты не любишь сюрпризов. Ты раз и навсегда определил стиль поведения и не хочешь ничего менять. С тобой трудно спорить, потому что последнее слово всегда остается за тобой.

ПОКОЛЕНИЕ NEXT

ДЕВУШКА С ОБЛОЖКИ ЗНАЕТ, ЧЕГО ХОЧЕТ

Пришел заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Андрей Симонов и рассказывает:

– У меня есть звезда. Студентка, зовут Соня, «живет» в нашем отделении третий год. Дежурит, как взрослая, ассистирует. Наставник ее – Наталья Семеновна Стефарова. Они все время вместе, даже хирургические костюмы купили одинаковые. Интересная девчонка, ни на кого не похожа.

Со «звездой» мы познакомились. Соня Кауниетис и правда в толпе не затеряется. Неизвестно, останется ли она в нашей клинике после университета – с такой яркой натурой может занести куда угодно, но краевая больница будет с девушкой навсегда – здесь началась для нее медицина. А еще здесь работает Наталья Семеновна – первый наставник, лучший друг и даже больше. Когда Соня принесла на флешке свою фотосессию с Натальей Семеновной, папка с фотографиями называлась нежно и незатейливо «Мама».

Слушаем Соню Кауниетис – ведь это очень интересно наблюдать, как в студентке просыпается доктор. И, кажется, неплохой.

– Я студентка IV курса КрасГМУ, стоматологического факультета.

Сколько себя помню, всегда хотела стать хирургом. Стоматологический факультет привлек тем, что обучение на нем составляет пять лет, а не шесть, как на других факультетах. Значит, подумала я, цель будет достигнута на год раньше.

В ККБ впервые попала на практику после II курса. Было предложено много отделений, но я выбрала ЧЛХ – это было самое близкое к моей будущей профессии.

Во время практики познакомилась со всеми врачами отделения. На практике больше всего привлекла возможность присутствовать на операциях. Захотелось большего – принять участие в этом процессе, хотя бы подержать крючки, и мы попросили об этом заведующего Андрея Гербертовича. Он не отказал, только санитарную книжку проверил. Так я начала посещать операционную. После участия в первой операции восторг переполнял меня, и я еще раз убедилась, что мой выбор верный.

Еще во время практики мы ходили с врачами на прием в поликлинику, там впервые я познакомилась с Натальей Семеновной Стефаровой. Очень понравилось, как она ведет прием, общается с пациентами. Именно так я и представляла врача клинической больницы. Я к Наталье Семеновне просто прилепилась, стала проситься везде с ней, и я ей очень благодарна за то, что она взяла на себя тяжелый труд наставника, ведь теперь она отвечает еще и за меня…

После того как практика закончилось, очень грустно, невозможно было расставаться с отделением, и я попросила по возможности брать меня с собой на операции. Мне не отказали.

Я попросила Наталью Семеновну, чтобы она брала меня с собой на ночные дежурства – чтобы днем не сильно отвлекаться от учебы. Так и начались наши ночные приключения. Интересные пациенты очень «любят» госпитализироваться в дежурство Натальи Семеновны, а тут еще я все время хожу за ней хвостом, значит, работы стало в два раза больше. Вот так и дежурим, даже присесть некогда, что мне больше всего и нравится. Если писать о моих впечатлениях, то просто нет слов, чтобы их передать, таких слов еще не придумали. В общем, я в полном восторге.

О том, что я уже умею делать как хирург, говорить рано. Но у меня есть ясная цель и огромное желание научиться всему, что умеет Наталья Семеновна, а она меня поддерживает во всем. Вместе мы – сила, и все у нас получится.

В отношении пациентов эмоции бывают разные – как сильные переживания от того, что же приходится выносить людям, а ты иногда чувствуешь себя совершенно бессильным, так и огромная радость от того, что людям ты приносишь облегчение и даже полное выздоровление.

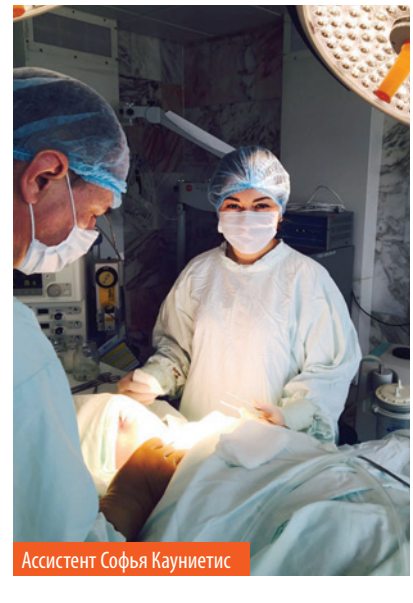
Самая главная моя цель – стать отличным хирургом и именно в стационаре. Очень нравится мне эта работа. Ну и, конечно, помочь науке двигаться вперед, уверена – без меня ей тяжело.

От жизни хочу всего, что хочет самый простой человек: женского счастья, парочку деток, любящего мужа, поменьше всяких заболеваний и побольше счастливых людей, тогда нам всем будет легче. Но не буду скрывать – жить хочется к тому же красиво и богато.

Огромное спасибо моим родителям за то, что подарили мне эту замечательную жизнь, за поддержку в каждом вопросе, за возможность учиться в КрасГМУ и идти к своей цели. Также выражаю благодарность коллективу отделения челюстно-лицевой хирургии за понимание и возможность учиться именно у них.

Всем добра! Аминь!

С заведующим ЧХО Андреем Гербертовичем



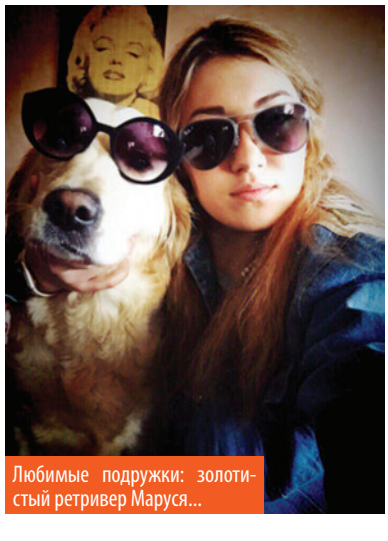
Ассистент Софья Кауниетис

Стоматологический факультет, группа 404

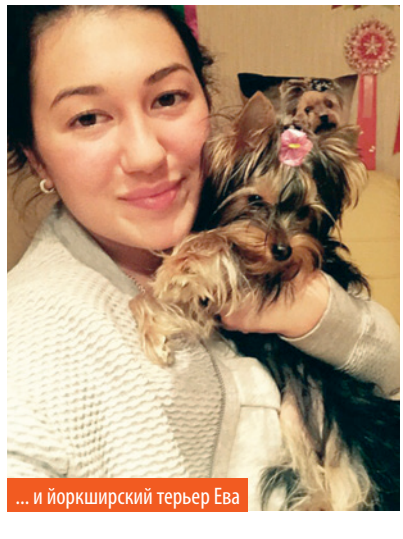
У Сони есть конь, зовут Тальник

На концерте Меладзе

С любимой Натальей Семеновной



Любимые подружки: золотистый ретривер Маруся...



... и йоркширский терьер Ева

ПЕРВЫЙ ОПЫТ

БОРЩ, ЛЕЗГИНКА И ХАЛАТ,

или Хроники ожогового отделения

Артем Орлов, волонтер.
Средняя школа № 6, 10 «А» класс

Селфи на балконе ожоговой реанимации

Несколько слов о том, как я оказался в ожоговом отделении.

В добровольческом движении я узнал от знакомых, что есть возможность пройти практику в любой из больниц города в качестве санитара-волонтера. Я сознательно выбрал ожоговое отделение, потому что это лучшая школа, в которой можно проверить себя перед поступлением в медуниверситет.

Отработать нужно было 136 часов – два раза в неделю по четыре часа. Так и потянулись мои долгие рабочие будни.

Перевязка

Этот день я запомнил до мелочей. Январь, 13-е число. Меня попросили приехать в 8 утра, чтобы я успел на перевязку.

Стою растеряный, не знаю, что делать. С меня снимают обычный халат, надевают хирургический, завязывают сзади, подают новые перчатки и маску и отправляют за больной в палату.

Я привожу ее на каталке, кладу на кушетку, и хирург начинает снимать старые бинты.

Больная без сознания – она под общим наркозом. Хирург берет ножницы, разрезает бинты, и… открывается рана. Ожоговая рана от стопы до бедра.

Я думал, что буду чувствовать отвращение и дурноту, но, на удивление, я спокоен, и мне интересно смотреть, как работает хирург. Он обрабатывает рану перекисью водорода, все шипит, пенится.

Я подаю бинты и марлю, врачи протирают рану, накладывают вазелин, чтобы марля не прилипала. Ногу туго бинтуют, и я вижу, как недавно белоснежный бинт розовеет.

Врач отключает наркозный аппарат и легким касанием руки начинает выводить женщину из состояния сна.

Я на каталке увожу больную в палату. Помогаю ей перебраться на постель, предварительно убрав подушку с кровати, – больным после наркоза еще два часа нельзя поднимать голову и пить.

Эта женщина – мой первый пациент, которого я помогал перевязывать.

Странно, но я испытываю восторг от того, что помогал на перевязке и справился с задачей.

Догадайтесь, кто потом мыл перевязочную.

Колобок

Попросили вымыть пятую палату. А там подобрался веселый женский коллектив, который активно обсуждает мою фамилию, мое будущее и настоящее, пока я натираю пол.

Женщина у окна, похожая на плюшевого мишку, с детским выражением лица, рассказывает:

– На последней перевязке во время наркоза мне снилось, что врач рассказывает мне сказку про Колобка. И мне почему-то стало так тепло, душевно, весело даже стало. Очнулась – я уже в палате. Потом спрашиваю у врача, рассказывал ли он что-нибудь. Он говорит: нет, не рассказывал. Я вот думаю теперь: почему именно Колобок?

Вот так и мучается женщина этим вопросом до сих пор. И не только она – теперь еще и я.

Милосердие

В первой палате сегодня новый пациент – мужчина лет 50 с ампутацией обеих ног. Он с трудом переворачивается набок – с помощью рук, держась за перекладину. Я сушу ему спину феном, чтобы не было пролежней и раны быстрее засохли.

Рассказывают, что мужчина потерял семью и теперь отказывается от еды.

К таким больным приходят сестры милосердия – поговорить, успокоить, помочь позвонить родным. Но он отказывается общаться даже с ними.

Сестры милосердия – это члены Союза православных женщин, которые приходят в отделение, чтобы помогать больным. Эти добрые женщины чаще всего бывают на детском посту, играют и разговаривают с детьми, особенно с ребятишками из детских домов, которым не хватает тепла и внимания. Но уделяют внимание и взрослым, которые нуждаются в помощи.

Через несколько дней снова прихожу на работу, а мужчины уже нет. Говорят, выписали…

А из головы он не выходит: за ним ухаживаешь, как за ребенком, все готов для него сделать, а он отказывается от помощи. Такое не забывается.

Мне кажется, врачи и медсестры уже выработали в себе защитную способность не привязываться к пациентам, потому что иначе это большая эмоциональная нагрузка. Некоторые замыкают себя на работе, эмоции словно складывают в сундук, и только после работы позволяют себе быть собой.

Борщ

Недавно меня в больнице стали усиленно подкармливать санитарки.

– Ой, ты нам уже как сын. Ты, наверное, после школы устал. Садись, поешь.

Я соглашаюсь. Кто бы отказался от тарелки вкусного борща.

Лезгинка

У нас есть одна санитарка из Дагестана. Прихожу однажды, а она включила на телефоне лезгинку и танцует в комнате отдыха.

Это так забавно: ты уставший приходишь из школы в больницу, а здесь дама средних лет в медицинском костюме зажигательно танцует лезгинку.

Отпусти!

У нас есть больной, который начинает кричать: «Больно!» даже когда его еще не трогают, а только приглашают на перевязку или укол. Он вопит, кричит на все отделение, его вопль буквально пронизывает слух. Кажется, что находишься в психиатрии, а не в ожоговом. Он кричит, когда врач насильно сажает его на кровать, чтобы не лежал, – больные должны двигаться, чтобы не было пролежней.

У мужчины низкий болевой порог, ему больно, даже когда его просто касаешься. Он сам не может лечь, ему больно шевелить руками и ногами.

Медсестра просит меня помочь уложить его. Я убираю ходунки. Мы его потихоньку опускаем на кровать, а он кричит:

– Отпусти!

Медсестра берет и резким движением закидывает его ноги на постель. Медицинский персонал понимает, что лучше причинить боль сразу и резко, чем растягивать ее.

Люди, привыкшие каждый день иметь дело с человеческой болью и страданием, вырабатывают в себе некий психологический барьер, который помогает им в работе.

Спина в кадре

Смотрю новости по телевизору, показывают криминальный сюжет о том, как в Боготольском районе мужчина поджег свой дом, в котором находилась его семья. Сообщают, что жена и ребенок доставлены в ожоговое отделение. Ну, думаю, наверняка к нам, мы единственный ожоговый центр в Красноярском крае.

На следующий день прихожу в больницу, а у нас журналисты снимают продолжение сюжета, берут интервью у заведующего отделением.

Телевизионщикам разрешается только походить по коридорам и сделать общий план в ожоговой реанимации. Правильно, нечего заходить с телекамерами в палаты к больным. Зато моя спина в кадр попала.

Мастер ведра и швабры

Моя обязанность в отделении – измерять температуру больным, есть, когда угощают, помогать на перевязках и… драить полы.

Спящий воин

За долгие часы, которые я провел в ожоговом отделении, я отмыл несчетное количество квадратных метров больничного пола, сравнимое с территорией маленького Китая. Настоящий мастер ведра и швабры.

Чему я научился за долгие часы, проведенные в ожоговом отделении?

Я понял, что главное в работе – не сопереживание пациенту, а реальная помощь ему.

Наблюдая за тем, как работают врачи и медсестры, я увидел, как важно не показывать свои эмоции во время общения с больными, особенно с безнадежными. Я прошел своеобразную психологическую подготовку, которая укрепила во мне уверенность в профессии.

Более того, мое желание попасть в хирургию только возросло. Если все сложится, как планирую, стану кардиохирургом.

В перевязочной

Заведующий ожоговой реанимацией Владимир Мацкевич

ЮБИЛЕЙ

75 ЛЕТ ДОКТОРУ СТЕПАНОВОЙ

Людмилу Михайловну в больнице знают все.

Во-первых, мало людей, настолько преданных работе в весьма почтенном возрасте.

Во-вторых, характер юбилярши описывается одним междометием: «Ух!».

Если Людмиле Михайловне по работе чего-нибудь надо, бесполезно переводить стрелки, ссылаться на нехватку времени, пытаться улизнуть – она свое получит и задачу выполнит. И все равно Людмиле Михайловне, кто перед нею – главный, начмед, заведующий отделением или рядовой доктор, она своего добьется.

Синеглазая хулиганка

Даже на детском фото мама и младший брат смотрят в камеру, а наша героиня – в сторону. И выражение лица у нее подозрительно напоминает Вождя краснокожих из рассказа О. Генри. Людочка думает: чего бы такое сотворить?

И она творила: командовала не только братьями – младшим и старшим, но и в школе рулила мальчишками. Выходила на крыльцо, и перед ней выстраивались во фрунт пацаны всех возрастов.

Учителям от Людочки тоже доставалось. Сам директор школы, устав от вертлявой девчонки, говорил посреди урока:

– Мальцева, выйди, прогуляйся.

И Людочка гордо прогуливалась – ведь не выгнали ее, попросили пройтись.

А с урока казахского (жила Люда с семьей в Талды-Кургане) она организовала даже не уход, а выполз. Сперва сама улизнула по-пластунски, а за ней две трети класса поползли.

На следующем уроке Хатима Газизовна вызвала подстрекательницу Мальцеву к доске, но девочка ей оттарабанила стих на казахском, ни разу не запнувшись.

Сегодня Людмила Михайловна казахский уже не помнит, не понимает, но вот стишок запомнила на всю жизнь.

На вопрос: как же прощали девчонке такое поведение в школе, ответ простой – за отличную учебу. И дети к ней относились хорошо – ценили за принципиальность и честность.

Недавно нежное письмо написал Людмиле Михайловне мальчик из Талды-Курганской школы, сегодня полковник: «Девочка моя синеглазая». А потом однокурсник написал: «Привет, хулиганка Лю!». И оба эти послания по любви.

Медицина приняла

В медицинский институт Людмила Мальцева захотела поступить из-за мамы – медицинской сестры, насмотрелась в детстве на мамину работу. С золотой медалью легко поступила на лечебный факультет Новосибирского медицинского института.

В вузе была заметная – староста, комсорг, училась отлично. После окончания могла остаться на двух кафедрах – хирургической и акушерства и гинекологии, но вместо этого оказалась в Бурятии, где работала окулистом, вышла замуж, стала Степановой и дочку родила. Все успела, прежде чем начался марафон руководящих должностей.

По приезде в Красноярск в 1968 году Людмила Михайловна немного поработала окулистом в поликлинике КрАЗа и быстро эту поликлинику возглавила.

Окончила ординатуру по глазным болезням и по приглашению директора КраМЗа Кузнецова стала главным врачом строящейся поликлиники завода.

Еще через два года была переведена в горздравотдел на должность заведующей по оргметодработе. Там же, в горздраве, еще «подросла» – до первого зама по лечебной работе, где и проработала до пенсии.

Эта стремительная карьера объясняется не только личностной яркостью Людмилы Михайловны. Да, ее, конечно, нельзя не заметить – с буйным темпераментом, прямотой и бескомпромиссностью. Но, в первую очередь, доктор Степанова подкупала самоотверженной преданностью делу. Есть слово «надо» – это про Людмилу Михайловну.

У Майки рабочая прабабушка

Пенсия для Людмилы Михайловны – пустой звук. Всего год она пробыла без работы, потом снова занялась делом. Преподавала организацию здравоохранения в медучилище, организовывала платные услуги в крайздраве, а с 2003 года работает в оргметодотделе краевой клинической больницы. Занимается стажировками врачей.

Она мама строгого педагога, теща любимого зятя-энергетика, бабушка программиста и студентки медицинского университета, прабабушка годовалой Майки.

А еще Людмила Михайловна любит книги. Так сильно любит, что всю квартиру ими завалила – на диване лежат и на столах, и в шкафах, конечно. Нужен большой, во всю стену стеллаж.

– На пенсию не собираюсь! – сказала, как отрезала, 75-летняя доктор Степанова.

Попробуй ей возрази – тут же выпрыгнет чертиком синеглазая хулиганка из Талды-Курганской школы.

С днем рождения, Людмила Михайловна!

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