ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 4 (65)

краевая клиническая больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

С Новым годом!

Заместитель главного врача по хирургии Дмитрий Ложкин на первой операции по трансплантации донорской печени

Мы снова первые! В краевой больнице состоялась пересадка сердца и печени

Порядок оказания помощи при подозрении на сепсис

85 лет последнему советскому ректору Борису Гракову

декабрь 2016 года

РЕМАКСОЛ®
ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- Комплексно решает проблему гепатопротекции
- Эффективен при широком спектре заболеваний печени
- Быстро нормализует показатели синдрома цитолиза, холестаза
- Улучшает самочувствие больных
- Сокращает сроки лечения

Интеллект на защите здоровья
polysan

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

Реклама Рег. № ЛСР-009341/09

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, — *фотокорреспондент.*
Используются материалы из музея Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова — корректор

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

Тираж 999 экз.
Декабрь 2016 г.

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

Содержание

Рейтинг событий 2016 года **6-7, 8-9**

Реализация пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» у пациентов с инсультом **10**

Внедрение проекта «Универсальная медицинская сестра» в краевой клинической больнице **11**

Эндокринолог Маргарита Дудина приняла участие в престижном международном конгрессе **12**

Академик Чучалин: «Любовь к больному – лучшее лекарство» **14**

Использование симуляторов в учебном процессе у студентов младших курсов медицинского университета **16**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ / CASUS EXTRAORDINARUS

Поражение пищевода при системной склеродермии **20**

Впервые проведена реконструкция груди TRAM-лоскутом после двухсторонней мастэктомии ..... **22.**

Случай гипопаратиреоза в неврологической практике, сходный с болезнью Фара **24**

Правосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа **25**

Случай бронхообструктивного синдрома на фоне крупного инородного тела в просвете бронха **26**

ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ / DUM DOCEMUS, DISCIMUS

Время «от двери до иглы» для больных с ОНМК сократилось благодаря квалиграммам **30**

Повреждения пищевода **34**

Порядок оказания медицинской помощи при подозрении на сепсис **36**

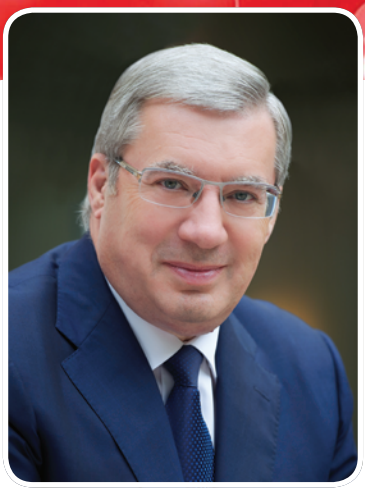
Колоноскопия по-новому **42**

Лежачие пациенты: забота и уход **44**

Новый гепатопротектор «Ремаксол» в лечении цирроза печени **46**

ОТ ДУШИ / EX ANIMO

85 лет со дня рождения последнего советского ректора Бориса Гракова **50**



Уважаемые медицинские работники!

От всей души поздравляю вас с наступающим Новым годом!

Пусть он принесет вам, дорогие врачи и медицинские сестры, только хорошее.

Ваша работа, ваше бессонное ремесло не знает выходных и праздников. Десятки людей в белых халатах встретят новогоднюю ночь в операционных, в машине скорой помощи, в травмпунктах, у постели больного.

Но все же я надеюсь, что у каждого из вас в эту ночь найдется минута тишины и покоя, в которую к вам придет новое время, полное надежд и радости.

Будьте здоровы и счастливы. Пусть дома вас ждут и любят.

Всего вам самого доброго.

Губернатор
Красноярского края
Виктор Толоконский

Дорогие земляки!

Наступает 2017 год, который для краевой клинической больницы станет юбилейным. Без малого три четверти века вы стоите на передовом рубеже нашего здравоохранения. Еще несколько лет назад сложно было представить, что в Красноярске будут пересаживать донорские органы безнадежно больным. Сегодня это делается успешно — во многом благодаря опыту и профессионализму сотрудников ведущей клиники Красноярья.

Уважаемые медицинские работники! От лица депутатов Законодательного Собрания хочу сказать огромное спасибо за ваш труд, пожелать новых достижений, большого личного счастья и, конечно, крепкого здоровья. Радости вам и благополучия в новом году!

Председатель Законодательного Собрания
Красноярского края
Александр Усс

Дорогие мои коллеги!

Мы провожаем 2016 год, который для краевой клинической больницы заканчивается новой исторической победой.

Конечно, я имею в виду трансплантацию сердца и печени, которая прошла успешно и подарила новую жизнь нашим пациентам.

Я знаю, что в новогоднюю ночь многие жители края поднимут бокалы и за ваше здоровье.

Благодарность врачам и медицинским сестрам, которые оказали помощь, были рядом в моменты боли и отчаяния – это то, ради чего мы работаем, ради чего живем.

Поздравляю вас с наступающим Новым годом!

Желаю вам любви, мира и радости.

Пусть удача всегда будет с вами.

Министр здравоохранения
Красноярского края
Вадим Янин

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с наступающим Новым годом!

Пусть 2017 год, юбилейный для краевой клинической больницы, окажется для вас удачным и счастливым.

Наша больница за 75 лет была городской хирургической клиникой, военным госпиталем, затем приобрела статус краевой, а вместе со статусом – ответственность за все региональное здравоохранение.

Наша больница пережила тяжелое военное время, послевоенную разруху, возрождение, развитие, затем перестроечные трудные годы и новый технологический расцвет.

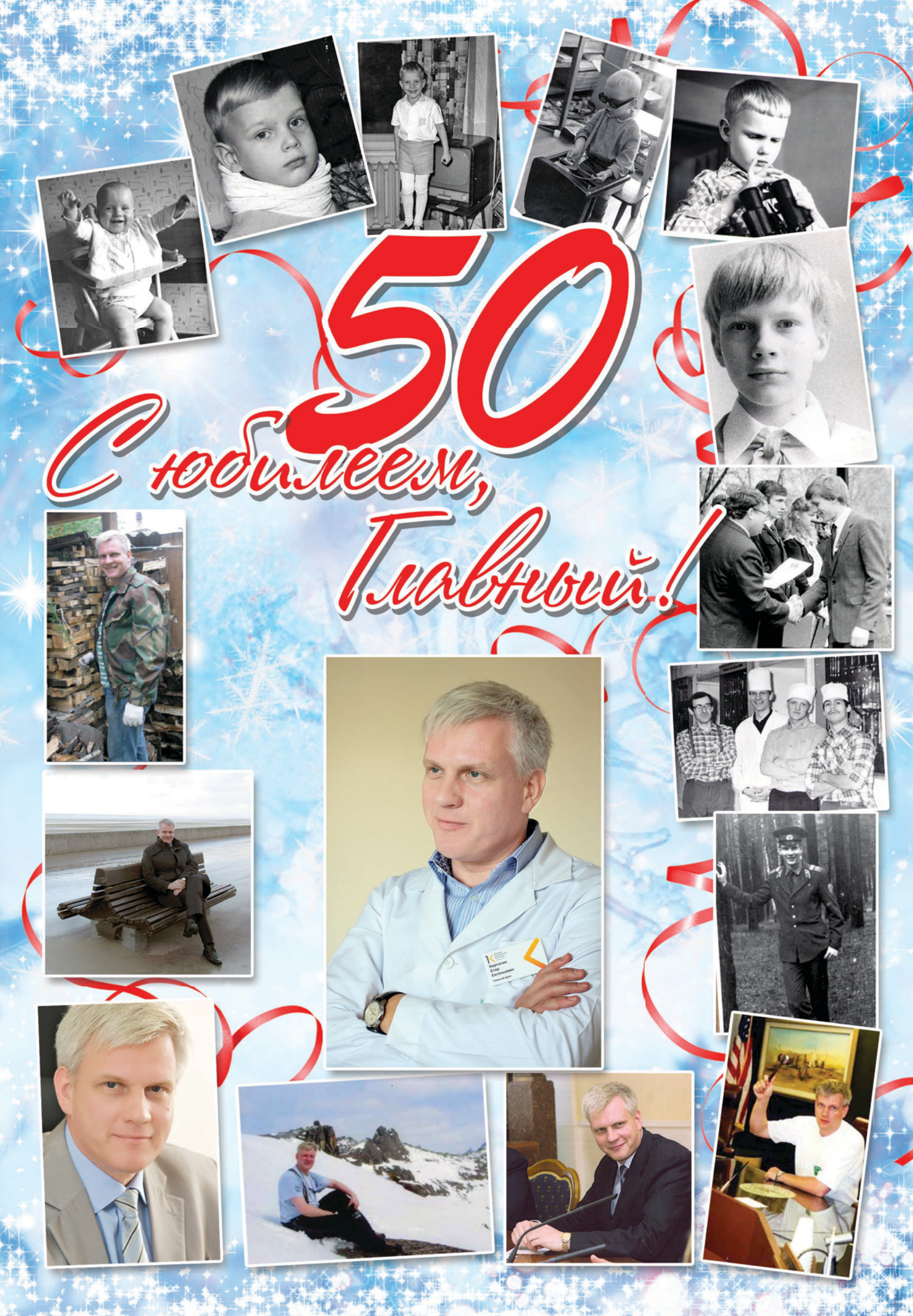
Но всегда, и в горе, и в радости, краевая клиническая больница сохраняла профессиональную репутацию и честь.

Поздравляю с юбилейным годом всех наших сотрудников – и тех, для кого краевая больница стала судьбой, и молодое поколение, которое только начинает нести службу в ведущей клинике Красноярского края.

Желаю всего самого доброго, пусть вас радуют работа, семья, близкие и друзья.

Спасибо за то, что мы вместе.

Ваш главный врач Егор Корчагин


50
С юбилеем,
Главный!

De facto

По факту

РЕЙТИНГ СОБЫТИЙ ЗА 2016 ГОД

I Впервые в истории красноярской медицины мы пересадили сердце и печень

Две уникальные операции состоялись с перерывом в 10 дней.

Донорская печень трансплантирована в ночь с 21 на 22 октября 2016 года. 52-летний мужчина, страдающий терминальной печеночной недостаточностью, получил печень от донора, погибшего от массивного инсульта.

Оперировали специалисты ФГБУ трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И.Шумакова и заместитель главного врача по хирургии Дмитрий Ложкин. Операция длилась более восьми часов и завершилась успешно. Уже через трое суток реципиент переведен из реанимации в отделение.

Восстановление пациента шло быстро и без проблем – через неделю мужчина активно двигался, у него были хорошие лабораторные пробы.

Ровно через месяц он был выписан из больницы.

Утром 30 октября проведена историческая трансплантация сердца.

Сердце молодого донора, скончавшегося от геморрагического инсульта, было пересажено 48-летнему пациенту, страдающему терминальной кардиомиопатией. Оперировал заведующий отделением кардиохирургии Андрей Пустовойтов.

Кроме того, в этот день были трансплантированы печень и две почки. Операция на печени проведена Дмитрием Ложкиным, а почки пересаживал хирург Дмитрий Евдокимов – трансплантация почек в нашей больнице фактически поставлена на поток.

Таким образом, 30 октября, благодаря донорским органам, шанс на долгую жизнь получили четверо пациентов.

Сегодня все реципиенты чувствуют себя прекрасно. Они выписаны по месту жительства, но пожизненно будут получать поддерживающую терапию и находиться под пристальным наблюдением врачей.

Трансплантация сердца и печени – большая профессиональная победа наших хирургов и краевой клинической больницы в целом.

Напоминаем: трансплантология в краевой больнице стартовала 5 марта 2014 года – в этот день впервые пересажена донорская почка.

Мы готовились к этой операции три года, но первая трансплантация почки все равно была словно полет в космос – новая эра в краевой медицине.

Трансплантация сердца и печени потребовала таких же усилий: подготовлены лучшие специалисты, проведены тренинги, решены все правовые вопросы, заполнены листы ожидания.

Результат – две исторические операции за месяц.

Трансплантация – особая, духовная область медицины. Она требует не только технического мастерства врачей, но и строжайшего соблюдения правовых норм, а главное – готовности общества принять и поддержать органное донорство.

Трансплантация должна и будет проводиться в клиниках уровня краевой клинической больницы. Ведь в многопрофильной клинике к реципиенту приковано внимание всех врачей-специалистов. В любую минуту они могут оказать всестороннюю помощь пациенту, чья жизнь зависит от донорского органа.

Трансплантация стоит очень дорого во всех смыслах. Ее развитие – единственный шанс для десятков жителей Красноярского края, страдающих неизлечимыми заболеваниями.

Кардиохирургу Андрею Пустовойтову выпала миссия трансплантировать первое в истории края донорское сердце

Хирург Дмитрий Евдокимов. На его счету десятки пересаженных донорских почек

Трансплантация печени продолжалась восемь часов. Оперирует замечательный хирург Дмитрий Ложкин

II Утверждена стратегия развития больницы на четыре года

В октябре в министерстве здравоохранения Красноярского края одобрен стратегический план развития краевой клинической больницы на ближайшие четыре года.

Стратегический план КГБУЗ ККБ разрабатывался с мая группой специалистов во главе с главным врачом Егором Корчагиным. Каждая стратегическая цель закреплена за рабочей группой, которая будет организовывать реализацию мероприятий плана. Для оценки работы выработаны критерии достижения результатов в целом по завершению проекта и ежегодно.

Стратегический план построен с учетом миссии больницы: «Оказывать профессиональную медицинскую помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациентов». Кроме того, утверждены ценности, которым работники ККБ готовы следовать в своей работе:

— профессионализм,
— человечность,

— ответственность,
— безопасность пациентов и персонала,
— честность,
— совершенствование,
— командная работа,
— приверженность традициям.

В плане учтены анализ текущей ситуации, финансовые возможности и ожидания наших пациентов.

Вот они, пять стратегических целей на четыре ближайших года:

1. Обеспечить лучшие в Сибири доступность и качество медицинской помощи среди многопрофильных учреждений.
2. Стать клиникой с дружелюбной и безопасной средой для пациента.
3. Стать авторитетной клиникой в регионе.
4. Добиться к 2019 году экономической самостоятельности.
5. Создать комфортную внутреннюю среду для персонала.

III В Ачинске и Канске открылись сосудистые центры

В августе Межрайонный сосудистый центр открылся в Канске. С тех пор жителям Восточной зоны Красноярского края, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, не приходится ехать в Красноярск за высокотехнологичной медицинской помощью.

В Межрайонном центре Канска оборудована рентгеноперационная, установлен ангиограф, на базе краевой клинической больницы проучены специалисты.

С момента открытия в Центре проведены десятки коронарографий, устанавливаются стенты в коронарные артерии. По плану за год должно быть проведено до 300 коронарографий и установлено 100 стентов.

Ровно через месяц, 2 сентября, открылся Межрайонный центр в Ачинске. Таким образом, Западная и Восточная зоны края уже менее зависят от краевого центра в помощи острым сердечно-сосудистым пациентам.

Открывались оба Межрайонных центра торжественно – в присутствии министра здравоохранения Вадима Янина, который отметил, что в основном сосудистые центры открываются в крупных городах, а мы в Красноярском крае обеспечили высокотехнологичную помощь в провинции.

Конечно, первые операции в Канске и Ачинске проводились под чутким контролем руководителя Регионального сосудистого центра Алексея Протопопова.

Кстати, профессор порадовался качеству отечественных коронографов, установленных в операционных.

IV 28 апреля прошел общекраевой День борьбы с инсультом

Цель проведения грандиозного мероприятия, в котором были задействованы 56 территорий Красноярского края, прежде всего, образовательная.

Человека с инсультом часто принимают за пьяного. В отличие от инфаркта, инсульт не сопровождается болью. И пожаловаться человек часто не может – у него отнимается речь. Между тем, больной должен быть доставлен в стационар в первые три часа, в терапевтическое окно, когда можно обратить катастрофу вспять. Каждую минуту после свершившегося инсульта в мозге гибнут 2 миллиона нейронов! Поэтому любой из нас должен знать основные симптомы инсульта и вовремя оказать помощь человеку, попавшему в сосудистую катастрофу.

Красноярск стал местом основных событий акции.

28 апреля с 17.00 до 19.00 около 300 волонтеров вместе с медиаперсонами раздавали листовки и магниты с симптомами инсульта в разных районах города, работали несколько открытых площадок:

– на площади перед БКЗ состоялся концерт творческих коллективов города;

– в ТРЦ КомсоМОЛЛ прошел Work out, мастер-класс от спортсменов, работал диджей;

– на площади у памятника А.Поздееву красноярцы вместе с художниками разрисовали большой холст на тему ЗОЖ;

– с 13.00 по 14.00 прошел флэшмоб на стадионе Красноярского медицинского университета: сотни студентов-медиков выстроились в фразу «Нет инсульту!».

Акция была согласована на уровне губернатора, министерств здравоохранения, промышленности, культуры, социальной политики.

Идеолог Дня борьбы с инсультом профессор Павел Шнякин

V Профессор Протопопов провел уникальную для России операцию

Эндоваскулярная коррекция митрального клапана предназначена для ситуаций, когда безнадежно больной кардиологический пациент не в состоянии перенести операцию на открытом сердце.

Суть операции в том, что рентгенхирург накладывает клипсу на изношенный митральный клапан и обеспечивает ток крови в правильном направлении – из предсердия в желудочек, без обратного заброса в левое предсердие.

По всему миру выполнено не более 35 тысяч подобных операций. В России это был первый положительный опыт.

Нашим врачам консультативно помогали коллеги из Израиля.

На третий-четвертый день после операции все четверо больных были выписаны на амбулаторное наблюдение.

VI Наши специалисты попали в ТОП-30

В БКЗ на День медика наши доктора и медицинские сестры получили награды от руководителей края.

Нагрудный знак «Отличник здравоохранения» получил заведующий кардиологическим отделением №4 Евгений Самохвалов. Три врача были отмечены министерством здравоохранения в ежегодном конкурсе «Лучший врач года». Лучшим анестезиологом-реаниматологом стал заведующий ОАИР №4 Владимир Мацкевич. В специальной номинации лучшим оториноларингологом стал заведующий отделением Владимир Афонькин, в номинации «Лучший хирург» победителем стал Дмитрий Евдокимов, заведующий хирургическим отделением №2.

В краевом конкурсе «Моя профессия», в номинации «Вежливость это недорого» победила замечательная старшая медицинская сестра консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы Галина Уразаева.

А накануне на праздничной общебольничной планерке состоялось торжественное награждение врачей и медицинских сестер нашей больницы, отмеченных высокими краевыми, городскими и ведомственными наградами. Благодарственные письма, грамоты и почетные листы получили больше ста сотрудников краевой клинической больницы. Поблагодарил за совместную работу и поздравил сотрудников с Днем медицинского работника главный врач краевой клинической больницы Егор Корчагин.

Светлана Нефедова, Галина Уразаева и Егор Корчагин

VII В Красноярске прошел V Сибирский конгресс «Человек и лекарство»

В рамках специализированного медицинского форума «ЕнисейМедика-2016» 10-12 марта под председательством академика РАН Александра Чучалина состоялся традиционный конгресс «Человек и лекарство».

Приветствуя гостей и участников, академик Чучалин отметил, что представляемые на конгрессе инновации с каждым годом все стремительнее приходят в медицину.

В ходе конгресса медики затрагивали темы, касающиеся современной стратегии Минздрава России по диспансеризации населения,

Академик А. Г. Чучалин

редких болезней и генетических заболеваний, репродуктивного здоровья, терапии депрессивных расстройств, а также ряд других актуальных направлений.

В рамках конгресса прошли Школы для практикующих врачей по различным медицинским специальностям, мастер-классы, конкурсы научных работ молодых ученых.

VIII АО «Ванкорнефть» передало краевой больнице реанимационную аппаратуру

В феврале материально-техническая база больницы пополнилась пятью современными аппаратами искусственной вентиляции легких, двумя пневматическими силовыми системами для травматологии и ортопедии и двумя системами вакуумного лечения ран. Этот шаг стал началом долгосрочного партнерского проекта нефтяной компании и ведущей клиники региона. Подписано соглашение, которое предусматривает дальнейшее совершенствование материально-технической базы медицинского учреждения.

Краевую больницу посетил президент «Ванкорнефти» Игорь Сечин – ему продемонстрировали уже в полную силу работающее оборудование в отделении анестезиологии-реанимации №1.

Оборудование оказалось крайне востребованным при массовом поступлении тяжелых пациентов с сочетанными травмами и чрезвычайно своевременным в период поступления тяжелых пациентов с вирусно-бактериальными пневмониями.

Поставка оборудования Красноярской краевой больнице – очередной этап социально направленной работы нефтяников в регионе. С начала работы в регионе АО «Ванкорнефть» оказывает благотворительную помощь больницам Красноярского края, в частности, Туруханской районной больнице, Игарской городской больнице, больницам Красноярска № 1, 5, 20, краевому госпиталю ветеранов войн, детскому противотуберкулезному диспансеру.

IX Состоялась международная конференция по вопросам пульмонологии, оториноларингологии, аллергологии

Эксперты обсуждали результаты вакцинации взрослого населения Красноярска против гриппа и пневмококковой инфекции в 2015 – 2016 гг., вопросы профилактики внебольничных пневмоний и современные подходы к специфической иммунопрофилактике. В заседании приняли участие ведущие специалисты в области внутренних, инфекционных болезней, главные специалисты МЗ России и Красноярского края.

В краевой больнице осуществляется постоянный надзор за пневмониями и показателями смертности от этих причин. По Красноярскому краю показатель заболеваемости пневмонией в 2015 году составил 512,01 на 100 тысяч населения, что превышает показатели заболеваемости на 34,2% в целом в РФ, а также на 12,2% в СФО.

В 2015 году в Красноярском крае было привито против пневмококковой инфекции 12 517 человек взрослого населения, относящихся к группам высокого риска, причем 57% были иммунизированы одновременно с противогриппозной вакциной.

Наблюдается значительное — в 4,8 раза — снижение заболеваемости пневмониями, снижение в 6,6 раза заболеваемости ОРЗ и гриппом в группах вакцинированных.

По итогам 2015 года смертность от пневмоний составила 2,21 на 100 тыс. населения, что значительно ниже показателей 2014 года – 3,93 на 100 тыс.

В эпидсезон 2015-2016 годов значительно снизилось количество летальных исходов по причине пневмоний.

Данные клинической и эпидемиологической эффективности программы Красноярского края были представлены 18 октября 2016 года в Москве на совещании профильной комиссии МЗ РФ и заслужили высокую оценку главных специалистов других федеральных округов.

X Новый хирургический корпус будет построен в 2018 году

Первая очередь реконструкции предполагает строительство нового хирургического корпуса на 375 коек с операционным блоком, реанимационными отделениями на 54 койки, палатными отделениями для хирургических пациентов, центрального стерилизационного отделения и экстренного приемного покоя. Три 9-этажных башни хирургического корпуса будут соединены между собой общими четырехэтажными переходами.

В новом хирургическом корпусе разместится операционный блок на 14 операционных залов. Лечить и лечиться здесь станет намного комфортнее: отделения оснастят современными системами вентиляции и рекуперации воздуха, новым оборудованием. Внедрение новых технологий позволит сократить средний койко-день. Уже после 1-го этапа реконструкции, когда построят три из пяти запланированных башен корпуса хирургии, «пропускная способность» хирургических отделений увеличится на 20-30%.

Вторая очередь реконструкции начнется с поэтапного сноса здания старой поликлиники и строительства оставшихся двух блоков хирургического корпуса.

МЕДИЦИНСКИЕ ИННОВАЦИИ

РЕАЛИЗАЦИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РФ» У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ КГБУЗ ККБ

Н. В. Исаева, И. Ю. Гордюкова, С. Е. Русал, С. В. Прокопенко, О. А. Журбенко, Е. В. Ипполитова, И. В. Иконникова, Е. В. Пестрякова, Н. А. Тихонова, И. М. Елисеева, Н. В. Карачинцева.
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

С 1 сентября 2015 года в 13 субъектах Российской федерации, в том числе в Красноярском крае, началась реализация пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 года.

Цель проекта – оценить клиническую эффективность новой модели медицинской реабилитации, рассчитать ее экономическое преимущество по финансовым затратам на один случай реабилитации и на полный курс реабилитации, изучить особенности нарушений функционирования у лиц с инсультом, разработать методологические основы для создания регистра пациентов, получающих реабилитацию в РФ, и основы для создания системы оценки качества реабилитационной помощи в РФ.

Профилем оказания медицинской помощи, выбранным для Красноярского края, стала неврология. Особенностью медицинской реабилитации пациентов, перенесших инсульт на территории Красноярского края, является наличие трех этапов реабилитации:

1-й этап – реабилитация в неврологическом отделении для больных в остром периоде инсульта.

2-й этап – стационарное отделение нейрореабилитации.

3-й этап – дневной стационар нейрореабилитации.

Это позволило Красноярскому краю стать площадкой для оценки второй, «новой», модели нейрореабилитации. Активным участником реализации первого этапа пилотного проекта стала краевая клиническая больница.

Принцип мультидисциплинарного подхода к пациентам в остром периоде инсульта всегда был одним из базовых при организации работы Регионального сосудистого центра. Реабилитация пациентов начинается вскоре после поступления, сразу после стабилизации состояния в отделении реанимации и продолжается до выписки или перевода на следующий этап реабилитации.

Общий охват больных реабилитационными мероприятиями в неврологическом отделении Регионального сосудистого центра краевой клинической больницы составляет 100%. Обходы мультидисциплинарной бригады (МДБ) осуществляются один раз в неделю, при необходимости чаще.

Задачей первого посещения пациента МДБ является оценка состояния и возможностей пациента, постановка реабилитационных целей и задач. При последующих обходах осуществляется контроль выполнения целей и задач.

Для объективизации этого процесса, в рамках участия в пилотном проекте, была введена оценка нарушенных и сохраненных функций с помощью шкал и опросников. По результатам госпитализации мультидисциплинарная бригада принимает решение о дальнейшей маршрутизации пациента.

Критериями невключения в пилотный проект являлись:

– проведение или планирование оперативного вмешательства;

– транзиторные ишемические атаки с полным регрессом симптоматики;

– изолированная форма субарахноидального кровоизлияния;

– наличие неврологического дефицита до инсульта;

– нарушение сознания при поступлении на уровне кома II степени и более.

По результатам 1-го этапа реабилитации часть пациентов переводилась на 2-й этап реабилитации – в стационар. Если на этапе ранней реабилитации восстановление пациента достигло достаточно высокого уровня, то пациент направлялся сразу на 3-й этап реабилитации – в дневной стационар. Оценка нарушения функций проводится на всех трех этапах реабилитации, и отдаленно – через три месяца.

В пилотный проект в неврологическом отделении ККБ были включены 145 пациентов. Из них переведены на 2-й этап реабилитации 75 человек (в день выписки – 50 человек). Сразу на 3-й этап, в дневной стационар, были переведены 70 человек.

В рамках реализации пилотного проекта было проведено обучение двух врачей ЛФК, двух инструкторов методистов, двух логопедов, двух нейропсихологов и двух медицинских сестер.

Реализация всех этапов пилотного проекта и анализ результатов проводился совместно с сотрудниками нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПОФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России.

Предварительные клинические результаты комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от количества пройденных этапов показали, что у пациентов с перенесенным ишемическим инсультом на протяжении всех этапов реабилитационного процесса отмечается улучшение клинических показателей, функциональной независимости, повседневной активности и качества жизни.

Наиболее эффективная динамика указанных параметров в сторону уменьшения последствий инсульта зарегистрирована в группе больных, прошедших все три этапа комплексной реабилитации.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА «УНИВЕРСАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА» В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

С. Л. Нефедова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, сегодня назрела необходимость внедрения новых технологий в деятельность среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением функций медицинских сестер на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Сестринский труд, безусловно, нельзя сравнить с работой на конвейере. Вместе с тем, в нем нет творческой свободы действий. Сестринские технологии регламентированы, стандартизированы и требования к их выполнению обычно довольно четко сформулированы.

Средний медицинский персонал, работающий в день, выполняет ограниченный объем лечебных манипуляций — это или процедурная, или перевязочная, или пост. Тем самым утрачиваются многие знания и навыки, полученные в ходе обучения по специальности. С годами медицинские сестры, работающие на посту, теряют навык выполнения процедур и перевязок.

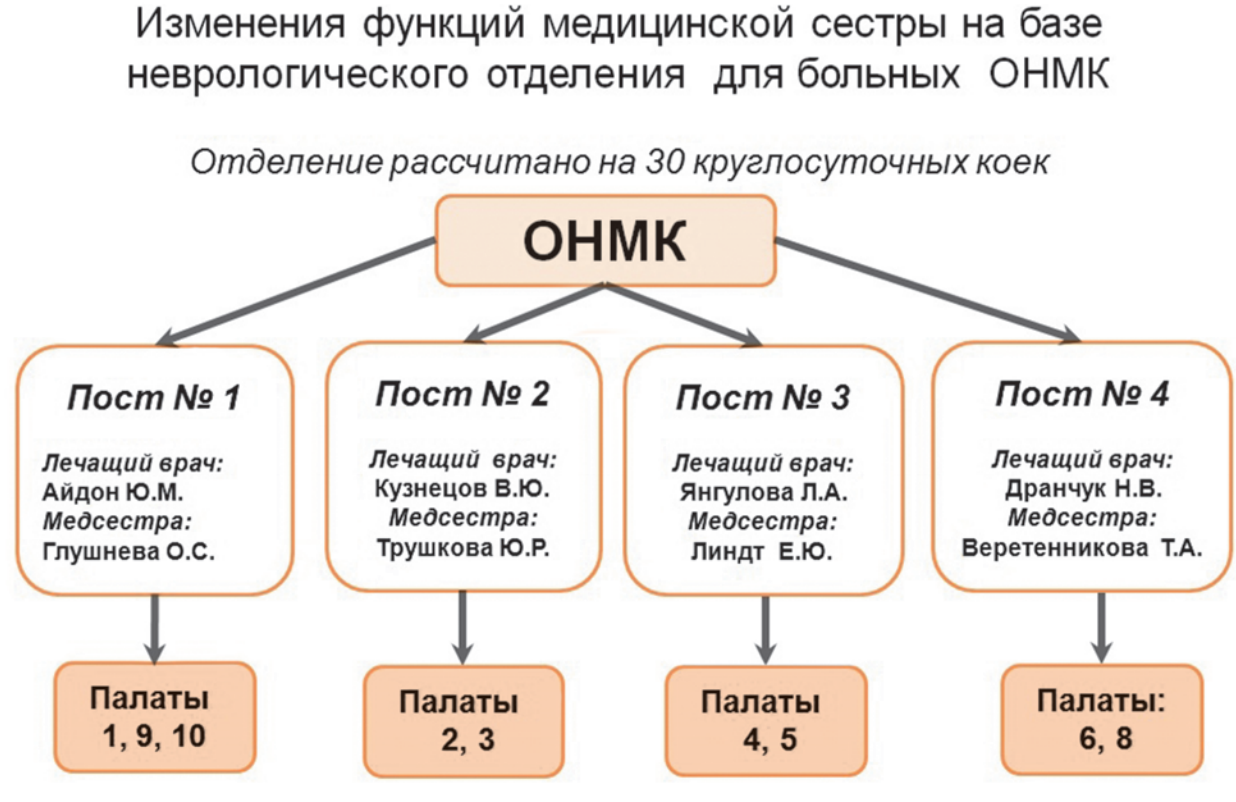
Именно поэтому, на примере коллег из других крупных клиник России, где мы перенимали опыт (Казань, Набережные Челны, Улан-Уде) — было решено внедрить в краевой клинической больнице проект «Универсальная медицинская сестра». Суть проекта заключается в том, что за каждой медицинской сестрой закрепляется определенное количество пациентов — от 8 до 15. С ними медицинская сестра работает с момента их поступления в отделение до выписки, выполняя все мероприятия по лечению и уходу.

Для начала мы проанализировали, как организована работа в стандартном хирургическом отделении на 30 коек.

В течение дня в отделении работают старшая медицинская сестра, постовая (палатная), процедурная, перевязочная. В традиционной модели оказания сестринской помощи постовая медицинская сестра ведет большое количество пациентов, что снижает качество сестринского ухода. В то же время процедурные и перевязочные сестры нагружены работой неравномерно. За пациента же фактически никто не несет персональную ответственность, с ним работают разные медицинские сестры, а лечащий врач не может уделить пациенту достаточного внимания, потому что часть своего рабочего времени находится в операционной.

Не скроем, что в начале внедрения проекта мы встретили сопротивление и сомнение персонала – не только со стороны «узкоспециализированных» медицинских сестер, но и со стороны лечащих врачей, которые считали, что в отделениях нарушается привычный порядок.

Но сегодня мы можем с уверенностью сказать, что модель «Универсальная медицинская сестра» пошла на пользу делу, и прежде всего нашим пациентам.



Пилотное отделение – неврологическое для больных с ОНМК

Основная цель проекта заключалась в оптимизации работы медицинских сестер, повышении качества оказания сестринской помощи пациентам и повышении безопасности больничной среды.

При внедрении проекта мы понимали, что в отделениях уже есть универсальные медицинские сестры – те, что работают в ночную смену и выполняют на дежурстве функции и палатной, и процедурной, и перевязочной сестры. Поэтому проект был рассчитан на сотрудников, работающих в день.

Одним из первых, в соответствии с моделью «Универсальная медицинская сестра», по проекту начал работать средний персонал неврологического отделения для больных с ОНМК.

Мы поделили пациентов отделения на всех медицинских сестер и наделили персонал следующими функциями:

— уход за пациентом;

— лечебные мероприятия: раздача таблеток, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, инфузии и гемотрансфузии, постановка клизмы и т.д., а также выполнения различных процедур;

— лечебно-диагностические манипуляции – термометрия, измерение артериального давления, пульса, а также перевязки, уход за дренажами, трубками и так далее;

— работа с медицинской документацией, с информационной системой (QMS).

Результаты не замедлили себя ждать. Преимущества модели оценили все сотрудники отделения, включая лечащих врачей, заведующую и старшую медицинскую сестру. Это рациональная расстановка кадров, перераспределение функций, планирование работы, снижение непроизводственных затрат рабочего времени.

Универсальная медицинская сестра считает пациентов «своими», у нее резко повышается ответственность за конкретного человека.

Универсальная медицинская сестра:

— решает проблемы пациента физического и психологического характера;

— обеспечивает инфекционную безопасность, обслуживая пациента и выполняя весь объем медицинской помощи, и несет за это персональную ответственность;

— занимается профилактикой осложнений в послеоперационном периоде;

— обеспечивает психофизиологическую помощь не только пациенту, но и его родственникам;

— при возникновении ЧС или неотложного состояния медицинская сестра окажет медицинскую помощь в рамках компетенции;

— медицинская сестра становится настоящим партнером лечащего врача.

Надо подчеркнуть, что модель «Универсальная медицинская сестра» ни в коем случае не отменяет одного из важнейших принципов краевой клинической больницы – командной работы. Сегодня мы можем с увереностью сказать, что одним из очевидных плюсов организационной модели является то, что теперь все медицинские сестры отделения могут выполнить перевязку, инъекцию, инфузию и осуществлять мероприятия по уходу.

В условиях кадрового дефицита это важный положительный момент: все медицинские сестры взаимозаменяемы.

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

ЭНДОКРИНОЛОГ МАРГАРИТА ДУДИНА ПРИНЯЛА УЧАСТИЕ В ПРЕСТИЖНОМ МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2 КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, врач эндокринологического отделения краевой клинической больницы – к 30 годам у Маргариты Андреевны Дудиной много профессиональных регалий.

Кроме того, Маргарита в совершенстве знает английский, 10 лет занималась спортивными бальными танцами, а сейчас преподает пилатес – одно из самых сложных направлений фитнеса, требующее глубокой подготовки и силы воли.

С чего начинаются ученые

Со второго курса университета Маргарита Дудина занималась в СНО по изучению молекулярной медицины на английском под руководством д.м.н., профессора Аллы Борисовны Салминой. Но любовь к эндокринной системе и гормональной регуляции появилась еще на занятиях по биохимии у замечательного педагога к.м.н., доцента Людмилы Васильевны Трофановой.

Сегодня молодой доктор занимается научной работой под руководством главного эндокринолога Красноярского края, профессора Сергея Анатольевича Догадина. Маргарита окончила ординатуру по эндокринологии на базе краевой клинической больницы, работает врачом в эндокринологическом отделении и преподает. Преподавательская деятельность ей очень нравится, потому что студентов, увлеченных эндокринологией, достаточно много.

Сама же Маргарита Андреевна, как ученый, занимается клинической нейроэндокринологией – направлением, изучающим заболевания гипоталамо-гипофизарной системы и нейроэндокринные опухоли.

Трэвл-грант на участие в XVII Европейском нейроэндокринологическом конгрессе 2016 года – не первый, полученный доктором Дудиной. До него она выигрывала два гранта Фонда Михаила Прохорова, а также трэвл-гранты Европейской эндокринологической ассоциации и постоянно публикует свои работы в российских и международных изданиях.

– Конкурентоспособность в научном мире зависит от наличия публикаций, особенно в журналах с высоким импакт-фактором, новизны исследования, актуальности и осведомленности по современному

состоянию проблемы в исследуемой области, знания английского языка и, конечно, личностных качеств – усидчивости и целеустремленности, – говорит Маргарита Андреевна.

Английский доктор Дудина изучала в школе и дополнительно в вузе. Знание языка позволяет ей «сканировать» публикации по нейроэндокринологии, переводить статьи и, конечно, писать собственные – на международных конгрессах ее доклады были на английском.

Но главное – научная работа Маргариты имеет непосредственное практическое значение. Она занимается акромегалией – тяжелым нейроэндокринным заболеванием, вызванным избыточной секрецией гормона роста. Помощь этим пациентам в Красноярском крае оказывается только в Эндокринологическом центре краевой клинической больницы.

Маргарита Дудина в 2013 году защитила кандидатскую диссертацию «Особенности иммунноэндокринного взаимодействия при акромегалии» в специализированном совете на базе Российской медицинской академии последипломного образования.

На XVII конгрессе Европейской нейроэндокринологической ассоциации в Милане доклад доктора Дудиной тоже был посвящен акромегалии.

Две столицы и Красноярск

Таким было представительство российских нейроэндокринологов на престижном Европейском форуме: сотрудники отделений нейроэндокринологии и остеопатий, патоморфологии, опухолей эндокринной системы Эндокринологического научного центра (Москва); отделения терапевтической эндокринологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского (Москва), НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко (Москва); ученые из Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центр им. В. А. Алмазова (Санкт-Петербург) и молодой ученый Маргарита Дудина – из Эндокринологического центра Красноярской краевой клинической больницы.

Наша больница впервые участвовала в конкурсе Красноярского краевого фонда поддержки научной и научно-технической деятельности, и Маргарита Дудина оформила заявку на конкурс «Поддержка академической мобильности». Большую организационную помощь Маргарите оказала грант-менеджер краевой клинической больницы к.м.н. Юлия Ковалева.

Как победительнице Маргарите Дудиной был выделен трэвл-грант для участия в XVII Конгрессе европейской нейроэндокринологической ассоциации.

– Конгресс проходил в примечательном месте, во дворце Медзанотте в Милане, – рассказывает Маргарита. – В этом здании в стиле неоклассицизма, построенном в 1932 году, находилась Миланская фондовая биржа.

У Маргариты Дудиной самые приятные воспоминания о Милане. Она успела объехать несколько городов Италии до этого визита, включая Рим, но все же главные впечатления о конгрессе, на котором были представлены доклады, определяющие будущее нейроэндокринологии.

В частности, на форуме много говорили о проблемах здорового долголетия и половых гормонах, взаимодействии нейроэндокринологии с иммунологией и генетикой, а также о современных принципах диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей.

Тема доклада Маргариты Дудиной – «Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови и их взаимодействие с уровнем соматотропина и инсулиноподобного фактора роста-1 типа в сыворотке крови при акромегалии».

Суть 10-минутного сообщения, хорошо воспринятого европейской научной публикой, в том, что гиперсекреция соматотропного гормона, выделяемого опухолью гипофиза при акромегалии, угнетает активность внутриклеточных ферментов в лимфоцитах крови и подавляет специфический иммунный ответ при развитии новообразований. Следствием этого является высокий онкологический риск у больных акромегалией. Пациенты погибают от рака толстого кишечника, щитовидной железы, простаты, матки и молочных желез. При этом чем в более молодом возрасте манифестировало заболевание, тем выше риск неопластических осложнений.

Путь больного с акромегалией

В Эндокринологическом центре краевой клинической больницы состоят на учете около 150 больных с акромегалией в возрасте от 25 до 70 лет.

– К сожалению, латентный период заболевания, время от момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза, составляет 5-7 лет, – говорит Маргарита Дудина. – На консультацию к эндокринологам краевой больницы пациенты попадают с жалобами на изменение внешности, укрупнение черт лица и конечностей, сильные головные боли, вторичную аменорею, гипогонадизм, иногда депрессивные расстройства. Порядок ведения таких пациентов един во всем мире. После дообследования пациентам рекомендуется нейрохирургическое лечение. Дообследование в условиях консультативно-диагностической поликлиники краевой больницы включает в себя МРТ гипофиза с контрастированием, определение соматотропного гормона натощак и в ходе теста толерантности к глюкозе, а также инсулиноподобного ростового фактора 1-го типа – средней суточной концентрации гормона роста в крови.

Оперируются больные акромегалией в краевой клинической больнице и в Москве - по квотам от Красноярского края. В ожидании операции пациент получает медикаментозное лечение аналогами соматостатина.

Маргарита Андреевна Дудина будет заниматься акромегалией и дальше. И, конечно, Европейский конгресс нейроэндокринологов для нее не последний.

Это не только личная победа, но и достижение научного руководителя, и краевой клинической больницы. Научные прорывы в такой узкой области медицины, как нейроэндокринология, возможны только в многопрофильной клинике на базе специализированного эндокринологического центра.

КОРИФЕИ

АКАДЕМИК ЧУЧАЛИН: «ЛЮБОВЬ К БОЛЬНОМУ – ЛУЧШЕЕ ЛЕКАРСТВО»

24-25 ноября 2016 года в КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого прошла Всероссийская конференция с международным участием «Междисциплинарные вопросы пульмонологии, оториноларингологии, аллергологии». В этом году конференция была посвящена вопросам лечения пневмоний, хронических обструктивных болезней органов дыхания, вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции у взрослых, подготовке кадров па постдипломном этапе и актуальным вопросам оториноларингологии.

Междисциплинарая конференция прошла под патронатом академика Александра Григорьевича Чучалина – одного из ведущих терапевтов России, эрудита, полиглота и прекрасного человека.

Александр Чучалин имеет множество ученых званий и степеней: академик РАМН, доктор медицинских наук, главный терапевт России, почетный член Кубинской, Чешской академий наук, Европейской академии науки и искусств.

С именем Александра Григорьевича связано признание отечественной пульмонологии как самостоятельной медицинской отрасли. В 1990 году он возглавил созданный им НИИ пульмонологии РФ.

Александр Чучалин — инициатор, организатор, научный руководитель и бессменный президент ежегодного Общероссийского национального конгресса «Человек и лекарство».

В 2006 году под его руководством была проведена первая в России успешная двухсторонняя трансплантация легких. В 2003 году Александр Григорьевич стал первым в России лауреатом международной премии «Золотой Гиппократ».

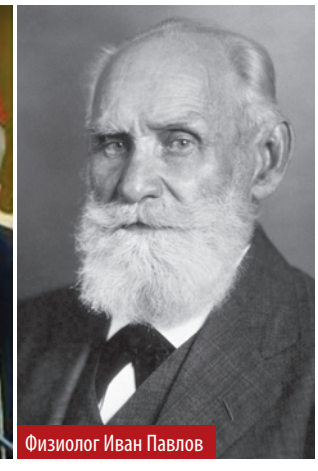
Мы предлагаем читателям «Первой краевой» выдержки из пленарного доклада академика, посвященные развитию медицины, в частности, лекарствам XXI века.

О том, что панацея важнее космоса

— Я бы хотел процитировать Фьоренцо Анджелини, кардинала Римско-католической церкви, основателя Ассоциации итальянских католических докторов. Он приезжал на первый конгресс «Человек и лекарство».

Анджелини говорил: «Человек – таинство, его жизнь священна. На вершине всех форм деятельности и добродетелей человека стоит лекарство. Можно сделать все, что угодно – космический корабль, ракету. Но, согласитесь, когда создают такие препараты, как инсулин, — это священство, которое врачи принесли в общество и тем самым подарили жизни многим людям».

Кардинал Фьоренцо Анджелини


Физиолог Иван Павлов

У Анджелини есть потрясающие слова: «Действительным храмом человечества является не православие, не католические древние церкви, не синагоги, а единство храмов, олицетворением которых для всего человечества может быть больница».

Наш великий ученый, физиолог Иван Петрович Павлов в 1936 году мечтал «встать из могилы лет эдак через пятьдесят и посмотреть своими глазами, что станет к тому времени с моей наукой».

Эти слова прозвучали незадолго до смерти: скоро Павлов заболел гриппом, который осложнился затяжной пневмонией, которая убила нобелевского лауреата. Знаменитый ученый хотел посмотреть на нас, на наши достижения. Он знал, что медицина очень изменится.

Во второй половине XX века в журнале «Nature» был опубликован научный прогноз о том, как будет развиваться медицинская наука до середины XXI столетия. На отметке 2015 год значится телемедицина. На опыте Красноярского края мы видим, что технология пришла в нашу жизнь и активно развивается.

Благодаря телемедицине, снижается количество смертей от пневмонии, инсультов, травм, ОКС. По последнему заболеванию в Красноярском крае один из лучших показателей в мире.

Академик Чучалин с коллегами

В ближайшие годы во всем мире будет бурно развиваться трансплантология. Развитие биоинженерии позволит создавать в условиях лаборатории искусственные органы. Это направление новой трансплантологии будет особенно активно развиваться в 2020-2030 годы. Мы перестанем зависеть от донорства — таким образом, будет решена одна из самых тяжелых моральных проблем трансплантологии.

В научном прогнозе «Nature» стоит амбициозная задача – найти вариант излечения от рака в 2020 годы.

Ожидаемая продолжительность жизни человека к 2035 году — 125 лет. Это тоже может быть вполне достижимо: например, Япония демонстрирует устойчивые тенденции к увеличению продолжительности жизни.

О том, что вчерашние обреченные хотят рожать

До 2016 года говорили, что у нас медицина четырех П:

– прогноз,

– профилактика,

– перцепция,

– персонализация.

Имели в виду, что медицина может сформировать прогноз, ее направленность профилактическая. Пациент должен хорошо воспринимать врача в обществе и следовать его рекомендациям. Это третье П – перцепция. И, наконец, четвертое – персонализация, она подразумевает индивидуальный подход при назначении лекарств, проведении диагностики и так далее.

Сейчас добавили пятое П – прецизионность. Это создание лекарств высокоточного действия – прецизионных препаратов.

Приведу конкретный пример. Наша пациентка родилась в 1980 году, она москвичка, страдает тяжелой формой муковисцидоза. Ее дыхательные пути колонизировали опасные возбудители, у которых стопроцентная резистенция к существующим антибактериальным препаратам.

Мы не можем делать таким пациентам трансплантации легких.

Диагноз девушке поставили поздно – только к 30 годам. Вместе с французскими коллегами мы диагностировали у нее редкий генотип муковисцидоза.

Поразительно, что женщины, страдающие муковисцидозом, находятся в таком тяжелом состоянии, но при этом к врачам у них только одна просьба – помогите стать матерью. Мы были обескуражены, пришлось разработать специальные программы с нашими акушерами-гинекологами, чтобы такие женщины смогли вынашивать и рожать детей.

С подобной просьбой обратилась и наша московская пациентка. Она получала напряженную терапию – дорогие антибактериальные препараты, но прогноз заболевания был нехорошим. Благодаря длительному использованию антибактериального препарата мы добились каких-то неустойчивых успехов. Но что делать дальше? Продолжить базисную терапию внутривенными антибактериальными препаратами, провести более активную противовоспалительную терапию, начать лечение пробиотиками? Или все же посмотреть, что делается в мире?

Мы выбрали последний вариант. И увидели, что разработаны прецизионные препараты, которые способны действовать, только когда встречается определенный генотип муковисцидоза. Именно этот генотип был у нашей пациентки. Больные муковисцидозом из Канады поделились с нами этим лекарственным препаратом, потому что он пока не зарегистрирован в России.

Пациентка начала принимать его, и сначала произошло резкое обострение. Поскольку у нас не было опыта использования лекарства, мы не знали, так ли должно быть. Но пациентка убедила: давайте продолжим прием. И оказалась права – наступило излечение. Она освободилась от возбудителей, оккупировавших ее легкие, как перчатку с руки сняла.

Сегодняшняя наука как раз и сконцентрирована на том, чтобы разрабатывать препараты, бьющие точно в определенные биологические мишени.

О том, как победить рак

– Ежегодно в мире проводится более двухсот тысяч клинических исследований тех или иных препаратов. В приоритете – разработка лекарств от социально значимых заболеваний.

Эксперты ВОЗ назвали десять ведущих причин смерти. Это ишемическая болезнь сердца, инсульт, ХОБЛ, респираторные заболевания, рак легких, трахеи, бронхов, диабет, диарея, ВИЧ, ДТП, гипертония. На группу хронических неинфекционных заболеваний приходится практически 50% процентов всех смертей. В России в структуре смертности доля неинфекционных заболеваний достигла 86%. Это кризисная ситуация, учитывая большие проблемы с демографией.

Очевидно, нам необходимо иметь современные прецизионные лекарственные препараты.

А теперь о разработке лекарств от рака. В мире проводится около 8000 клинических исследований таких препаратов. Сегодня при лечении онкологических заболеваний стали использовать моноклональные антитела. К слову, мы первыми в мире попробовали их при лечении бронхиальной астмы, а сейчас эти антитела используют практически во всех областях медицины. Например, в онкологии - при лечении определенных типов рака молочной железы после обязательного проведения генотипирования.

Расскажу еще об одном уникальнейшем исследовании, которое длилось на протяжении 16 лет. Известно, что у некоторых женщин есть генетическая предрасположенность к раку молочной железы. Как защитить их? С профилактической целью было решено применять химиопрепарат, и эта цель была достигнута – уровень заболеваемости снизился.

Долгое время отмечались минимальные успехи в лечении рака легкого, к нему никак не могли подойти. Сейчас совместно с одним из ученых разрабатываем новое направление – применяем антивирусные вакцины для лечения рака легкого. Ведем пациента с таким заболеванием, он обратился к нам, когда попробовал все возможные варианты лечения, в том числе за рубежом, находился в отчаянии. Стали применять вакцину.

Третий год наш пациент живет и здравствует, опухоль начала обратное развитие. Нужно продолжать работу в этом направлении.

Для лечения онкологических заболеваний необходима вакцина, которая научила бы иммунную систему реагировать на чужеродное, помогла ей бороться против себя.

Еще одна проблемная тема – рак и боль. Известный врач Сергей Петрович Боткин описывал состояние пациента, который погибал от рака, страдание этого человека и методы лечения. Однажды ночью Боткин проснулся и стал думать, как себя чувствует этот бедняга. Он поднялся, приехал в Мариинскую больницу и увидел несчастного пациента, который от боли не мог спать. Он сел рядом, обнял его. Больной успокоился и как ребенок уснул на руках врача. Лекарство не поможет от боли, если у врача нет любви к больному.

ИННОВАЦИИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯТОРОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ж. Е. Турчина, О. Я. Шарова, С. Л. Нефедова, Н. М. Потылицина, Н. П. Вахрушева, О. П. Фатьянова. А. А. Черемисина
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Аннотация

В статье рассматриваются актуальные вопросы использования симуляторов в практическом обучении студентов младших курсов медицинского вуза в кабинетах доклинической подготовки на кафедре сестринского дела и клинического ухода.

На современном этапе симуляционное обучение получает широкое признание как важная составляющая обучения в медицине и как фундаментальный подход, позволяющий обеспечивать безопасность пациентов. В ходе учебного процесса акцентируется особое внимание на способности и готовности к реализации профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых в профессиональной деятельности будущего врача, провизора, социального работника.

В статье перечислены имеющиеся симуляторы, а также четко отражены все уровни организации симуляционного обучения студентов. Значимым вопросом является также совершенствование учебно-методических материалов.

Проведен анализ эффективности использования симуляционных технологий в ходе учебной практики студентов по специальности «Лечебное дело».

Ключевые слова: симулятор, симуляционное обучение, практические умения, учебный процесс.

Введение

Одной из приоритетных задач здравоохранения является предоставление населению высокотехнологичной медицинской помощью. Обеспечить квалифицированными кадрами, способными работать на современном высокотехнологичном оборудовании, – одна из главных задач, которую необходимо решать здравоохранению.

Проблема практической подготовки кадров, в том числе для работы с высокотехнологичным оборудованием, стала как никогда острой. Освоение большинства навыков, манипуляций, особенно сопряженных с риском осложнений при их проведении, возможно лишь в теоретическом формате. И при этом каждый выпускник вуза обязан достаточно уверенно осуществлять целый ряд технических приемов, направленных, прежде всего, на спасение жизни.

В связи с этим возникла потребность создания и широкого внедрения инновационного подхода к обучению и профессиональной переподготовке персонала. Попытаться повысить качество подготовки медицинских специалистов можно с правильно организованным имитационным обучением, которое должно шире внедряться как дополнительный этап медицинского образования.

Мировые тенденции в совершенствовании обучающих технологий акцентируются на широком внедрении виртуальных симуляторов и манекенов. Тренинг подобного рода уже не одно десятилетие проводится

в медицинских школах развитых стран. Муляжи и виртуальные модели применяются не только в образовании, но и для определения уровня практической последипломной подготовки врача. Традиционная система практической подготовки в сфере здравоохранения имеет ряд недостатков, которые нивелируются при симуляционном обучении [1, 2].

Методики симуляционного обучения в медицине известны давно, в частности, в анестезиологии манекены применяются с 80-х годов XX века. Использование симуляторов, манекенов, фантомов позволяет многократно отрабатывать определенные упражнения и действия при обеспечении своевременных, подробных профессиональных инструкций в ходе работы [3].

Для студентов младших курсов медицинский уход является медицинской деятельностью по обеспечению оптимальных условий для выздоровления и поэтому требует такого же серьезного освоения студентами врачебных специальностей, как и все другие элементы лечебной деятельности. До изучения клинических дисциплин студенты должны ознакомиться и освоить необходимые манипуляции и процедуры медицинского ухода, уметь оказать неотложную доврачебную помощь [4].

Высокие современные требования к освоению практических навыков студентами-медиками, к актуализации учебного материала и приближению образовательной среды к новой среде практического здравоохранения делают виртуальные технологии в медицинском образовании ключевым направлением развития высшей медицинской школы [5].

Цель исследования

Провести анализ эффективности использования симуляционных технологий в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций в ходе учебной практики по уходу за больными у студентов младших курсов.

Материал и методы исследования

В анкетировании приняли участие 237 студентов 1-го курса факультета фундаментального медицинского образования (ФФМО) – «Лечебное дело» во время прохождения учебной практики «Общий уход за больными терапевтического профиля». Анкетирование было анонимным, каждый студент мог высказать свое мнение по организации учебной практики, работе с симуляторами и овладению профессиональными навыками. Анкета содержала 12 вопросов.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническая кафедра сестринского дела и клинического ухода (СД и КУ) КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого относится к полидисциплинарной, так как учебный процесс ведется на нескольких факультетах одновременно. На кафедре организованы два класса симуляционного обучения, где студенты развивают и отрабатывают практические навыки на занятиях по учебной практике на младших курсах ФФМО – «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», а также на фармацевтическом факультете и направлении подготовки «Социальная работа». Кафедра СД и КУ активно интегрирует организационно-методическую работу с фармацевтическим колледжем нашего университета.

На кафедре имеется достаточное количество симуляторов для работы со студентами в рамках учебной практики:

– интерактивные манекены взрослого пациента в человеческий рост для отработки практических навыков по личной гигиене, неотложной доврачебной помощи;

– интер¬активные манекены новорожденного и манекены ребенка в возрасте шести месяцев для отработки навыков по уходу за детьми;

– модели взрослых для освоения доврачебной помощи при сердечно-легочной патологии;

– тренажеры для проведения всех видов инъекций;

– тренажеры для осуществления сестринских манипуляций: отработки катетеризации мочевого пузыря, постановки клизм, компрессов, назогастрального, зонирования и т.д.;

– наборы для профилактики и обработки пролежней и др.

Учитывая, что учебная практика предполагает овладение практическими умениями в рамках компетентностного подхода под контролем преподавателей, из опыта нашей работы сложились некоторые методические подходы к освоению практических навыков и формированию профессиональных компетенций с использованием симуляционных технологий.

Организация работы на учебно-практических занятиях строилась по схеме шести уровней:

Уровень 1. Теоретическое ознакомление

Студенты получают тематику занятия, самостоятельно прорабатывают теоретические моменты, опираясь на методические рекомендации к аудиторным и внеаудиторным занятиям.

Уровень 2. Наблюдение за выполнением

При подготовке к занятию просматривают видеоматериал практического навыка. В методических рекомендациях есть параграф практические умения для каждого занятия.

Уровень 3. Работа с алгоритмами

Самостоятельно составляют свой алгоритм выполнения практических навыков по соответствующей тематике, используя алгоритмы, размещенные на сайте кафедры.

Уровень 4. Полное теоретическое понимание

На учебно-практических занятиях в течение 10-15 минут разбираются вопросы по теме занятия, решаются клинические задачи. Проводится тестирование.

Уровень 5. Демонстрация навыка преподавателем

На учебном занятии после теоретического разбора происходит медленная демонстрация преподавателем практических навыков на симуляторах.

Уровень 6. Выполнение (на симуляторах)

Далее в ходе учебного занятия студенты отрабатывают практические навыки в парах, по разработанным преподавателями кафедры чек-листам алгоритмов, доводя их до автоматизма, и оценивают себя самостоятельно, сверяясь с чек-листом.

Преподаватель наблюдает за процессом освоения навыков, исправляя незамеченные студентами ошибки. После освоения блока профессиональных навыков студенты участвуют в лечебном процессе в терапевтических отделениях стационаров, где реализуют отработанные

практические навыки под руководством преподавателя и среднего медицинского персонала клиники у постели больного.

После анализа анкетирования студентов были получены следующие результаты. На вопрос: пользовались ли вы для освоения практических навыков методическими материалами, размещенными на страничке кафедры, положительно ответили 78,4% студентов, не пользовались 10,5%, и не знали об их существовании 10,9%, что отражено на рис. 1.

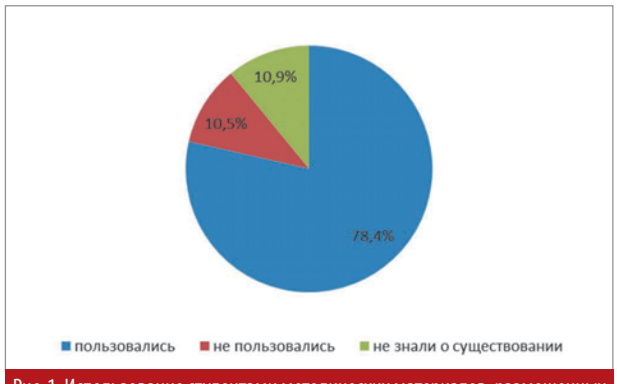


Рис. 1. Использование студентами методических материалов, размещенных на странице кафедры сайта КрасГМУ.

Такие ответы свидетельствуют о пользе размещенного методического материала; не знали о существовании методичек на сайте студенты, которые пропускали занятия в начале практики.

На вопрос: пользовались ли вы для освоения практических навыков видеобанком практических навыков, положительно ответили (85%) студентов, 8% студентов не могли выйти на сайт вуза, забыли пароль, но знали о существовании банка данных, 7% не использовали сайт вуза, что представлено на рис. 2.

76,4% студентов ответили, что отработка навыков по постановке инъекций больше всего задействовала ресурс с видеобанком практических навыков.

Рис. 2. Использование студентами видеобанка практических навыков на сайте вуза.

На вопрос: как вы оцениваете уровень оснащенности кафедры по 5-балльной шкале, 54,6% студентов поставили 5 баллов, тем самым отметив высокий ресурс, 34,3% отметили достаточный уровень (4 балла), и 11,1% студентов ответили на 3 балла: высказали пожелание иметь больше тренажеров, на некоторые навыки не хватает тренажеров (например, промывание желудка), и приходится уплотняться в группы для отработки не по два, а по 4-5 человек, что представлено на рис. 3.

На вопрос: помогают ли вам в овладении практическими навыками симуляторы, в 100% случаев был получен положительный ответ, что представлено на рис. 4.

Рис. 3. Оценка студентами оснащенности кафедры.

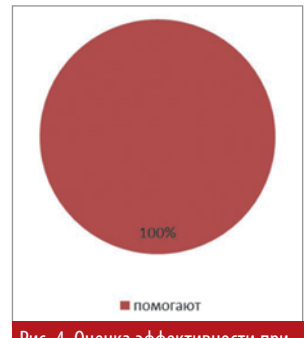


Рис. 4. Оценка эффективности применения симуляторов.

Выводы

Обучение с помощью симуляторов является одним из эффективных методов обучения в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций студентов младших курсах в медицинском вузе.

Правильно организованный подход по созданию учебно-методических материалов сотрудниками кафедры и фармацевтического колледжа ускоряет усвоение навыков, понимание, закладывается автоматизм и правильность исполнения навыка.

Эффективность обучения с помощью симуляционных методов подтверждается самостоятельной работой студентов в рамках практических занятий в клинических отделениях на базах кафедры и готовностью студентов к летней производственной практике.

Процесс контроля не должен носить карательный характер, а основные усилия должны быть направлены на содействие профессиональному развитию, выявлению ограничений и снижению риска, который может нести собой плохо подготовленный врач.

Литература

1. Значение симуляционного обучения в медицинском образовании / А.Т. Егорова [и др.] // Сборник научных трудов «Вузовская педагогика». – Красноярск, 2016. – С. 375-377.

2. Каушанская Л.В., Ширинг А.В., Корнева А.С. Современный подход к профессиональной подготовке врачей хирургического профиля на базе учебно-симуляционного центра Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии // Сборник научных трудов «Вузовская педагогика». – Красноярск, 2016. – С. 381-384.

3. Кострова И.В., Приходько О.Б., Ходус С.В. Роль симуляционно-аттестационного центра в подготовке студентов Амурской государственной медицинской академии // Сборник научных трудов «Вузовская педагогика». – Красноярск, 2016. – С. 384-386.

4. Симуляционное обучение как современная образовательная технология в практической подготовке студентов младших курсов медицинского вуза [Электронный ресурс] / Ж.Е. Турчина [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3; URL: http://www.science-education.ru/article/view?id=24677 (дата обращения: 15.11.2016)

5. Турчина Ж.Е. Оптимизация учебного процесса на клинической кафедре медицинского вуза в связи с переходом на ФГОС ВПО [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 3; URL:/http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=989 (дата обращения: 15.11.2016).

Необыкновенный случай

Casus extraordinarus

НЕФРОЛОГИЯ

ПОРАЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

И. В. Матвеева, Г. В. Данилова, Г. В. Кузнецова, Н. Н. Цветкова, Н. Г. Яковенко, П. С. Жегалов, А. В. Самойленко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Системная склеродермия (ССД), или системный склероз, – прогрессирующее заболевание соединительной ткани с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (легких, сердца, пищеварительного тракта, почек) и сосудов.

ССД является редким заболеванием, распространенность – 10-20 случаев на 100 тыс. населения. Заболевают чаще женщины на пятом десятилетии жизни (соотношение мужчин и женщин – 1:4). Выявляемость системной склеродермии за последнее десятилетие выросла, что связано в том числе с улучшением диагностики.

Клиническая картина много лет может проявляться только вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно. Также наблюдается склеродактилия (утолщение кожи пальцев рук), сгибательные контрактуры, изъязвления кончиков пальцев, онихолизис. Далее в патологический процесс вовлекаются лицо и шея с формированием маскообразного лица, истончением губ, формированием «кисета» (круговые борозды вокруг ротовой апертуры). Поэтому внешний облик пациента достаточно характерен.

При ССД патологическим процессом затронуты практически все органы, связанные с соединительной тканью, имеющие сосудистую сеть. Основу заболевания составляют нарушения микроциркуляции, воспаление и поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза.

Клинические формы ССД выделяют в зависимости от распространенности кожного процесса и основного симптомокомплекса.

Выделяют диффузный и ограниченный кожный системный склероз. У многих пациентов с ограниченным кожным системным склерозом наблюдаются симптомы, которые фенотипически позволяют отнести их к CREST-синдрому (кальциноз, феномен Рейно, поражение пищевода, склеродактилия, телеангиоэктазии).

Поражение пищеварительного тракта, особенно пищевода и кишечника, среди других висцеральных проявлений выходит на первый план по своей диагностической значимости. Клинико-рентгенологическая картина характеризуется четкими симптомами.

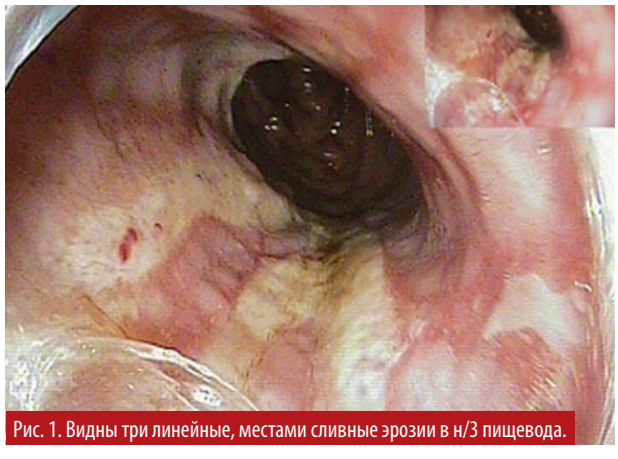


Рис. 1. Видны три линейные, местами сливные эрозии в н/3 пищевода.

Рис. 2. Рубцовая стриктура н/3 пищевода и рубцовая деформация стенки над стриктурой 6. Нижняя треть пищевода сужена. Вышележащие отделы расширены. Часто наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс из-за отсутствия эластичности стенок пищевода, что приводит к эзофагиту.

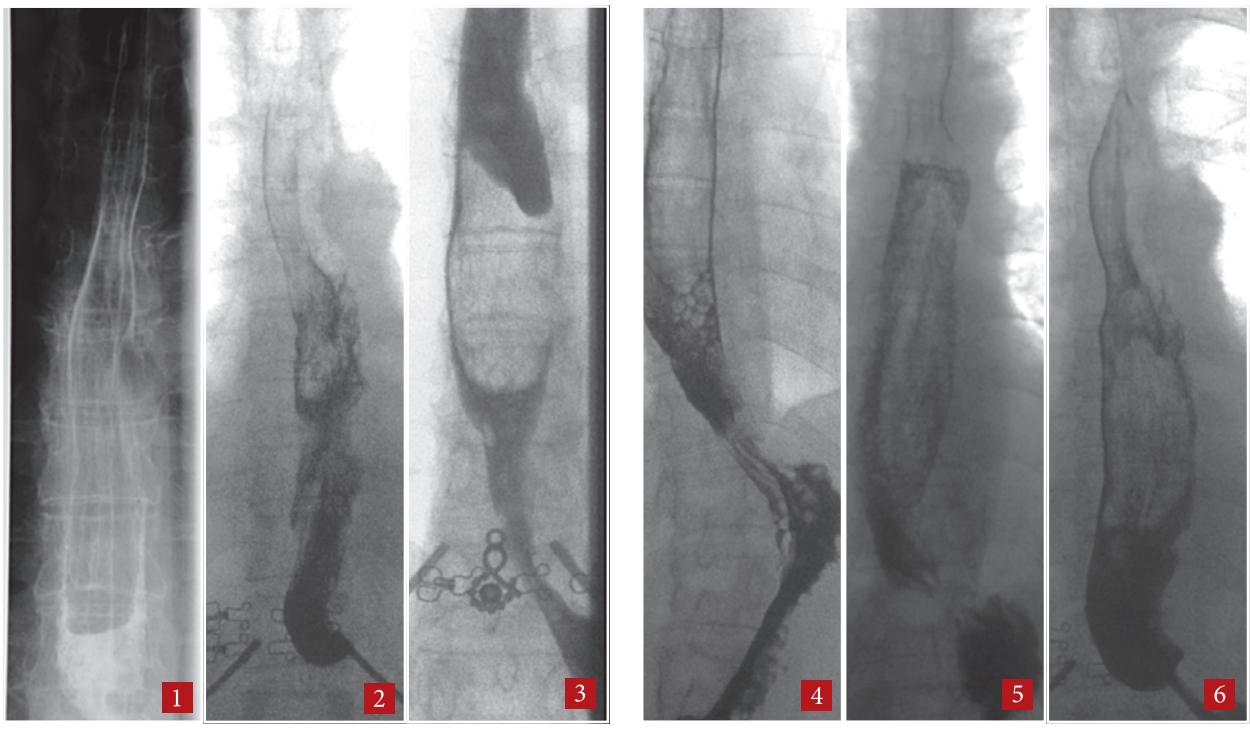
При поражении пищевода (склеродермический эзофагит) развивается дисфагия, диффузное расширение пищевода при сужении его нижней трети, ослабление перистальтики и ригидность стенок, явления рефлюкс-эзофагита. Возможно развитие пептических язв, стриктур, грыжи пищеводного отверстия. Может выявляться пищевод Баррета (метаплазия эпителия дистального отдела пищевода по кишечному типу), увеличивающий риск развития аденокарциномы.

Рентгенологическими признаками поражения пищевода при склеродермии являются сужение дистального отдела пищевода за счет склеротических процессов в окружающих его тканях и атонией вышележащих отделов.

Специфической эндоскопической картины поражения ЖКТ при склеродермии не наблюдается. В результате нарушения запирательной функции кардии развивается рефлюкс-эзофагит.

Желудок и двенадцатиперстная кишка могут быть атоничны, в таких случаях пациенты испытывают боль в эпигастральной области и быстро наступающее чувство насыщения вследствие нарушения эвакуации содержимого желудка.

Рис. 3. Радиальные рубцы в н/3 пищевода, над сужением просвет пищевода расширен.



1 Тонус пищевода резко снижен, просвет его зияет, нередко содержится слизь в пищеводе.
2 Перистальтика ослаблена, практически отсутствует.
3 Пищевод имеет вид широкой, почти не сокращающейся трубки, заполненной воздухом.
4 По мере опорожнения форма пищевода заметно не меняется, стенки не спадаются, просвет зияет в виде светлой полосы.
5 Рельеф слизистой оболочки в расширенном пищеводе плохо дифференцируется, несмотря на длительную задержку вкраплений бария на поверхности слизистой оболочки и наличие в нем газа.
6 Нижняя треть пищевода сужена. Вышележащие отделы расширены. Часто наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс из-за отсутствия эластичности стенок пищевода, что приводит к эзофагиту.

Анализ заболеваемости на основе собственных наблюдений отделения нефрологии КГБУЗ «ККБ» за 2010-2015 гг.

В отделении нефрологии в 2010-201 гг. наблюдалось 58 пациентов с диагнозом системная склеродермия, из них 48 – женщины, 10 – мужчины. Распределение по возрасту на начало заболевания:

– до 20 лет – 4 человека;
– от 20 до 30 лет – 13 человек;
– от 30 до 40 лет – 10 человек;
– от 40 до 50 лет – 16 человек;
– старше 50 лет – 15 человек.

Таким образом, пик заболеваемости приходится на четвертое-пятое десятилетие жизни, что не противоречит общемировой статистике. Поражение пищевода (клинически, рентгенологически, эндоскопически) наблюдалось у 36 пациентов. Не было поражения пищевода у 22 пациентов. Соотношение выявленных случаев заболевания на 100 тыс. населения, по нашим наблюдениям, составило два случая, что меньше, чем по общемировой статистике. Связано это, скорее всего, с тем, что в Красноярском крае пациенты наблюдаются и в других клиниках, например, в Центре ревматологии Красноярской ГБ № 20 им. И. С. Берзона.

Рис. 4. Множественные линейные эрозии н/3 пищевода, расположенные на продольных складках.

Выводы

Системная склеродермия относится к одному из тяжелых заболеваний с поражением соединительной ткани. Функциональные исследования важны клиницисту для диагностики поражения внутренних органов, а также оценки степени их поражения. Постановка правильного диагноза на ранних стадиях заболевания позволяет вовремя подключить терапию и замедлить прогрессирование заболевания.

Литература

1. Ревматология. Клинические лекции. Под редакцией профессора В.В. Бадокина. Москва. Литтера. 2014 г.

2. Внутренние болезни по Дэвидсону. Перевод с англ. Под редакцией акад. РАМН Н.А. Мухина. Москва. Гэотар-Медиа. 2010 г.

3. Рентгендиагностика заболеваний органов пищеварения. Власов П.В. Москва. 2008 г.

4. Рентгендиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. Антонович В.Б. Руководство для врачей. Москва. 1987 г.

5. Атлас: эндоскопии пищеварительного тракта. Возможности высокого разрешения и изображения в узком световом спектре. Москва. 2012 г.

МИКРОХИРУРГИЯ

ВПЕРВЫЕ ПРОВЕДЕНА ДВУХСТОРОННЯЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ TRAM-ЛОСКУТОМ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Радикальная мастэктомия, как основной метод лечения злокачественной опухоли, негативно влияет на качество жизни женщины – приносит не только физические, но и моральные страдания.

Простейший способ создания иллюзии присутствия груди – бюстгальтер-протез, но он исключает глубокие декольте, открытый купальник.

Объем восстанавливают с помощью силиконовых имплантатов, но это не физиологический метод – кожа над протезом растянута, сложно добиться симметрии, потому что со временем «живая» железа провисает, а имплант остается на месте.

Разработано несколько методик реконструкции груди из собственных тканей. Одной из самых эффективных является реконструкция свободным лоскутом.

Суть метода заключается в переносе кожно-жирового лоскута с ягодицы или живота на грудную клетку с помощью микрососудистых анастомозов.

Поскольку ягодичный лоскут имеет слишком короткую сосудистую ножку, чаще хирурги используют кожно-жировой лоскут с живота (TRAM-лоскут), тем более что косметический эффект получается двойной – кроме «живой» груди, абдоминальная пластика.

Операция по пересадке лоскута на микрососудистых анастомозах ювелирная и длится около восьми часов.

Выкраивается лоскут в нижней части живота с сосудами – артерией и двумя венами. Иссекается хрящ IV ребра, на дне получившейся ямки выделяются сосуды – внутренняя грудная артерия и сопровождающие вены. Лоскут с живота перемещается в область груди, сосуды сшиваются под микроскопом. Затем лоскут моделируется, ему придается форма груди, накладываются косметические швы.

У восстановления груди TRAM-лоскутом несколько очевидных преимуществ:

– кожно-жировой лоскут, взятый с живота, – настоящая грудь, потому что тактильно схож с тканями молочной железы и естественно приживается на новом месте;

– у метода всего два противопоказания: метастазирование опухоли и излишняя худощавость пациентки, когда взять лоскут с живота не получается;

– результаты более долговечны, тогда как импланты требуют замены через каждые 10-15 лет;

– жизнь женщины меняется мгновенно – она превращается в себя прежнюю, красивую и уверенную.

Мы предлагаем вашему вниманию первую в Красноярском крае успешную операцию двухсторонней реконструкции груди TRAM-лоскутом у пациентки, перенесшей двухстороннюю мастэктомию.

Это успех заведующего отделением микрохирургии краевой клинической больницы Вадима Тиграновича Кеосьяна – хирурга, на счету которого уже несколько десятков операций по реконструкции груди TRAM-лоскутом.

Но случай с 50-летней пациенткой Ш. особый – она впервые в истории краевой медицины получила сразу две груди из собственных тканей.

Клинический случай

Пациентка Ш. заболела раком молочной железы в 37 лет. В 2001 году ей удалили первую грудь. Через пять лет – вторую.

– Первую грудь пациентке удалили по Холстеду, – комментирует Вадим Кеосьян. – Это операция травмирующая, с удалением всей большой грудной мышцы. Таким пациенткам невозможно восстановить грудь даже с помощью имплантата – его просто некуда поместить.

Вторую грудь пациентке удалили, не удаляя мышцу, но десять лет Ш. жила без всякой надежды вернуть своему телу женственность. Она прошла много клиник, но все решилось только в Красноярске, куда Ш. переехала три года назад.

В нашем городе Ш. также обращалась к косметическим хирургам. Они-то и посоветовали ей Вадима Тиграновича: если Кеосьян не поможет, то уже никто.

Доктор Кеосьян принял решение прооперировать пациентку, но не скрывал от нее, что операция сложнейшая и очень долгая по времени.

– К таким трудным операциям мы готовимся с составлением четкого плана-графика, – рассказывает Вадим Тигранович. – Все этапы расписаны поминутно для меня, второго хирурга и ассистента.

Готовилась морально и пациентка – после 15 лет мучений она готова была вытерпеть все, лишь бы вернуться к себе прежней. Кстати, вот этот бойцовский характер – то, что доктор Кеосьян чувствует и очень уважает в своих пациентах.

Дефект грудной мышцы справа

Выкраивание кожно-жировых лоскутов

Этапы операции вкратце таковы:

– подготовка места на груди с удалением части хряща IV ребра и выделением внутренних грудных сосудов для анастомозов;

– выкраивание кожно-жировых лоскутов на животе с выделением сосудов (нижняя эпигастральная артерия и вены);

– лоскуты переносятся на грудную клетку, причем в обратном порядке: левый на правую сторону, правый – на левую;

– сшиваются сосуды под микроскопом;

– формируются молочные железы и пришиваются косметическими швами, одновременно выполняется абдоминопластика и зашивается рана на животе.

Есть и отдаленный следующий этап – формирование сосков.

– Если нам необходимо сформировать одну грудь, мы можем использовать больше тканей с живота, – говорит Вадим Кеосьян. – Но здесь задача была сложной вдвойне, поэтому грудь у пациентки получилась небольшая.

В ходе 14-часовой операции доктор Кеосьян применил ноу-хау. Когда формируется молочная железа, с кожно-жирового лоскута срезаются острые углы. В случае с пациенкой Ш. лишние ткани измельчили, отфильтровали и ввели в правую молочную железу, чтобы заполнить углубление на месте удаленной грудной мышцы.

Послеоперационный период после реконструкции груди TRAM-лоскутом тревожен: особенно опасны с точки зрения тромбоза сосудов первые сутки. Первую неделю опасность осложнений сохраняется. По-настоящему расслабиться и врачи, и пациентка могут только через 10-12 дней.

К счастью, у пациентки Ш. послеоперационный период прошел благополучно, и сегодня она уже выписана из стационара. На 14-й день после операции она вышла на работу.

– Для меня важно видеть своих пациенток счастливыми, – признается доктор Кеосьян. – Они улыбаются, глаза блестят. Мои больные больше не больны.

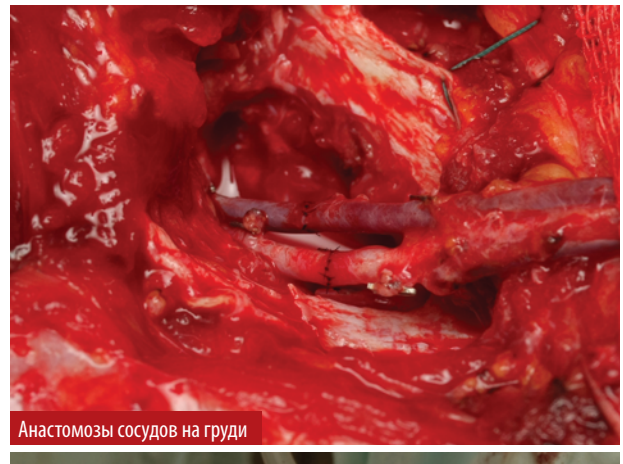
Пациентка Ш. оценивает свое состояние и окружающий мир двумя словами: «Все чудо».

Это понятно, ее мир был 15 лет черно-белым, а теперь стал цветным.

Пациентка очень благодарна своему врачу и краевой больнице в целом:

– Я хочу, чтобы у Вадима Тиграновича была возможность помогать многим людям. А краевая больница удивительная. Поверьте, мне есть с чем сравнивать. Коллектив подобран идеально – от санитарки до врача.

Выделение сосудов на животе


Анастомозы сосудов на груди

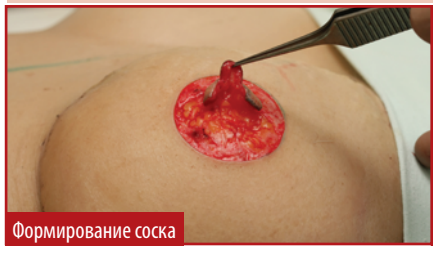
Формируется молочная железа

Как делают сосок

Из кусочка кожи формируют трилистник, а затем его сшивают, как показано на фото, и получается сосок. Дефект вокруг соска закрывается кожным трансплантатом, и получается ареола – околососковый кружок.

Другой способ создания иллюзии соска и ареолы – это татуаж. Сегодня для этих целей применяют 3D-тату. Происходит это спустя несколько месяцев после основной операции. Сосок выглядит совершенно естественно.

Кстати, пупок у пациенток тоже не исчезает. При заборе лоскутов его сохраняют, а на этапе абдоминопластики перемещают на новое место, и результат может получиться лучше, чем был до операции.


Формирование соска

Конечный результат

Сосок -татуировка

НЕВРОЛОГИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗА В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, СХОДНЫЙ С БОЛЕЗНЬЮ ФАРА

А. И. Ломакин, Н. Н. Маркова, П. Г. Шнякин, М. В. Пахер, Д. М. Ламонов
ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России, Железногорск

Заболевания щитовидной железы среди всей патологии эндокринной системы занимают второе место после сахарного диабета. С ростом заболеваемости различными формами патологии щитовидной железы растет число операций, в том числе в непрофильных стационарах, что ведет к увеличению частоты послеоперационных осложнений. Одним из специфических осложнений операций на щитовидной железе является послеоперационный гипопаратиреоз.

Гипопартиреоз – недостаточность функции околощитовидных желез, характеризуется снижением уровня паратгормона в крови, развитием гипокальциемии и гиперфосфатемии. Снижение уровня кальция в крови у больных, оперированных по поводу заболеваний ЩЖ, нередко обусловлено повреждением или удалением околощитовидных желез в ходе хирургического вмешательства, а также кровоизлиянием в них и развитием фиброзных процессов в месте операции в отдаленные сроки.

Основным проявлением гипопартиреоза являются гипокальциемия и, как правило, гиперфосфатемия (однако в некоторых случаях уровень фосфора остается в пределах нормальных значений). При этом отмечается, что, несмотря на снижение уровня кальция в крови, возможно его отложение в веществе головного мозга.

Приводим клинический случай декомпенсированного гипопаратиреоза с преимущественным поражением центральной нервной системы.

Пациентка Н., 55 лет, жительница Сосновоборска, в июле 2016 года доставлена бригадой «скорой помощи» в ПДО КБ № 51 после серии генерализованных тонико-клонических судорог.

При поступлении сбор анамнеза был затруднен по тяжести состояния – пациентка в глубоком оглушении. Из сообщения врача скорой помощи известно, что больная в течение последних четырех лет принимает противосудорожные препараты (депакин-хроно) в неизвестной дозировке, в последнее время нерегулярно, отмечается учащение судорог в течение последней недели.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Во время осмотра сохраняются миоклонические судороги, в глубоком оглушении, зрачки D=S, фотореакции сохранены, дивергенция глазных яблок по вертикали, парез конвергенции. Тригеминальные точки безболезненны. Легкая асимметрия носогубных складок (проверка затруднена из-за нарушенного сознания больной и сохраняющихся судорог). Язык в полости рта, прикушена нижняя губа. Глотание сохранно. Сухожильные рефлексы с конечностей D=S, равномерно снижены.

Положение рук, ног вынужденное: локтевое, коленное сгибание, приведены к туловищу. Тугоподвижность в суставах в результате сформировавшихся контрактур в них. Тонус мышц равномерно повышен по пирамидному типу. Патологические стопные знаки: Бабинского, Россолима, Пуссепа вызываются с двух сторон. Менинги-

МСКТ головного мозга: картина массивной, симметричной кальцификации базальных ганглиев, внутренней капсулы, таламуса, ствола и ядер мозжечка

альные знаки сомнительные на фоне общей мышечной ригидности, судорожной готовности.

По результатам МСКТ головного мозга: картина массивной, симметричной кальцификации базальных ганглиев, внутренней капсулы, таламуса, ствола и ядер мозжечка (болезнь Фара).

Для уточнения и подтверждения выводов врачей-рентгенологов ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА, снимки были направлены по телемедицинскому мониторингу в ККБ № 1. Заключение подтвердилось: КТ признаки болезни Фара.

После купирования судорог, на следующий день, состояние стабилизировано. Регрессировала общемозговая симптоматика. Больная стала вступать в контакт, но имело место нарушение когнитивных функций в виде значительных мнестических нарушений, брадифрении. Путем наводящих вопросов удалось выяснить, что более 20 лет назад у больной была операция на щитовидной железе. В последние годы больная не наблюдалась эндокринологом, не обследовалась. Обездвижена в течение двух последних недель.

С учетом анамнеза, картины изменений по МСКТ, был заподозрен послеоперационный гипопаратиреоз с кальцинированием подкорковых ядер. Для консультации приглашен эндокринолог, выставлен диагноз послеоперационный гипотиреоз средней степени тяжести. Послеоперационный гипопаратиреоз тяжелой степени.

За время лечения в неврологическом отделении проводилась терапия, направленная на купирование судорог (депакин-хроно 300 мг 2 раза), регидратация, нейротрофические препараты (цитофлавин в/в капельно), В-блокаторы, миолитики. Для дальнейшего лечения больная была переведена в терапевтическое отделение, где было продолжено лечение у врача-эндокринолога.

Пациентке проводилась терапия кальция глюконатом 10% 30 мл 2 раза в день в/в кап., альфакальцидолом 500 мг 2 капс 2 раза в день, левотироксином 50 мкг в сутки.

На фоне лечения самочувствие улучшилось, стала более активна, при помощи посторонних присаживается в кровати, судорог не было. Уровень кальции повысился до 1,89 ммоль/л. Пациентка выписана из терапевтического отделения КБ № 51 с положительной динамикой, с рекомендациями по дальнейшей терапии.

Особенность этого случая заключается в том, что клинически и по результатам нейровизуализации (МСКТ головного мозга) это заболевание было максимально похоже на болезнь Фара. Однако на основании анамнеза и совместного осмотра с эндокринологом было сделано заключение в пользу кальцификации мозговых структур на фоне тяжелой формы гипопаратиреоза – снижение кальция в крови при гипопаратиреозе сопровождается отложением кальция в мозговых структурах.

На фоне лечения у пациентки наметилась положительная динамика.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ПРАВОСТОРОННЯЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА

КГБУЗ КМКБ № 20 им. И. С. Берзона
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Д. В. Черданцев, С. В. Юров, А. А. Дударев, А. Ю. Зима

Посттравматические грыжи диафрагмы составляют 13% от всех грыж диафрагмы, развиваются в 2-3% случаев [1, 2, 4]. Частота встречаемости связана с высоким уровнем дорожного травматизма, криминогенной обстановкой.

Диагностируются при тупой травме живота в 3-8%, при закрытой травме грудной клетки у 1,1% больных, при сочетанной травме груди и живота частота развития 3-5%. Проникающие ранения груди служат причиной развития в 3,4%, живота в 2,6% [6]. Послеоперационная летальность при этой патологии может достигать 30-50% [5].

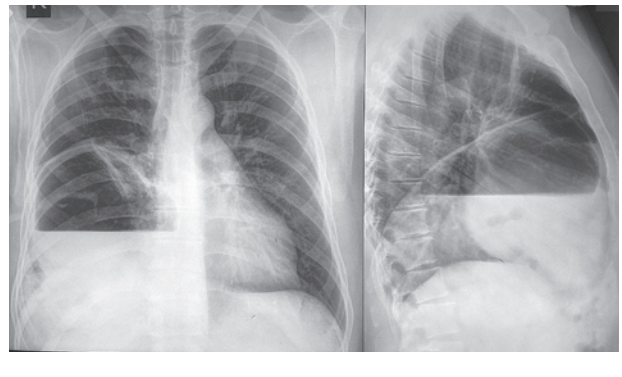
Постановка диагноза часто бывает затруднена, если повреждение диафрагмы не выявлено в остром периоде после травмы, также трудности и ошибки связаны с редкостью патологии и отсутствием настороженности врачей [3]. Надеемся, наше сообщение будет интересным и дополнит немногочисленные источники литературы о диагностике и лечении грыж диафрагмы. Приводим наблюдение еще и в связи с тем, что правосторонние разрывы встречаются в 11-14% [7, 8].

Больной В., 39 лет, в январе 2014 года длительно находился на стационарном лечении в ГБСМП по поводу сочетанной автодорожной травмы, диагностировались переломы костей таза, правого бедра, правой голени, травматическое повреждение уретры. Повреждения органов грудной клетки не выявлялись.

В ходе лечения были выполнены: остеосинтез перелома правого бедра, наложение аппаратов наружной фиксации на кости таза, кости правой голени, дважды выполнялись реконструктивные операции с целью восстановления уретры и ее проходимости. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Обратился в поликлинику по месту жительства в ноябре 2015 года с жалобами на одышку при физической нагрузке и после приема пищи, боли в правой половине грудной клетки. Жалобы появились в последние два месяца. Выполнено R-обследование грудной клетки (снимок 1), с диагнозом гидропневмоторакс справа.

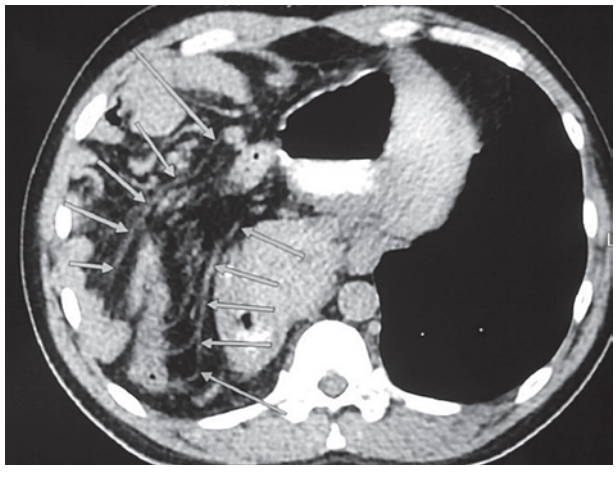
Снимок 1.



Направлен на консультацию к торакальному хирургу 01.12.2015. Поступил в торакальное отделение КМКБ № 20 им И. С. Берзона.

При объективном осмотре обращало на себя внимание ослабление дыхания над средними, нижними отделами правого легкого, а в горизонтальном положении больного появление кишечных шумов в этой же проекции. В ходе обследования, при выполнении УЗИ брюшной полости, плевральных полостей, было выявлено увеличение правой доли печени и наличие незначительного количества свободной жидкости в правой плевральной полости. Отклонений от нормы в показателях крови, мочи не было.

Однако мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием ЖКТ позволила диагностировать дислокацию тела желудка, петель тонкого кишечника, поперечно-ободочной кишки, левой доли печени, большого сальника через разрыв в диафрагме в правую плевральную полость (снимок 2).



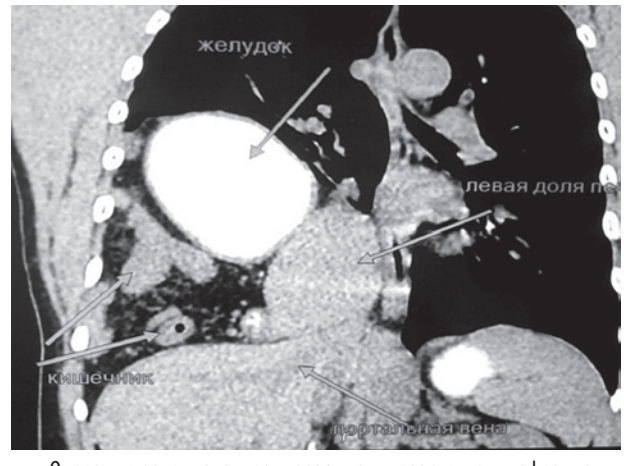
Указанные данные подтвердились и на R-скопии желудка с контрастом: отсутствие газового пузыря желудка под левым куполом диафрагмы в положении стоя, в горизонтальном положении тела газовый пузырь и контраст выявлены в правой плевральной полости.

На основании клинических данных, результатов обследования поставлен диагноз посттравматическая правосторонняя диафрагмальная грыжа. Больной оперирован в плановом порядке (09.12.2015).

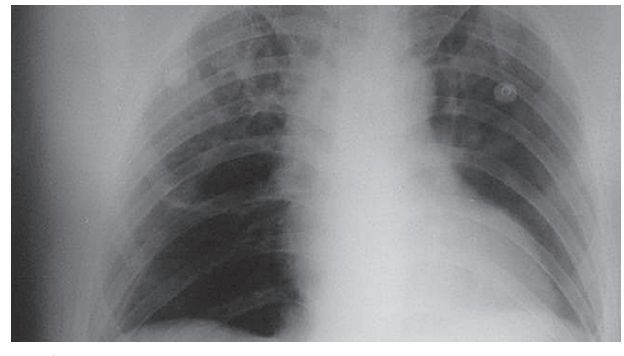
Операция. Верхнесрединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Низведение желудка, петель тонкого кишечника, поперечно-ободочной кишки. Торакотомия справа, мобилизация, низведение левой доли печени. Пластика диафрагмы полипропиленовой сеткой. Дренирование правого поддиафрагмального пространства. Дренирование правой плевральной полости.

В ходе оперативной ревизии выявлен дефект правого купола диафрагмы длиной до 12 см (разрыв III ст.), идущий от перикарда по переднему скату, заканчивается, не доходя до переднего синуса. Тело, антральный отдел желудка, петли тонкой кишки, поперечно-ободочная кишка, большой сальник находятся в правой плевральной полости, там же находится левая доля печени, которая спаяна с перикардом, медиастинальной плеврой. Выделить из сращений левую долю печени из лапаротомного доступа не удалось.

С целью пластики диафрагмы, мобилизации левой доли печени выполнена торакотомия справа по VII м/р. Мобилизована левая доля печени, низведена в брюшную полость вместе с другими дислоцированными органами. Дефект диафрагмы ушит «край в край» из-за большого натяжения тканей, со стороны плевральной полости дополнительно фиксирована полипропиленовая сетка ULTRAPRO, 11х6 см.



Операция закончена дренированием правого поддиафрагмального пространства, правой плевральной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выполнены контрольные R-скопия желудка, R-графия грудной клетки: правый купол диафрагмы четкий, легкие расправлены (снимок 4). Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга на 16-е сутки.



Заключение

Трудности диагностики посттравматических грыж диафрагмы требуют разработки протоков обследования пациентов с травмой грудной клетки, сочетанной травмой с использованием мультиспиральной компьютерной томографии.

Также не потерял актуальность вопрос выбора оперативного доступа, техники операций (натяжные и ненатяжные методики пластики диафрагмы, использование лапаро- и торакоскопической техники).

Существует необходимость в дополнительном информировании врачей общей практики, хирургов неспециализированных отделений в вопросах диагностики и лечения посттравматических диафрагмальных грыж.

Литература

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы // Хирургия. – 2000. – № 7. – С. 28 – 33.
2. Авилова О.М., Макаров А.В., Гетьман В.Г. Ошибки диагностики травматических грыж диафрагмы при закрытых повреждениях груди // Вестник хирургии – 1988. – № 2. – С. 96-99.
3. Кукош М.В., Гомозов Г.И. Ущемленные грыжи как проблема экстренной абдоминальной хирургии // Материалы 5-го научного форума «Хирургия 2004». – М., 2004. – С. 97-98.
4. Махов Н.И., Мерденов К.К. Хронические травматические диафрагмальные грыжи // Хирургия. – 1968. – № 5. – С. 125-128.
5. Маслов В.И. Хирургическая тактика при осложненных травматических диафрагмальных грыжах / В.И. Маслов, М.А. Тахтамыш // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 26-31.
6. Gonzalez R., Sanjuan S., Gomez H. Hernia diafragmaticatraumatica de apararici n tardia // Cir. Peditr. – 2010. – Vol. 15. – P. 38-40.
7. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases. / T.Z. Nursal, M. Ugurlu, M. Kologlu [et al.] // Hernia. – 2001. – Vol. 5. – № 1. – P. 25-29.

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ КРУПНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПРОСВЕТЕ БРОНХА

И. В. Демко, Е. А. Собко, В. М. Симакова, Р. Н. Чащин, П. В. Бортникова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

На аллергологическом приеме дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома занимает особое место. Диагностика требует персонифицированного подхода к каждому пациенту, глубоких знаний врача и слаженной, быстрой работы параклинических служб.

Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

Гетерогенность БА проявляется различными фенотипами заболевания, многие из которых возможно выделить в обычной клинической практике (аллергическая, неаллергическая, БА с поздним дебютом, БА с фиксированной обструкцией, БА и ожирение). Диагноз БА в первую очередь устанавливается на основе клинической картины. Особенностью диагностики БА является отсутствие стандартизированных характеристик симптомов или лабораторных или инструментальных исследований, которые помогли бы с точностью установить диагноз.

Дифференциальный диагноз БА у взрослых проводят по следующим заболеваниям и состояниям в зависимости от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции, определяемой как ОФВ1 / ФЖЕЛ <0,7 до применения бронхолитика.

Отсутствие бронхиальной обструкции:
– синдром хронического кашля;
– гипервентиляционный синдром;
– синдром дисфункции голосовых связок;
– ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь);
– риниты;
– заболевания сердца;
– легочный фиброз.

Наличие бронхиальной обструкции:
– ХОБЛ;
– бронхоэктазы;
– инородное тело;
– облитерирующий бронхиолит;
– стеноз крупных дыхательных путей;
– рак легких;
– саркоидоз.

В представленной клинической ситуации мы рассматриваем бронхообструктивный синдром как следствие инородного тела в просвете бронха.

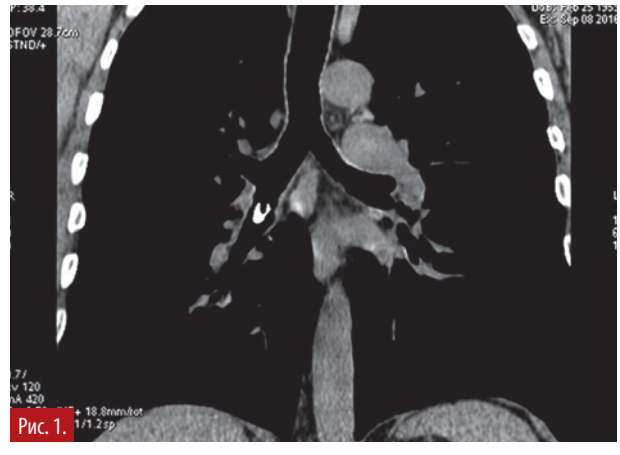


Рис. 1.

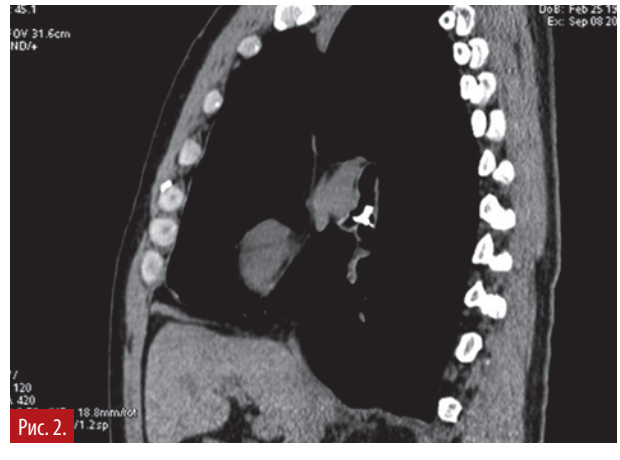


Рис. 2.

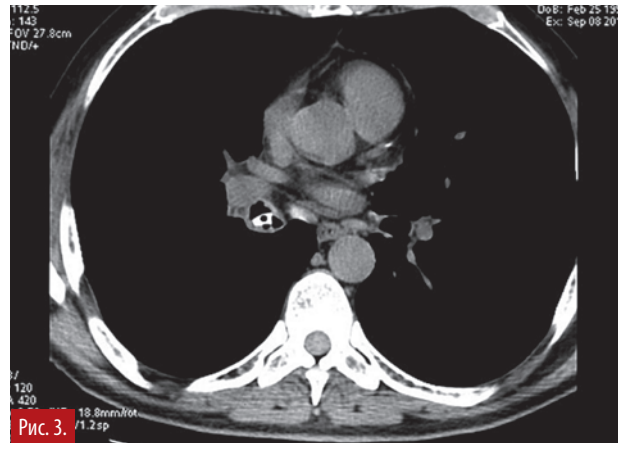


Рис. 3.

Клинический случай

Пациент Б., 57 лет. Направлен из Нижнеингашской ЦРБ с подозрением на бронхиальную астму.

Жалобы на момент осмотра: два раза в неделю ночные приступы одышки, проходящие самостоятельно, приступообразный кашель с мокротой в незначительном количестве в течение дня и особенно ночью, периодическое чувство тяжести, заложенности в грудной клетке, свистящее дыхание в горизонтальном положении, одышка при физической нагрузке.

Рис. 4. Инородное тело в просвете бронха.

Рис. 5. Состояние слизистой после извлечения инородного тела.

Из анамнеза: курит 40 лет. Раньше одышку не отмечал. В марте 2016 года перенес пневмонию, лечился в стационаре, выписан с улучшением, но постепенно стал отмечать появление одышки при ходьбе, ночные приступы дыхательного дискомфорта, приступообразного кашля, в горизонтальном положении свисты в груди. Развернутых приступов удушья не отмечает, бронхолитиками не пользуется.

Амбулаторно получал антибиотики и муколитики – без эффекта. С подозрением на бронхиальную астму направлен к аллергологу в ККБ.

Анамнез жизни: хронические заболевания, операции отрицает. Аллергологический анамнез отрицательный. Вредные привычки: курение. Индекс курильщика >10 баллов.

Объективно: сознание ясное, состояние удовлетворительное.

Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, нормальной влажности, нормальной окраски.

Органы дыхания: носовое дыхание не затруднено, грудная клетка правильной формы, перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипы не выслушиваются, частота дыхания 16/мин., сатурация кислорода 98%. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 81 уд/мин.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания. Стул не нарушен, мочеиспускание не нарушено.

На флюорографии, проведенной по месту жительства, ателектаз средней доли правого легкого.

Отсутствие характерных клинических проявлений бронхиальной астмы (приступов удушья), анамнестическая связь жалоб с перенесенной пневмонией, отсутствие снимка рентгенологического обследования с места жительства послужили основанием назначения МСКТ грудной клетки.

По результатам обследования ККБ:

СПГ: ФЖЕЛ: 154-168% ОФВ1 125-125%, ОФВ/ФЖЕЛ 65,4 – 60, Бронходилатационный тест отрицательный 4%.

МСКТ грудной клетки – признаки центрилобулярной буллезной эмфиземы, бронхиолита в средней доле правого легкого, участков уплотнения легочной ткани в средней доле правого легкого (постворспалительные изменения; последствия нарушения бронхиальной проходимости). Кальцинированное внутрипросветное образование; инородное тело в дистальном отделе промежуточного бронха справа на уровне бифуркации. Рекомендуется проведение фиброгастроскопии (рис. 1-3).

ФБС: в просвете промежуточного бронха определяется инородное тело (куриная кость – позвонок), смещается, слизистая в зоне контакта с инородным телом слабо гиперемирована, с мелкими грануляциями. Произведено эндоскопическое удаление инородного тела (рис. 4-6).

Заключение: инородное тело промежуточного бронха справа.

Рекомендации аллерголога: явка через три месяца для проведения СПГ с сальбутамолом 400 мкг, МСКТ грудной клетки.

Резюме

Отсутствие четких приступов удушья, обратимой обструкции по спирографическим показателям, а также данные рентгенологического обследования послужили основанием для более углубленного обследования и позволили установить истинную причину обструктивного синдрома.

Особенности этого клинического случая заключаются в длительном пребывании инородного тела в бронхе, совпадении жалоб с перенесенной пневмонией.

Слаженная командная работа узких специалистов клинико-диагностической поликлиники ККБ позволила в кратчайшие сроки (трое суток) верифицировать диагноз и оказать радикальную помощь пациенту.

Литература

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. 2016 г. – стр. 7, 17.

Рис. 6. Инородное тело (куриный позвонок).

Пока учим,

Dum docemus,

discimus

учимся

ИННОВАЦИИ

ВРЕМЯ ОТ «ДВЕРИ ДО ИГЛЫ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК СОКРАТИЛОСЬ БЛАГОДАРЯ КВАЛИГРАММАМ

Е. Е. Корчагин, П. Г. Шнякин, Н. М. Николаева, Н. И. Головина, С. В. Дранишников, Е. В. Ипполитова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Смертность от инсульта в России остается одной из самых высоких в мире [5]. При этом количество эффективных методик лечения инсульта, имеющих высокую доказательную базу, таких, как системный тромболизис и тромбэкстракция [5, 6, 7], выполняется достаточно мало даже в тех клиниках, где есть возможности для их выполнения. Во многом это определяется поздним поступлением большинства пациентов с инсультом в стационары.

В Красноярском крае в 2014-2016 гг. проводились массовые мероприятия по ознакомлению населения с симптоматикой инсульта и важностью раннего поступления в стационар. Это существенно увеличило количество ранних поступлений: за 6 месяцев 2015 года в первые 4,5 часа поступало 26,9% пациентов, в первые 6 месяцев 2016 года – 43,7%.

Однако было замечено, что большинство пациентов поступают на исходе «терапевтического окна», в конце третьего – начале четвертого часа от момента развития симптоматики. Оставшегося небольшого промежутка времени (30-40 минут), за который необходимо провести ряд обследований (анализы крови, выполнение и описание компьютерной томографии и пр.), часто не хватало, чтобы не выйти за границы «терапевтического окна» и начать тромболизис. В этой связи ряд пациентов, доставленных в пределах «терапевтического окна», далеко не всегда получают тромболитическую терапию.

На основании выше обозначенной проблемы было принято решение об оптимизации внутрибольничных процессов, для того чтобы, выполняя стандарт обследования пациента с ОНМК (согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»), максимально сократить время «от двери до иглы».

Специалистами отдела системы менеджмента качества КГБУЗ «Краевая клиническая больница» разработан четкий алгоритм действий при оказании помощи пациентам с ОНМК путем выстраивания отлаженного взаимодействия между структурными подразделениями, на основании чего была разработана карта процесса «Порядок оказания экстренной медицинской помощи больным с ОНМК» в виде квалиграммы.

Квалиграмма – графическое описание процесса в виде наглядной схемы, позволяющей определить четкую последовательность действий и участников процесса.

Для построения квалиграммы на листе бумаги формата А4 рисуют пять вертикальных столбцов, в верхней части каждого из которых указывается участник процесса. Затем в столбцах последовательно размещают прямоугольники, в которых обозначаются действия, и после этого прямоугольники соединяют стрелками, показывающими перемещение результата одного действия к другому. К действиям при необходимости добавляются комментарии.

Пример построения квалиграммы представлен на рисунке 1.

Рис. 1. Пример построения квалиграммы.

Такая технология описания процесса делает все операции учреждения прозрачными и понятными, позволяет анализировать и находить в них проблемы, приводящие к сбоям. Главное, что процессы позволяют понимать взаимодействие между разрозненными подразделениями: что, кому и для чего они передают или принимают на каждом этапе. Как следствие процессный подход значительно упрощает адаптацию новых сотрудников и снижает зависимость работы учреждения от человеческого фактора.

Рекомендация

При составлении карты процесса следует воспользоваться популярной вопросной формулой 5W 1H. Коротко, это шесть вопросов:
– **Who?** (кто совершает данную операцию?).
– **Why?** (почему или зачем выполняется эта операция?).
– **What?** (что представляет собой эта операция?).
– **When?** (когда нужно проводить данную операцию?).
– **Where?** (где производится операция?).
– **How?** (как совершается эта операция? Можно ли сделать это иначе или внести улучшения?).

Если карта получается слишком сложной и запутанной — это сигнал о том, что необходимо пересмотреть процесс.

Для разработки карты процесса (квалиграммы) по оказанию экстренной медицинской помощи больным с ОНМК создана рабочая группа. В ее состав вошли специалисты разных направлений:

– неврологического отделения;

– нейрохирургического отделения;

– управления системой менеджмента качества;

– отделения анестезиологии-реанимации;

– клинико-диагностической лаборатории;

– отделения рентгеновской компьютерной томографии;

– приемного отделения;

– администрация больницы.

Чтобы понять, как осуществляется процесс оказания медицинской помощи, сначала была разработана квалиграмма текущей ситуации. Первая редакция квалиграммы «Порядок оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК представлена» на рисунке 2.

После описания текущей ситуации был проведен мониторинг процесса. Суть монито-

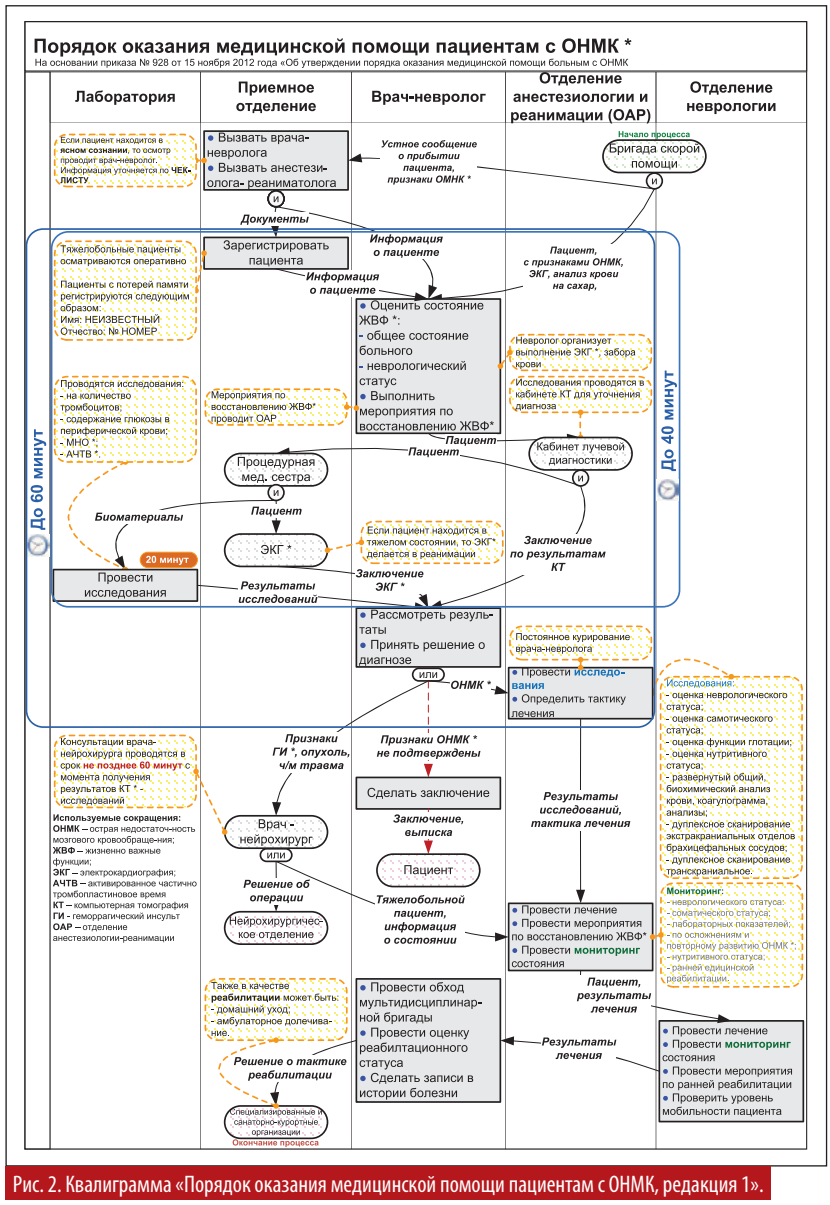


Рис. 2. Квалиграмма «Порядок оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, редакция 1».

ринга заключалась в непрерывном сборе информации о каждом экстренно поступившем пациенте с признаками ОНМК, от момента поступления до госпитализации или выписки. Мониторинг проводился в течение семи дней в круглосуточном режиме (посменно) менеджерами по системе менеджмента качества в составе трех человек.

Для проведения мониторинга был разработан чек-лист приема пациента, в который менеджером поминутно регистрировались фактические данные приема пациента.

Чек-лист приема пациента содержит следующую информацию:

– номер чек-листа;

– время вызова менеджера по системе менеджмента качества;

– время поступления пациента;

– ФИО менеджера по системе менеджмента качества;

– ФИО пациента;

– ФИО лечащего врача;

– ФИО медицинской сестры;

– время (поминутно);

– наименование участников;

– диагноз.

Фрагмент заполненного чек-листа для проведения мониторинга представлен на рисунке 3.

Мониторинг проводился с целью выявления существующих проблем и анализа времени фактического пребывания пациента в приемном отделении.

По результатам мониторинга, были получены данные о том, сколько времени тратится на выполнение различных действий и исследований при экстренном приеме пациента с признаками ОНМК.

При этом был выявлен ряд ключевых проблем, которые удлиняли время пребывания пациента в приемном отделении:

– ожидание прибытия врача в приемном отделении;

– ожидание результатов исследования крови;

– ожидание проведения компьютерной томографии;

– ожидание результатов компьютерной томографии для принятия решения о диагнозе.

Проблема	Причина	Корректирующие действия
Ожидание прибытия врача в приемном отделении	Отсутствие предварительного информирования о скором прибытии пациента в КГБУЗ «ККБ» от скорой помощи	Разработан чек-лист, который заполняется диспетчером приемного отделения при поступлении звонка Выстроена работа со скорой помощью по предварительным звонкам о скором прибытии пациента с симптомами ОНМК в КГБУЗ «ККБ»
Ожидание результатов исследования крови	Поздний забор крови, выполнение «лишних» исследований крови на этапе принятия решения о диагнозе	Забор крови выполняется сразу при поступлении пациента в приемное отделение, параллельно, когда врач-невролог проводит сбор анамнеза Определен перечень исследований, которые необходимы для установки диагноза
Ожидание проведения компьютерной томографии	Очередь на проведение компьютерной томографии	При поступлении звонка от скорой помощи о скором прибытии пациента, диспетчер приемного отделения сообщает врачу-рентгенологу для регулирования очереди на проведение компьютерной томографии
Ожидание результатов компьютерной томографии для принятия решения о диагнозе	Необходимость времени для описания компьютерной томографии	Врач-невролог обязательно присутствует при проведении компьютерной томографии для принятия быстрого решения о диагнозе и неотложной помощи

ЧЕК-ЛИСТ АНАЛИЗА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ОНМК

ДАТА: *** ФИО пациента: *** № ***
Время вызова аудитора: 11:34 ФИО врача: *** Кол-во пациетов в смотровой: 1
Смена: I (день) Менеджер: *** ДИАГНОЗ: ОНМК подтверждено

Время:	Исполнитель:						Примечание
	МЕД. СЕСТРА	ПАЦИЕНТ	Врач-НЕВРОЛОГ	ВРАЧ-РЕТГЕНОЛОГ	СКОРАЯ ПОМОЩЬ	ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ	
11:34	Ожидание пациента в смотровой	-	Прибытие в смотровую	Ожидание пациента в рентген-кабинете	-	-	
11:35	+	Прибытие в смотровую	+	+	Прибытие в смотровую	-	
11:36	Измерение давления		Получение информации о пациенте	+	Передача информации о пациенте	-	
11:37	+	Сбор анамнеза		+	-	-	
11:38	+	Оценка неврологического статуса		+	-	-	
11:39	+			+	-	-	
11:40	Установка катетера		Оформление назначения на КТ	+	-	-	
11:41	Забор крови		Оформление назначения на исследование крови	+	-	-	
11:42	-	Ожидание транспортировки на КТ	Внесение данных в медицинскую карту	+	-	-	
11:43	-			+	-	-	
11:44	-		-	+	-	-	Транспортировка на КТ: 30 сек.
11:45	Транспортировка на КТ		-	+	-	-	
11:46	-	Ожидание проведения КТ	-	+	-	-	
11:47	-		-	+	-	-	
11:48	-		-	+	-	-	
11:49	-		-	+	-	-	

Рис. 3. Фрагмент заполненного чек-листа анализа оказания помощи больным с ОНМК.

На основании полученных данных рабочей группой были определены причины и разработаны корректирующие действия, которые позволили выстроить процесс с исключением временных потерь на ожидание в очереди или получения результатов исследований, а также максимально ускорили время определения диагноза и принятия решения о госпитализации пациента. Для предварительной подготовки к прибытию пациента с симптомами ОНМК разработан и внедрен чек-лист с критериями вызова врача-невролога и, если есть показания, то врача анестезиолога-реаниматолога. Пример чек-листа представлен на рисунке 4.

Чек-лист заполняется диспетчером приемного отделения с указанием информации о поступлении предварительного звонка от скорой помощи. Если звонок не поступил, то диспетчер вписывает в чек-лист бортовой номер и номер бригады скорой помощи, доставившей пациента. Ежедневно заполненные чек-листы передаются в отдел системы менеджмента качества. Сотрудники отдела качества вносят информацию в базу данных, после чего направляют отчет руководству скорой помощи. Такой подход позволил существенно сократить число пациентов, поступивших без звонка.

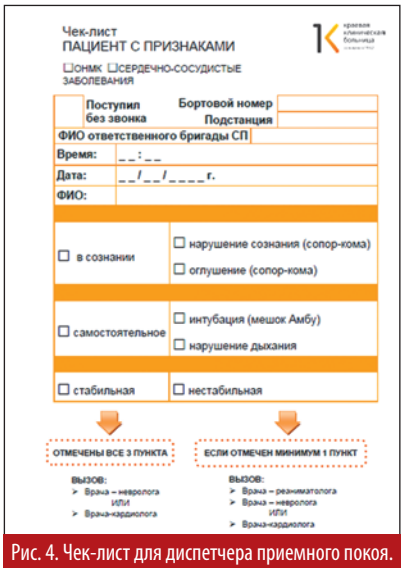


Рис. 4. Чек-лист для диспетчера приемного покоя.

Статистика снижения числа пациентов с ОНМК, поступивших без предварительного звонка, представлена на рисунке 5.

По состоянию на ноябрь 2016 года количество звонков достигло 100%, что позволяет бригаде специалистов заранее быть готовыми к приему пациента и оказать медицинскую помощь в течение «золотого часа».

На основе разработанных корректирующих действий рабочей группой разработана вторая редакция квалиграммы. Фрагмент

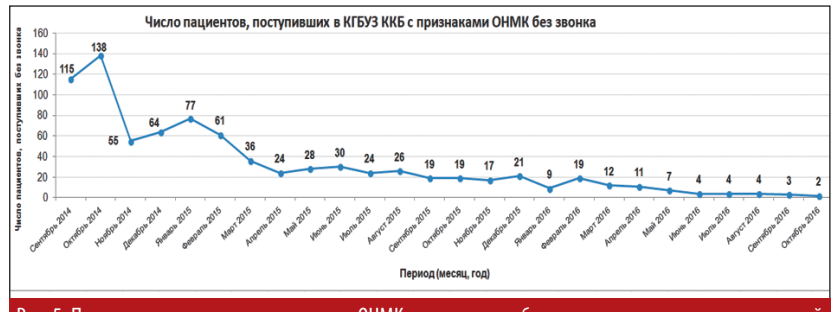


Рис. 5. Показатели количества пациентов с ОНМК, поступивших без предварительного звонка «скорой помощи».

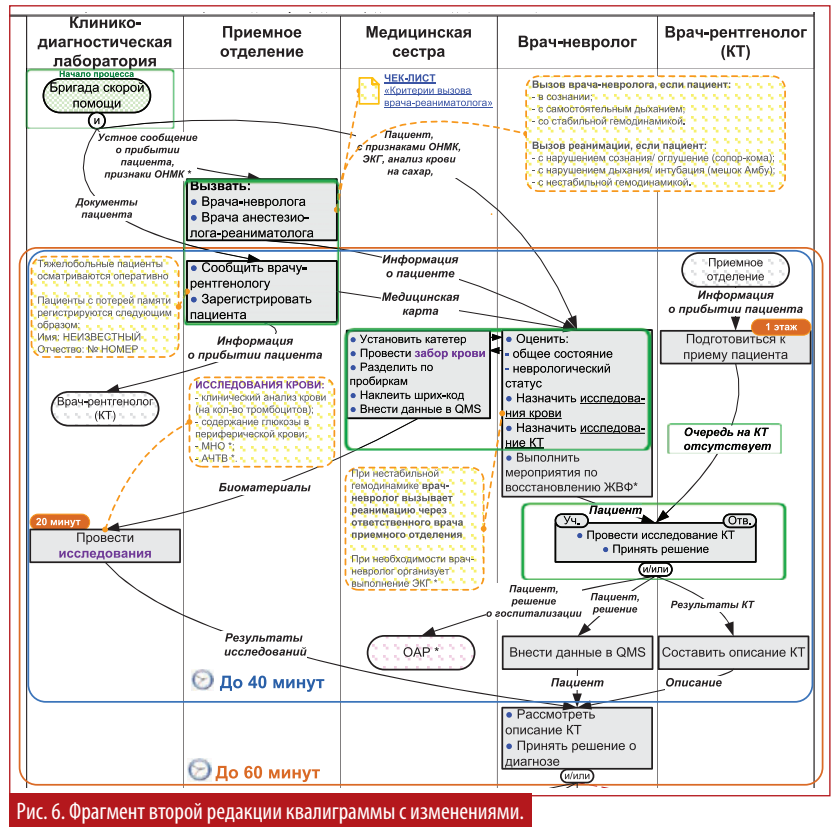


Рис. 6. Фрагмент второй редакции квалиграммы с изменениями.

второй редакции квалиграммы с изменениями представлен на рисунке 6.

После внедрения корректирующих действий был проведен повторный мониторинг, который подтвердил наличие положительной динамики сокращения времени приема пациента с признаками ОНМК на 30%, рис. 7-8.

Оптимизация внутрибольничных процессов при оказании помощи пациентам с ОНМК позволила существенно сократить время, затрачиваемое на выполнения разных процедур, что в привело к увеличению количества выполненных системных тромболизисов в 2,5 раза (рис. 9).

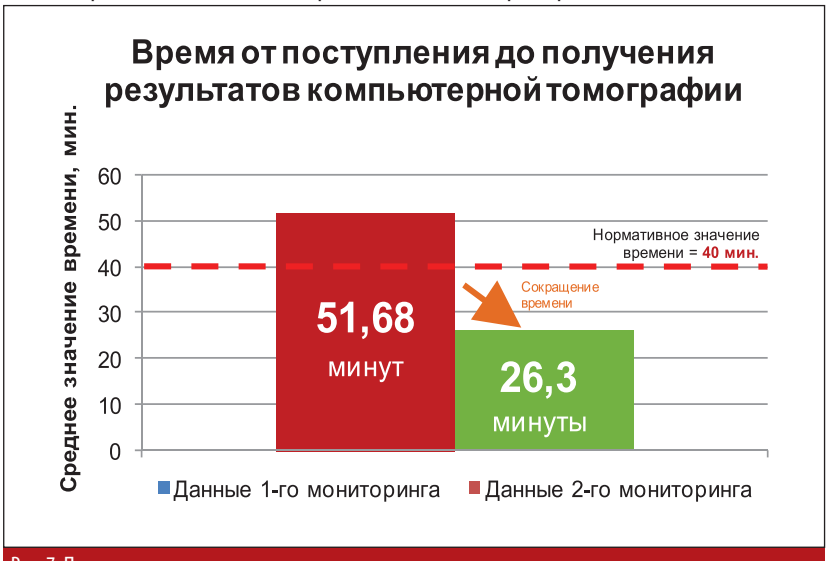


Рис. 7. Показатели затрачиваемого времени от момента поступления пациента до получения результатов МСКТ по данным предварительного мониторинга и после внедрения квалиграмм.

Рис. 8. Показатели затрачиваемого времени от момента поступления пациента до госпитализации по данным предварительного мониторинга и после внедрения квалиграмм.

Рис. 9. Показатели выполнения системных тромболизисов в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (до внедрения квалиграмм – 2014 г. и после их внедрения – 2015-2016 гг.).

Полученные результаты в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» имеют очень важное и обнадеживающее значение для всех клиник города, края и других субъектов РФ, так как показывают, что путем оптимизации помощи и сокращении времени «от двери до иглы», можно существенно увеличить количество выполненных системных тромболизисов (более чем в два раза), а значит, увеличить количество вылечившихся пациентов, которые смогут вернуться к прежнему уровню социальной активности.

Литература

1. Белкин А.А. Инсульт: Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (профилактика, диагностика, лечение) на догоспитальном и госпитальном этапах / А.А. Белкин., Л.И. Волкова, И.Н. Лейдерман – Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2006. – 127 стр.

2. Бурдаков В.В. Пути оптимизации ведения больных в острейшем периоде ишемического инсульта / В.В. Бурдаков, В.И. Ершов // Материалы конференции неврологов Оренбургской и Самарской областей. – Оренбург, 2005. – Стр. 14-18.

3. Евзельман М.А. Организация помощи больным с цереброваскулярными заболеваниями / М.А. Евзельман, В.И. Байраков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 5. – Стр. 43-46.

4. Радд А.Г. Методы улучшения стандартов медицинской помощи больным с инсультом / А.Г. Радд // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу), 2003. – Вып. 9. Стр. 52-53.

5. Скворцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта: Качество жизни / В.И. Скворцова // Медицина, 2004. – № 4. – Стр. 10-12.

6. Скворцова В.И. Организации медицинской помощи больным с церебральным инсультом в периоде терапевтического окна / В.И. Скворцова, Н.А. Шамалов, А.М. Сидоров // Сибирский консилиум, № 4 (51), 2006. – Стр. 122.

7. Шамалов Н.А. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте / Волынский Ю. Д., Губский Л. В., Шамалов Н. А. и др. // Методическое пособие под ред. Скворцовой В.И. Москва. – 2010.

8. Шамалов Н.А. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте / Шамалов Н.А., Рамазанов Г.Р., Анисимов К.В. и др. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 3. – Стр. 4-7.

ХИРУРГИЯ

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

И. А. Хорошилов, А. И. Хорошилов
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Травму пищевода, по нашему мнению, следует отнести к опаснейшему и тяжелейшему повреждению. При несвоевременной диагностике, даже при рациональном лечении, эта травма грозит гибелью больного. Количество работ по этой теме относительно небольшое. Многие вопросы диагностики этих повреждений и особенно лечебной техники решаются различно.

Мы располагаем большим, многолетним опытом лечения таких больных. Сформировался наиболее адекватный, на наш взгляд, алгоритм диагностики и лечения пострадавших.

Рационально разделить повреждения шейного и грудного отделов пищевода из-за особенности этиологии, клинической картины и лечебной тактики.

Всего больных	92
Повреждения шейного отдела	59
Грудного отдела	33

Повреждения шейного отдела пищевода имеют различную этиологию.

Повреждения шейного отдела пищевода	
Открытые	9
Закрытые	24

Относительно редко мы имеем больных с открытыми повреждениями пищевода. Это объясняется особенностями расположения пищевода. Как правило, это сочетанные повреждения шея-трахея, гортань, крупные сосуды. Больные редко доживают до стационара и оказания помощи. Наиболее часто мы имеем больных с инструментальными повреждениями глотки и пищевода на шее (ФГС, интубация). Несколько реже встречаются повреждения пищевода инородным телом.

Клиническая картина повреждения глотки и пищевода на шее довольно яркая. Первый признак – боль при глотании. Достоверным и часто встречающимся симптомом является эмфизема мягких тканей. Даже незначительное скопление воздуха в околопищеводной клетчатке позволяет заподозрить повреждение пищевода. Повреждение пищевода и глотки неизменно ведет к развитию глубокой флегмоны шеи. Ограничения, осумкования гнойного процесса на шее при перфорированном пищеводе мы не наблюдали.

Раненый пищевод является источником поступления слюны с бактериальной флорой полости рта в средостение.

Клиническая картина всецело зависела от времени, прошедшего с момента перфорации. Обычно уже по истечению суток гнойный процесс не только вовлекает клетчатку шеи, но и спускается в средостение. В дальнейшем присоединяется плеврит, как правило, двусторонний, редко перикардит. При возникновении этих осложнений у больных с повреждением пищевода прогноз становится сомнительным, иногда безнадежным. В связи с этим своевременная диагностика и оказание помощи приобретают особое значение.

Можно провести параллель между исходами при перфоративной язве желудка и перфорированным пищеводом. Чем больше прошло времени с момента перфорации, тем тяжелее состояние больного. Идеально оказание помощи в первые часы после повреждения. Процесс локализуется на шее, воспалительный процесс в ране пищевода небольшой и позволяет относительно надежно герметизировать рану пищевода.

Практически уже через сутки ушивание пищевода становится невозможным из-за изменений в стенке пищевода. Эти обстоятельства должны быть известны широкому кругу врачей. Чем быстрее оказана помощь при перфорации пищевода, тем больше шансов для спасения и выздоровления после травмы. Иллюзорные представления, что процесс приостановится и ликвидируется самостоятельно, несостоятельны.

Кроме клинической картины, наиболее важнейшим является рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода водорастворимым контрастом.

Повреждение шейного отдела пищевода

Лучше исследование проводить в положении лежа. Это позволяет увеличить время нахождения контраста в просвете пищевода и выявить даже мельчайшие повреждения. Кроме того, затек контраста определяет распространенность процесса. Важным является определение наличия жидкости в плевральных синусах, что указывает на наличие процесса в средостении, и это при нерасширенном средостении. Определение наличия жидкости в костодиафрагмальных синусах при наклоне является важным моментом для диагностики медиастинита.

Независимо от этиологии флегмоны шеи и времени заболевания больному показано вскрытие флегмоны по Разумовскому. Даже если процесс околопищеводный, недопустима, на наш взгляд, консервативная терапия. Глотание с нагнетанием через дефект пищевода слюны с бактериальной флорой полости рта очень быстро (иногда в течение 12-24 часов) приводит к распространению процесса на шею и в средостение. Рыхлые клетчаточные пространства на шее и в средостении не способны ограничить гнойный процесс.

Оперативное вмешательство, по нашему мнению, должно иметь некоторые особенности. Разрез впереди кивательной мышцы должен быть широким – от сосцевидного отростка до яремной вырезки. Иногда разрез на шее может быть двусторонним. Следующая небольшая деталь также может иметь значение для исхода процесса. После вскрытия трех фасций (по Шевкуненко), вскрытие четвертой фасции необходимо произвести позади сосудистого пучка.

Недопустимо обнажение артерий, что в процессе лечения почти неизбежно приведет к процессу в стенке сосуда и обильному, иногда смертельному осложнению. Ревизия пищевода позволяет оценить степень выраженности в его стенке воспалительного процесса.

Возможности для ушивания раны пищевода и глотки имеются обычно в первые часы после ранения. Крайне редко (три случая) возможно ушивание пищевода в более поздние сроки.

В одном случае пересеченный пищевод на шее удалось сшить с хорошим результатом через семь суток. Раненый пытался питаться через рот. Пища через рану попадала и скапливалась в левой плевральной полости. Следует отметить, что рана глотки (грушевидного синуса) ушивается более надежно в связи с анатомическими особенностями. Попытка сшить воспалительные края раны пищевода и даже прикрытие ее окружающими тканями неизменно заканчивается расхождением швов.

Если процесс распространился в верхнее средостение, расширяется ход в него и устанавливается активный дренаж. Рана на шее должна быть широкой и не затруднять оттока из пищевода и мягких тканей. Питание больного осуществляли через назогастральный зонд, но если пищевод остался открытым и предполагалось длительное лечение, накладывалась гастростома.

Следует отметить, что при повреждении шейного отдела пищевода не наблюдали зияния кардии и регургитации пищи через рану пищевода. Эта группа больных наиболее благоприятна в отношении исхода, но требует опыта тщательного ухода, оценки течения процесса. Заживление раны пищевода вторичным натяжением обычно не приводит к развитию стеноза.

Лечение также требует выдержки, дисциплинированности больного, рационального питания. Антибиотикотерапия состоит в назначении цефалоспоринов третьего поколения, амикацина и метрогила.

Повреждение грудного отдела пищевода

При возможности имеет значение применение цефалоспоринов четвертого поколения.

Ранение грудного отдела пищевода – более тяжелые повреждения, и их лечение имеет свои особенности.

Неизвестной осталась этиология перфорации у троих больных. Синдром Бурхаве встречался у 18 больных, и перфорация пищевода инородным телом у 15 больных. Состояние этой группы больных всегда было тяжелым из-за возникающего медиастинита и плеврита. Решающим в диагностике является рентгенологическое исследование.

Эндоскопическое исследование при установленном диагнозе и уровне повреждения можно и не производить. Широкий круг врачей практически не знаком со спонтанными разрывами пищевода (синдром Бурхаве), в связи с этим диагностика таких повреждений почти всегда поздняя. Больные лечатся по поводу левостороннего плеврита, и только наличие пищи в плевральном отделяемом наводит на мысль о повреждении пищевода.

Лечение повреждения грудного отдела пищевода представляется трудной задачей. Ушивание разрыва стенки пищевода, как правило, невозможно из-за поздней диагностики. Попытка ушить воспаленный пищевод и даже прикрытие его тканями ничего не дает, пищевод очень быстро становится источником поддержания медиастинита и неблагоприятного исхода. Операция дренирующего типа (медиастинотомия), дренирование плевральных полостей, на наш взгляд, малоэффективны.

Есть, как правило, две причины неблагоприятных исходов: эрозивное кровотечение и интоксикационный синдром. Попытки перевязывать пищевод выше и ниже места перфорации также ни к чему хорошему не привели. Сложилось довольно четкое представление, что открытый пищевод в средостении недопустим.

Определенный шанс на спасение больного дает только экстирпация пищевода вместе с дефектом. Подобная операция создает предпосылки для купирования гнойного процесса в средостении, плевральных листках.

Операционное вмешательство состоит в наложении эзофагостомы, экстирпации пищевода, дренирование средостения и плевральных полостей.

Эффективен лаваж средостения. Питание осуществляется через гастростому. Больной нуждается в тщательном и квалифицированном лечении, длительном и терпеливом. Только это позволяет вывести больного из тяжелого состояния. Затем требуется длительная реабилитация больного с последующей пластикой пищевода.

Из 59 больных с повреждением шейного отдела пищевода умерли восемь. Трое больных от внезапного профузного кровотечения, остальные от гнойного процесса, где преобладал некротический процесс. Из 33 больных с поврежденным грудным отделом пищевода летальный исход был в семи случаях.

Летальные исходы относятся к концу прошлого века. Результаты лечения больных с повреждениями пищевода в последние годы улучшились не только в связи с рациональной тактикой, но и связаны с развитием анестезиологии. Несомненно, только содружественное лечение таких больных опытным хирургом и реаниматологом может улучшить исход заболевания.

Литература

1. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. М. 1981 г., 176 стр.

2. Сулиманов Р.А. «Повреждение и спонтанные разрывы грудного отдела пищевода». Хирургия. 1999 г. № 2, стр. 18-20.

3. «Повреждение пищевода: диагностика и тактика лечения». Б.А. Янгиев, «Вестник хирургии», 2003 г., № 5, стр. 54-56.

СТАНДАРТЫ

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЕПСИС

А.И. Грицан, К.Ю. Беляев,
Д.В. Гайгольник, Н.М. Николаева
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Денис Гайгольник, анестезиолог-реаниматолог отделения гнойной реанимации краевой клинической больницы:

– Порядок оказания медицинской помощи при подозрении на сепсис необходим персоналу терапевтического и хирургического профиля при встрече с диагностически неясным пациентом. Он позволит в оптимальные сроки выставить диагноз сепсис и своевременно оказать высококвалифицированную медицинскую помощь.

При составлении Порядка мы пользовались Европейскими рекомендациями по диагностике и лечению сепсиса, утвержденными в 2016 году.

Порядок оказания медицинской помощи пациенту при подозрении на сепсис в приемном отделении

1. Бригада скорой медицинской помощи/санитарной авиации сообщает по телефону в приемное отделение о прибытии пациента с признаками сепсиса либо пациент может обратиться самостоятельно.

2. Получив информацию, диспетчер приемного отделения вызывает врача по направлению, а при тяжелом состоянии – анестезиолога-реаниматолога.

Критерии вызова врача анестезиолога-реаниматолога:

– уровень сознания – нарушение сознания или оглушение (сопор-кома);

– дыхание – ИВЛ;

– нестабильная гемодинамика.

3. Врач ОАР, получив информацию о прибытии пациента, сразу прибывает в приемное отделение и ожидает пациента.

Врач по направлению также прибывает в приемное отделение сразу после получения информации и ожидает пациента.

4. Бригада скорой медицинской помощи по прибытии в приемное отделение передает документы диспетчеру, а пациента – врачу по направлению и/или врачу анестезиологу-реаниматологу.

Если больной транспортируется реанимационной бригадой, то он сразу доставляется ею в ОАР.

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

5. При поступлении пациента в приемное отделение врач по направлению и/или врач ОАР оценивает его состояние.

а) Если пациент находится в тяжелом состоянии, то в течение 15 минут врач ОАР:

– выполняет мероприятия по восстановлению жизненно важных функций (при необходимости);

– принимает решение о дальнейшей тактике лечения пациента и госпитализации в отделение ОАР;

– указывает место госпитализации п. 4 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса» (Приложение 1).

Дальнейшие мероприятия по диагностике сепсиса проводятся в условиях реанимационного отделения.

б) Если пациент находится в стабильном состоянии, то дальнейшие мероприятия по диагностике сепсиса проводятся в приемном отделении.

6. При стабильном состоянии пациента врач по направлению:

– проводит осмотр;

– заполняет п. 1 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса» (Приложение 1).

При осмотре врач по направлению определяет наличие:

а) очага инфекции:

– ЛОР-органы;

– почки;

– органы грудной клетки;

– ЦНС;

– брюшная полость;

– кожа и мягкие ткани;

– ангиосепсис;

– матка.

Очаг инфекции может быть не установлен, но при наличии двух признаков воспаления (T°C >38°C, лейкоциты крови <4*109 /мл, лейкоциты крови >12*109 /мл, либо незрелых форм >10%) очаг подозревается и требует дальнейшего поиска.

Показатели уровня лейкоцитов оцениваются на основании данных, указанных в сопроводительной документации пациента (направление, выписка с медицинской карты и др.);

б) признаков органной дисфункции по шкале qSOFA (короткая шкала полиорганной недостаточности):

– ЧДД ≥ 22 уд. в мин.;

– АД систолическое ≤ 100 мм рт. ст.;

– нарушение сознания (не учитывается сопутствующая первичная нейропатология);

в) принимает решение о предварительном диагнозе.

Подозрение на сепсис установлено, если определено наличие очага инфекции и определены два и более признака органной дисфункции по шкале qSOFA.

Если подозрение на сепсис не установлено, врач по направлению принимает решение о дальнейшей тактике лечения пациента и месте его госпитализации.

После этого врач по направлению заносит данные в медицинскую карту в qMS.

При подозрении на сепсис врач по направлению переходит к следующему этапу (п. 2 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса»).

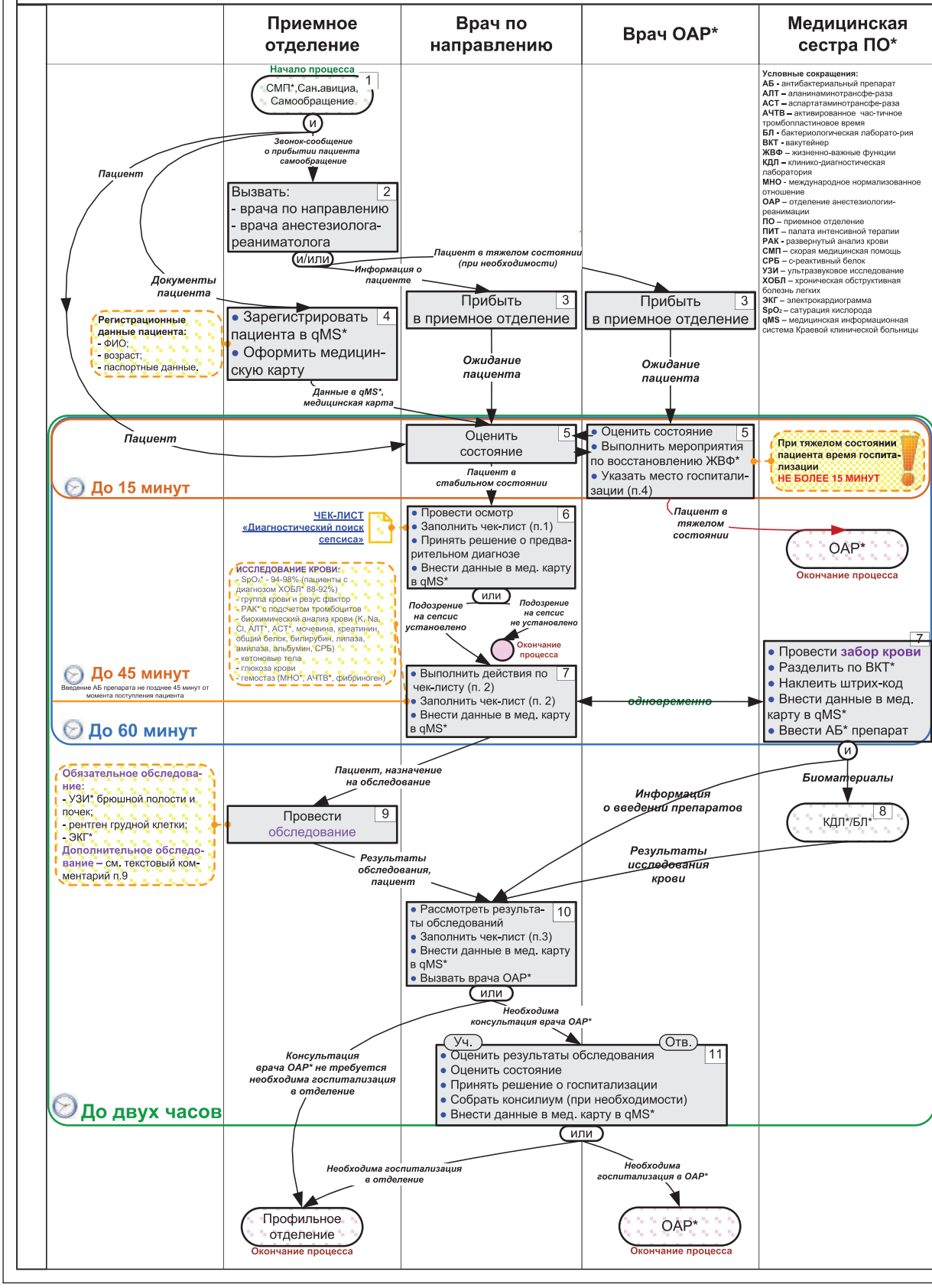
7. При подозрении на сепсис врач по направлению заполняет п. 2 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса».

Затем врач по направлению выполняет следующее:

– назначает контроль следующих показателей (через каждые 30 минут до окончания обследования):

– артериального давления;

21.5.1 Порядок оказания МП пациенту при подозрении на сепсис (в приемном отделении)



– пульса;

– температуры тела;

– сатурации.

– при необходимости назначает оксигенотерапию(SpO2 94-98%; пациенты, имеющие в анамнезе ХОБЛ SpO2 88-92%);

– назначает создание сосудистого доступа;

– при необходимости назначает инфузию кристаллоидов 500-1000 мл, при АДсис ≤100 мм рт. ст. или остром снижении АДсис >30 мм рт. ст. при АГ;

– исследование крови на стерильность (согласно таблице 1 – Список обязательного обследования) и памятке «Исследование крови на стерильность»;

– исследование крови (согласно таблице 1 – Список обязательного обследования);

– назначает введение антибиотика (согласно таблице 2 – Критерии назначения АБ-терапии);

– назначает обязательное инструментальное исследование и консультацию специалистов (согласно таблице 1 – Список обязательного обследования);

– при необходимости назначает дополнительное обследование (согласно таблице 3 – Виды дополнительного обследования).

После этого врач по направлению вносит данные в медицинскую карту в qMS.

Таблица 1. Список обязательного обследования

№ п/п	Вид исследования	Место проведения исследования
Лабораторные исследования		
1	Исследования крови на стерильность	Бактериологическая лаборатория
2	Группа крови и резус фактор	Клинико-диагностическая лаборатория
3	РАК с подсчетом тромбоцитов	
4	Газы крови вены с лактатом	
5	Биохимический анализ крови (K, NA, Cl, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, общий белок, глюкоза, билирубин, липаза, амилаза, альбумин, СРБ)	
6	Гемостаз (МНО, АЧТВ, фибриноген)	
7	Кетоновые тела	
8	Глюкоза крови	
Инструментальные исследования		
8	Рентген органов грудной клетки	Приемное отделение
9	УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и почек	
10	ЭКГ (больные старше 40 лет или при наличии гипотонии, нарушении ритма, ЧСС >100 уд. в мин.)	Приемное отделение
Консультация специалистов		
11	Кардиолога – больные старше 40 лет или при наличии гипотонии, нарушении ритма, ЧСС >120 уд. в мин.	Приемное отделение
12	Невролога – при нарушении сознания и неврологических нарушениях	
13	Гинеколога – при беременности	

Таблица 2. Критерии назначения АБ-терапии

№ п/п	Категория пациента	Наименование и доза лекарственных препаратов	Способ введения	Время введения
1	Пациент, не находившийся на лечении в других медицинских организациях	эртапенем (инваз) – 1,0 гр.	– внутривенная инфузия – внутримышечная инъекция	Внутривенная инфузия – 30 мин.
2	Пациент, находившийся на стационарном лечении до 5 суток			
3	Пациент, находившийся на стационарном лечении более 5 суток (с нейроинфекцией)	меропенем – 1 гр. в/в	внутривенная болюсная инъекция	не менее 5 мин.
			в/в инфузия	в течение 15-30 мин.
			в/н болюсных инъекций – 5 мл на 250 мг меропенема	

* Возможно изменение схемы антибактериальной терапии с учетом конкретной клинической ситуации.

Таблица 3. Виды дополнительного обследования

№ п/п	Вид сепсиса	Наименование обследования
1	Акушерский сепсис	ЭхоКГ (каждой пациентке) УЗИ сосудов нижних конечностей (каждой пациентке) УЗИ гениталий (каждой пациентке)
2	Поражение ЦНС	КТ головного мозга
3	Абдоминальный сепсис Уросепсис	МСКТА с болюсным выполнением (при отсутствии азотемии)
4	Поражение органов грудной клетки	КТ грудной клетки УЗИ плевральных полостей
6	Ангиосепсис	ЭхоКГ (каждому пациенту)
7	Недиагностированный гнойный очаг	ПКТ (прокальцитонин)

* Виды дополнительного обследования могут быть дополнены в зависимости от клинической ситуации.

В то время как врач по направлению делает назначения, медицинская сестра приемного отделения проводит забор крови. Забор крови на стерильность осуществляется до введения АБ препарата, в первые 45 минут пребывания пациента в приемном отделении.

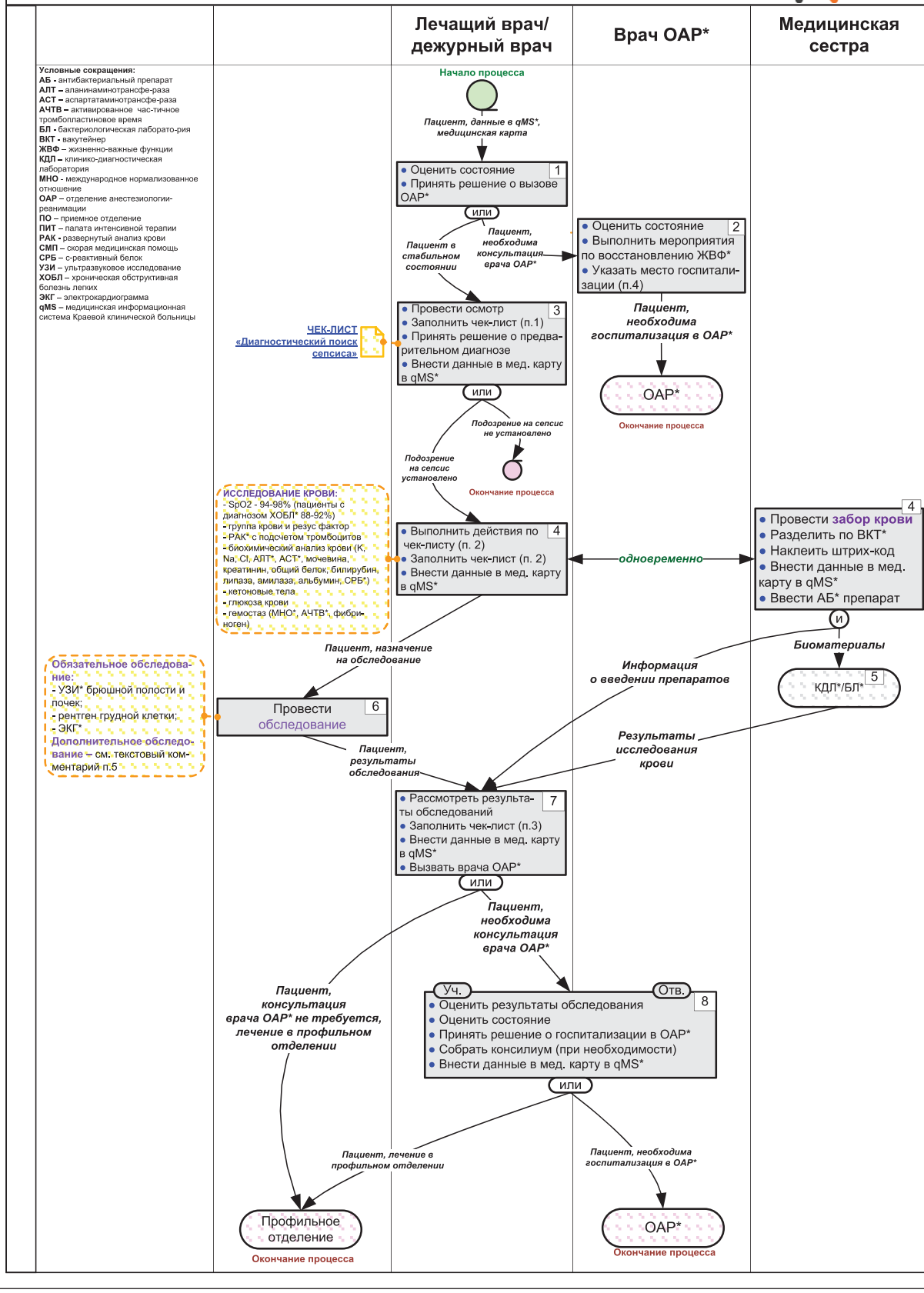
После проведения забора крови медицинская сестра осуществляет введение АБ препарата. Антибактериальный препарат вводится не позднее 45 мин. от момента поступления больного.

Затем медицинская сестра доставляет пробирки в клинико-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ) и флаконы – в бактериологическую лабораторию (далее БЛ). В нерабочее время БЛ флаконы помещаются в термостат, который находится в приемном отделении.

Мероприятия по предварительной диагностике сепсиса, выполнению назначений обследования осуществляются в течение 60 минут (п. 2 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса»).

21.5.2 Порядок оказания МП пациенту при подозрении на сепсис (в профильном отделении)

краевая клиническая больница основана в 1942



8. Специалисты КДЛ и БЛ, получив биоматериалы, проводят исследование крови и вносят результаты исследований в qMS.

9. Пациент проходит обязательное и дополнительное обследование, назначенное врачом по направлению (п. 7).

10. На основании полученных результатов лабораторных и клинических обследований врач по направлению:

а) оценивает степень органной дисфункции по шкале SOFA;

б) устанавливает или снимает диагноз сепсиса, заполнив п. 3 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса » (Приложение 1);

в) определяет необходимость вызова врача-реаниматолога на основании представленных критериев (п. 4 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса»), (Приложение 1):

– лактат > 3;

– уровень креатинина >170 ммоль/л или анурия;

– нарушение сознания (по шкале Глазго 13-14 баллов), не учитывается сопутствующая первичная нейропатология;

– SpO2 <90% (у беременных ≤92%);

– калий <3 ммоль/л, или >6 ммоль/л;

– Ад. сис. <90 мм рт. ст. или остром снижении Ад. сис. >30 мм рт. ст. при АГ;

– ЧДД >30 в минуту;

– необходимость кратковременной предоперационной подготовки в условиях ОАР при планировании срочного оперативного вмешательства;

г) при отсутствии признаков вызова врача-реаниматолога врач по направлению принимает решение о клиническом диагнозе и госпитализации пациента в профильное отделение.

После этого врач вносит данные в медицинскую карту в qMS.

Выполнение мероприятий по оценке результатов обследования, подтверждению/не подтверждению диагноза сепсис и решению вопроса о месте госпитализации пациента должно быть выполнено в течение двух часов.

11. По прибытии в приемное отделение врач ОАР:

– оценивает состояние пациента;

– оценивает результаты исследований;

– принимает решение о возможности стабилизации состояния пациента в условиях приемного отделения или необходимости госпитализации в палату интенсивной терапии.

При необходимости врач по направлению и врач ОАР приглашают специалистов других направлений на консилиум.

Порядок оказания медицинской помощи при подозрении на сепсис в профильном отделении

1. При нахождении пациента с подозрением на сепсис в профильном отделение лечащий врач/дежурный врач по направлению оценивает его состояние.

2. Если пациент находится в тяжелом состоянии, то лечащий врач вызывает бригаду ОАР.

Прибыв в отделение, бригада ОАР:

– выполняет мероприятия по восстановлению жизненно важных функций (при необходимости);

– принимает решение о дальнейшей тактике лечения пациента и госпитализации в отделение ОАР;

– указывает место госпитализации п. 4 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса» (Приложение 1).

Дальнейшие мероприятия по диагностике сепсиса проводятся в условиях реанимационного отделения.

3. Если пациент находится в стабильном состоянии, то врач по направлению:

– проводит осмотр;

– заполняет п. 1 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса» (Приложение 1).

При осмотре врач по направлению определяет наличие:

а) очага инфекции:

– ЛОР-органы;

– почки;

– органы грудной клетки;

– ЦНС;

– брюшная полость;

– кожа и мягкие ткани;

– ангиосепсис;

– матка.

Очаг инфекции может быть не установлен, но при наличии двух признаков воспаления (T°C >38°C, лейкоциты крови <4*109 /мл, лейкоциты крови >12*109 /мл, либо незрелых форм >10%) очаг подозревается и требует дальнейшего поиска.

Показатели уровня лейкоцитов оцениваются на основании данных, указанных в сопроводительной документации пациента (направление, выписка с медицинской карты и др.);

б) признаков органной дисфункции по шкале q SOFA (короткая шкала полиорганной недостаточности):

– ЧДД ≥ 22 уд. в мин.;

– АД систолическое ≤ 100 мм рт. ст.;

– нарушение сознания (не учитывается сопутствующая первичная нейропатология);

в) принимает решение о предварительном диагнозе.

Подозрение на сепсис установлено, если определено наличие очага инфекции и определены два и более признака органной дисфункции по шкале qSOFA.

Если подозрение на сепсис не установлено, лечащий врач/дежурный врач по направлению принимает решение о дальнейшей тактике лечения пациента.

После этого врач по направлению заносит данные в медицинскую карту в qMS.

При подозрении на сепсис врач по направлению переходит к следующему этапу (п. 2 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса»).

4. При подозрении на сепсис врач по направлению заполняет п. 2 чек-листа «Диагностика и поиск сепсиса».

Затем врач по направлению выполняет следующее:

– назначает контроль следующих показателей (через каждые 30 минут до окончания обследования):

– артериального давления;

– пульса;

– температуры тела;

– сатурации.

– при необходимости назначает оксигенотерапию(SpO2 94-98%; пациенты, имеющие в анамнезе ХОБЛ SpO2 88-92%);

– назначает создание сосудистого доступа (при его отсутствии);

– при необходимости назначает инфузию кристаллоидов 500-1000 мл, при Адсис ≤100 мм рт. ст. или остром снижении Адсис >30 мм рт. ст. при АГ;

– исследование крови на стерильность (согласно таблице 4 – Список обязательного обследования) и памятки «Исследование крови на стерильность»;

– исследование крови (согласно таблице 4 – Список обязательного обследования);

– при необходимости проводит коррекцию антибактериальной терапии;

– назначает обязательное инструментальное исследование и консультацию специалистов (согласно таблице 4 – Список обязательного обследования);

– при необходимости назначает дополнительное обследование (согласно таблице 5 – Виды дополнительного обследования).

После этого врач по направлению вносит данные в медицинскую карту в qMS.

Таблица 4. Список обязательного обследования

№ п/п	Вид исследования	Место проведения исследования
Лабораторные исследования		
1	Исследования крови на стерильность	Бактериологическая лаборатория
2	Группа крови и резус фактор	Клинико-диагностическая лаборатория
3	РАК с подсчетом тромбоцитов	
4	Газы крови вены с лактатом	
5	Биохимический анализ крови (K, NA, Cl, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, общий белок, глюкоза, билирубин, липаза, миилаза, альбумин, СРБ)	
6	Гемостаз (МНО, АЧТВ, фибриноген)	
7	Кетоновые тела	
8	Глюкоза крови	
Инструментальные исследования		
8	Рентген органов грудной клетки	Отделение по направлению
9	УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и почек.	
10	ЭКГ (больные старше 40 лет или при наличии гипотонии, нарушении ритма, ЧСС >100 уд. в мин.)	
Консультация специалистов		
11	Кардиолога – больные старше 40 лет или при наличии гипотонии, нарушении ритма, ЧСС >120 уд. в мин.	Отделение по направлению
12	Невролога – при нарушении сознания и неврологических нарушениях	Отделение по направлению
13	Гинеколога – при беременности	

Таблица 5. Виды дополнительного обследования

№ п/п	Вид сепсиса	Наименование обследования
1	Акушерский сепсис	ЭхоКГ (каждой пациентке) УЗИ сосудов нижних конечностей (каждой пациентке) УЗИ гениталий (каждой пациентке)
2	Поражение ЦНС	КТ головного мозга
3	Абдоминальный сепсис Уросепсис	МСКТА с болюсным выполнением (при отсутствии азотемии)
4	Поражение органов грудной клетки	КТ грудной клетки УЗИ плевральных полостей
6	Ангиосепсис	ЭхоКГ (каждому пациенту)
7	Недиагностированный гнойный очаг	ПКТ (прокальцитонин)

* Виды дополнительного обследования могут быть дополнены в зависимости от клинической ситуации

В то время как лечащий врач/дежурный врач по направлению делает назначения, медицинская сестра проводит забор крови.

Забор крови на стерильность осуществляется до введения АБ препарата. Затем медицинская сестра доставляет пробирки в клинико-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ) и флаконы в бактериологическую лабораторию (далее – БЛ). В нерабочее время БЛ флаконы помещаются в термостат, который находится в приемном отделении.

5. Специалисты КДЛ и БЛ, получив биоматериалы, проводят исследование крови и вносят результаты исследований в qMS.

6. Пациент проходит обязательное и дополнительное обследование, назначенное врачом по направлению (п. 3).

7. На основании полученных результатов лабораторных и клинических обследований врач по направлению:

а) оценивает степень органной дисфункции по шкале SOFA;

б) устанавливает или снимает диагноз сепсиса, заполнив п. 3 чеклиста «Диагностика и поиск сепсиса» (Приложение 1);

в) определяет необходимость вызова врача-реаниматолога на основании представленных критериев:

– лактат > 3;

– уровень креатинина > 170 ммоль/л или анурия;

– нарушение сознания (по шкале Глазго 13-14 баллов), не учитывается сопутствующая первичная нейропатология;

– SpO2 <90% (у беременных ≤92%);

– калий <3 ммоль/л, или >6 ммоль/л;

– АДсис <90 мм рт. ст. или остром снижении АДсис >30 мм рт. ст. при АГ;

– ЧДД > 30 в минуту;

– необходимость кратковременной предоперационной подготовки в условиях ОАР при планировании срочного оперативного вмешательства;

г) при отсутствии признаков вызова врача-реаниматолога лечащий врач/дежурный врач по направлению принимает решение о клиническом диагнозе и принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациента в профильном отделении.

После этого врач вносит данные в медицинскую карту в qMS.

8. По прибытии в профильное отделение врач ОАР:

– оценивает состояние пациента;

– оценивает результаты исследований;

– принимает решение о возможности стабилизации состояния пациента в условиях приемного отделения или необходимости госпитализации в палату интенсивной терапии.

При необходимости лечащий врач по направлению и врач ОАР приглашают специалистов других направлений на консилиум.

6. Показатели процесса

№	Показатели	Ед. изм.	Периодичность	Нормативное значение
1	Время от поступления до принятия решения о госпитализации пациента в отделение реанимации с учетом тяжести его состояния.	час	Каждый пациент	Не более 15 минут
2	Время от поступления до принятия решения о подозрении на сепсис и назначении необходимых диагностических мероприятий.	час	Каждый пациент	Не более 60 минут
3	Время от поступления до выполнения необходимых диагностических мероприятий принятия решения о диагнозе сепсис и месте госпитализации пациента.	час	Каждый пациент	Не более двух часов

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

КОЛОНОСКОПИЯ ПО-НОВОМУ

Колоректальный рак в структуре онкологических заболеваний в Российской Федерации занимает весомую долю: более 10% у мужчин и 12% у женщин.

В США ежегодно регистрируется приблизительно 130 000 случаев и 57 000 летальных исходов от колоректального рака.

Всего в мире ежегодно диагностируется более 1 300 тысяч новых случаев заболевания. Ежегодно умирают около 700 тысяч пациентов, страдающих колоректальным раком, который является четвертой, наиболее распространенной, причиной смерти от рака во всем мире.

В нашей стране статистика тоже неутешительная. Она усугубляется еще и тем, что около 50% больных умирают в первый год после диагностики заболевания. Это может означать лишь одно: колоректальный рак диагностируется слишком поздно, на метастатической стадии.

Проблема в том, что рак толстого кишечника и прямой кишки полностью соответствует афоризму: «Нас убивает то, что мы не видим». Симптомы рака – боли, кровотечения, нарушения дефекации – в подавляющем большинстве случаев возникают только на поздних стадиях, когда опухоль уже дала метастазы и проросла за пределы кишечника. Утомляемость и слабость, вызванные нарастающей анемией, наши граждане нередко не принимают в расчет.

Иногда диагноз рак толстой кишки выставляется при пальпации, а порой опухоль так велика, что запирает просвет кишечника, и возникает картина острой кишечной непроходимости.

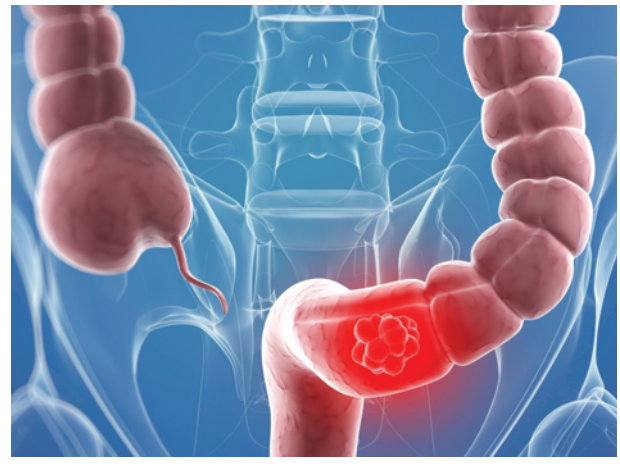
Между тем, существуют четкие критерии риска возникновения колоректального рака:

– возраст старше 40 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 60-75 лет;

– ранее диагностированные хронические заболевания толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона, полипы толстой кишки, особенно семейный полипоз);

– близкородственный колоректальный рак (мать, отец, братья, сестры).

Рак толстой и прямой кишки – болезнь развитых цивилизаций. Популяции с высокой заболеваемостью колоректальным раком употребляют пищу с низким содержанием клетчатки. Зато европейцы и американцы в большом количестве потребляют животный белок, жир и рафинированные углеводы.



Канцерогенные вещества могут попадать с пищей, но более вероятно они вырабатываются микрофлорой из пищевых веществ, желчи или секрета кишечника.

Обследование необходимо

Людям, находящимся в группе риска, нужно помнить, что даже при хроническом геморрое любое кровотечение из прямой кишки требует дифференциальной диагностики с опухолью толстого кишечника.

Если кровотечения нет, входящим в группу риска необходимо рутинное исследование кала на скрытую кровь – у пациентов старше 50 лет ежегодно. При положительном тесте на скрытую кровь необходимо проведение колоноскопии – «золотого стандарта» в диагностике опухолей и полипов толстого кишечника.

Пациентам из группы риска колоноскопию необходимо проводить раз в три года. При этом исследовании все патологические изменения «плюс ткань» должны быть удалены для гистологического исследования. Если образование находится на широком основании или не может быть удалено при колоноскопии, рассматриваются показания к хирургическому лечению.

Хирургическое лечение колоректального рака показано 70% пациентов без признаков метастатической болезни. Хирургическое лечение состоит из широкой резекции опухоли и ее регионарного лимфатического оттока с анастомозированием концов кишки. Если имеется 5 см неизмененного участка кишки между опухолевым по-

Новая колоноскопия предоставляет врачу возможность панорамного обзора с углом 330 градусов

ражением и анальным краем, выполняется брюшно-промежностная резекция с постоянной колостомой.

Колоноскопия сегодня

Колоноскопия позволяет выявить новообразования в кишечнике с вероятностью более 95%.

При колоноскопии врач вводит в нижние отделы желудочно-кишечного тракта тонкую гибкую трубку и осматривает слизистую толстой кишки на наличие патологий. Путем тщательного осмотра с помощью эндоскопа врач может выявить и обнаружить предраковые полипы или разрастания, которые могут быть предшественниками колоректального рака. Удаление таких предраковых полипов приводит к значительному уменьшению вероятности развития колоректального рака в будущем.

Традиционные колоноскопы имеют на дистальном наконечнике одну видеокамеру. Как следствие, поля зрения ограничены до 170 градусов – это похоже на автомобиль с зашторенными боковыми окнами. К сожалению, ограничение поля обзора в традиционном колоноскопе прямого обзора приводит к пропуску многих предраковых полипов.

В течение 20 лет в методике колоноскопии не было технических прорывов, и лишь недавно в ведущие мировые клиники пришла принципиально новая колоноскопия, которая предоставляет врачу возможность панорамного обзора с углом 330 градусов – это практически вдвое больше, чем в традиционном колоноскопе.

Поразительный эффект достигается размещением на дистальном наконечнике трех HD-камер. Увеличенное поля обзора дает врачу возможность увидеть и обнаружить большее число патологий – например, на 76% больше полипов, чем традиционное исследование. На сегодня панорамная колоноскопия – самый совершенный доступный метод диагностики предраковых состояний толстого кишечника и непосредственно колоректального рака.

Три видеокамеры – не единственная особенность современных колоноскопов. Эти современные приборы оснащены мониторами с высоким разрешением, мощными процессорами для обработки изображения, дистанционными пультами управления, стоп-кадром, таймером, архивом записей, освещением, которого хватает на 20 тысяч часов - в общем всеми девайсами, которые может предложить рынок информационных технологий.

И это не вершина эволюции колоноскопов и эндоскопов.

В ближайшем будущем появятся эндоскопы с тремя рабочими каналами, инновации коснутся качества рабочей части – будет увеличена ее гибкость, добавятся другие полезные качества.

Все для ранней диагностики

Пока медицинская наука не может окончательно определиться с этиологией рака и тем самым обеспечить его профилактику, все медицинские технологии развиваются в сторону ранней диагностики онкологических заболеваний.

К сожалению, ментальность русского человека такова, что он предпочитает до поры до времени не задумываться и не видеть то, что может его убить.

Кроме того, для ранней диагностики колоректального рака должна быть достаточная технологическая база, включающая инновационные приборы.

Если пациент получил направление на колоноскопию, он вправе требовать лучшего: обследования с помощью инновационного колоноскопа, практически не оставляющего врачу возможностей для диагностической ошибки.

fuse™
Full Spectrum Endoscopy

ПРЕДСТАВЛЯЕМ
панорамную колоноскопию Fuse®

«Full Spectrum Endoscopy» – революция в колоноскопии.

Технология Fuse предоставляет врачу возможность панорамного обзора толстой кишки с углом 330 градусов. Традиционные колоноскопы прямого наблюдения дают обзор всего в 170 градусов.

Технология Fuse значительно уменьшает число предраковых полипов, пропускаемых традиционными колоноскопами.

Технология Fuse обеспечивает более высокое качество медицинской помощи за счет раннего обнаружения и уменьшения частоты развития рака толстой кишки.

ТРАДИЦИОННЫЙ ОБЗОР 170 ГРАДУСОВ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ - ОБЗОР В 330 ГРАДУСОВ

Официальный дистрибьютер
«Сибирь Медик Групп»
660135, г. Красноярск,
ул. Весны, д.3, пом. 228,
т.: +7(391)219-99-63,
info@24smg.ru
www.24smg.ru

ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЛЕЖАЧИЕ ПАЦИЕНТЫ: ЗАБОТА И УХОД

Тяжелая болезнь члена семьи или ухудшение здоровья в связи с возрастом – серьезное испытание для родственников.

Лежачие пациенты стационаров, и особенно длительно пребывающие в отделениях, – не менее серьезная проблема для врачей и медицинских сестер.

Уход за лежачими больными – ежедневная работа, требующая определенных навыков. К счастью, современная медицинская промышленность и лечебная косметология учитывают потребности как лежачих пациентов, так и людей, ухаживающих за ними.

Расположение больного

Лежачий пациент должен помещаться на специальной кровати, у которой регулируется общая высота и отдельно – ног и изголовья. Кровать должна быть застелена противопролежневым матрасом. Использование таких матрасов уменьшает необходимость в переворачиваниях, следовательно, облегчается сложная задача ухода за больным.

Матрацы от пролежней могут быть двух видов: сделанные из сплошного наполнителя или камерные.

Первые напоминают обычные беспружинные ортопедические матрасы, однако для их изготовления выбираются самые мягкие наполнители с максимальной упругостью. Это создает наименьшее давление на части тела, контактирующие со спальной поверхностью. Камерные противопролежневые матрацы представляют собой пласт, состоящий из полых ячеек или цилиндров с наполнителем – гелем или воздухом.

Матрасы для профилактики пролежней обеспечивают мягкий, но интенсивный массаж тела и эффективно борются с застоем крови в тканях.

Для удобства к лежачему больному лучше подходить с обеих сторон. Рядом с кроватью нужно поставить тумбочку или стол для хранения принадлежностей ухода, а в зоне прямой досягаемости вода, лекарства, сотовый телефон.

В комнате, где находится пациент, должна ежедневно проводиться влажная уборка, а раз в 10 дней – дезинфекция.

Проблема недержания

Самая большая сложность при заботе о людях, прикованных к кровати, – организация естественных отправлений. Если нет проблемы недержания и человек может вставать, можно разместить переносной туалет возле постели. Необходимо застелить кровать клеенкой под простыню.

Если пациент не контролирует мочеиспускания и дефекацию, удобно пользоваться одноразовыми впитывающими пеленками и памперсами. В аптечных и ортопедических салонах много разновидностей памперсов для взрослых.

Чтобы правильно подобрать памперсы для лежачих больных, следует обратить внимание на размер подгузника, объем впитывания, механизм фиксации и материал (впитывающие слои).

Размер измеряется по окружности живота. Объем впитывания важен для людей, не способных ухаживать за лежачими пациентами круглые сутки.

Лучше приобретать подгузники с многоразовой фиксацией.

Что касается материалов, из которых изготовлены памперсы, наружный слой может быть «дышащим» и «недышащим». Первый вариант лучше – меньше раздражается кожа и слизистые. Абсорбирующий слой тоже различается по качеству – гель может задерживать больше или меньше жидкости, иметь сильную или умеренную отдушку для нейтрализации запаха.

Кроме подгузников, при уходе за лежачими пациентами используются урологические прокладки и впитывающие пеленки.

Молодая кожа

Зрелая кожа

Косметика для лежачих

Кожа пожилого человека отличается от молодой – она более рыхлая, сухая, подвержена аллергическим реакциям, травмам, раздражению. Поскольку лежачие пациенты преимущественно люди немолодые, необходимо позаботиться о защите кожи от пролежней, раздражения, потертостей.

Во-первых, пациенту необходимо движение – переворачивать больного нужно несколько раз в сутки и делать ему массаж. Во-вторых, необходимо обрабатывать его кожу защитными средствами. Принципы ухода за кожей лежачего больного: очищение, защита, увлажнение, питание.

Частое мытье обычным мылом, имеющим щелочную реакцию, вымывает эпидермальные липиды, сушит кожу, снижает ее и так низкую кислотность. Поэтому очищать кожу больного лучше средствами с нейтральным pH, содержащими пантенол, масло, креатин, аллантоин. Это линейка очищающей пены, влажных салфеток, моющих шампуней и лосьонов. Главное – обращать внимание на состав и особенно на кислотность.

Защиту обеспечивают кремы, образующие на поверхности тонкую пленку, а также масла и пенки. Обычно они обеспечивают защиту кожи от агрессивных веществ в течение нескольких часов, усиливают ее эпителизацию. Для лежачих пациентов с недержанием защита кожи чрезвычайно важна, потому что аммиак, содержащийся в моче, разъедает зрелую кожу до трещин и язв. Повреждать кожу могут и пищеварительные ферменты, содержащиеся в фекалиях.

Увлажнение и питание обеспечивается косметическими средствами, содержащими антиоксиданты, креатин, пантенол, камфару, другие вещества. Это лосьоны, масла, кремы, регенерирующие кожу, восстанавливающие ее эластичность. Линейка питающих средств достаточно широка. Гигиенические средства, предназначенные для ухода за лежачими пациентами, гипоаллергенны.

Сохраняйте качество жизни

Распорядок дня заболевшего должен быть максимально приближен к нормальному. Обязателен ритуал: утренние и вечерние умывания, прием легкоусвояемой пищи по часам, гигиена носа и ушей, расчесывание волос.

Иногда, несмотря на усилия, сложно избежать пролежней. В таком случае можно воспользоваться специальными накладками для мест, соприкасающихся с твердыми поверхностями. Без этого аксессуара эффективно залечить повреждения кожи не получится.

Пациента необходимо обеспечить источником информации – рядом должен быть телевизор, возможно, компьютер с выходом в Интернет. С больным нужно разговаривать, поддерживать морально.

К счастью, с учетом современных возможностей для ухода, качество жизни лежачего пациента можно сохранить на должном уровне.

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

МЕДИНСТАЛ
медико•техническая фирма

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

В ассортименте:

- бандажи, корсеты, корректоры осанки, ортезы;
- компрессионный и антиэмболический трикотаж;
- ортопедическая стелька и обувь;
- **средства по уходу за лежачими больными – косметика, подгузники, противопролежневые матрасы;**
- кинезиотейпы;
- перевязочные материалы;
- медицинские инструменты;
- медицинская техника и т.д.

Menalind® professional

Профессиональный состав, комплексная трехэтапная система ухода за зрелой, чувствительной кожей...

Бесплатная доставка в отделения стационаров.

MoliCare® Premium*
*Моликар Премиум
Подгузники для взрослых
Надёжная защита от протекания
Защита кожи от опрелостей и раздражений
Нейтрализация запаха
Комфорт
СУПЕР ЦЕНА!
MoliCare Premium Super
MoliCare Premium Extra

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

НОВЫЙ ГЕПАТОПРОТЕКТОР «РЕМАКСОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

И. Е. Гридчик, И. В. Молчанов, А. В. Курдяков
ГФБОУ ДПО РМАПО ГБУ, Москва
ГКБ № 68, Москва

Введение

Алкогольный цирроз печени – это хроническое заболевание, в основе которого лежит токсическое поражение гепатоцитов, вызванное увеличением содержания этанола в крови, с последующей их гибелью.

Заболевание характеризуется развитием печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии.

50% всех циррозов печени возникают по причине злоупотребления алкоголем, что составляет 7-15 случаев на 100 тысяч населения. Основная группа лиц, на которую приходится большая часть заболевания, – это мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Ежегодно от алкогольного цирроза печени умирает 20 миллионов человек [11, 4].

По данным Московского НИИ психиатрии, порядка полумиллиона человек в год в нашей стране умирают раньше положенного им срока за счет алкоголя.

Алкогольный цирроз печени развивается вследствие длительного употребления алкоголя (более 10-15 лет) в больших дозах, что при пересчете на этанол составляет у женщин – 20 г и более в день, у мужчин – 40-60 г и более в день. Механизмы алкогольного повреждения печени включают в себя повреждение мембран печеночных клеток со снижением в них фосфатдихолина, уменьшение продукции энергии и обеспечения клетки кислородом, метаболические нарушения, нарушение иммунных реакций, воспаление, активацию процессов фиброгенеза, усиление коллагеногенеза, стимуляцию канцерогенеза [4].

Прогноз для алкогольного цирроза печени неблагоприятный, и в среднем через 10-15 лет заболевание заканчивается летальным исходом. Продлить и улучшить качество жизни возможно только при отказе от алкоголя и симптоматическом лечении заболевания.

Развитие алкогольного цирроза печени не зависит от типа спиртных напитков, и при расчете суточной дозы необходимо учитывать только общую концентрацию этанола. Факторами, способствующими развитию алкогольного цирроза печени, являются: пол (большая чувствительность женщин к этанолу), генетический фактор (высокая активность алкогольдегидрогеназы и низкая активность ацетальдегиддегидрогеназы), дефицит питания, инфекция гепатотропными вирусами (В и С), одновременный прием некоторых лекарственных препаратов (изониазид, ацетаминофен и др.), гепатотоксический эффект которых усиливается алкоголем [2].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) присутствует много болезней и ситуаций, приводящих к смерти в связи с употреблением алкоголя. Тяжесть течения заболевания у этих пациентов определяется полиорганными нарушениями, усугубляющими течение острых и хронических отравление алкоголем.

Тяжесть клинического течения цирроза определяют, используя известную классификацию по Child-Pugh (в модификации Pugh 1973). Суммируя количество баллов, определяют класс заболевания.

Суммарные баллы:

– Класс А. 5-6 баллов по Child-Pugh. Проявления заболевания отсутствуют.

– Класс В. 7-9 баллов по Child-Pugh. Продолжительность жизни таких пациентов составляет 5-7 лет.

– Класс С. 10-15 баллов по Child-Pugh. Продолжительность жизни таких пациентов составляет 1-3 года. Летальность даже после пересадки печени у таких лиц 82%.

В симптоматике, как правило, преобладают симптомы печеночно-клеточной недостаточности: тошнота, рвота кишечным содержимым, вздутие кишечника, пожелтение кожных покровов, покраснение ладоней, потемнение мочи, обесцвечивание кала, появление «звездочек» на теле, боли в правом подреберье, отложение жира в области бедер и низа живота, атрофия яичек, скудный волосяной покров под мышками и в области лобка, гинекомастия (увеличение молочных желез), появление «барабанных палочек» на руках.

Печеночная энцефалопатия, проявляющаяся нарушением ориентации в пространстве и времени, отсутствием критики к своему состоянию, появлением возбужденного состояние, которое сменяется сном, при прогрессировании печеночной энцефалопатии наступает кома.

Появление полинейропатий: нарушение болевой, тактильной, температурной чувствительности верхних и нижних конечностей, снижение объема движений и силы в верхних и нижних конечностях, снижение зрения и слуха, атрофия мышц.

Появление сердечно-сосудистой недостаточности: снижение артериального давления, учащение частоты сердечных сокращений, боли в области сердца колющего характера, одышка при минимальной физической нагрузке, нарушение правильного сердечного ритма (появления экстрасистолии, фибрилляции предсердий), отеки нижних конечностей.

В остром состоянии такие пациенты поступают, как правило, в ОРИТ многопрофильного стационара, где, несмотря на современные методы диагностики и лечения, летальность остается высокой.

Лечение алкогольного цирроза печени начинается с полного отказа от алкоголя, соблюдения строгой диеты с высоким содержанием калорий; приема медикаментозных препаратов, которые направлены на восстановление структуры клеточных мембран, улучшение молекулярного транспорта, деления и дифференцировки клеток; стимуляцию активности различных ферментных систем; препараты с антигипоксантными антифибротическими эффектами (эсенциальные фосфолипиды), улучшающие функцию мембран гепатоцитов и повышающие продукцию антиоксидантов (цистеин, глутатион), что увеличивает элиминацию свободных радикалов и других токсических метаболитов из гепатоцитов (S-аденозилметионин). Кроме того, необходимо проводить терапию, направленную на очищение от шлаков, снижение воспаления в печени и давления в портальной вене, при необходимости возможно проведение хирургического лечения, которое направлено на улучшение качества жизни и общего состояния пациента.

Для лечения заболеваний печени используются препараты из группы гепаторотекторов, однако их эффективность оказывается не

всегда достаточной, что заставляет искать новые фармакологические пути в решении столь важной проблемы.

В связи свышеизложенным, патогенетически оправданным является использование препаратов с антигипоксантным и антиоксидантным свойствами. К таким препаратам относят сукцинатсодержащий антиоксидант/антигипоксант – ремаксол (разработчик и производитель препарата – ООО Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН», г. Санкт-Петербург).

Препарат «Ремаксол» содержит в своем составе активные компоненты – янтарную кислоту, рибоксин, никотинамид, метионин, а также электролиты – натрия хлорид, магния хлорид, калия хлорид и сольстабилизирующий агент N-метилглюкамин. Активность компонентов, входящих в представляемую композицию, доказана в экспериментальных и клинических исследованиях. Это первый гепатопротектор, стимулирующий синтез эндогенного адеметионина, который, усиливая скорость анаэробного гликолиза и обеспечивая доставку готового НАД+, уменьшает проявления жировой дистрофии гепатоцитов – морфологического проявления поражения печени [3, 4, 8]. Активный компонент ремаксола – янтарная кислота – является универсальным энергообеспечивающим интермедиатом [1].

Установлено влияние ремаксола на основные звенья антиоксидантной системы клеток при лекарственном поражении печени. Препарат повышает уровень восстановленного глутатиона, сохраняет концентрацию сульфгидрильных групп белков в ткани печени, повышает уровень каталазы, установлено цитопротекторное действие на фоне метаболического эффекта.

Мембраностабилизирующий эффект ремаксола сопровождается снижением уровня гидроперекисей липидов, а метаболический – в уменьшении эндогенной интоксикации и интенсивности липопероксидации. Гепатопротективный эффект препарата показан по оценке биохимических показателей и при изучении морфологических препаратов печени после моделирования холестаза. Изучены эффекты ремаксола при полиорганных нарушениях в эксперименте. Ремаксол активировал процессы тканевого дыхания, уменьшал концентрацию недоокисленных метаболитов, повышал содержание макроэргов, что было подтверждено при проведении морфологического и гистологического исследования органов животных.

Цель исследования

Определение эффективности включения препарата «Ремаксол» в схему лечения пациентов с циррозами печени.

Материалы и методы

Специально обследовано 29 пациентов с циррозом печени.

Пациенты поступали и ОРИТ ГКБ № 68 из приемного отделения больницы. У всех пациентов цирроз печени был диагностирован до настоящего поступления в стационар. Причиной настоящей госпитализации явилось ухудшение состояния, обусловленное нарастающими явлениями полиорганной недостаточности. У 14 (48,2%) пациентов преобладали неврологические расстройства (полинейропатии и печеночная кома), у 7 (24,1%) пациентов преобладали явления сердечно-сосудистой недостаточности (гипотензия, нарушения ритма, одышка, боли в сердце) и у 8 (27,5%) пациентов отмечалась смешанная картина, с преобладанием делириозных расстройств сознания. Пневмония отмечена у 19 пациентов. 16 пациентов составили мужчины, средний возраст 51±2,1 года, женщин было 13, средний возраст 47±1,7 года.

В зависимости от терапии пациенты были разделены на две группы. Во всех группах пациенты получали стандартную терапию, состоявшую из:

– глюкокортикостероидов: дексаметазон по 4 мг внутривенно 1 раз в сутки;

– гепатопротекторов: эсенциале по 5 мл на 20 мл крови больного внутривенно струйно 1 раз в сутки;

– инфузионной терапия в объеме 30-50 мл/кг массы тела глюкозо-солевых растворов, под контролем ЦВД, почасового диуреза электролитного и газовогосостава крови, не менее трех раз в сутки;

– энтеросорбентов: энтеросгель по столовой ложке 3 раза в сутки между приемами пищи;

– ферментов: панзинорм по 20 000ЕД 3 раза в сутки во время еды;

– медикаментозных средств, снижающих давление в портальной вене: анаприлин по 1-2 таблетки 2 раза в сутки.

Мочегонные препараты вводили по показаниям.

Заместительная терапия: стимол по 1 пакетику 2-3 раза в сутки; витамины группы В; альбумин по 100 мл внутривенно при снижении его количества в крови ниже 30 г/л; эритрацитарную массу вводили при снижении числа эритроцитов ниже 2,0*1012/л; тромбоцитарную массу – при выраженной тромбоцитопении или массивных кровотечениях).

Всем пациентам проводили исследование маркеров вирусных гепатитов В и С методом иммуноферментного анализа, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Основную группу (N=12) составили пациенты, получавшие в комплексной терапии ремаксол в течение 3-9 дней по 400-800 мл со скоростью 3 мл/мин., контрольную группу (N=17) составили пациенты, получавшие стандартную корригирующую терапию.

Лабораторный мониторинг проводился не менее трех раз в сутки и включал: клинический анализ крови и мочи, электролитый состав крови, биохимические показатели крови (общий белок, альбумин, мочевину, креатинин, билирубин и его фракции), АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназу и щелочную фосфатазу, показатели свертывающей и антисвертывающей системы крови, данные КОС и газового состава крови.

У 19 (65,5%) пациентов (7 пациентов основной группы и 12 – контрольной) поступали с явлениями гипостатической пневмонии. 8 (66%) пациентов основной группы и 12 (70,5%) контрольной группы нуждались в проведении продленной ИВЛ.

Тяжесть основного процесса оценивали оценивали по Чайльд Пью, тяжесть пациентов при поступлении и риск летального исхода по шкале SAPSII, тяжесть полиорганной недостаточности по шкале SOFA, также оценивали динамику лечения пневмонии. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке при помощи статистической программы «Statistica 8,0» (StatSoft, USA).

Результаты лечения больных циррозом печени ремаксолом
Таблица

Показатель	Основная группа N=12		Контрольная группа N=17	
Возраст	44,2±1,7		46,3±1,5	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Чайльд-Пью (в баллах)	10,2±1,3 Класс С	7,1±0,7* Класс В	11,1±1,4 Класс С	9,1±1,6 Класс С
SAPS II	55,3±4,2	38,3±0,7*	56,4±3,1	47,2±2,5
SOFA	13,2±2,1	6,1±1,7*	14,3±0,4	8,4±1,2

Показатель	Основная группа N=12		Контрольная группа N=17	
Число дней ИВЛ	4,2±0,7		6,4±0,9*	
Наличие пневмонии при поступлении/выписке в %	58,3% (n=7)	25% (n=3)	70,5% (n=12)	50% (n=6)
Число дней в ОРИТ	7,5±1,2		9,4±1,4	

Примечание: p≥0,05.

Обсуждение результатов

Как видно из таблицы, группы были сопоставимы по возрасту, тяжести основного процесса (баллы по Чайльд-Пью), общесоматическому состоянию (баллы по SAPSII) и степени полиорганной недостаточности (SOFA). В ходе лечения тяжесть печеночной недостаточности в основной группе достоверно снижалась в процессе лечения с 10,2 до 7,1 балла. В то же время пациенты, получавшие стандартную терапию, сохраняли явления печеночной недостаточности в 9,1 балла (класс С) даже к моменту выписки из отделения. В обеих группах лечение в условиях ОРИТ позволяло перевести пациентов из состояния декомпенсации в состояние субкомпенсации, и перевести в общесоматическое отделение. В случаях, где был включен ремаксол, лабораторные тесты улучшались в среднем на 1,5 суток быстрее.

Тяжесть явлений СПОН в ходе лечения также уменьшалась в обеих группах пациентов, но в основной группе снижение было более быстрым и достоверным с (13,2 до 6,1 балла), в то же время в контрольной группе снижение было более медленным (с 14,3 до 8,4 балла). Достоверных различий в скорости стихания явлений СПОН получено не было. В обеих группах улучшение показателей наступало к 7-8 суткам лечения. Надо отметить, что у этих пациентов достичь полного купирования явлений СПОН практически невозможно, так же, как полного стихания явлений печеночно-клеточной недостаточности.

Длительность проведения ИВЛ определялась как имеющимися явлениями гипостатической пневмонии, так и тяжелым общесоматическим состоянием: кома, гипотензия. Нарушения ритма сердца, гастростаз, явления ОПН. В основной группе длительность проведения ИВЛ была достоверно меньше (4,2±0,7 против 6,4±0,9*). Это связано с более быстрым купированием явлений гиповентиляционной пневмонии в основной группе (на 33,2% против 20,5% в контрольной группе), а также с улучшением соматического состояния (38,3±0,7* балла по шкале SAPSII против 47,2±2,5 в контрольной группе) и снижением тяжести СПОН. Более подробное обсуждение причин раннего купирования признаков дыхательной недостаточности не входит в рамки данного исследования.

Число дней пребывания в ОРИТ изменилось недостоверно в исследуемых группах.

Таким образом, полученные данные говорят о том, что включение в комплексную терапию декомпенсированных циррозов печени препарата «Ремаксол» достоверно увеличивает скорость купирования явлений печеночно-клеточной недостаточности, тем самым снижая тяжесть общесоматических расстройств и явлений СПОН, что позволяет улучшить качество лечения пациентов данной группы.

Выводы

Таким образом, ремаксол является высокоэффективным гепатопротектором, улучшающим функциональную активность клеток печени, за счет чего значимо улучшается клиническое состояние пациентов и его включение в патогенетическую терапию хронических поражений печени является обоснованным. Метаболическую композицию «Ремаксол», обладающую антиоксидантным/антигипоксантным действием, следует рассматривать как перспективный метаболический корректор с гепатопротективной активностью, который может быть использован у больных с острым и хроническим поражением печени.

Литература

1. Афанасьев В.В., Лукьянова И.Ю. Особенности применения цитофлавина в современной клинической практике. СПб. «Тактик-Студио», 2010. 80 с.

2. Антиоксидантная активность ремаксола на модели лекарственного поражения печени // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2008. – № 4. – С. 127-131.

3. Буеверов А.О. Алкогольная болезнь печени // Consilium medicum. Приложение. 2002. – с. 23-26.

4. Влияние метаболических препаратов на функциональную активность печени в эксперименте // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2008. – № 4. – С. 149-152.

5. Влияние ремаксола на функцию печени крыс на модели операционной желтухи // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2010. – № 9.

6. Коваленко А.Л., Петров А.Ю., Суханов Д.С., Саватеева Т.Н., Романцов М.Г. Ремаксол – препарат для восстановления системы антиоксидантной защиты при поражении печени циклофосфаном в эксперименте // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2011. Т. 74. № 1. С. 32-35.

7. Кожока Т.Г. Лекарственные средства в фармакотерапии патологии клетки. М., 2007. 136 с. 4. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, 2001, том 1.4. Маевская М.В. Алкогольная болезнь печени // Consiliummedicum. – 2001. – Т. 3 № 6.– с. 256-260.

8. Новый инфузионный гепатопротектор ремаксол // Поликлиника. 2010. № 5. С. 66-67.

9. Смирнова Н.Г., Чефу С.Г., Коваленко А.Л., Власов Т.Д. Влияние инфузионного гепатопротектора ремаксол на функцию печени крыс на модели обтурационной // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2010. Т. 73. № 9. С. 24-27.

10. Сологуб Т.В., Горячева Л.Г., Суханов Д.С., Романцов М.Г., Антонова Т.В., Яковлев А.А., Радченко В.Г., Шульдяков А.А., Речник В.Н., Суздальцев А.А., Есауленко Е.В., Максимов С.Л., Баранова И.П. Гепатопротективная активность ремаксола при хронических поражениях печени (материалы многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования) // Клиническая медицина. 2010. Т. 88. № 1. С. 62-66.

11. Сологуб Т.В., Суханов Д.С., Петров А.Ю., Коваленко А.Л., Горячева Л.Г., Романцов М.Г. Риск неблагоприятных исходов при фармакоэкономическом анализе и оценка безопасности ремаксола в терапии хронических вирусных поражений печени (по материалам многоцентровых рандомизированных клинических исследований) // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. № 1. С. 61-64.9.

12. Суханов Д.С., Иванов А. К., Романцов М.Г., Коваленко А.Л. Лечение гепатотоксических осложнений противотуберкулезной терапии сукцинатсодержащими препаратами // Российский медицинский журнал. 2009. № 6. С. 22-25.

13. Шерцингер А.Г., Мусин Р.А., Жигалова С.Б. Современные принципы лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка / Тезисы доклада XVII международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» Уфа, 15-17 сентября 2010 г. Уфа, 2010. С. 202-203.

14. Ю.Р. Шифф, М.Ф. Соррэл, У.С. Мэддрей. Болезни печени по Шиффу. Цирроз печени и его осложнения, трансплантация печени. ГЭТАР-Медиа, 2010 г.

15. Цитопротекторная активность сукцинатсодержащих препаратов на функциональную активность печени в эксперименте // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2010. – № 812.

16. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. of psychiatric research. 1975. Vol. 12. № 3. P. 189-198.

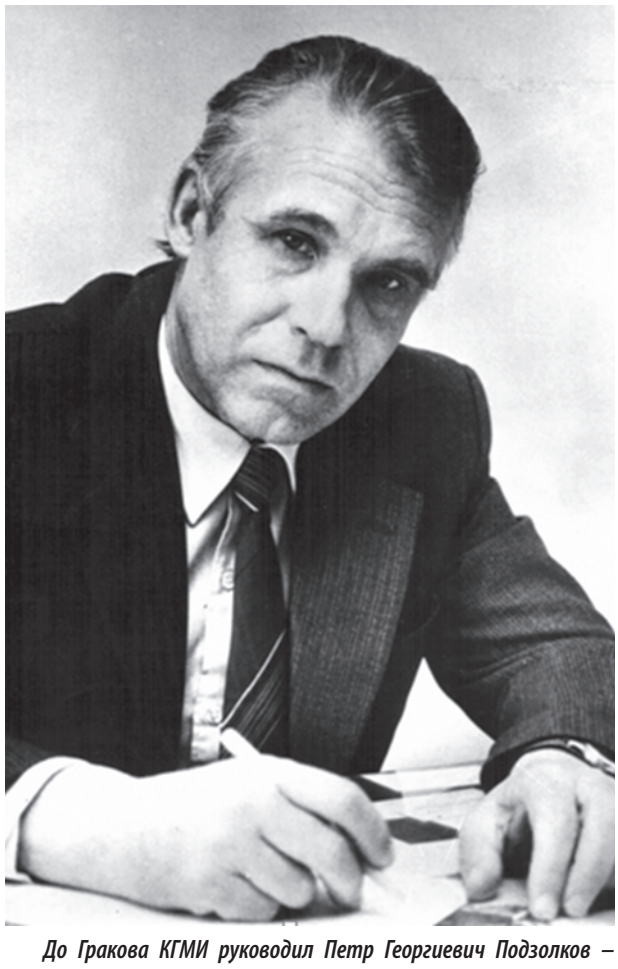
Ex animo

От души

ЮБИЛЕЙ

85 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПОСЛЕДНЕГО СОВЕТСКОГО РЕКТОРА БОРИСА ГРАКОВА

Воспоминания тех, кому посчастливилось видеть, слушать, знать, любить



До Гракова КГМИ руководил Петр Георгиевич Подзолков – статный, крупноголовый, заметный. Когда шел по коридорам вуза, всем было ясно – идет ректор.

А потом пришел Граков – стройный, легкий, сбегал по лестнице, как мальчишка-первокурсник. Это первое различие, которое бросилось в глаза преподавателям и студентам. Было и много других – ведь статус ректора престижного вуза предполагает личность масштабную, а значит, особую, неповторимую.

Все ректоры медицинского института, затем академии и университета – люди, о которых есть что рассказать. Сегодня мы вспоминаем Бориса Степановича Гракова – последнего советского ректора, ушедшего от нас рано, но оставившего яркий след в медицинской науке и практике Красноярского края.

Есть официальная биография Гракова. Есть документальная память, которую бережно хранит медицинский университет. Но все же самыми дорогими являются воспоминания свидетелей – людей, которые разговаривали, дружили, работали рядом, знали ректора, как никто другой.

Сегодня соратники, ученики, друзья Бориса Степановича говорят о нем на страницах «Первой краевой».

Юрий Семенович Винник, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, бессменный профорг КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого:

– С Борисом Степановичем мы проработали вместе 15 лет. Знакомство состоялось в 1979 году. Я был командиром стройотряда, мы с ребятами отделывали морфологический корпус, а Борис Степанович тогда вернулся из Гродно на должность ректора мединститута.

Корпус сдавался уже при нем. Потом Граков построил лабораторный корпус и общежитие на Краснодарской.

За годы совместной работы я видел Бориса Степановича в разных ситуациях.

Была в нем аристократическая простота – он одинаково легко и свободно общался и с уборщицей, и с академиком.

Он никогда не был мелочным, не сердился по пустякам, не слушал сплетен. Как всякого статусного человека, его донимали кляузники – писали подметные письма, анонимки. У Гракова целый сейф был забит этими бумажками, но он их никогда не использовал. С оппонентами разбирался очень мудро, не доводил до прямого конфликта. Я вообще никогда не видел ректора в гневе. Например, одного завкафедрой, который «стучал» на ректора в министерство, он убрал оригинально – отправил на повышение в другой медицинский институт. Не удивительно, что человек на новом месте не ужился.

Борис Степанович, как все руководители, окружал себя людьми, которым доверял, часто советовался со своими проректорами и только потом принимал важное решение. Большую помощь ему оказывал отец – опытный организатор здравоохранения.

Ректор крайне редко увольнял людей и мужественно справлялся с ситуациями, когда его подводили. Он чувствовал за вуз персональную ответственнность и ради благополучия своих преподавателей и студентов налаживал прекрасные отношения с чиновниками всех уровней.

Любовь Бориса Степановича к спорту известна всем: классная женская баскетбольная команда в вузе – его личная заслуга. Он заботился о своих любимых спортсменах, многое для них делал.

1950-е. Борис (второй справа) - член баскетбольной команды вуза

Студент Борис Граков

Граков очень любил жизнь – во всех ее проявлениях, поэтому его внезапная смерть ударила по всем нам и казалась невероятной.

Тамара Константиновна Турчина, бывший декан лечебного факультета, доцент кафедры хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно:

– Борис Степанович преподавал нам хирургию на третьем курсе, поэтому я как была для него Томкой, так и осталась, даже будучи деканом лечфака.

Сегодня думаю, что у нас были теплые отношения, потому что он доверял мне. И не ошибся – я никогда не подводила ректора. Это было легко, потому что Гракова есть за что уважать.

У этого человека все получалось, он был талантлив от природы. Думаю, именно потому, что сам был одарен без меры, он искренне восхищался хорошими хирургами, был щедр на комплименты, никогда никому не завидовал.

Я бы особо отметила независимость Бориса Степановича, например, от материальных благ. Он не был модником: что Людмила Степановна купит, то и носил. Однажды мы предложили ему купить какой-то супермодный костюм – отказался категорически и вообще старался спихнуть с себя представительские функции. Часто вместо него на встречи ездил Юрий Семенович Винник.

Борис Степанович не стремился за границу, не очень любил путешествовать. Он не был гурманом – очень мало ел, любил кофе с коньяком и сигареты. Чрезмерно алкоголем не увлекался, конечно, это было невозможно при его нагрузках.

В Гракове была спонтанность, он мог вдруг позвонить домой и сказать: «Томка, жди, мы сейчас приедем». И действительно заезжал.

Жену Борис Степанович называл Лапа, практически всю жизнь прожил с мамой Людмилы Степановны и относился к ней, как сын. Я думаю, семья для него много значила. Хотя женщины Гракова, естественно, любили – он был очень обаятельный.

Помню первый ректорский бал, все как-то робели, и тогда Борис Степанович пригласил меня на танец, чтобы расшевелить публику. Ясное дело, все зашептались, что я, мол, его фаворитка. Но это не так, больше всего на свете Граков любил свое дело – хирургию. Он был талантлив во всем – достойно справлялся с ректорскими обязанностями, был внимателен к сотрудникам, принимал смелые управленческие решения, но хирургия была для него главной любовью.

Борис Степанович любил свою кафедру, у нас всегда царила доброжелательная обстановка. Коллегами ректора были талантливые люди: А. В. Ратовский, А. И. Крыжановский, Р. Г. Алехина, В. В. Козлов,

Баскетбольная команда девушек. Третья справа — будущая жена Гракова Людочка

Биография

Борис Степанович Граков родился 14 ноября 1931 года во Владивостоке в семье медработников.

В 1955 году Борис Степанович окончил с отличием Красноярский медицинский институт, затем клиническую ординатуру по хирургии и с 1957 года начал работать ассистентом кафедры общей хирургии, а позже – госпитальной хирургии.

В 1971 году, после защиты докторской диссертации, стал организатором и заведующим кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета: с 1973 по 1979 год заведовал кафедрой госпитальной хирургии в Гродно.

В 1979 году Борис Степанович вернулся в Красноярск, где возглавил Красноярский государственный медицинский институт, оставаясь при этом практикующим хирургом.

Борис Степанович был основателем научной школы. Им опубликовано 180 печатных работ, в том числе монографические издания, среди которых «Длительная внутриартериальная и внутриаортальная инфузия как метод лечения некоторых воспалительных заболеваний» (1969), «Антиографическая оценка анатомо-функционального состояния кровообращения конечности при внутриартериальной (катетерной) терапии» (1981), «Полупроницаемые мембраны в лечении и профилактике хирургической инфекции» (1988), «Менеджмент в здравоохранении» и «Маркетинг в здравоохранении» (1992) и др.

Борис Степанович – автор 18 свидетельств на изобретение. Под руководством Гракова защищено 13 кандидатских и 3 докторских диссертации. В 1984 году Борису Степановичу было присвоено звание член-корреспондент АМН СССР (первому из красноярских врачей), а в 1994 году – академика АН ВШ.

Он был награжден серебряной медалью им. Павлова «За развитие медицины и здравоохранения», орденом им. В. Н. Татищева «За пользу Отечеству», международными орденами «Полярная звезда», «Звезда Циолковского», медалью им. академика С. П. Королева «За заслуги перед отечественной космонавтикой», Почетным наградным знаком им. маршала Г. К. Жукова «За мужество и любовь к Отечеству», орденом Трудового Красного Знамени.

Молодой врач. Знаменитая улыбка Гракова

Три звезды: оперирует Борис Граков, ассистирует Тамара Турчина, на наркозе знаменитый анестезиолог, профессор Анатолий Колесниченко

И. А. Хорошилов, В. Г. Филистович, А. Г. Швецкий, Н. Н. Масленников. Начинали свой путь на нашей кафедре Н. И. Камзалакова, С. И. Жестовская. Это были близкие люди, которым ректор мог доверять и всегда мог на них положиться.

Граков скучал без операционной, и очень символично, что умер Борис Степанович на рабочем месте, в краевой больнице.

Смерть его была как гром среди ясного неба. У меня все в душе похолодело, я просто растерялась. Говорят, незаменимых нет, но Борис Степанович был яркой страницей в моей жизни.

Иван Александрович Хорошилов, бывший заведующий отделением торакальной хирургии, доцент кафедры хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно:

– Я познакомился с Борисом Степановичем еще на третьем курсе, он преподавал у нас неотложную хирургию. Молодой, энергичный преподаватель нам очень нравился. Он горел на работе, много оперировал, дежурил, не ходил, а бегал – таким и остался до конца дней.

У Гракова был природный дар власти. Его очень любили студенты, считали демократом и вообще крутым, потому что он был в отличной физической форме, никогда не нудил, не обращал внимания на мелочи. Если что-то сильно не нравилось – поиграет желваками, но чаще смолчит.

Но я думаю, он никогда не забывал зла, просто избегал открытых конфликтов.

На самом деле, Борис Степанович всегда соблюдал дистанцию с людьми. Даже на отдыхе, в неформальной обстановке мы не расслаблялись и помнили, что он ректор.

Конечно, подкупало отношение Гракова к хирургии, его любимой работе. Быстрый, решительный, точный, его даже в молодости ценили и уважали опытные хирурги.

Помню, как он писал докторскую диссертацию по регионарной инфузии антибиотиков. Помогал отец, заведующий крайздравотделом, – выписывал культуру клостридии, ведь мы жили в условиях тотального дефицита. При обычном введении антибиотика собаки, зараженные газовой гангреной, в 100% случаев погибали, а когда регионарно, внутриартериально вводили антибиотики – добивались хороших результатов.

День, когда умер Борис Степанович, навсегда остался в памяти. Накануне он вызвал меня и попросил осмотреть отца в кардиологии – Степану Васильевичу уже после смерти сына диагностировали рак легкого. Борис Степанович о болезни отца так и не узнал.

Умер Борис Степанович в рабочем кабинете. Взбежал по лестнице – лифт в этот день не работал. Остановилось сердце.

Дмитрий Владимирович Черданцев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно:

– Сегодня я работаю в служебном кабинете Бориса Степановича, на девятом этаже главного корпуса краевой больницы. Здесь все осталось почти по-прежнему, и мне это нравится – аура Гракова присутствует.

Борис Степанович вызывал огромное уважение у коллег тем, что был хирургом больших возможностей: и онколог, и абдоминальный хирург, и, конечно, торакальный. Он выполнял все сложнейшие операции на то время: делал пластику пищевода и трахеи, пульмонэктомию.

Невероятно!

Согласно семейной легенде, мама Бориса Степановича, Евдокия Петровна – потомок очень древнего русского рода, восходящего к Джучи – старшего сына Чингисхана.

У третьего сына Джучи Шибана был великий потомок – Муххамед Шейбани (1451-1510), основатель узбекского государства Шейбанидов.

Представителем младшей ветви шейбанидов является легендарный сибирский хан Кучум. Потомки Кучума носили титулы царевичей сибирских. Потом они приняли христианство и дали России много славных имен.

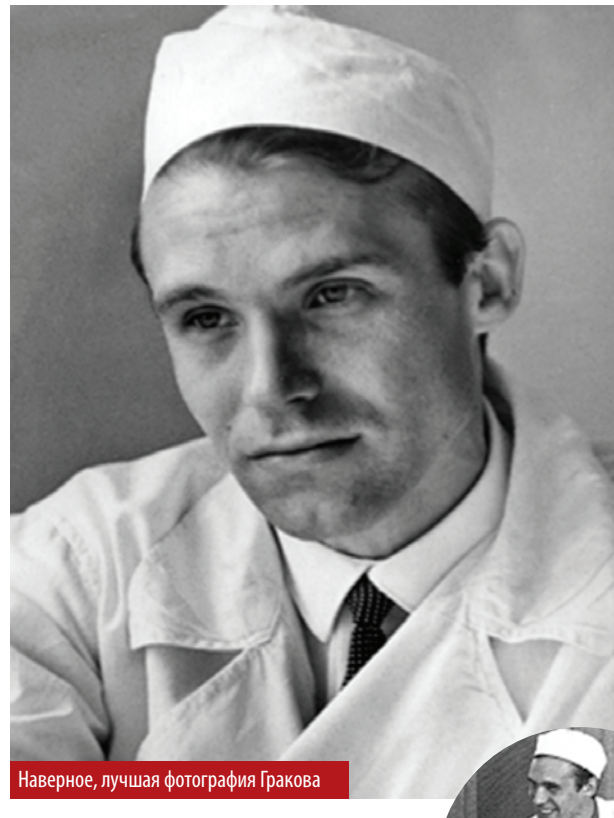
Вообще в России потомков чингизидов достаточно, и многие из них делали карьеру по военной линии.

Характер у главной медсестры Евдокии Петровны Граковой тоже был боевой, офицерский.

В красноярских медицинских кругах пересказывали одну историю: в больнице лежал чиновник высокого ранга, который постоянно требовал к себе повышенного внимания со стороны персонала за счет других пациентов, допускал при этом некорректное поведение. Евдокия Петровна пресекла эту ситуацию. Чиновник устроил скандал, пригласил руководителей городского здравоохранения и требовал жестко наказать персонал больницы.

Евдокия Петровна спокойно выслушала претензии и ответила: «Была бы я женщиной из другого рода – напугалась бы».

Коллеги Тамара Турчина и Борис Граков


Наверное, лучшая фотография Гракова

При операциях на органах брюшной полости разрабатывал и внедрял органосберегающие способы вмешательств на желчевыделительной системе (печень, протоки, желчный пузырь), модификации классических операций на желудке и кишечнике. С группой сотрудников Граков разработал методы оперативного лечения острого и хронического панкреатита.

Борис Степанович уделял большое внимание пациентам, всегда самостоятельно курировал оперированных больных, не делегировал эту важнейшую часть лечебной работы коллегам. Он был Хирургом с большой буквы, про таких говорят «хирург от Бога». Работа в операционной для него была самой лучшей отдушиной в напряженной, ответственной административной работе.

Как ректор он обладал одним замечательным качеством – быстро принимал решения и не любил долгих заседаний. Ученый совет при Гракове длился максимум полтора часа.

Студенты считали ректора полубогом, ведь именно и только при Гракове вуз дважды, в 1989 и 1990 годах, проводил Дни студенческого самоуправления. Это была дань перестройке: ректор как истинный демократ смело экспериментировал.

С коллегами. 1960-е

День студенческого самоуправления совсем не был шуткой – издавались приказы с синими печатями о назначении студентов на самые высокие должности в вузе, а настоящим проректорам не рекомендовалось вообще появляться на рабочем месте. Мне посчастливилось сутки замещать профессора Юрия Ивановича Савченкова, стать проректором по науке. Андрей Модестов, нынешний главный врач краевого онкодиспансера, был ректором, наши друзья, студенты четвертого-пятого курсов, заняли другие высокие кабинеты.

Мы готовились к этому дню, составляли план работы и реализовывали его. Все на полном серьезе. Потом Граков собирал совещание и проводил разбор полетов. Шутил: «Вы успели нанести определенный вред институту», и перечислял наши достижения.

Не обходилось без курьезов. Мой однокурсник на день занял кресло проректора по учебной работе, но настоящего проректора зачем-то занесло в институт. Уж не знаю, что его беспокоило, но предчувствия не обманули: в кабинете он увидел студента, развалившегося в кресле, с ногами на столе, с сигаретой в зубах. Был скандал. У проректора, в отличие от Бориса Степановича, не хватило чувства юмора.

Борис Степанович чувствовал полную ответственность не только за вуз, но и за краевую больницу, где работают его выпускники. Именно поэтому он благословил нас, молодых врачей, словами: «Ваша жизнь изменилась. Теперь вы сами за себя отвечаете».

Егор Евгеньевич Корчагин, главный врач краевой клинической больницы:

– В институте я учился хорошо и участвовал в общественной жизни вуза. Однажды «неосторожно» негативно высказался на ученом

Ректор в операционной

Слева направо: профессор Л. Л. Роднянский, ректор КГМИ Б. С. Граков, профессор Ю. М. Лубенский

совете об изменениях в учебной программе. У нас ликвидировали экзамен по неврологии, но сохранили дифзачет по политэкономии.

Я сказал: «Неужели неврология менее важна, чем политэкономия? Почему нам сокращают часы на клинических кафедрах, но сохраняют в прежнем объеме гуманитарные предметы?».

Никто вроде бы не обратил внимания на мои слова, но на экзамене по политэкономии меня стали откровенно валить. Преподаватель даже не скрывал этого. В зачетку мне поставили тройку, но я не смирился и пошел на прием к самому ректору. Граков выслушал меня, быстро принял решение: пересдача. И я пересдал на «отлично».

Всегда ли он был таким либеральным? Не думаю. Он был человеком своего времени и, как все мудрые люди, шел на компромисс. Просто я был уверен в своей правоте, и Борис Степанович это увидел.

Галина Юрьевна Дудникова, врач-хирург, однокурсница Б. С. Гракова:

– Курс, на котором мы учились вместе с Борисом Степановичем, был экспериментальный – чуть больше 100 человек, поэтому нам уделялось много внимания, и требования к качеству нашего образования были высокими.

На шестом курсе мы уже работали полноценными врачами, из 100 выпускников 14 остались в вузе: 10 ординаторов и четыре аспиранта. Все годы учебы и аспирантуры мы были с Борисом Граковым рядом, и могу с уверенностью сказать: дар врачебный в нем был виден с юности. Боря вел самых тяжелых больных, был целеустремленный, настойчивый и на спортивной площадке, и в операционной.

Та самая кукла, подаренная Граковым новорожденной дочке Николая Рункелова

Однажды, еще в студенчестве, мы поехали к Граковым на дачу и увидели на столе гору книг и тетрадок – Борис и летом занимался.

Он не был сентиментальным, скорее, жестким человеком, с некоторой долей сарказма. В то же время своих Борис никогда не бросал – все мы, друзья юности, могли рассчитывать на его поддержку.

Запомнилось его ревнивое отношение к дочери. Друзья подозревали, что Лена замуж никогда не выйдет. Всем приходившим в гости молодым людям Граков устраивал допрос: зачем пришел, к кому, где цветы?

Но, кстати, к зятю своему, Николаю Васильевичу Наумову, относился очень хорошо.

Вспоминается гостеприимный дом Граковых-старших. Мама Бориса Евдокия Петровна пекла крошечные пирожки с мясом в огромном количестве, они были необыкновенно вкусные. А потом Степан Васильевич с сыновьями, Борисом и Геннадием, пели в три голоса «Черемшину». Это было удивительно.

Николай Рункелов, к.м.н. заведующий приемным покоем ККБ:

– Бориса Степановича знаю с 1979 года, с тех пор, как пришел в интернатуру на кафедру хирургии № 2. Помню его – стремительного, в развевающемся халате.

У Гракова были прекрасные лекции, он говорил доступным, чистым языком, очень понятно, без «воды» и самолюбования, чем часто грешат лекторы.

Борис Степанович очень много оперировал, брался за самые трудные и даже безнадежные случаи. Его кредо «Больной должен умирать грамотно» запомнилось на всю жизнь. Это действительно высокая врачебная миссия – помогать даже безнадежному больному, никогда не оставлять его наедине с болезнью и смертью, всегда стараться помочь.

Граков знал каждого из нас, 47 хирургов, всем уделял внимание и на личном примере учил работать. А еще он был с нами и в радости, и в горе.

Кафедра хирургии № 2, самые близкие для Бориса Степановича люди. Слева направо сидят: А. В. Ратовский, Т. К. Турчина, заведующий кафедрой, проф. Б. С. Граков, Р. Г. Алехина, А. Г. Швецкий. Стоят: В. В. Козлов, И. Д. Томнюк, Р. И. Петров, В. К. Шнейдер

С любимой дочкой. Лена всегда была папиной копией

Никогда не забуду день рождения своей дочки в 1980 году. Мы отмечали это событие всей кафедрой. Маленькой Наташе Граков подарил огромную куклу, все радовались, как одна семья.

Гракову до всех нас было дело, он чувствовал ответственность за каждого студента. Например, я помню, как в 1986 году он лично объехал все колхозы в Ужурском районе, где работали наши студенты – посмотрел, в каких условиях живут, как у них дела.

Новость о смерти Бориса Степановича была ужасна. Многие плакали.

Хоронили ректора тысячи людей. Прощались с человеком, который жил достойно, ярко и сгорел на работе.

Зоя Михайловна Тяжельникова, доцент кафедры лучевой диагностики:

— Мне посчастливилось видеть Бориса Степановича в неформальной обстановке, наблюдать его общение с близкими и друзьями.

Граков частенько гостил на даче моего свекра, и мне, 23-летней, нравилось наблюдать за этими статусными людьми в свободное от работы время.

У Бориса Степановича были очень красивые руки – чувственные, хорошей формы. Что бы он ни делал – играл в преферанс, курил, работал с дрелью – эти руки притягивали внимание.

Борис Степанович был человеком сильным, умным, жестким, но с чудесным чувством юмора. В его жизни были четко расставлены приоритеты – он не обращал внимания на мелочи, но хирургии, своему любимому делу, отдавался полностью.

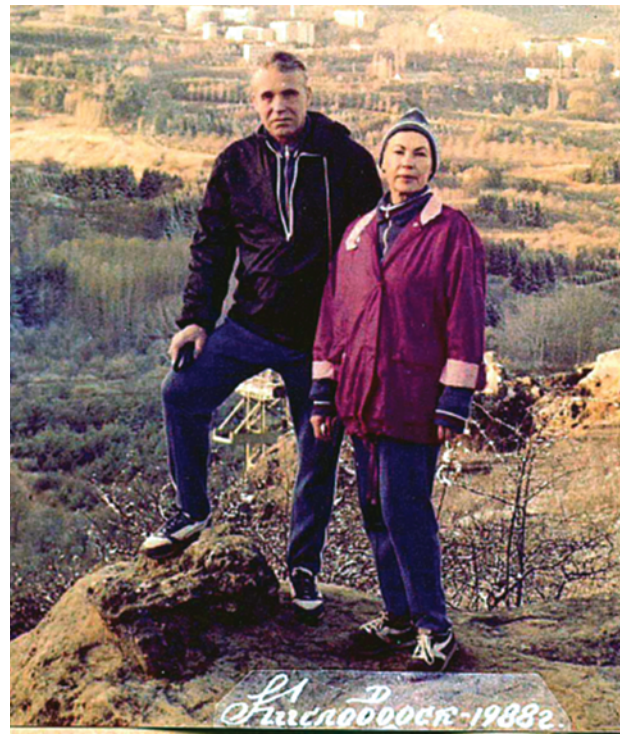
Он очень любил свою единственную дочь. Лена, мне кажется, была самым дорогим человеком для Бориса Степановича. Она очень похожа на отца – и внешне, и по характеру.

Вспоминаю, как Граков прилетел из Австрии, где гостил не только как ректор, но и как хирург. Борис Степанович тогда сетовал, что не знает языков, и уверял, что в хирургической технике мы европейцам ни в чем не уступаем. Зато Елена Борисовна — настоящий человек мира: училась в США, Китае, свободно общается на английском.

Я довольно поздно защищала диссертацию. Это происходило в Казани, в институте рентгенологии. Мне задавали много вопросов, пока кто-то из профессоров не прекратил испытание простым аргументом: «Достаточно, ведь она из Красноярска, от Грахова!».

Вот это «от Грахова» возымело мгновенное действие на диссертационный совет – защита завершилась успешно. Бориса Степановича в стране знали и уважали.

Я помню страшные дни, когда умер Борис Степанович, отчаяние, сиротство Людмилы Степановны – она не хотела принимать это горе.



Юбилей основателя династии

Родоначальником медицинской династии Граковых был Степан Васильевич Граков (1906-1995).

28 октября 2016 года исполнилось 110 лет со дня его рождения. Граков-старший родился в Благовещенске в семье служащего. Сразу после школы работал сельским учителем, а после окончания Тихоокеанского института – директором совхоза Морфлота. В 1936 году поступил в Новосибирский медицинский институт.

После учебы в 1941 году Степана Васильевича направили в Красноярский край, где он сначала заведовал врачебным участком в деревне Ворогово, затем был главным врачом Ярцевской районной больницы.

В годы Великой Отечественной войны работал начальником хирургического отделения и хирургом в эвакогоспиталях. В 1948 году переведен в Красноярск, где он сначала работал заместителем главного врача по лечебной работе краевой клинической больницы № 1, затем – главным врачом городской больницы. С 1952 года занимал крупные административные посты: заведующего городским отделом здравоохранения и крайздравотделом.

За добросовестный труд был награжден двумя орденами Трудового Красного Знамени, медалями «За трудовое отличие», «За победу над Германией», «За добросовестный труд», «За освоение целины», значком «Отличнику здравоохранения». Заслуженный врач РСФСР.

Жена Гракова говорила: «Нет, он не умер. Он просто уехал на другой континент».

А в это время старенькая мама Людмилы Степановны наивно спрашивала: «Почему Боря не приезжает обедать?».

Светлана Ивановна Жестовская, профессор, заведующая кафедрой лучевой диагностики:

— Я познакомилась с Борисом Степановичем в трагических обстоятельствах – меня и еще нескольких однокурсников в 1982 году он отчислил из вуза за то, что мы не поехали в колхоз. Причины были серьезные – мы все подрабатывали. Я, например, на скорой. Но тогда было очень строго с сельхозработами.

Мы стояли в коридоре перед приемной ректора, ждали решения своей судьбы. Невысокий моложавый человек, проходя, спросил: «Вы кто?». Мы нахально парировали: «А вы кто?». Когда нас провели к ректору в кабинет, мы так и сели – в кресле сидел тот самый человек, которому мы нагрубили.

Борис Степанович был возмущен – распорядился всех нас отчислить. Нам едва удалось вымолить прощение. И конечно, мы тут же уехали в колхоз.

Я тогда представить не могла, что мне повезет войти в ректорскую команду, что в моей жизни будет аспирантура, кафедра рентгенологии, секретная научная группа №297, кафедра хирургии №2 и мои незабываемые коллеги, прекрасные хирурги: Николай Николаевич Масленников, Виктор Иванович Гринько, Александр Генрихович Швецкий и, конечно, сам Борис Степанович Граков.

Эти люди не только учили меня, но и воспитывали. Помнится, я искала кого-то из сотрудников, заглянула в кабинет Бориса Степановича, где он беседовал с Александром Генриховичем, говорю: «И тут никого нет». Побежала дальше, но Граков вернул: «Жестовская! Как это никого нет? А мы с Швецким не считаемся?». Пришлось извиняться.

Борис Степанович поддерживал беспокойных, инициативных людей. Однажды я вычитала про слепую биопсию печени – пришла к Гракову с просьбой отпустить в Москву, поучиться методике. Ректор отпустил меня, и я приехала в институт имени Петровского с книжкой в руках. Вошла в ординаторскую, как Фрося Бурлакова: «Я из Сибири». Оказалось, я не туда попала – автор монографии ничему меня не мог научить – он просто описал метод. Но мне помогли – направили в клинику Тареева, и там меня обучили слепой биопсии печени.

В 1989 году мы провели первую чрезкожную биопсию печени в краевой больнице.

Я помню ощущение в день смерти Гракова. У меня и у многих людей не мелькнуло мысли: а что с нами теперь будет? Было только горе, которое обрушилось внезапно.

Воспоминания о Гракове – это и боль, и счастье, потому что всем нам, тем, кто был рядом, повезло видеть, знать и любить замечательного человека…

От «Медика» – к «Шелену»

Борис Граков стоял у истоков создания в Красноярске классной женской баскетбольной команды на базе КГМИ.

Первый успех пришел уже в 1980 году. Команда «Медик» на чемпионате СССР среди медицинских вузов завоевала серебряные медали. С 1984 по 1987 год «Медик» – победитель первенства Минздрава СССР. В 1985 году красноярская команда добивается права выступать в классе «А». В 1985 и 1987 годах «Медик» побеждает в Кубке СССР среди команд Сибири и Дальнего Востока, в 1987 году – в чемпионате РСФСР, в 1989 году – в первенстве СССР среди студентов.

В 1994 году команда получает название «Шелен». В этом же сезоне красноярские баскетболистки побеждают в первой лиге и входят в элиту отечественного баскетбола. Трижды «Шелен» выигрывает Кубок России среди команд Сибири и Дальнего Востока – в 1994, 1998, 1999 годах.

В разные годы за команду играли такие известные в России баскетболистки, как двукратная чемпионка Европы Елена Шульженко, чемпионка Европы Марина Хазова, вице-чемпионка мира среди юниорок Ксения Колосовская, чемпионка Спартакиады народов СССР Лариса Белобородова, мастера спорта Юлия Некрасова, Диана Густилина, Наталья Даниленко. Все они играли в составах сборных команд России.

Начало 1990-х. Ректору остается совсем немного земного времени

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