

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

# ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 5 (66)

**К** краевая  
клиническая  
больница  
основана в 1942

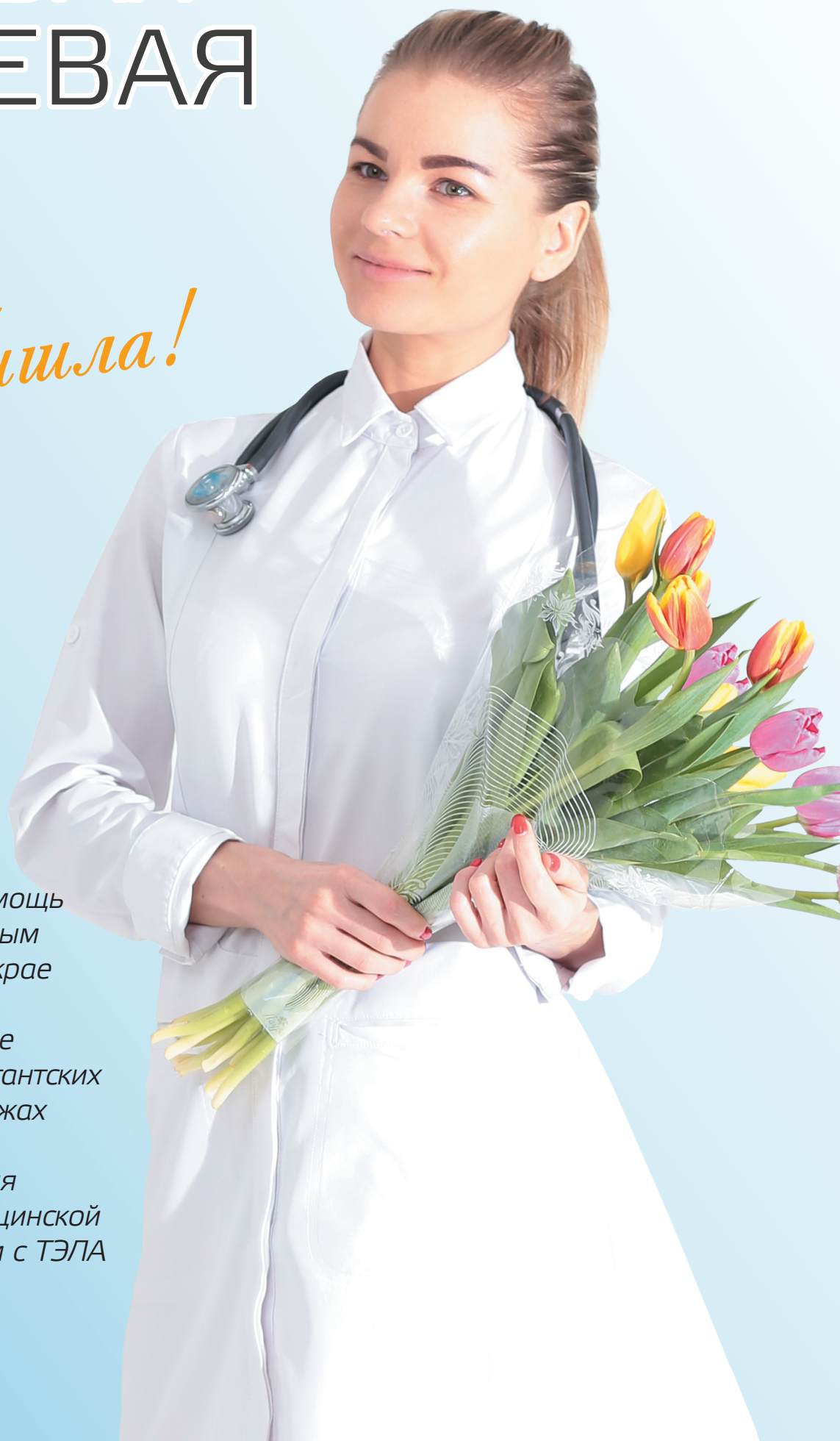
март 2017 года

*Весна  
пришла!*

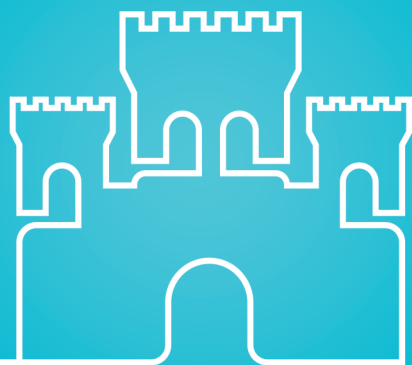
*Медицинская помощь  
тяжелообожженным  
в Красноярском крае*

*Реконструктивные  
операции при гигантских  
вентральных грыжах*

*Порядок оказания  
экстренной медицинской  
помощи больным с ТЭЛА*



# 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



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:

*С.Г. Вахрушев, д.м.н., профессор*  
*Н.И. Головина, заместитель главного*  
*врача по лечебной работе*  
*И.В. Демко, д.м.н., профессор*  
*С.А. Догадин, д.м.н., профессор*  
*Д.Л. Ложкин, заместитель главного*  
*врача по хирургии*  
*Г.В. Матюшин, д.м.н., профессор*  
*Е.В. Михайлова, заместитель главного*  
*врача по кадрам*  
*С.Л. Нефедова, заместитель*  
*главного врача по работе со средним*  
*медперсоналом*  
*А.В. Протопопов, д.м.н., профессор*  
*В.А. Сакович, д.м.н., профессор*  
*В.М. Симакова, заместитель главного*  
*врача по поликлинической работе*  
*П.Г. Шнякин, д.м.н., профессор*  
*Д.В. Черданцев, д.м.н., профессор*  
*В.Н. Янин, министр здравоохранения*  
*Красноярского края*

*В.В. Тяпкин, фотокорреспондент*  
*Г.Г. Гудошникова, корректор*

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

## Содержание

## СОБЫТИЯ

### ПЕРЕСАДИЛИ ВТОРОЕ ДОНОРСКОЕ СЕРДЦЕ



В январе состоялась вторая в истории красноярской медицины операция по пересадке сердца от человека человеку.

Реципиент – 37-летний житель Красноярского края, получил бесценный подарок от судьбы и кардиохирурги краевой клинической больницы

Если бы не сердце молодого донора, погибшего в ДТП, пациент кардиологов умер бы в течение очень короткого времени.

Операция прошла успешно, и сегодня ранее обреченный человек дома со своей семьей.

– Особенность второй трансплантации сердца в том, что она проведена в тесном сотрудничестве со специалистами Сибирского клинического центра ФМБА, – рассказывает главный врач краевой клинической больницы Егор Корчагин. – Коллеги обеспечили нас донорским органом. Должен сказать, что операция прошла очень слаженно – донорское сердце было доставлено в краевую клиническую больницу за 1,5 часа и заработало в груди реципиента в нужную секунду.

### ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ККБ ПРИЗНАН НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

С 14 по 16 марта в Москве, на базе ФГБУ «Центр Мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, прошла научно-практическая конференция «Построение системы менеджмента качества в медицинских организациях. Международный и российский опыт». В форуме приняли участие врачи краевой клинической больницы во главе с Егором Корчагиным.

В первый день работы конференции главный врач краевой больницы поделился с коллегами опытом развития менеджмента качества оказания медицинской помощи.

В частности, большой интерес у руководителей лечебных учреждений России вызвало сообщение Егора Корчагина о том, что за 2,5 года удалось снизить затраты на лекарства, хранящиеся в отделениях, повысить бесперебойность обеспечения лечебных отделений необходимыми препаратами и расходными материалами с помощью системы канбан («карточка»).

Стратегическая цель нашей больницы – стать лучшей в СФО среди многопрофильных клиник, дружелюбной к пациенту и создающей все условия для качественной и комфортной работы персонала.

Этой цели подчинены все административные решения последнего времени.

Позитивные перемены отражаются в результатах анкетирования пациентов, которое проводится дважды в год – процент удовлетворенных

качеством оказания медицинской помощи и условиями пребывания в краевой больнице заметно вырос по сравнению с предыдущими годами.

К Егору Корчагину после доклада было много вопросов и обращений с просьбами приехать и перенять наш опыт. Практическим опытом внедрения систем управления качеством поделились врачи из других регионов.

В программе заключительного дня конференции доктора ознакомились с работой и специалистами частной медицинской организации ОАО «Медицина», которая первой в РФ, получила международную аккредитацию JCI (Joint Commission International). Сегодня по этому стандарту в России аккредитовано уже три медицинских организации, одна из которых – государственная больница скорой медицинской помощи в Набережных Челнах.

### ВНЕДРЯЕМ КСГ БЕЗ ФИНАНСОВЫХ ПОТЕРЬ

С 1 января 2017 года в краевой клинической больнице внедрен способ оплаты за оказание медицинской помощи в соответствии с клинко-статистическими группами (КСГ).

КСГ представляет собой клинически однородные случаи диагностики и лечения, оцениваемые по единому тарифу. Система КСГ внедряется по всей стране уже третий год. Делается это для того, чтобы оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарах, была максимально понятной и прозрачной.

Внедрение КСГ в краевой больнице признано успешным, потому что не сопровождалось финансовыми потерями. Между тем, есть и неудачные примеры: одна из крупных городских больниц уже в первый месяц после введения нового способа оплаты медицинской помощи недозаработала миллионы рублей.

Финансовые риски действительно есть: связаны они с неправильным кодированием историй болезни, неверной формулировкой диагноза, недостаточным обследованием пациентов, влекущими за собой перемещение пациента в другую, ниже оплачиваемую клинко-статистическую группу.

Успех краевой больницы во внедрении КСГ связан с серьезной всесторонней подготовкой к переходу на новую систему оплаты медицинского труда. Руководство ККБ проводило разъяснительную работу среди заведующих отделениями и лечащих врачей всех профилей, чем снизило финансовые риски и возможные потери.

9 марта на совещание в краевую больницу съехались сотрудники стационаров городских лечебных учреждений – заместители главных врачей по оргметодработе, по экономике. Коллеги переняли опыт управления финансовыми рисками у наших высококлассных специалистов административного и финансового звена.

### ПАЦИЕНТЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Анкетирование пациентов краевой клинической больницы проводится два раза в год. Представляем анкетные данные за второе полугодие 2016 года.

93,6% больных (на 2,3% больше, чем в первом полугодии) считают, что персонал относится к ним с вниманием и участием.

Во втором полугодии выросло число пациентов, удовлетворенных сроками госпитализации, – с 84,4 до 87,2%, а также большинство наших пациентов радуется оснащению больницы, обеспечению лекарственными средствами, расходными материалами.

На 7%(!) выросло число больных, довольных питанием в больнице, хотя есть жалобы на нехватку салатов, выпечки. Напоминаем, что Роспотребнадзором запрещены салаты в меню лечебных учреждений.

В целом результаты анкетирования положительные: пациенты ценят усилия сотрудников и руководства клиники по повышению качества оказания медицинской помощи и улучшению сервиса в больнице.

## ГЛАВЕ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПОНРАВИЛАСЬ КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА

13 февраля Михаил Мурашко ознакомился с краевой клинической больницей и оценил качество оказания медицинской помощи.

Михаил Альбертович пообщался с врачами и пациентами, прошел по пути перемещения экстренных пациентов от приемного покоя до реанимации, посетил отделения неврологии, кардиохирургии, пульмонологии.

Особое внимание глава надзорного ведомства уделил методике мониторинга пневмоний, позволившей резко снизить летальность в крае, а также высказал пожелание развивать систему дистанционной ЭКГ-диагностики, которая в течение 10 минут позволяет врачам скорой помощи на удалении определять опасные состояния пациентов и на месте получать консультации кардиологов краевой больницы.

Глава Росздравнадзора высоко оценил подборку квалиграмм, разработанных специалистами краевой больницы. Квалиграмма – схема в виде инфографики для персонала, пошагово описывающая процесс оказания медицинской помощи пациентам с определенными диагнозами.

На итоговом совещании Михаил Альбертович заключил, что краевая больница полностью соответствует статусу региональной многопрофильной клиники, и выразил мнение, что опыт красноярской краевой больницы будет полезен для тиражирования в других регионах.



## В КРАЕВОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ ПРОШЛА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В конференции приняли участия более 120 врачей общей практики, онкологов, неврологов, эндокринологов, ревматологов, кардиологов, хирургов и пульмонологов из Москвы, Томска, Красноярска и территорий Красноярского края.

На конференции специалисты обсудили принципы и методологию паллиативной медицинской помощи, порядки оказания паллиативной медицинской помощи населению, образовательные аспекты и подготовку кадров для системы паллиативной медицинской помощи.

Основной доклад на конференции сделал председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины Георгий Новиков. Он рассказал о необходимости создания системы паллиативной медицинской помощи в каждом регионе РФ. Профессор обратил особое внимание



на то, что все вопросы паллиативной помощи должны уметь решать на своем уровне участковые терапевты и врачи общей практики.

Новиков отметил нехватку специалистов в этой сфере и рассказал о первой в России кафедре паллиативной медицины, организованной в 2013 году на факультете дополнительного профессионального образования в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А. И. Евдокимова. К июню 2016 года выпускниками кафедры стали 1249 специалистов.

В свою очередь, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии КрасГМУ Юрий Дыхно пояснил собравшимся, что в Красноярском мединституте с прошлого года в цикл по общей онкологии включены часы для изучения вопросов паллиативной помощи. По завершении цикла шестикурсники готовят работы, связанные, например, с нутритивной поддержкой пациентов со злокачественными опухолями пищевода, с респираторной поддержкой пациентов с раком легких и другими темами.

Об организации оказания паллиативной медицинской помощи в Красноярском крае рассказал на конференции заведующий хосписным отделением КМБ № 2 Игорь Мещанинов. Специалист пояснил, что паллиативная медицинская помощь в Красноярском крае оказывается онкологическим и неонкологическим пациентам в амбулаторных и стационарных условиях, в крае есть полный спектр современных обезболивающих препаратов, позволяющих качественно проводить обезболивающую терапию, а также отметил, что востребованность этого вида медицинской помощи указывает на необходимость дальнейшего развития паллиативной помощи в крае.

## В КРАЕВОМ ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ПРОВЕДЕНА 51 ФЕТАЛЬНАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ

Фетальная (внутриутробная) хирургия – один из высокотехнологичных разделов перинатальной охраны плода, который подразумевает проведение оперативных вмешательств у плода в утробе матери. Операции плоду проводятся в случаях, когда антенатальная коррекция состояния может улучшить исходы для здоровья и жизни новорожденных. Все манипуляции проводятся под контролем ультразвукового исследования.

За год специалисты центра провели 31 манипуляцию под названием «Амниоцентез». Это забор околоплодных вод для анализа на хромосомные и генетические заболевания у плода.

12 раз врачи взяли кровь из пуповины.

Поставили один порт при преждевременном излитии околоплодных вод в сроке до 26 недель, что помогло пролонгировать беременность и выносить здорового ребенка.

Также специалисты провели семь операций по внутриутробному внутрисосудистому переливанию крови.

Кстати, только в шести перинатальных центрах России проводятся такие фетальные операции. Красноярцы стали переливать кровь внутриутробно при резус-конфликте матери и плода в 2015 году.

# ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*В. А. Мацкевич, М. В. Голиков, А. Б. Хлебников,  
В. В. Ластовский, К. А. Барышников  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*



Проблема ожогов, одной из самых тяжелых и мучительных травм, имеет не только медицинское, но и большое социальное значение. Ежегодно в России госпитализируется около 200 тысяч обожженных, из которых 30-35% составляют дети.

В Красноярском крае термические, химические, электротермические ожоги, электротравму, отравление продуктами горения, угарным газом получает свыше 10 тысяч человек в год, 25-30% из которых составляют дети. Около тысячи пациентов госпитализируются в ожоговый центр краевой клинической больницы.

Летальность среди госпитализированных в ожоговый центр (ОЦ) сопоставима со среднероссийской и составляет 5-6%. Примерно у 300 пострадавших травма превышает шоковый порог, и они нуждаются в интенсивной терапии в специализированном отделении. Среди выживших после глубоких ожогов до 40% пациентов получают инвалидность.

Демографические, климатические и географические особенности Красноярского края уникальны:

- Красноярский край составляет 15% территории России;
- общая площадь региона около 3 млн квадратных километров;
- 20% территории края расположены за Полярным кругом;
- протяженность с юга на север составляет 3 000 км, а с запада на восток – 1250 км;

– население Красноярского края составляет около 3 млн человек (общая плотность примерно один человек на квадратный километр).

В таких условиях особую роль приобретает организованная круглосуточная работа отделения экстренной и плановой консультативной помощи (ОЭПКП, санитарная авиация).

Ожоговая травма имеет следующие особенности, предъявляющие специфические требования к проведению интенсивной терапии:

- в первые часы после ожога обманчиво относительно легкое и стабильное состояние больных по сравнению со скелетной, черепно-мозговой травмой, массивной кровопотерей;
- недооценка тяжести травмы пострадавшим или его родственниками, приводящая к позднему обращению за медицинской помощью. При шокогенной ожоговой травме догоспитальный период в 6 часов удваивает летальность;
- растянутость травмы и шока во времени (до 36 часов и более);
- отсроченное и пролонгированное развитие гиповолемии (плазмотерапия нарастает в течение 8-10 часов после повреждения);
- непредсказуемый, а иногда парадоксальный исход травмы;
- наличие обширных инфицированных ран в зонах катетеризации магистральных сосудов;
- необходимость длительной инфузионно-трансфузионной терапии и парентерального питания при резком ограничении маневра доступа к магистральным сосудам;
- повышенная необходимость и опасность проведения инвазивных методов диагностики и лечения;
- выраженный, длительный, рецидивирующий болевой синдром при невозможности регионарных методов анальгезии;
- многократные анестезии на перевязках и операциях;
- трудное, а иногда и невозможное проведение ряда методов диагностики, мониторинга и интенсивной терапии (катетеризация магистральных сосудов, крепление датчика сатурации, забор анализов крови, наложение манжет тонометра и электродов ЭКГ, трансторакальная ЭХО-КГ и т.д.) вследствие обширных инфицированных ран;
- необходимость длительной (иногда многомесячной) комбинированной антибактериальной терапии;
- высокая потребность в пролонгированной нутритивной поддержке при сниженной возможности усвоения ее компонентов;
- высокая вероятность тяжелых стрессовых и гнойно-септических осложнений;
- многократная потребность в больших дозах альбумина и пентаглобина;
- отсроченность до 2-3 суток развития острой обструкции дыхательных путей вплоть до асфиксии при ожоге дыхательных путей, аспирации продуктами горения и фибрилляции желудочков при транскардиальном прохождении электродуги;

- необходимость длительного нахождения пациента в вынужденном положении, порой исключающем ротацию в кровати и применение пропозиции;

- нередкое сочетание обширной ожоговой травмы с отравлениями продуктами горения, угарным газом, алкоголем, наркотиками, термическим поражением дыхательных путей в различных вариантах;

- длительный госпитальный период, в том числе реанимационный этап лечения;

- необходимость длительной реабилитации;

- высокая итоговая стоимость лечения и последующей реабилитации (до нескольких миллионов рублей).

При поступлении пациента с тяжелой ожоговой травмой в районную больницу анестезиолог-реаниматолог, а при его отсутствии хирург, после предварительной оценки площади и глубины поражения, а также наличия и тяжести термоингаляционной травмы, отравления продуктами горения, тяжелой сопутствующей патологии и возраста, должны незамедлительно начать противошоковую инфузионную терапию, аналгезию и седацию. Если пациент доставляется в стационар в состоянии клинической смерти, начинается стандартный комплекс сердечно-легочной реанимации, от результатов которой зависит дальнейшая тактика.

После начала противошоковой терапии, перед наложением повязок делаются фотографии всех ожоговых ран, с учетом невозможности идентификации личности по этим фотографиям (интактное лицо).

На фоне проводимой противошоковой терапии (инфузия, аналгезия, седация, согревание) уточняется раневой статус с определением глубоких, циркулярных, сдавливающих сосудисто-нервные пучки или дыхательные пути, ожоговых некрозов. При наличии таких циркулярных струпов на запястьях, голенях, шее, грудной клетке или брюшной стенке, неотложно проводится некротомия лампасными разрезами (ни в коем случае не короткими насечками) на всю глубину некроза, до клетчатки включительно. При наличии в некротомной ране напряженной фасции, проводится фасциотомия.

Эти хирургические манипуляции не требуют дополнительной аналгезии и проводятся под контролем гемостаза. При значимых кровотечениях в лампасных разрезах осуществляется гемостаз с последующим визуальным контролем в течение 2-3 часов.

Для оптимизации дистанционного консультирования больных с анестезиологами-реаниматологами ожогового центра используется анкета, которая позволяет минимизировать клиничко-диагностические ошибки, обеспечить преемственность, провести анализ качества оказания медицинской помощи, улучшить консультативно-лечебную и оптимизировать эвакуационную помощь тяжелообожженным пациентам в Красноярском крае.

Для обозначения в анкете большинства клинически важных симптомов достаточно подчеркнуть имеющиеся или вписать несколько цифр. Отсутствие отметки в каком-либо пункте воспринимается как отсутствие симптома на момент консультации.

Первая дистанционная консультация с реаниматологом ожогового центра проводится на фоне противошоковой терапии сразу же после получения основных анамнестических и клиничко-лабораторных данных пациента.

Перед звонком в ожоговый центр по одному из электронных адресов [eva58@list.ru](mailto:eva58@list.ru) или [burndept@mail.ru](mailto:burndept@mail.ru) направляются фотографии ожоговых ран вместе с заполненной анкетой – это абсолютно необходимо для полноценной консультации и принятия адекватного решения о выезде (вылете) бригады. Отсутствие этой информации воспринимается консультантами ожогового

центра как событие, существенно осложняющее наше сотрудничество.

При невозможности оперативно дозвониться в отделение можно звонить на сотовый телефон заведующего отделением реанимации ожогового центра Владимира Адамовича Мацкевича: +7 (908)205-10-90.

Для стандартизации противошоковой терапии на этапе районных и городских стационаров края сотрудниками ожогового центра и работниками кафедры анестезиологии-реанимации КрасГМУ издано четыре методических рекомендации по ожоговому шоку – как у детей,

**ЕСЛИ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ИЗ ЦРБ  
ОПЕРАТИВНО ДОЗВОНИТЬСЯ В  
ОТДЕЛЕНИЕ, ПОЗВОНИТЕ НА СОТОВЫЙ  
ТЕЛЕФОН ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ  
РЕАНИМАЦИИ ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА  
ВЛАДИМИРА АДАМОВИЧА МАЦКЕВИЧА:  
+7 (908)205-10-90**



Результат реконструктивных операций у ребенка 9 лет. Контрактуры ликвидированы в два этапа.



Перевозка обожженного пациента требует подготовительных мероприятий, в том числе, обеспечения температурного режима. У врачей ожогового центра есть ноу-хау: кисти и стопы пациента укутывают в памперсы

так и у взрослых. Анестезиологами-реаниматологами и комбустиологами ожогового центра проведены выездные семинары в Норильске, Канске, Ачинске и Минусинске. В последние годы на сайтах Федерации анестезиологов России <http://www.far.org.ru/recomendation> и объединения комбустиологов России <http://combustiolog.ru/spetsialistam/biblioteka> в свободном доступе размещены полнотекстовые версии клинических рекомендаций «Диагностика и лечение ожогового шока» и «Диагностика и лечение ингаляционной травмы».

Несмотря на это, индивидуальные особенности конкретного пациента, лечебные и организационные вопросы по интенсивной противошоковой терапии обожженных детально обсуждаются по телефону, и, с учетом фотографий ран и данных анкеты, принимается совместное решение о целесообразности приезда бригады и транспортировки пострадавшего в ожоговый центр.

Ежегодно силами отделения неотложной и плановой консультативной помощи совместно с врачами ожогового центра консультируются и транспортируются в КГБУЗ ККБ до 90 тяжелообожженных. В связи с отдаленностью и тяжестью состояния 80% пациентов транспортируются авиационным транспортом.

Выбор транспортного средства зависит от:

- тяжести состояния пациента и необходимости проведения респираторной и гемодинамической поддержки в процессе транспортировки;
- давности травмы и количества пострадавших;
- погодных условий;
- расстояния от Красноярска до пациента;

- времени суток и времени года (летное время);
- наличия и тяжести состояния попутных пациентов;
- необходимости и возможности промежуточной посадки;
- наличия свободного авиаборта.

Оптимальными сроками транспортировки являются вторые-третьи сутки после травмы. Если пациент с тяжелой электротравмой и транскардиальной петлей тока находится в стационаре с круглосуточным дежурством анестезиолога-реаниматолога и возможностью проведения электрической дефибрилляции, то его целесообразно транспортировать в первые 72 часа после травмы.

В зависимости от конкретной ситуации в состав бригады могут входить анестезиолог-реаниматолог, фельдшер ОЭПКП, анестезиолог-реаниматолог ожогового центра, комбустиолог, травматолог, эндоскопист. В случае массовых ожоговых катастроф бригада усиливается необходимым по составу количеством специалистов, аппаратурой, препаратами и расходными материалами.

Прибывший врач оценивает состояние пациента, необходимость и готовность к транспортировке, совместно с фельдшером проводит необходимые подготовительные мероприятия: интубация и санация трахеи, подбор параметров ИВЛ, установка назогастрального зонда и уретрального катетера, волемиическая и инотропная поддержка, исключение пневмоторакса, дренирование плевральной или брюшной полости, диагностика и остановка полостного или наружного кровотечения, анальгезия, седация, профилактика стрессового повреждения ЖКТ, медицинское стеснение, обеспечение температурного режима в процессе транспортировки, оформляет нужные документы и письменное согласие на транспортировку. Особое внимание уделя-



ется надежной фиксации и проходимости катетеров, зондов, дренажей и принимающих отделяемое по ним пакетов.

Наличие вертолетной площадки на территории КГБУЗ ККБ исключает этап вертолет – автомобиль – приемное отделение и позволяет тяжелообожженного пациента с борта вертолета доставить в отделение реанимации ожогового центра.

Накопленный за годы работы краевого ожогового центра опыт позволяет видеть, анализировать и профилировать недостатки при оказании помощи обожженным пациентам на этапах районных стационаров. Условно их можно разделить на организационные и лечебно-диагностические.

Основные организационные дефекты:

- позднее обращение (через 6 часов и позже) в ожоговый центр и ОЭПКП;
- отказ от предварительной пересылки консультантам ожогового центра анкеты и фотографий ран пациента;
- при наличии ПИТ или ОАР в ЦРБ больной с ожоговым шоком госпитализируется в хирургическое отделение;
- ранний перевод больных из ОАР в хирургическое (или травматологическое) отделение;
- поздний (позже трех суток) перевод в ожоговый центр;
- неадекватная подготовка или отсутствие таковой при самостоятельном переводе в ожоговый центр;
- отсутствие необходимой информации в выписке (анамнез, используемые препараты и их дозы, результаты исследований, клинико-лабораторный ответ на терапию, группа крови и резус-фактор).

Основные лечебно-диагностические дефекты:

- недооценка тяжести состояния и угрозы ухудшения (подход к ожоговому шоку с позиций травматического или геморрагического);

- неправильная оценка площади и глубины ожоговых ран;
- неадекватная, чаще недостаточная, инфузионная терапия;
- применение нативных коллоидов в первые 8 часов после ожога или отказ от их проведения через 10-12 часов после травмы;
- неадекватная аналгезия (чрезмерное увлечение наркотическими или ненаркотическими анальгетиками или полный отказ от них);
- отказ от катетеризации магистральной вены через свежую ожоговую рану при дефиците интактных зон катетеризации;

– отказ или позднее проведение некро- или фасфиотомии при наличии абсолютных раневых показаний;

- открытое ведение ожоговых ран или вторая перевязка в ожоговом шоке;

- перевязка в день транспортировки пациента в ожоговый центр;
- недостаточный клинический и лабораторный мониторинг;
- отказ от возможного позиционирования, положение на ожоговых ранах, нефизиологическое положение конечностей;
- внутримышечное или подкожное введение препаратов при наличии венозной канюли.

Перечисленные организационные и клинические ошибки резко утяжеляют течение ожоговой болезни, значительно ухудшают прогноз для жизни и возможной инвалидности, значительно увеличивают нагрузку на персонал, аптеку и бюджет ЦРБ, существенно повышают степень юридической и этической ответственности перед больным и его родственниками.

При госпитализации пациента в ОЦ в первые два часа после травмы непременно учитываются индивидуальные особенности как самой травмы, так и больного (возраст, сопутствующая патология, аллергологический и трансфузионный анамнез).

Если ребенок раннего возраста получил ожоги кипятком или горячей водой, непременно надо исключить факт попадания воды в рот с возможностью ожога гортани и голосовых связок. Если вероятность

**ЕСЛИ РЕБЕНОК РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОЛУЧИЛ ОЖОГИ КИПЯТКОМ ИЛИ ГОРЯЧЕЙ ВОДОЙ, НЕПРЕМЕННО НАДО ИСКЛЮЧИТЬ ФАКТ ПОПАДАНИЯ ВОДЫ В РОТ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ОЖОГА ГОРТАНИ И ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК**

### Хронология массовых ожоговых катастроф

№ п/п	Дата	Место и характер катастрофы. Количество обожженных
1	29.12.2012	Взрыв газового баллона в Емельяново. Пострадало 18 граждан Северной Кореи, один погиб на месте. Госпитализированы в ожоговое отделение 10 пациентов, в ОАР № 4 ожогового центра – шестеро, в реанимацию кардиоцентра – один. Особенности: языковой барьер, трудности сортировки и маркировки (отсутствие явных внешних индивидуальных отличительных признаков). Массовое предложение практической помощи других отделений реанимации. Все госпитализированные выжили.
2	22.01.2013	Взрыв 50-литрового баллона с пропаном на газозаправочной станции в Красноярске. Пострадало шесть человек: термические ожоги + контузии + термоингаляционная травма. Госпитализированы в ОАР № 4 ожогового центра четверо пациентов, в ожоговое отделение – двое. Погибших нет.
3	22.05.2014	Автобус с пассажирами заехал в фонтан горячей воды на ул. Вавилова (Красноярск). Пострадали 12 человек. Госпитализирован в ОАР № 4 – один обожженный, в ожоговое отделение – четверо. Все выжили.
4	17.06.2014	Взрыв на Ачинском НПЗ. Восемь человек погибли на месте. В ОАР № 4 госпитализированы четверо. Самый тяжелый пациент с диагнозом термический ожог II-III ст. 60%. Термоингаляционная травма. Контузия. Все доставленные в ожоговый центр выжили.
5	12.04.2015	Пожары в Хакасии. Пострадали 905 человек. Погибли 32 человека, из которых 29 на месте пожара, двое в Красноярске, один – в НИИ им. А. В. Вишневого (Москва). Госпитализированы в ожоговое отделение пятеро пострадавших, в ОАР № 4 ожогового центра пятеро пострадавших, в НИИ им. А. В. Вишневого (Москва) – четыре человека. Вылет бригады ожогового центра с осмотром, консультацией и сортировкой пациентов в Абакане, Черногорске, Копьево и Шира.

этого не исключена, следует быть готовым в ближайшие сутки к тяжелому отеку верхних дыхательных путей и необходимости экстренной интубации трахеи.

При ожоге пламенем важнейшими факторами являются состояние больного во время получения травмы: экспозиция (сон, инвалидность с ограничением подвижности, опьянение, расстояние до выхода из очага, нахождение в замкнутом пространстве, например, в горящем автомобиле с заблокированными дверями), характер горящих материалов (дерево, пластик, поролон), от которых зависит наличие и тяжесть отравления продуктами горения (угарный газ, фосген и другие токсичные продукты горения), массивность аспирации сажей.

Термическое поражение дыхательных путей (ожог дыхательных путей, термоингаляционная травма) приравнивается к 15% глубокого ожога кожи и даже при интактных кожных покровах самостоятельно может вызывать ожоговый шок.

Электротравма сама по себе тоже неоднородна. Обязательно определяется наличие и характер (путь) прохождения электрической дуги через тело. Если вход визуально не очевиден, то тщательно осматриваются кожные покровы с поиском входной электрометки, которые в ряде случаев могут быть малозаметны, словно укол гвоздем. Визуальное определение выхода трудностей не представляет ввиду очевидности локального глубокого ожога, включая подкожно-жировую слой и костно-сухожильные структуры. При наличии транкардиальной электрической дуги (как правило, при дугах типа рука-рука, рука-нога, голова-нога) проводится мониторинг ЭКГ с акцентом на аритмии и фибрилляции желудочков). При высоковольтной контактной электротравме визуальные повреждения могут составлять небольшую часть – самые тяжелые некрозы скрываются под внешне интактными кожными покровами. Важным признаком тяжести является миоглобинурия, моча цвета «мясных помоев».

В последние годы среди молодежи, нередко во время «сэлфи» на вагоне, возникает дистанционное поражение вольтовой дугой с воспламенением одежды, кожных покровов, волос. В случае падения с вагона не исключается скелетная, черепно-мозговая травма и механическое повреждение внутренних органов.

Подсчитывать общую площадь ожога (ОПО) необходимо для определения так называемого «шокового порога», т.е. ОПО, при превышении которой, как правило, развивается ОШ и для расчета стартового объема инфузионно-трансфузионной противошоковой терапии. Для

детей первого года жизни «шоковый порог» составляет от 5% поверхности тела, у взрослых от 20%.

Определение глубины ожога необходимо для определения тяжести поражения, прогноза развития ожоговой болезни, необходимости проведения оперативного лечения.

При адекватной и своевременной превентивной противошоковой терапии выход из ОШ-I занимает в среднем 12-19 часов. Для выведения пострадавшего из тяжелого ОШ требуется около суток. Ожоговый шок крайней степени тяжести, несмотря на проводимую терапию, может продолжаться до 48-72 часов. При травме, не совместимой с жизнью, крайне тяжелый ОШ носит необратимый, рефрактерный к терапии характер.

Алгоритм формулирования диагноза:

- характер ожога (термический, химический, электротермический, радиационный, контактный);
- слово «ожог»;
- повреждающий фактор (пламя, кипяток, горячая вода, пар, кислота, щелочь);
- глубина поражения (римскими цифрами);
- площадь общего и глубокого поражения в процентах в общей поверхности тела (площадь глубокого поражения указывается в скобках);
- перечисляются пораженные участки тела;
- сопутствующие ожогам кожи поражения, связанные с действием термического фактора (ожоги верхних дыхательных путей, глаз, термехимические поражения дыхательных путей, отравление угарным газом и/или продуктами горения, общее перегревание);
- при обширных поражениях отражается наличие и тяжесть ОШ или другого периода ожоговой болезни (ОБ);
- осложнения, в том числе, ССВО или гнойно-септические осложнения;
- сопутствующие травмы (баротравма, переломы, ЧМТ и др.) и заболевания.

При одновременном поражении двух и более органов, принадлежащих к разным анатомо-функциональным системам, диагностируют сочетанную травму, при комбинации факторов поражения – комбинированную, например, термомеханическую травму.



Ожог III степени выхлопной трубой автомобиля после ДТП. Пациентке проведена пластика брюшной стенки



Дети младшего возраста в реанимационном отделении лежат на флюидизирующих кроватях (справа). Эти кровати, наполненные подвижными шариками, настоящее спасение для тяжелообожженных

**Показания для госпитализации в стационар:**

- дети первого года жизни независимо от площади ожога;
- дети с неблагоприятной социальной ситуацией дома;
- ожоги II степени площадью более 15% поверхности тела;
- ожоги III степени 5% и больше;
- электротравма и электроожоги;
- ожоги лица, стоп, кистей, суставов и промежности;
- ингаляционные поражения и отравления угарным газом и/или продуктами горения или подозрение на них;
  - химические ожоги (требуют длительного промывания и обычно представляют раны III степени);
  - суицидальные ожоги;
  - сочетанная ожоговая, механическая и/или черепно-мозговая травма;
    - криминальная ожоговая травма;
    - производственная ожоговая травма;
    - ожоги у пострадавших с серьезными сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, хронические суб- и декомпенсированные заболевания внутренних органов, психические болезни, алкоголизм, наркомания);
    - ожоги, не зажившие на амбулаторном лечении в течение 10 суток;
    - локальные ожоги III Б-IV степени вне зависимости от площади поражения.

Пострадавшие в ОШ, с отравлением угарным газом и продуктами горения, термоингаляционной травмой (ТИТ, ОДП) и электротравмой, а также дети первых трех лет жизни должны госпитализироваться в отделение реанимации или палату интенсивной терапии.

Краевой ожоговый центр (ОЦ) входит в состав КГБУЗ ККБ, что позволяет оперативно, в круглосуточном режиме решать вопросы не только заочной консультации коллег районных стационаров, но и реализовывать доставку врачебно-фельдшерских бригад в ЦРБ для очной консультации, а при наличии показаний – подготовку и транспортировку пострадавших в краевой ожоговый центр. Круглосуточно в ККБ доступна экстренная консультация любого дежурного специалиста и проведение соответствующей лечебно-диагностической операции или исследования. Это особенно актуально при возникновении массовых ожоговых катастроф.

ОЦ состоит из двух отделений: ожоговая хирургия (комбустиология) на 45 коек (из которых 15 – для госпитализации детей) и отделения анестезиологии-реанимации (ОАР № 4) на 12 коек. На этих койках концентрируются самые сложные ожоговые пациенты.

В этих отделениях работают специалисты, накопившие уникальный практический опыт лечения и выхаживания.

Одним из важнейших факторов лечения является применение флюидизирующих противоожоговых кроватей, которые высушивают рану, создают оптимальный температурный режим, уменьшают механическую нагрузку ниже давления закрытия капилляров. Благодаря этому исключаются углубление ран, появление пролежней, развитие синегнойной инфекции. Таким образом, создаются оптимальные условия для восстановления кожных покровов. Однако флюидизирующая технология весьма дорогая, но она того стоит. Одна установка стоит свыше 50 тыс. евро, а ежегодный расходный материал на одну кровать требует свыше 1 млн рублей.

В ОЦ круглосуточно дежурят комбустиолог и два реаниматолога. При появлении тяжелообожженного в Красноярске диспетчер скорой помощи по телефону предупреждает приемный покой о его транспортировке. Пациент сразу сопровождается в ожоговый центр, где проводится весь необходимый комплекс лечебно-диагностических манипуляций как по восстановлению кожных покровов, так и реконструктивным операциям по устранению послеожоговых контрактур.

Параллельно восстановлению кожных покровов необходимо активное компетентное участие специалиста по реабилитации тяжелообожженных. Это очень специфические и сложнейшие пациенты для любого врача, в том числе реабилитолога.

Таким образом, в Красноярском крае на базе КГБУЗ ККБ успешно функционирует ожоговый центр, в котором получают специализированную высококвалифицированную помощь взрослые и дети с ожогами, их системными и местными осложнениями.

**Литература:**

1. Ожоговые центра России. Очерки истории./ Под ред. М.С. Гордона. Ижевск, 2010.(ОАО «Ижев. респ. тип.»).-288 с.
2. Б.А. Парамонов, Я.О. Порембский, В.Г. Яблонский. Ожоги. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. СпецЛит, 2000.- 480 с.
3. Шень Н.П. Ожоги у детей. М.: Триада-Х. 2011. 148 с.

000000000000000000000000000000

# АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЖИТЕЛЕЙ ЗЕЛЕНОГОРСКА

М. Ю. Халиуллина, О. Н. Якименко  
ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 42»



Одним из важных направлений деятельности филиала ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 42» (далее – КБ № 42) является оказание медицинских услуг за рамками ОМС, в том числе проведение периодических медицинских осмотров работникам муниципальных и частных предприятий Зеленогорска.

Общая численность населения Зеленогорска по состоянию на 1 января 2016 года составила 62 670 человек. Средний возраст жителей города – 41,4 года. Демографическая ситуация характеризуется процессом общей убыли населения, 1992 год был последним годом, когда рождаемость превышала смертность. С 1993 года в городе наблюдается естественная убыль населения. Старение населения характеризуется увеличением среднего возраста жителей города (в 2005 г. – 37,2, в 2015 г. – 41,4 года) и доли лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения (в 2005 г. – 18,8%, в 2015 году – 28,7%).

Градообразующим предприятием Зеленогорска является АО «ПО Электрохимический завод». Основное направление деятельности предприятия – выпуск стабильных и радиоактивных изотопов различных химических элементов, хранение и переработка обедненного гексафторида урана, а также другие высокотехнологичные производства. Численность работников предприятия – около 2 тысяч человек, из которых 1,5 тыс. ежегодно подлежат периодическим медицинским осмотрам.

На базе клинической больницы № 42 ежегодно в соответствии с приказом МЗ и СР № 302н от 12.04.2011 г. периодические медицинские осмотры проходят от 7 до 9 тысяч человек работающего населения.

Так, в 2012 году ПМО подлежало 5332 человека, в том числе 2964 женщины. Охват работающих осмотрами составил 90,8%.

В 2013 году ПМО подлежало 7155 человек, в том числе 4600 женщин. Охват работающих осмотрами составил 91,3%.

В 2014 году ПМО подлежало 6833 человека, в том числе 3869 женщин. Охват работающих осмотрами составил 93,9%.

В 2015 году ПМО подлежало 7290 человек, в том числе 4330 женщин. Охват работающих осмотрами составил 93,1%.

За первые шесть месяцев 2016 года ПМО подлежало 4390 человек, в том числе 2831 женщина. Охват работающих медосмотрами составил 94,7% (рис. 1).

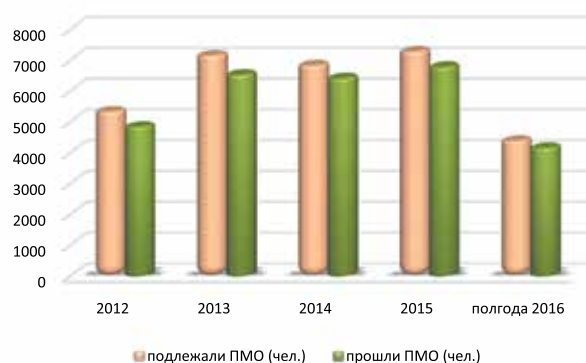


Рис. 1. Сравнительный анализ подлежащих и прошедших ПМО работников муниципальных и частных предприятий Зеленогорска с 2012 по 2016 год.

Увеличение количества работников, прошедших периодический медосмотр, и увеличение процента охвата работников за последние годы связано с усилением государственного санитарно-эпидемиологического надзора и увеличением размера штрафных санкций для работодателей, нарушающих трудовое законодательство.

С 2012 по 2013 год на базе клинической больницы № 42 для проведения предварительных, периодических или внеочередных медосмотров работала постоянно действующая врачебная подкомиссия. Возглавлял врачебную подкомиссию врач-профпатолог. Кроме работников муниципальных и частных предприятий Зеленогорска, подкомиссия проводила медосмотры работников АО «ПО Электрохимический завод».

Учитывая специфику закрытого предприятия АО «ПО ЭХЗ» и большое количество работников, ежегодно подлежащих медицинским медосмотрам, в 2013 году руководством ЛПУ было принято решение о создании отдельной подкомиссии для проведения медосмотров и решения вопросов профпригодности работникам данного предприятия.

Возглавляет подкомиссию свой врач-профпатолог, Кроме того, в подкомиссию включен цеховой врач-терапевт, который по завершении медицинского осмотра осуществляет лечение и динамическое наблюдение работников предприятия. Создание второй подкомиссии позволило увеличить объем медицинских осмотров для работников муниципальных и частных предприятий Зеленогорска.

За период работы с 2012 года по первое полугодие 2016 года заключение о наличии медицинских противопоказаний, согласно приказу МЗ и СР 302н от 12 апреля 2011 года, было вынесено в 521 случае, что составляет 1,8% от общего числа выданных заключений.

28 212 работников получили заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к работе (98,2%) (рис. 2).



Рис. 2. Структура результатов медосмотров за период с 2012 по первое полугодие 2016 г.

Постоянные медицинские противопоказания к работе получили 344 человека, что составляет 66% от всех медицинских противопоказаний:

- в 2012 году 125 человек, в том числе женщин – 55;
- в 2013 году 99 человек, в том числе женщин – 39;
- в 2014 году 68 человек, в том числе женщин – 24;
- в 2015 году 45 человек, в том числе женщин – 6;
- в первом полугодии 2016 года 7 человек, в том числе женщин – 2.

Заключение о наличии временных медицинских противопоказаний к работе получили 177 работников, что составило 34%:

- в 2012 году 30 человек, в том числе женщин – 12;
- в 2013 году 51 человек, в том числе женщин – 37;
- в 2014 году 24 человека, в том числе женщин – 19;
- в 2015 году 58 человек, в том числе женщин – 17,
- в первом полугодии 2016 года 14 человек, в том числе женщин – 6.

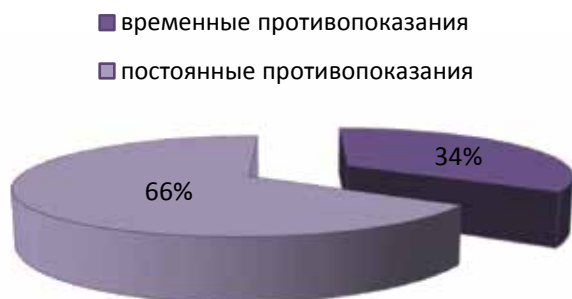


Рис. 3. Соотношение временных и постоянных медицинских противопоказаний к работе.

Первое место среди заболеваний, послуживших причиной медицинских противопоказаний, занимает патология сердечно-сосудистой системы, такая, как ПИКС, ХСН, гипертоническая болезнь, аритмии различной этиологии – 251 случай (49,3%).

Далее следуют заболевания органов зрения (миопия, нарушение цветоощущения) – 78 случаев (14,97%).

На третьем месте варикозная болезнь нижних конечностей – 43 случая (8,3%).

Затем следуют заболевания органов дыхания (bronхиальная астма, ХОБЛ) – 31 случай (5,95%), беременность – 28 случаев (5,4%), злокачественные новообразования различной локализации – 19 случаев (3,6%), эпилепсия, синкопальные состояния различной этиологии – 17 случаев (3,3%), сахарный диабет – 15 случаев (2,9%), аллергические заболевания – 11 случаев (2,1%), грыжи – 9 случаев (1,7%), заболевания крови и кроветворных органов – 7 случаев (1,3%), алкоголизм, наркомания – 5 случаев (0,96%), гельминтозы – 4 случая (0,8%), ЗППП – 3 случая (0,6%).

Чаще всего временные медицинские противопоказания были вынесены при следующих состояниях и заболеваниях: беременность, миопия (при возможности и согласии работника на лазерную коррекцию зрения), варикозная болезнь нижних конечностей, синкопальные состояния (на период обследования), тяжелые анемии, различной этиологии, паразитарные заболевания, ЗППП.

При решении вопроса о сроке противопоказаний учитывается не только факт заболевания, но и его симптоматика, возможность применения различных методов лечения, характер течения (обращение за медпомощью в течение последних 12 месяцев, случаи временной нетрудоспособности по причине данного заболевания и продолжительность).

При сравнении показателей за 2012 и 2015 годы отмечается уменьшение лиц с выявленными постоянными медицинскими противопоказаниями (рис. 4). Это связано с тем, что клиническая больница № 42, являясь единственным ЛПУ в Зеленогорске, имеющим лицензию на проведение предварительных периодических медицинских осмотров и экспертизу профпригодности, ежегодно проводит медицинские осмотры одним и тем же организациям.

Если работник получает заключение о наличии медицинских противопоказаний для продолжения работы, работодатель в дальнейшем на медосмотр данного работника не направляет. Кроме того, тяжелое социально-экономическое положение вынуждает работников скрывать полную информацию о состоянии своего здоровья из-за боязни потерять работу, что значительно затрудняет диагностику заболеваний и при этом существенно влияет на качество и достоверность результатов медицинских осмотров.

Нередко работодатель (по договоренности с работниками) выдает направление на медицинский осмотр в другие медицинские организации (за пределами Зеленогорска), где отсутствуют сведения о имеющихся у работника заболеваниях, которые могут являться

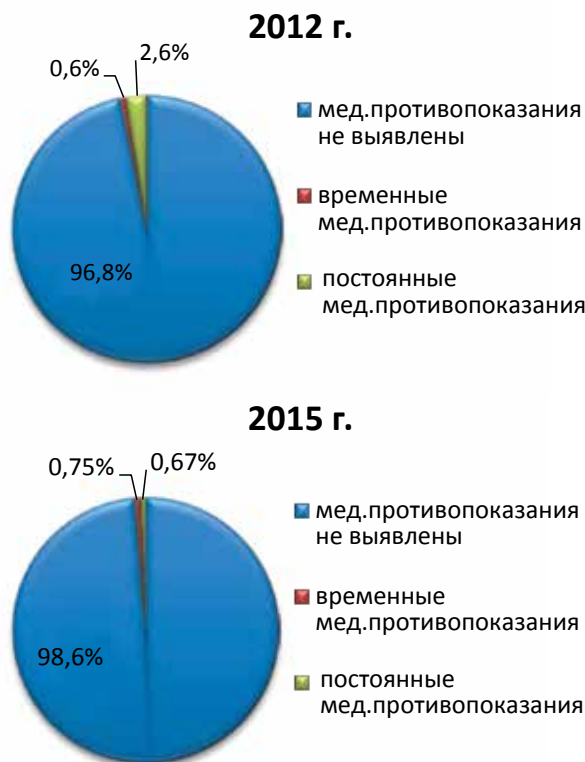


Рис. 4. Сравнительный анализ результатов медосмотров за 2012 и 2015 гг.

противопоказанием для допуска к работе. В этом случае работник проходит медицинский осмотр за свой счет, что также выгодно для работодателя.

Кроме этого, в ходе проведения медосмотров возникают ситуации, когда необходимо провести обследование (амбулаторно или стационарно) для принятия экспертного решения, и тогда работник получает на руки заключение с формулировкой: «Нуждается в дообследовании (заключение не дано). Решение – по завершении дообследования».

С 2012 по 2016 гг. 824 работника были направлены на дополнительное обследование и консультации специалистов: кардиолога с уточнением стадии, степени гипертонической болезни, эндокринолога для исключения сахарного диабета, онколога при подозрении на злокачественные новообразования.

Результаты предварительных и периодических медицинских осмотров заносятся в амбулаторную карту работника. Благодаря тому, что более 90% работников, проходящих медицинские осмотры, постоянно наблюдаются в нашем ЛПУ, мы имеем возможность по завершении медосмотра, при необходимости, направлять амбулаторные карты с заключениями врачей-специалистов и результатами лабораторных исследований к участковому терапевту, что позволяет своевременно выявлять и лечить заболевания на ранних стадиях. Рекомендации по результатам ПМО представлены в таблице 1.

Показанием для направления работников на стационарное лечение на этапе медосмотра послужили такие заболевания, как декомпенсация сахарного диабета, неосложненный гипертонический криз, тяжелые анемии, варикозная болезнь, грыжи различных локализаций.

Несмотря на рекомендации, многие работники отказываются от предложенного обследования, опасаясь, что это может повлиять на

решение врачебной комиссии и привести к потере работы по медицинским показаниям.

Только комплексный подход, усовершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей проведение предварительных, периодических медосмотров и экспертизы профпригодности, правовая грамотность как работодателей, так и работников позволит добиться позитивных результатов в сохранении здоровья работающего населения.

Таблица 1.

Сравнительный анализ рекомендаций по результатам ПМО с 2012 по 2016 г.

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г. (I полугодие)
Общее количество прошедших ПМО	5 332	7 155	6 833	7 290	4 390
Нуждаются в амбулаторном обследовании и лечении	2 852 (54%)	3 300 (47%)	3 530 (52%)	3 126 (43%)	2152
Нуждаются в диспансерном наблюдении	1588	2304	2334	2204	1108
Нуждаются в стационарном лечении и обследовании	29	42	51	21	16
Нуждаются в санаторно-курортном лечении	1160	1051	1480	1222	804
Нуждаются в дополнительном обследовании, заключение не дано	137 (3%)	133 (2%)	160 (3%)	290 (4%)	104
Нуждаются в обследовании в центре профпатологии	3	2	1	3	1

## СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

# ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН МЕДИЦИНСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ БАКАЛАВРАМ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Ж. Е. Турчина  
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

### Актуальность

В статье представлен опыт подготовки бакалавров по направлению подготовки «Социальная работа» на клинической кафедре медицинского вуза. Акцент сделан на клинический подход в преподавании дисциплин медико-социального характера: социальное служение, паллиативная помощь, медико-социальная реабилитация, медицинская ознакомительная практика.

Актуальность этой проблемы связана с необходимостью подготовки социальных работников на современном этапе, связанных с организацией социальной работы в системе здравоохранения.

Ключевые слова: педагогика, образовательные программы, бакалавр, социальная работа, социальный работник, профессиональная компетентность.

На протяжении последних пяти лет в КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого были открыты новые факультеты и направления подготовки, что способствовало появлению новых дисциплин на полидисциплинарной клинической кафедре сестринского дела и клинического ухода (СД и КУ).

Обучение студентов по направлению подготовки «Социальная работа» (НПСР) проводится на уровне бакалавра. И хотя это направление

подготовки достаточно молодое (первый набор был в 2011 году), на кафедре была проделана большая работа по методическому обеспечению преподаваемых дисциплин и учебной практики (социальное служение, паллиативная помощь, медико-социальная реабилитация, медицинская ознакомительная практика) в обучении студентов.

Новый учебный 2016–2017 год начался с внедрения нового образовательного стандарта по ФГОС ВО 39.03.02 – Социальная работа (уровень бакалавриата). Сотрудниками кафедры разработаны УМКД дисциплин в электронном модуле.

Преподавание дисциплины «Социальное служение» проводится на первом курсе очного и заочного обучения. На кафедре накоплен большой опыт создания и обеспечения студентов учебно-методическими материалами.

Цель преподавания этой дисциплины подразумевает повышение качества жизни инвалидов, престарелых людей и людей с ограниченными возможностями, которые нуждаются в посторонней помощи и не могут осуществлять сами уход. Поэтому положительным является то, что преподавание этого предмета осуществляют преподаватели-врачи, не только обладающие теоретическими знаниями, но и осуществляющие практическую работу в лечебных учреждениях.

Студенты на практике получают медицинские навыки в базовых клиниках медицинского университета, а также работая в симуляционном (фантомном) классе кафедры СД и КУ. Темы по дисциплине подбирались в соответствии с ее содержанием и включают 12 лекций в мультимедийном оформлении и 17 практических занятий. Уход включает обслуживание подопечного и создание наиболее благоприятных условий для восстановления его здоровья, облегчения страданий и предотвращения осложнений [4].

По окончании цикла студенты сдают дифференцированный зачет по трехэтапной рейтинговой системе на основании положения о промежуточной аттестации обучающихся по основным образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, специалитета, магистратуры в ФГБОУ ВО КрасГМУ, который позволяет выявить уровень знаний.

При прохождении медицинской ознакомительной практики студенты первого курса очного обучения направления подготовки «Социальная работа» приходят в клинику, знакомятся с особенностями ухода за подопечными, общению с ними, их родственниками и медицинским персоналом. Поэтому для нас с самого начала важной задачей является донести до будущих социальных работников понимание значимости грамотного ухода за подопечными, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при контакте с ними, норм этики и деонтологии. На занятиях по учебной практике перед нами стоит задача – обучить студентов основным навыкам ухода за подопечными и оказанию первой помощи при неотложных состояниях [1].

Целью освоения учебной дисциплины «Медико-социальная реабилитация» является обучение будущего социального работника знаниям содержания форм и методов медико-социальной реабилитации больных и инвалидов в учреждениях разного типа. Цикл состоит из 30 часов лекций и 30 часов практических занятий. В разделы рабочей программы дисциплины входит два раздела.

Первый раздел – «Основы медицинской и социальной реабилитации» состоит из аудиторных занятий по следующим темам: «Инвалиды и общество», «Нормативно-правовые основы реабилитации», «Медицинская реабилитация как компонент комплексной медико-социальной реабилитации», «Физическая реабилитация как составляющая часть медицинской реабилитации», «Направления и содержание социальной реабилитации. Профессионально-трудова реабилитация».



Этот раздел формирует знания, умения, навыки в нормативно-правовой базе, оценки степени инвалидности и функционирования организма, а также компоненты медицинской и социальной реабилитации.

Второй раздел – «Особенности медико-социальной реабилитации» включает темы для аудиторных занятий: «Медико-социальная экспертиза», «Особенности медико-социальной реабилитации граждан пожилого и старческого возраста», «Организация медико-социальной реабилитации детей с особенностями развития», «Особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата», «Особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы».

В рамках изучения дисциплины большая роль отводится самостоятельной работе по организации реабилитационного процесса, составлению реабилитационных программ, оценки их эффективности. Исходя из того что учебная дисциплина «Медико-социальная реабилитация» преподается на старших курсах, знания, накопленные ранее, позволят студентам приобрести навыки и умения организовывать процесс медико-социальной реабилитации по отдельным видам патологий и инвалидности.

В рамках учебного процесса при изучении тем «Медико-социальная экспертиза», «Инвалид и общество», «Направления и содержание социальной реабилитации» проводится интеграция с кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения. В ходе цикла у студентов есть возможность посетить краевой геронтологический центр «Уют», где проводятся все виды медико-социальной реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста [9].

Цель изучения учебной дисциплины «Паллиативная помощь» состоит в обучении будущего социального работника знаниям основ социальной работы в области паллиативной помощи, ознакомлении с принципами организации паллиативной помощи и освоении технологий медико-социальной работы с инкурабельными пациентами и членами их семей. При этом задачами освоения учебной дисциплины являются: овладеть клиническими и организационными принципами паллиативной помощи, изучить особенности паллиативной помощи в педиатрии, нормативно-правовую базу организации и осуществления паллиативной помощи [3].

Разделы изучаемой дисциплины согласно рабочей программе по ФГОС ВО 39.03.02 – Социальная работа (очное, высшее образование, 4.0): «Организация паллиативной помощи в России», «Частные методики и технологии в паллиативной помощи», «Биоэтические аспекты паллиативной помощи», «Общество и паллиативная помощь». Аудиторная работа составляет 56 часов: 24 часа лекции, 32 часа практические занятия.

В рамках изучения дисциплины «Паллиативная помощь» обучение студентов проводится на лекциях, аудиторных практических занятиях, а также в результате самостоятельного изучения отдельных тем. Занятия проводятся с использованием следующих методов обучения:

объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения, исследовательский.

В рамках изучения дисциплины проводятся следующие разновидности лекций: лекция-беседа, лекция-дискуссия, лекция с разбором конкретных ситуаций. Проводятся следующие разновидности аудиторных практических занятий: дискуссия, демонстрация, экскурсия, анализ проблемных ситуаций. Внеаудиторная (самостоятельная) работа обучающихся включает следующие виды учебной деятельности: решение тестов и задач, подготовка ответов на вопросы, подготовка презентаций, рефератов

Вот уже три года кафедра СД и КУ КрасГМУ сотрудничает с хосписным отделением МБУЗ «Городская больница № 2» Красноярск и учреждением социального типа «Красноярский дом-интернат № 2 для ветеранов войны и труда». На их базе готовятся бакалавры по социальной работе, осваивая дисциплину «Паллиативная помощь». Результат этого сотрудничества – улучшение качества жизни пациентов в заведениях, привлечение внимания будущих социальных работников к проблемам оказания паллиативной помощи в Красноярском крае. Освоение рабочей программы и закрепление практических навыков студентами, развитие чувства профессионального долга, ответственности, сострадания и милосердия, готовности ставить интересы инкурабельных пациентов превыше своих по девизом: «Добро начинается с тебя!».



Вопросы оказания паллиативной помощи в Российской Федерации – тема достаточно актуальная. Сибирский федеральный округ, а именно Новосибирск, становится центром проведения в Сибири международных конференций по паллиативной помощи (май 2015, 2016), где проходят выступления с докладами на различные значимые темы в этой области, а также мастер-классы по уходу за инкурабельными больными (Москва, Германия, Польша и др.).

В 2015 году участниками конференции от КрасГМУ были Ж. Е. Турчина, Г. В. Селютина (руководитель фармколледжа), а в 2016 году студенты второго курса института стоматологии, занимающиеся в студенческом научном обществе, – В. Либанова, С. Сулейманова.

Организаторы конференции: министерство здравоохранения Новосибирской области, министерство социального развития Новосибирской области Епархиальный дом милосердия, г. Новосибирск, НИИ патологии кровообращения им. академика Е. Н. Мешалкина, Университет прикладных наук г. Йены, Германия, Институт развития организаций, г. Йена, Германия, Европейский Центр долгосрочной опеки при поддержке TZMO SA.

5 марта 2016 года в КрасГМУ в рамках преподавания учебной дисциплины «Паллиативная помощь» у студентов НП – Социальная работа состоялась внутривузовская учебно-практическая конференция

«Актуальные вопросы паллиативной помощи», посвященная 20-летию образования кафедры СД и клинического ухода. ФОТО ВСТАВИТЬ!!! № 3-4

На учебно-практической конференции было представлено 13 докладов на актуальные темы паллиативной помощи: «Организация работы хосписов в России и за рубежом», «Волонтерское движение», «Организация паллиативной помощи взрослому населению и детскому контингенту в России и за рубежом», «Эвтаназия» и др., из них шесть докладов были студенческими.

Хочется отметить, что доклады были выполнены с хорошим творческим потенциалом, красивые презентации, видеофильмы. В дискуссии приняли участие представители учреждений социальной защиты, которые отметили актуальность докладов, а также высказали предложения на сотрудничество [7].

Таким образом, в результате клинического подхода в педагогическом процессе подготовки бакалавров по социальной работе в медицинском вузе можно отметить высокий профессиональный уровень выпускника, позволяющий решать задачи как медицинского, так и социального характера на качественно новом уровне и интегрировать взаимодействия специалистов разных специальностей в вопросах реабилитации людей с ограниченными возможностями.

#### Литература

- Бахшиева С.А., Мудрова Л.А., Зорина Е.В. Освоение навыков ухода за подопечными студентами 1-го курса направления подготовки «Социальная работа», обучающимися на кафедре сестринского дела и клинического ухода при прохождении медицинской ознакомительной практики студентами 1-го курса // Сборник научных трудов: «Социальное образование XXI века»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2014. – С. 15-17.
- Бондаренко Н.И., Тихонова Н.В., Дахнова И.А. Методы реализации педагогических подходов в формировании профессиональных компетенций студентов по направлению подготовки «Социальная работа» на практической базе КрасГМУ // Педагогика и медицина в служении человеку: материалы III Всероссийской научно-практической конференции / гл. ред. С.Ю. Никулина. – Красноярск, КрасГМУ. – 2016. – С. 30-34.
- Вахрушева Н.П., Турчина Ж.Е., Арутюнян В.С. Актуальные вопросы преподавания паллиативной помощи // Сборник научных трудов IV Международной конференции «Современные методы ухода за больными: паллиативная помощь. Новосибирск. – 2016. – С. 10-14.
- Мудрова Л.А., Бахшиева С.А., Зорина Е.В. Значение создания учебно-методического комплекса дисциплины «Социальное служение» для студентов курса КрасГМУ направления подготовки «Социальная работа» // Сборник научных трудов: «Социальное образование XXI века»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2014. – С. 53-55.
- Социальный контроль качества образования в медицинском вузе / М.М. Петрова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 5. – С. 106-109.
- Турчина Ж.Е. Оптимизация учебного процесса на клинической кафедре медицинского вуза в связи с переходом на ФГОС ВПО // Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание. – 2013. – № 3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=989](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=989) (дата обращения: 16.01.2017).
- Турчина Ж.Е., Осипова Т.М., Ноздрин С.Н. Актуальные вопросы преподавания дисциплины «Паллиативная помощь» в подготовке бакалавров по социальной работе в медицинском университете // Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию социальной работы в России. – Улан-Удэ. – 2016. – С. 307-309.
- Тихонова Н.В. Особенности формирования профиля «Медико-социальная работа с населением» в подготовке бакалавра социальной работы с высшим образованием в КрасГМУ // Сборник научных трудов: «Социальное образование XXI века»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2014. – С. 61-64.
- Тихонова Н.В., Турчина Ж.Е. Практико ориентированный подход в преподавании дисциплины медико-социального характера бакалаврам по социальной работе. // Материалы VI Международной НПК «Социальная работа» в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики. – Белгород, НИИ БелГУ. 2015. – С. 177-180.
- Шкиндлер Н.Л. Методология исследования института социальной работы и социального обслуживания пожилых людей в современной России // Сборник научных трудов: «Социальное образование XXI века»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2014. – С. 104-112.



Необыкновенный  
**Casus** extraordinary  
случай

# ДВА СЛУЧАЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ КГБУЗ ККГВВ

П. А. Новиков

КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»

Одним из распространенных заболеваний щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста является гипотиреоз. Гипотиреоз – это синдром, характеризующийся стойким недостатком тиреоидных гормонов в организме или их биологического эффекта на уровне периферических тканей.

Гипотиреоз может развиваться вследствие поражения щитовидной железы (первичный гипотиреоз) или системы, регулирующей ее функцию (вторичный – гипофизарный гипотиреоз и третичный – гипоталамический гипотиреоз), или нарушения метаболизма тиреоидных гормонов на уровне периферических тканей (так называемый периферический, тканевой или транспортный гипотиреоз).

У лиц пожилого возраста, как правило, встречается первичный гипотиреоз (более 99% случаев), вызываемый в основном аутоиммунным тиреоидитом или хирургическими вмешательствами на щитовидной железе. Причиной развития первичного гипотиреоза могут быть также недостаточное поступление в организм йода, белка и селена, а также прием различных препаратов с антигипотиреозным действием (тирестатики, йодсодержащие, препараты сульфаниламидов, препараты лития, интерферон-альфа, нейролептики, транквилизаторы и многие другие).

Клинически по степеням тяжести выделяют субклинический и манифестный гипотиреоз. Субклинический гипотиреоз характеризуется стертым клиническим течением и устанавливается на основании повышения уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (в пределах 4–10 мМЕ/л) при нормальном уровне свободного тироксина (св. Т4). При манифестном гипотиреозе имеются характерная для гипотиреоза клиническая картина, повышение содержания ТТГ в крови выше 10 мМЕ/л и снижение уровня св. Т4.

## Эпидемиология гипотиреоза

Распространенность манифестного первичного гипотиреоза в популяции составляет 0,2–2%, субклинического – до 10% у женщин и до 3% у мужчин.

Наибольшей частоты гипотиреоз достигает среди женщин старшей возрастной группы (более 60 лет), где показатель распространенности достигает 12%.

Заболеваемость от 0,6 до 3,5 на тысячу населения в год. Заболеваемость первичным гипотиреозом увеличивается с возрастом.

Ежегодная конверсия субклинического гипотиреоза в манифестный составляет 5–18%.

У женщин гипотиреоз встречается чаще, чем у мужчин (6:1).

Патогенез гипотиреоза вызван длительным снижением эффекта тиреоидных гормонов на уровне практически всех органов и тканей со снижением скорости обменных и окислительных процессов с накоплением гликозамингликанов в соединительной ткани различных органов.

Следует указать на особенности развития гипотиреоза у пожилых лиц, что сказывается на своевременной диагностике заболевания, задерживая назначение адекватной заместительной терапии. Заболевание обычно развивается медленно, постепенно и незаметно, часто симптомы гипотиреоза имеют сходство с обычными признаками старения,

могут длительно не распознаваться и протекать под «масками» других заболеваний.

Стертость клинической картины, полиморбидность с атипичностью течения и нередко отсутствие жалоб (у 25% лиц при явном и у 35% лиц при субклиническом гипотиреозе по данным Колорадского исследования) являются причиной поздней диагностики заболевания. В связи с особенностями проявления гипотиреоза у пожилых лиц такие больные годами наблюдаются по поводу различных заболеваний: ишемической болезни сердца (ИБС), анемии различного генеза, паркинсонизма, атеросклероза и др.

Практически ни один симптом гипотиреоза не является строго специфичным для этого заболевания. Другими словами, гипотиреоз часто «маскируется» под другие болезни, что существенно затрудняет его распознавание. В результате пациентам многие годы устанавливаются различные диагнозы (анемия, бесплодие, дискинезия желчевыводящих путей и т. д.), хотя выявляемые симптомы связаны с гипотиреозом.

Многие пациенты, особенно с минимальной недостаточностью щитовидной железы (субклинический гипотиреоз), вообще не выражают никаких жалоб.

## Наиболее типичные проявления гипотиреоза, при наличии которых необходима оценка функции ЩЖ

Общие симптомы:

– слабость, утомляемость, прибавка веса, зябкость (ощущение, что все время холодно), снижение аппетита, отечность и задержка жидкости, появление охриплости голоса, мышечные судороги, сухость кожи и появление легкого желтушного оттенка, повышенная ломкость волос, анемия. Нервная система:

– сонливость, снижение памяти и скорости мыслительных процессов, невозможность сосредоточиться, снижение слуха, депрессия. Сердечно-сосудистая система:

– замедление пульса, повышение диастолического артериального давления, выпот в полости перикарда, повышенный уровень холестерина в крови. Желудочно-кишечный тракт:

– желчнокаменная болезнь и дискинезия желчных путей, повышение уровня печеночных ферментов, хронические запоры и склонность к ним. Половая система:

– любые нарушения менструального цикла, бесплодие, самопроизвольное прерывание беременности, эректильная дисфункция.

## Как устанавливается диагноз гипотиреоза

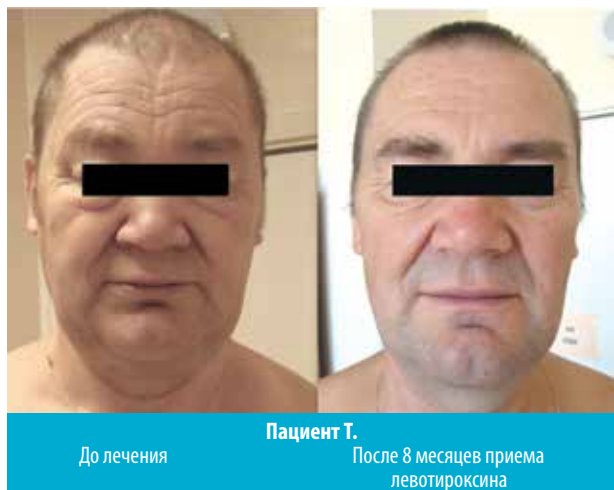
Подтвердить или отвергнуть диагноз гипотиреоза достаточно просто. Для этого проводится определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Это наиболее важный и абсолютно необходимый тест для диагностики любых нарушений щитовидной железы. Определение уровня ТТГ важнее, чем определение уровня Т4, поскольку на начальных этапах нарушения функции щитовидной железы происходит изменение именно уровня ТТГ.

Важно подчеркнуть, что наличие нормального уровня ТТГ практически полностью исключает нарушение функции щитовидной железы. При гипотиреозе уровень ТТГ будет повышен.

При необходимости врач дополнит исследование, определив уровень Т4 в крови. При явном гипотиреозе уровень Т4 понижен.

В гормональных лабораториях проводятся два варианта тестов для определения Т4: может быть определен так называемый общий Т4 – это весь тироксин, который находится в крови, и свободный Т4. Последнее исследование, в котором определяется не связанный с белками гормон, значительно более информативный, и, за исключением достаточно редких ситуаций, именно на него желательнее ориентироваться.

#### Клинический случай № 1



До лечения

Пациент Т.

После 8 месяцев приема левотироксина

Пациент Т., 1953 г. р., житель Красноярска.

Обратился в поликлинику Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн к урологу 09.01.2014 года по направлению районной поликлиники. При осмотре урологом заподозрена патология эндокринной системы, направлен к эндокринологу.

#### Жалобы

Общая выраженная слабость, снижение работоспособности, сонливость в течение всего дня, сухость кожи, запоры, ухудшение памяти, замедление мышления, отеки лица, рук и ног.

#### Анамнез заболевания

Симптомы заболевания начали появляться 10 лет назад после стресса. В течение какого-то времени не придавал значения симптомам, но по причине их длительности обращался в поликлинику по месту жительства. Основной повод обращения – отеки и общая слабость. По его словам, был осмотрен терапевтом, кардиологом, данных за сердечную недостаточность не выявлено и по причине «отечного синдрома» был направлен к урологу.

При обследовании у уролога данных за почечную недостаточность выявлено не было, однако пациент продолжал наблюдаться у уролога в течение 10 лет(!) по причине упорных отеков. О назначении врачом препаратов мочегонного действия пациент сказать не может. В связи с длительностью заболевания, отсутствием динамики дано направление к урологу Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн.

#### Анамнез жизни

Семейный анамнез по эндокринным заболеваниям отрицает. Не курит. Злоупотребление алкоголем отрицает. Наличие у себя хронических заболеваний и длительный прием каких-либо лекарств отрицает.

#### Status praesens

При осмотре пациент адекватный, ориентирован. Мыслительные функции замедлены. Речь замедлена. Голос грубый. Гиперстеник, ИМТ – 34 кг/м<sup>2</sup>. Кожа на ладонях очень грубая, с шелушением. Поредение волосяного покрова на голове.

Язык увеличен, обложен белым налетом. Отмечается отечность лица, верхних и нижних конечностей. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, узлы не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Пульс – 56 уд/мин, ритмичный. АД – 120/84 мм рт. ст. (D+S).

#### Результаты обследований

1. УЗИ щитовидной железы. Общий объем 7 мл. Очаговых образований нет.

2. ТТГ – 35 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,3-3,4); свободный Т4 – 3,3 ммоль/л (референсный интервал 10-23,2); антитела к тироксинпероксидазе – более 500 (референсный интервал 0-30).

3. ЭКГ. Синусовый ритм, ЧСС – 56 уд/мин. АВ-блокада I ст.

На основании клинико-лабораторных данных установлен диагноз первичный манифестный гипотиреоз.

Назначено лечение: Tab. Levothyroxini sodii 100 мкг по 1 таб. утром за 30 минут перед едой, непрерывно.

#### Визит в динамике 28.03.2014 г.

На фоне терапии левотироксином в дозе 100 мкг/сут. отмечается значительная положительная динамика: улучшилось общее состояние, стал более активен, улучшились речь, мышление и когнитивные способности, уменьшились отеки лица и конечностей, вес уменьшился на 11 кг (ИМТ – 31,9 кг/м<sup>2</sup>), значительно уменьшилась сухость кожи, улучшилось состояние волосяного покрова на голове; пульс – 70 уд/мин., ритмичный.

Гормоны: ТТГ – 4,8 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,3-3,4); свободный Т4 – 11 ммоль/л (референсный интервал 10-23,2). Даны рекомендации продолжить прием левотироксина натрия в дозе 100 мкг/сутки, непрерывно; наблюдение эндокринолога в динамике.

#### Визит в динамике 17.08.2014 г.

Принимает левотироксин натрия по 100 мкг/сутки. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. При осмотре проявлений гипотиреоза нет, активен. Кожа обычной влажности, снизил вес еще на 9 кг (ИМТ – 28,9 кг/м<sup>2</sup>), пульс – 72 уд/мин., ритмичный.

Гормоны: ТТГ – 0,31 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,3-3,4); свободный Т4 – 13,3 ммоль/л (референсный интервал 10-23,2). Даны рекомендации продолжить прием левотироксина натрия в дозе 100 мкг/сутки, непрерывно; наблюдение эндокринолога в динамике.

#### Визит в динамике 12.02.2015 г.

Принимает левотироксин натрия по 100 мкг/сутки. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. При осмотре проявлений гипотиреоза нет, активен. Кожа обычной влажности, вес стабилен (ИМТ – 28,9 кг/м<sup>2</sup>), пульс – 66 уд/мин., ритмичный.

Гормоны: ТТГ – 3,5 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,3-3,4); свободный Т4 – 17,7 ммоль/л (референсный интервал 10-23,2). Даны рекомендации продолжить прием левотироксина натрия в дозе 100 мкг/сутки, непрерывно; наблюдение эндокринолога в динамике.

#### Визит в динамике 05.02.2016 г.

Принимает левотироксин натрия по 100 мкг/сутки. Состояние остается удовлетворительным, жалоб не предъявляет. При осмотре проявлений гипотиреоза нет, активен. Кожа обычной влажности, вес стабилен (ИМТ – 28,9 кг/м<sup>2</sup>), пульс – 70 уд/мин., ритмичный.

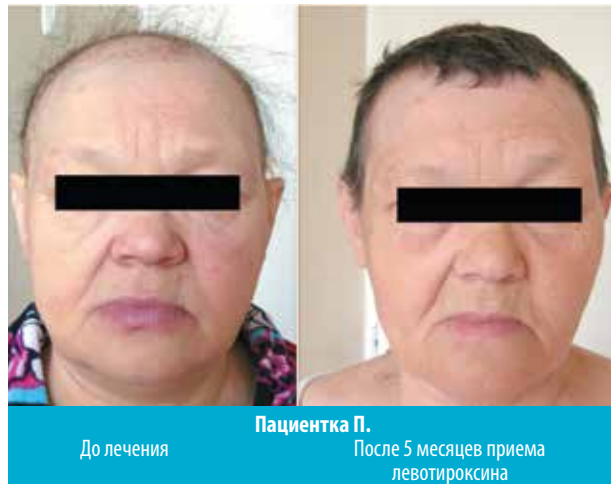
Гормоны: ТТГ – 3,9 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,3-3,4); свободный Т4 – 16,8 ммоль/л (референсный интервал 10-23,2). Даны рекомендации продолжить прием левотироксина натрия в дозе 100 мкг/сутки, непрерывно; наблюдение эндокринолога в динамике.

#### Выводы

У этого пациента ведущим клиническим симптомом гипотиреоза являлся отечный синдром. Длительное безрезультатное наблюдение у уролога по месту жительства и отсутствие своевременного направления

пациента к эндокринологу привело к поздней (через 10 лет от момента появления жалоб) диагностике гипотиреоза и назначению заместительной терапии.

### Клинический случай №2



Пациентка П., 1953 г.р., жительница одного из районов Красноярского края. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении КГБУЗ ККГВВ в январе 2015г. Была направлена на консультацию к эндокринологу лечащим врачом. Жалобы при осмотре на выраженную общую слабость и сонливость, нарушение речи. Из беседы с пациенткой удалось выяснить, что подобное состояние ощущает в течение многих лет, наблюдалась врачами по месту жительства с диагнозами «последствия инсульта», «энцефалопатия». В объективном статусе отмечаются явные симптомы гипотиреоза: пастозность лица, выпадение волос на голове и полное их отсутствие на других участках тела (на лобке, в подмышечных впадинах, отсутствие ресниц и бровей), сухость кожных покровов, утолщенный язык, низкий голос и замедленная речь, выраженная сонливость. Однако отсутствовали брадикардия и гипотония (пульс 62 уд/мин, АД=120/80 мм рт. ст.), также отсутствовала анемия (гемоглобин 125 г/л). Данных за полисерозит (асцит, гидроторакс и гидроперикард) не выявлено.

Исследование гормонов крови подтвердило предположение о гипотиреозе: тиреотропный гормон – 32 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,23-3,4); свободный тироксин – 2,5 нмоль/л (10-23,2); антитела к

тпо – 500 ЕД/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: общий объем 17,3 мл. Структурные изменения. Очаговых образований нет.

На основании клинико-лабораторных данных поставлен диагноз: первичный гипотиреоз, средней тяжести. Назначен левотироксин натрия в дозе 50 мкг по 1 таблетке в сутки. Рекомендован контроль гормонов крови и наблюдение эндокринолога по месту жительства.

Учитывая дальность проживания и отсутствие врача эндокринолога амбулаторно, пациентка явилась на контрольный прием к эндокринологу КГБУЗ ККГВВ в июне 2015г (через 5 месяцев от начала лечения). На фоне терапии отмечается явная существенная положительная динамика: пациентка стала более активной, улучшилась речь, улучшились когнитивные способности и мышление, прошла сухость кожи, уменьшилась пастозность лица, появился рост волос на голове, начали расти брови. Гормоны крови в динамике: ТТГ – 14,4 мкМЕ/мл (референсный интервал 0,23-3,4); свободный тироксин – 9,0 нмоль/л (10,0-23,2). Проведена коррекция дозы левотироксина: доза увеличена до 75 мкг/сутки. Пациентке даны рекомендации наблюдаться у эндокринолога.

### Резюме

Многолетнее наблюдение пациентки врачами терапевтических специальностей по месту жительства и наличие достаточно явных симптомов гипотиреоза, не позволили своевременно диагностировать это заболевание. Слаженная работа специалистов Красноярского госпиталя для ветеранов войн позволили в кратчайшие сроки верифицировать диагноз и назначить заместительную терапию, что в итоге значительно улучшило качество жизни пациентки.

### Выводы

Знание врачами других специальностей симптомов гипотиреоза и своевременное направление пациентов к эндокринологу позволят диагностировать это заболевание эндокринной системы и назначить адекватную заместительную терапию, что улучшит состояние и качество жизни пациентов.

### Литература

1. В.В.Фадеев, Г.А.Мельниченко «Гипотиреоз» руководство для врачей, 2004г.
2. А.С.Аметов «Избранные лекции по эндокринологии», Медицинское информационное агентство, Москва, 2009г.
3. Ю.А.Мануйлова, В.В.Фадеев, «Гипотиреоз: типичные ошибки в практике врача-интерниста», Терапия, №4, 2015г.

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

# СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

*К. И. Чикинева, М. В. Песегова,  
И. В. Путинцева, П. С. Жегалов  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – наследственное аутоиммунное заболевание, отличающееся большим количеством клинических проявлений и преимущественно начинающееся в детском возрасте. Между тем отмечается учащение случаев, когда болезнь манифести-

рует к совершеннолетию, а в детстве протекает со смазанной симптоматикой, выражающейся в легкой анемии или кожных симптомах.

В основе патогенеза лежит нарушение пищеварения, вызванное повреждением ворсинок тонкой кишки продуктами, содержа-

щами глютен. Этот белок содержится в таких продуктах, как рожь, овес, ячмень, пшеница. Механизм взаимодействия глютена со слизистой оболочкой не до конца ясен.

Повреждение слизистой оболочки тонкой кишки приводит к атрофии и как следствие тяжелому нарушению всасывания. Клинически это проявляется учащением стула, нарушением переваривания, синдромом мальабсорбции, кахексией, анемией, поражением слизистой оболочки полости рта, неспецифическими кожными и неврологическими проявлениями.

Золотым стандартом в диагностике целиакии являются характерные гистологические изменения и наличие положительных серологических маркеров.

По данным эндоскопии определяется наличие атрофии:

- уменьшение количества или исчезновение складок;
- фестончатость складок;
- мозаичный рисунок слизистой оболочки;
- видимый сосудистый рисунок;
- нодулярность.

По данным патогистологического исследования определяются два параллельно идущих процесса – атрофия и воспаление.

К сероиммунологическим маркерам целиакии относятся:

- антиглиадиновые антитела (AGA-IgA, AGA-IgG);
- антитела к компонентам соединительной ткани: ретикулину (ARA-IgA);
- эндомизию (EMA-IgA, EMA-IgG);
- тканевой трансглутаминазе (anti-tTG-IgA, anti-tTG-IgG).

Также для уточнения диагноза можно рекомендовать пациенту терапию *exjuvantibus* – пробное соблюдение аглютеновой диеты. Такая диета подразумевает исключение продуктов, содержащих глютен: хлеб, сухари, печенье, кондитерские мучные и макаронные изделия, продукты из ячменя, овса, пшеницы, ржи, а также продукты, содержащие в составе скрытый глютен, например, некоторые колбасные изделия, йогурты, майонез, крабовые палочки. Глютен может содержаться в крупах или бобовых, которые проходят различную обработку на предприятиях (шлифовка, удаление оболочек семян и так далее).

Представляем вашему вниманию клинический случай диагностики целиакии во взрослом возрасте в отделении гастроэнтерологии краевой клинической больницы.

### Клинический случай

Пациентка П., 31 год. Из анамнеза. С детства отмечается дефицит веса. В анамнезе многолетняя железодефицитная анемия (получала препараты железа курсами с дошкольного возраста).

Считает себя больной с 2011 года, когда впервые появились боли в верхних отделах живота, нарушение стула (кашицеобразный до одного-двух раз в день). Обратилась к терапевту по месту жительства, выставлен диагноз обострение хронического панкреатита с экскреторной недостаточностью. На фоне терапии ферментами, ИПП, спазмолитиками – без существенного эффекта.

С 2012 года неоднократно находилась на лечении в отделении гастроэнтерологии ККБ с хроническим панкреатитом. В связи с дефицитом веса, анемией, жидким стулом была обследована на предмет болезни Крона, онкопатологии, MALT-лимфомы – диагноз не подтвержден.

В октябре 2016 года госпитализирована в отделение гастроэнтерологии краевой клинической больницы в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего харак-

тера, жидкий стул два-три раза в сутки, увеличение в размерах живота, отеки нижних конечностей, снижение памяти, нарушения сна, периодическое повышение температуры тела до 38-39.

При осмотре обращали на себя внимание резко сниженное питание, бледность и снижение тургора кожных покровов, живот болезненный при пальпации во всех отделах, увеличен в объеме, отеки голеней.

Лабораторно тяжелая анемия, гипоальбуминемия. По данным УЗИ, МСКТ – асцит. На фоне терапии ИПП, ферментами, дезинтоксикационной, противорвотной, спазмолитической терапии, а также введения белковых препаратов и парентерального питания – состояние без динамики. В связи с лихорадкой обследована на наличие инфекционных заболеваний – не выявлено. По данным ФГС – признаки атрофии слизистой луковицы ДПК. Заподозрена целиакия, сданы АТ к тканевой трансглутаминазе – результат положительный. По данным иммуногистохимического исследования – наличие атипии и воспаления. Таким образом, диагноз глютенковой энтеропатии подтвержден.

К терапии добавлены СГКС (преднизолон в дозе 60 мг/сут. в/в струйно) – температура тела нормализовалась, уменьшились боли в животе, асцит и отеки голеней купированы, улучшилось общее самочувствие, стул нормализовался.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии по месту жительства под наблюдение гастроэнтеролога с рекомендациями строжайшей безглютеновой диеты.

Трудность диагностики в данном случае заключалась в том, что развернутая клиническая картина заболевания у пациентки развилась в 31 год. Несмотря на более частую диагностику среди детей, не стоит забывать, что глютенковая энтеропатия может клинически проявляться и быть установлена в любом возрасте.



# ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ СИЛАМИ СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

*Т. Л. Соловьянович, О. В. Машукова,  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

Здоровье полости рта – немаловажная часть общего здоровья человека. Полость рта – «ворота» желудочно-кишечного тракта, куда неподготовленная к перевариванию пища попадает в первую очередь, где она подвергается первичной обработке и переработке усилиями зубочелюстной системы.

Зубочелюстная система – комплекс органов и тканей, выполняющих различные, но соподчиненные функции, при этом функционально и анатомически связанных между собой. П. К. Анохин характеризует это понятие как «динамическая саморегулирующая система, состоящая из различно локализованных структур и протекающих в них физиологических процессов, все составные компоненты которой содействуют достижению результата, полезного для системы и организма в целом».

Рецепторы, воспринимающие различные раздражители внутренней и внешней среды, располагаются в слизистой оболочке, мягких тканях лица, мышцах, структурных элементах зуба, пародонта, элементах височно-нижнечелюстных суставов, в языке, связках, сухожилиях. Информация, поступающая с этих рецепторов, контролируется нервной системой.

При повреждении зубочелюстной системы в виде потери части зубов (в результате осложнений кариеса, заболеваний пародонта, травм и др.) меняется функция жевания, а это влечет за собой изменения в мышечной системе, суставах, пародонте оставшихся зубов; в организме запускаются компенсаторные процессы, изменяются даже характер слюноотделения и состав слюны. Результатом служат патологические состояния зубочелюстной системы в виде изменения миостатического рефлекса, травматической окклюзии, патологического прикуса и др., имеющее биологически отрицательное значение для организма.

Понятно, что восстановление целостности зубных рядов как части зубочелюстной системы является важной задачей стоматолога. Традиционно этим занимались стоматологи-ортопеды, но с развитием адгезивных технологий в последние десятилетия многие задачи стали доступны стоматологам-терапевтам.

Речь здесь идет о небольших дефектах зубного ряда – не более одной единицы (адгезивные мосты), восстановлении сильно разрушенных зубов с сохраненной круговой связкой зуба, восстановлении зубных рядов при дистопии и скученности зубов (при невозможности или нецелесообразности ортодонтического лечения), моделировании зубного ряда при тремах, диастемах и адентиях (чаще вторых верхних резцов) и др.

Время показало, что при соблюдении технологии использования материалов и правильном расчете жевательных нагрузок в прикусе зубы и зубные ряды, восстановленные при помощи адгезивных технологий, могут служить без коррекции по 10 и более лет (при хорошем гигиеническом уходе). То есть сейчас стоматологи-терапевты могут решать задачи по микропротезированию наравне со стоматологами-ортопедами.

В нашей клинике есть достаточно большой опыт работы в этой области и свои наблюдения. Есть у нас и своя фотогалерея, часть которой в этой статье мы рассмотрим и прокомментируем.

## Показательный клинический случай

У пациентки П. сочетанная патология – множественные кариозные поражения в сочетании с дистопией и скученностью зубов. Реконструкция зубного ряда проводилась прямым способом поэтапно. Глубина множественных кариозных полостей 11-го и 21-го зубов была критической, поэтому перед реставрацией было принято решение их депульпировать.



Доступ был выбран наружный, так как во фронтальном отделе верхнего зубного ряда в смысле прочности конструкции более ценной является небная стенка зуба. Ее оставили максимально интактной, так как вестибулярная стенка поражена кариесом и в любом случае подвергается более радикальному препарированию.



Реконструкцию всегда начинаем с центра (11-го и 21-го зубов), затем восстанавливаются боковые зубы с обеих сторон. Для удобства моделирования применяются контурные целлюлоидные матрицы.

Итогом реконструкции является восстановленный косметически зубной ряд (с 13-го по 23-й) с восстановленным вестибулярным овалом.





Подобный клинический случай – реконструкция зубного ряда в фронтальном отделе нижней челюсти с устранением диастемы.



Пример реконструкции фронтального отдела зубного ряда. Множественный кариес и скученность зубов. 12-й зуб предварительно депульпирован наружным доступом.



Еще подобный случай – локальная скученность зубов во фронтальном отделе.



Пример реконструкции зубного ряда при первичной адентии вторых верхних резцов тремах во фронтальном отделе верхней челюсти.



Пример сочетания ятрогенного дисколорита 11-го зуба (последствия лечения резорцин-формалиновым методом) с множественным кариесом и скученностью зубов фронтального отдела верхней челюсти.

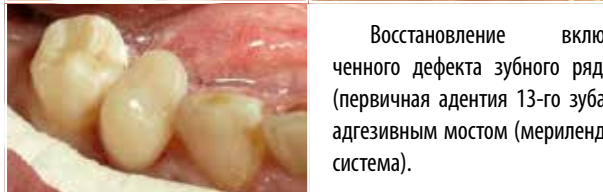


Далее несколько примеров восстановления одиночных дефектов зубного ряда (микропротезирование) с применением стекловолокнистых армирующих конструкций.

Восстановление 36-го зуба на волоконных штифтах.



Восстановление 44-го зуба с применением стекловолокнистой вкладки.



Восстановление включенного дефекта зубного ряда (первичная адентия 13-го зуба) адгезивным мостом (мериленд-система).



Хочется отметить, что обязательным условием успеха при восстановлении зубных рядов во фронтальном отделе является наличие полных зубных рядов в боковых отделах. Дефекты зубных рядов в боковых отделах (вторичная адентия двух и более зубов, концевые дефекты) создают функциональный перегруз переднего отдела зубных рядов, что является противопоказанием к его реконструкции. Сначала восстанавливают дефекты боковых отделов зубного ряда, и только потом занимаются передним.

При сложных и обширных дефектах зубных рядов терапевты работают в тесном контакте со стоматологами-ортопедами. Это сотрудничество – залог успеха в восстановлении здоровья, внешнего вида и улучшении качества жизни пациента.

# КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ МИНИ- ИМПЛАНТАТОВ.

*Н. А. Пергатый, Д. П. Шевченко,  
П. В. Островских, А. Н. Долгарев*

## Аннотация

В статье отражены результаты клинического исследования ортопедического лечения 59 пациентов с полным отсутствием зубов с целью определения эффективности использования мини-имплантатов на нижней челюсти для фиксации полных съемных протезов в пожилом и старческом возрасте [7]. Применялись клинические, рентгенологические (ортопантограмма и компьютерная томограмма нижней челюсти) методы обследования [1].

Представлены результаты, свидетельствующие о высокой степени интеграции внутрикостных мини-имплантатов у пожилых людей, с низким процентом осложнений, отличной фиксацией полных съемных протезов, короткими сроками реабилитации [6].

Введение в практику ортопедической стоматологии мини-имплантатов [5] для удержания полных съемных протезов на нижней челюсти при полной адентии, осложненной резкой атрофией [4] в пожилом и старческом возрасте, позволяет значительно повысить эффективность протезирования, а значит качество жизни таких пациентов [7].

**Ключевые слова:** внутрикостные мини-имплантаты, полное отсутствие зубов, нижняя челюсть, съемное зубное протезирование.

Большинство пациентов с полным отсутствием зубов не пользуются съемными зубными протезами, даже если протезы качественно изготовлены [7], что, как правило, обусловлено наличием общих соматических заболеваний [4], сложными анатомо-топографическими условиями полости рта [3]. Это подтверждается многими зарубежными авторами [8]. Наиболее частыми причинами, не позволяющими адаптироваться к съемным пластиночным протезам, является отсутствие у них стабилизации и неудовлетворительная фиксация.

Существует достаточно методов фиксации съемных протезов на беззубых челюстях. Механические – пружины, утяжеление базисов протезов на нижнюю челюсть, биомеханические, физические, биофизические способы.

Одним из наиболее эффективных методов улучшения фиксации и стабилизации протеза является установка имплантатов. В практике стоматологов имеется много систем имплантации для удержания полных съемных протезов на челюстях – внутрикостные, субпериостальные и др.

В последние годы для улучшения фиксации съемных протезов на беззубых челюстях предложено использовать специальные мини-имплантаты [5]. Мини-имплантаты имеют ряд преимуществ. Одноэтапная операция значительно упрощает лечебный процесс, конденсация костной ткани внутри альвеолярной части имплантатом позволяет ускорить остеоинтеграцию и ввести мини-имплантаты в функцию. Абатмент представлен шаровидной головкой, поэтому матрица имеет большую степень свободы по сравнению с балкой. Это предохраняет имплантат от критических нагрузок без ущерба для функции съемного протеза.

## Цель исследования

Определить эффективность использования мини-имплантатов на нижней челюсти для фиксации полных съемных протезов в пожилом и старческом возрасте.

В качестве объекта исследования послужили 59 пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти обоего пола в возрасте от 63 до 78 лет, которым проведено протезирование полными съемными пластиночными протезами пять лет назад. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную.

Основную группу составили 30 пациентов обоего пола в возрасте от 64 до 78 лет, которым в качестве дополнительных опор применяли внутрикостные мини-имплантаты. В качестве контрольной группы выступили пациенты в количестве 29 человек обоего пола в возрасте от 63 до 77 лет, которым проведено ортопедическое лечение полными съемными пластиночными протезами без применения внутрикостных мини-имплантатов. Применялись клинические и рентгенологические (ортопантограмма и компьютерная томограмма верхней челюсти) методы обследования.

По результатам исследования установлено, что 98,6% больных основной группы были довольны протезами, в то время как 79,8% больных контрольной группы предъявляли следующие жалобы: на неудовлетворительную фиксацию – 14% при откусывании пищи, 23% при разговоре. В основной группе поломки протезов не наблюдались, в контрольной группе поломки протезов составили 8%.

Пациенты основной группы после установки мини-имплантатов отмечали улучшение фиксации протезов, возможность принимать любую пищу, широко открывать рот, свободно разговаривать, не боясь, что протез расфиксируется. Субъективная оценка всеми без исключения пациентами качества жизни при применении



внутрикостных мини-имплантатов для дополнительных опор и фиксации полных съемных зубных протезов на нижней челюсти высокая.

В основной группе при исследовании в динамике средних показателей устойчивости мини-имплантатов с помощью прибора «Периотест-С» четко прослеживается повышение устойчивости мини-имплантатов к 45-м суткам наблюдения. К 45-м суткам показатели всех исследуемых мини-имплантатов не превысили нулевую отметку, что свидетельствует об их хорошей устойчивости. При исследовании устойчивость имплантатов к первому году наблюдения составила 98%, к третьему году – 92%, к пятому году – 87%.

Рентгенологические методы показали следующее: деструкция костной ткани и резорбция кости в 90% случаев проявляется к пятому году использования внутрикостных мини-имплантатов на уровне 1/4-1/5 от общего объема альвеолярного гребня. В 2% случаев наблюдается слабо выраженная регенерация костной ткани на всем протяжении костного ложа.

### Клинический случай № 1

Пациентка П. 75 лет, с диагнозом потеря всех зубов на нижней челюсти (МКБ-10 К 08.1). Провести лечение с применением внутрикостных мини-имплантатов для обеспечения фиксации и стабилизации полного съемного протеза на нижней челюсти было решено после изучения диагностических моделей.

Установлено, что альвеолярный отросток нижней челюсти у больной, всего 3 мм, а площадь протезного ложа 14 квадратных см (измерения были проведены экспериментально на моделях челюстей пациентки). На КТ была диагностирована плотность костной структуры на нижней челюсти как D2, ширина альвеолярного гребня составила 4,5 мм и высота тела челюсти 18 мм в подбородочной области соответственно.

Для имплантации были выбраны мини-имплантаты «ЗМ» IMTEC длиной 13 мм и диаметром 1,8 мм. Под инфильтрационной анестезией «Убистезин форте» 4% было произведено перфорационное сверление на нижней челюсти в подбородочной области с отступом медиально 4-6 мм от ментальных отверстий. Специальным дрилем диаметром 1,1 мм, закрепленным в угловом наконечнике на 1000 оборотов в минуту, с охлаждением стерильной дистиллированной водой, уста-

новлены мини-имплантаты в область отсутствующих 43, 42, 32, 33-го зубов.

В работе были задействованы три установочных ключа – пальцевая отвертка, крыловидный ключ и храповый. Усилие на пальцевой отвертке составляет не более 10 Нсм, на крыловидном 15 Нсм, на храповом до 45 Нсм. Мини-имплантаты были установлены в одно посещение с минимальным отклонением в 5-7 градусов.

Абатмент мини-имплантатов представлен шаровидным аттачментом, на который фиксируется титановая матрица с резиновым



Результат



запрессованным O-образным кольцом. Такая матрица имеет большую степень свободы, чем крепление на балке или рельсе, поэтому реально допустимая конусность между мини-имплантатами может составлять примерно 20 градусов.

Установка мини-имплантатов проходила без разрезов, без отслаивания лоскута и наложения швов, в одно посещение. Пациентке был назначен прием лекарственного препарата «Цифран СТ» для профилактики осложнения, полоскание антисептическим раствором «Хлоргексидинбиглюконат» 0,05% в течение пяти дней.

На контрольной рентгенограмме патологии в костной структуре не выявлено. После имплантации пациентка была назначена на осмотр на следующий день. Перкуссия мини-имплантатов, установленных в область 43, 42, 32, 33-го зубов, безболезненная, подвижность отсутствует, отек мягких тканей слабо выражен, слизистая незначительно гиперемирована. При повторном осмотре через 7 дней отек мягких тканей отсутствует, гиперемии нет, перкуссия мини-имплантатов безболезненная, подвижность отсутствует.

Было принято решение укрепить на установленных внутрикостных мини-имплантатах прежний полный съемный пластиночный протез по отработанному протоколу сроком на шесть месяцев. Такое решение объясняется тем, что старый протез адаптирован в полости рта и привычен для пациентки П.. Через шесть месяцев старый протез будет заменен на новый.

#### Клинический случай № 2

Пациент Н. 65 лет, с диагнозом потеря всех зубов на нижней челюсти (МКБ-10 К 08.1). Атрофия альвеолярного отростка резко выражена в боковых отделах, позади молярные бугорки атрофированы, выражены тяжи, уздечка языка имеет высокое прикрепление. Полным съемным пластиночным протезом пользуется более семи лет, фиксация протеза неудовлетворительная. Анализ компьютерной томограммы показал, что атрофия костной ткани значительная, плотность костной ткани D3.

Достаточный объем костной ткани сохранился во фронтальном отделе, где составил 22 мм, в области отсутствующих 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34-го зубов, в области 47, 46, 45, 35, 36, 37-го, ширина альвеолярного гребня составила 2-4 мм, в области фронтальных зубов – 5 мм. Для решения проблемы были выбраны мини-имплантаты диаметром 2,4 мм и длиной 10 мм «3М» IMTEC без фланцев. На диагностической модели была произведена разметка для установки мини-имплантатов, шаблон не изготавливался.

Под инфильтрационной анестезией «Убистезин форте» 4% было произведено пелотное сверление специальным дрелем диаметром 1,1 мм, закрепленным в угловом наконечнике на 1000 оборотах в минуту, с охлаждением стерильной дистиллированной водой на нижней челюсти в подбородочной области с отступом медиально 4 мм от ментальных отверстий. Установлены мини-имплантаты (все крыловидным ключом с усилием в 15 Нсм) в область отсутствующих 43, 42, 32, 33-го зубов.

Протокол установки стандартный для мини-имплантатов, назначения лекарственных препаратов традиционные. Сроки протезирования (изготовления нового съемного зубного протеза) были сдвинуты у этого пациента на шесть месяцев. Прежний съемный протез был использован в качестве временного. Так как атрофия костной ткани значительная и плотность кости низкая, было принято решение не устанавливать титановые матрицы с O-образными удерживателями.

В базисе прежнего съемного протеза были сделаны выемки под мини-имплантаты и заполнены мягкой подкладкой «Unifil Gel». Такая методика позволяет оказать щадящую нагрузку на мини-имплантаты и повысить их выживаемость.

Пациенту была разъяснена клиническая ситуация и были даны соответствующие рекомендации. Периодичность осмотров составляла полтора месяца. Подвижность мини-имплантатов отсутствовала, перкуссия безболезненная. Через шесть месяцев старый протез был заменен на новый.

#### Выводы

Проведя клинические исследования по использованию внутрикостных мини-имплантатов в качестве долговременной дополнительной опоры для фиксации и стабилизации полных съемных протезов при значительной атрофии на нижней челюсти в пожилом и старческом возрасте, мы уверенно можем рекомендовать этот метод ортопедического лечения для широкого внедрения в практику.

Результаты свидетельствуют о высокой степени интеграции внутрикостных мини-имплантатов у пожилых людей, малом проценте осложнений в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения, высокой степени фиксации и стабилизации полных съемных протезов, коротких периодах адаптации больных к таким конструкциям, меньшей степени атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

Широкое внедрение в практику ортопедической стоматологии внутрикостных мини-имплантатов для удержания полных съемных протезов при значительной атрофии на нижней челюсти в пожилом и старческом возрасте позволяет значительно повысить эффективность протезирования и качество жизни пожилых пациентов, страдающих полным отсутствием зубов на нижней челюсти.

#### Литература

- Архаров С. Л. Исследование эффективности компьютерной томографии и других методик рентгенологического обследования при планировании операций дентальной имплантации – Дисс. кандидата мед. наук. – Кемерово, 1999.
- Заблоцкий Я.В. Временные или транзитные (переходные) имплантаты для временной реабилитации. // Современная ортопедическая стоматология. – 2004. – № 2. Обзорение. // Стоматология. – 1891.
- И.Ю. Лебеденко., Э.С. Каливрадзян. Ортопедическое лечение больных с использованием имплантатов. // Ортопедическая стоматология. – 2011.
- Иванов С.Ю. Стоматологическая имплантология // С.Ю. Иванов, Э.А. Базикян, А.Ф. Бизяев, – Медицина, 2004.
- Иоффе Е. Зубоврачебные заметки. – 2004-2007. // Имплантаты, доступные всем.
- Кирюшин М.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти пластиночными протезами с дополнительной фиксацией на внутрикостных мини-имплантатах. – Дисс. кандидата наук. Москва. – 2007.
- Чижов Ю.В., Цимбалистов А.В., Новиков О.М. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста. – Красноярск, СПб: КрасГМА-МА-ПО, 2005.
- Ричард Б. Винтер. Модернизируемая стоматология // Современная ортопедическая стоматология. – 2011. № 15.

# СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

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

Среди населения трудоспособного возраста отмечается увеличение числа и тяжести травм вследствие катастроф, вызванных силами природы и технологической деятельностью человека, развитием средств передвижения, ухудшением психоэмоционального климата общества, ростом числа локальных военных конфликтов. При этом вместе с ростом общего травматизма увеличивается число повреждений челюстно-лицевой области.

Повреждения челюстно-лицевой области являются актуальной медицинской и социальной проблемой по своей распространенности, потерям рабочего времени, материальным затратам, связанным с расходами на лечение и реабилитацию.

В общей структуре травматизма повреждения челюстно-лицевой области составляют около 40%. Повреждения костей лицевого отдела черепа в среднем составляют 2,5-4,5% от всех скелетных травм.

В данном сообщении представлен случай тактики лечения и реабилитации пациента в отделении челюстно-лицевой хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» со сквозным ранением лицевого отдела головы инородным телом (деревянной щепой), полученным при работе на лесопильном станке.

## Клинический случай

Пациент К., 40 лет 02.02.2017 г. был доставлен вертолетом санитарной авиации из Лесосибирской МРБ. По словам пациента и его родственников, К. получил травму во время распиливания лесоматериала на лесопильном станке.

При осмотре: положение пациента лежа на спине. Больной в сознании, на вопросы отвечает, команды выполняет. На лице повязка, пропитанная кровью. Под повязкой в правой подглазничной области определяется рана с инородным телом (деревянной щепой), выступающим над уровнем кожи на 1 см. Кровотечения из раны нет.

При осмотре определяется проникающее ранение левого глазного яблока. Зрение в левом глазу отсутствует, световые пробы отрицательные. На левом верхнем веке отмечается рваная рана неправильной формы длиной до 2 см, параорбитальная гематома.

В приемном отделении пациенту выполнена МСКТ головного мозга и лицевого отдела головы. По данным МСКТ участков патологической плотности в головном мозге, переломов костей основания и свода черепа не выявлено. Определяется инородное тело линейной формы в правой верхнечелюстной пазухе и полости носа справа с нарушением целостности передней и медиальной стенок пазухи и переломом носовой перегородки.

Гемосинус справа. Оскольчатый перелом латеральной стенки левой глазницы, травматическое повреждение левого глазного яблока, эмфизема ретробульбарной клетчатки, мягких тканей левой параорбитальной области (рис. 1).

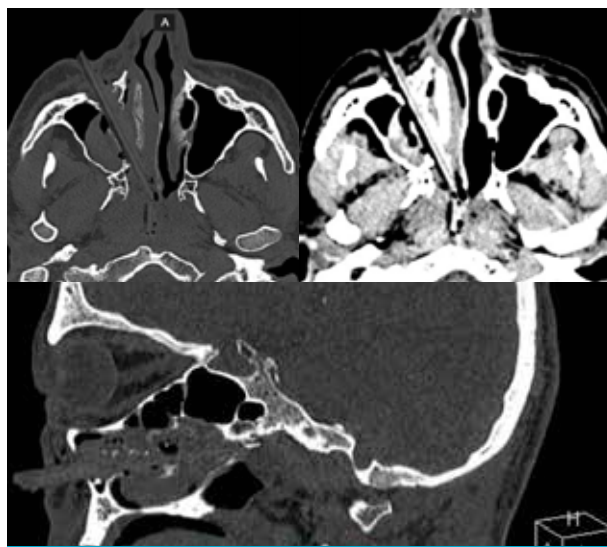


Рис. 1. МСКТ пациента с повреждением лицевого скелета инородным телом.

В экстренном порядке пациент взят в операционную. Под наркозом выполнена хирургическая обработка раны левого верхнего века, после чего приступили к удалению инородного тела правой верхней челюсти.

На первом этапе выполнена правосторонняя верхнечелюстная синусотомия по Калдуэллу-Люку для обеспечения возможности своевременного тампонирувания пазухи при возникновении кровотечения из глубокой области лица справа после удаления инородного тела. Под визуальным контролем инородное тело извлечено (рис. 2).



Рис. 2. Инородное тело (деревянная щепка)

го канала не наблюдалось. Через правый нижний носовой ход правая верхнечелюстная пазуха тампонирувана марлевой полоской, смоченной мазью левомеколь. Рана в полости рта ушита наглухо. Наружная рана ушита узловатыми швами.

Пациент через сутки из отделения общей реанимации переведен в палату отделения челюстно-лицевой хирургии, где ему был проведен курс противовоспалительной, симптоматической терапии. После выписки из отделения челюстно-лицевой хирургии КГБУЗ «ККБ» пациент направлен в КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница» для дальнейшего лечения.

# РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*О. В. Первова, Д. В. Черданцев, С. Н. Масленников,  
Д. И. Гилаева, Е. В. Ковалистова  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»  
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

В мире ежегодно выполняется около 20 миллионов операций по поводу грыж, что составляет 10-15% от всего числа общехирургических вмешательств. Ежегодно в США выполняется около 700 тысяч герниопластик, в Европе – более 1 миллиона, в России – около 200 тысяч, в том числе 150 тысяч традиционными способами и 50 тысяч с использованием лапароскопического доступа [1].

Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в лечении грыж за последние 20 лет, когда в практику были внедрены операции с использованием синтетических эндопротезов, остается много нерешенных вопросов в отношении хирургического лечения больных с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, которые сопровождаются редукцией свободной брюшной полости.

В большинстве случаев это пациенты пожилого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, ожирением. Именно таким пациентам выполнение реконструктивно-восстановительных операций представляется чрезвычайно непростой задачей, обусловленной сложностью и травматичностью оперативного вмешательства и высоким риском возникновения осложнений в послеоперационном периоде [4, 5, 6].

В соответствии с утвержденной маршрутизацией больных с вентральными грыжами на территории Красноярского края такие больные из районов края направляются в отделение абдоминальной хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» для хирургического лечения.

Принятие решения о возможности выполнения реконструктивной операции у этой категории пациентов – непростая задача. Операция чревата развитием жизнеугрожающих осложнений, поэтому только персонализированный подход к оценке рисков, индивидуальный выбор методики пластики передней брюшной стенки, командная работа хирургов, анестезиологов-реаниматологов, смежных специалистов (в зависимости от характера сопутствующей патологии), использование элементов фаст-трек дают надежду на излечение пациента.

Самое грозное осложнение подобного рода операций – развитие абдоминального компартмент-синдрома [6, 7, 8]. По этой причине задачей хирурга является выбор такого варианта хирургического вмешательства, который может обеспечить закрытие грыжевого дефекта, увеличение объема брюшной полости, укрепление собственных тканей передней брюшной стенки.

При этом следует признать, что классические методики реконструкции передней брюшной стенки с размещением сетчатого эндо-

протеза в позиции sublay не подходят в рассматриваемых ситуациях. При перемещении в брюшную полость значительных объемов грыжевого содержимого синдром интраабдоминальной гипертензии может развиваться еще до этапа соединения тканей передней брюшной стенки [8].

Применение inlay-техники позволяет избежать натяжения тканей [2, 9], однако эта методика не подразумевает формирования функционально полноценной передней брюшной стенки, так как диастаз прямых мышц живота не ликвидируется. Находясь в патологической позиции, структуры передней брюшной стенки атрофируются, меняются функция и метаболизм как мышечной, так и соединительной ткани [10], что ведет к развитию большого количества рецидивов в течение первого года после пластики [3, 6].

Известно небольшое количество технических приемов, позволяющих приблизиться к решению поставленных задач. Любой из вариантов основан на применении техники разделения анатомических компонентов брюшной стенки (components separation technique – CST), расположенных в среднем ее сегменте или латерально. В литературе описаны способы Ramirez, Maas, Ennis, Lindsey, Sukkar, Levine-Karp, Carbonell, Novitskiy и др [3, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

В хирургической клинике краевой больницы происходит накопление опыта выполнения этих достаточно сложных в хирургическом и реаниматологическом плане операций. Приводим клинические наблюдения лечения таких больных.

Пациент М. 66 лет поступил в отделение абдоминальной хирургии ККБ в плановом порядке для оперативного лечения с диагнозом гигантская невосправляемая послеоперационная вентральная грыжа MW4 R0 по Rath. Сопутствующий диагноз ИБС, СН IIА ст., гипертоническая болезнь III, риск 4.

Из анамнеза известно, что в 2013 году больной был оперирован в межрайонной больнице по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойным перитонитом, что потребовало неоднократных санационных операций. Ушивание брюшной полости было выполнено с помощью противозвентрационных швов.

Через три месяца после операции у пациента стало появляться опухолевидное выпячивание в области послеоперационного рубца, увеличивающееся при физических нагрузках. Описанное выпячивание прогрессивно увеличивалось в размерах и через год после операции достигло более 25 см в диаметре.

Качество жизни пациента значительно ухудшилось, размеры грыжевого выпячивания мешали самообслуживанию, передвижению, дыханию. Больной был госпитализирован в отделение абдоминальной хирургии краевой клинической больницы.

Локальный статус при поступлении: послеоперационный рубец по срединной линии, в области которого определяется опухолевидное образование 40х50 см в диаметре, мягко-эластическое, невправимое в брюшную полость, пальпация образования слабо болезненна, дефект апоневроза размером 30х40 см (рис. 1-3).



Рис. 1. Внешний вид грыжевого выпячивания больного М. в положении сидя.



Рис. 2. Внешний вид грыжевого выпячивания больного М. в положении лежа.



Рис. 3. Внешний вид грыжевого выпячивания в положении сидя.

26.11.2015 г. под комбинированным эндотрахеальным наркозом была выполнена операция: герниолапаротомия, адгезиолизис, ушивание стенки тонкой кишки, дренирование брюшной полости, пластика грыжевого дефекта синтетическим эндопротезом комбинированным способом.

Интраоперационно: грыжевой мешок плотно прилежит к кожным покровам, содержимое – практически весь кишечник, большой сальник. Грыжевое содержимое фиксировано спайками к стенкам грыжевого мешка, петли кишечника фиксированы между собой. Размеры грыжевого мешка – 36 см в поперечном направлении и 35 см в продольном (рис. 4, 5). В брюшной полости отмечался выраженный спаечный процесс.

После адгезиолизиса и освобождения передней брюшной стенки была выполнена сепарация влагалищ прямых мышц живота, мобилизован апоневроз, выполнена задняя сепарация (posterior components separation technique – PCST).



Рис. 4. Иссечение кожного лоскута над грыжевым дефектом.



Рис. 5. Герниолапаротомия. Содержимое грыжевого мешка.



Рис. 6. Установленные противоспаечные пластины, сетчатый эндопротез фиксируется к нижнему листку апоневроза со сближением краев последнего до 12 см.

Примененный технический прием позволил существенно увеличить объем брюшной полости, поместить в нее внутренние органы, сблизить края нижнего листка апоневроза до 12 см без критического повышения внутрибрюшного давления.

Для профилактики повторного висцеропариетального спаечного процесса в брюшную полость поверх рассеченных спаек были установлены две пластины КолГАРА 20x15 и 20x30 см. На нижний листок апоневроза установлен сетчатый эндопротез Ethicon Ultra-Pro 30x30 см, фиксируется нитью пролен по периметру (рис. 6). Верхний листок апоневроза был фиксируется к эндопротезу с оставлением «окна» до 2,5-3 см в поперечнике (рис. 7).



Рис. 7. Ушитый над сетчатым эндопротезом верхний листок апоневроза.

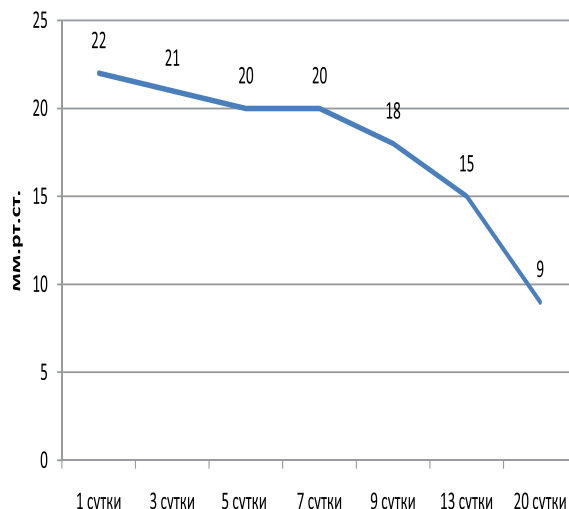


Рис. 8. Динамика внутрибрюшного давления пациента М. в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде больной находился в ОАР № 1 с 26.11.2015 по 17.12.2015 на продленной аппаратной искусственной вентиляции легких, ежедневно осуществлялся контроль внутрибрюшного давления. Величина внутрибрюшного давления на протяжении первых 10 суток достигала 20 мм рт. ст., при этом клиники абдоминального компартмент-синдрома не наблюдалось, тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью.

На 13-е сутки послеоперационного периода внутрибрюшное давление уменьшилось до 15 мм рт. ст. (рис. 8), что фактически свидетельствовало об адаптации пациента к внутрибрюшному расположению внутренних органов. Начиная с этого момента состояние



Рис. 9. Пациент М. после успешного лечения гигантской грыжи.



Рис. 10. Пациент М. с оперировавшим хирургом – профессором О. В. Первовой.

пациента стало прогрессивно улучшаться, периодически он дышал самостоятельно, а на 20-е сутки послеоперационного периода был переведен на самостоятельное дыхание, экстубирован и на следующие сутки переведен в отделение абдоминальной хирургии.

Нужно отметить, что, несмотря на трудность и длительность оперативного лечения, тяжелое течение послеоперационного периода хирургических послеоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные швы зажили первичным натяжением. 24.12.2015 г. больной был выписан в удовлетворительном состоянии (рис. 9, 10).

Успешное лечение гигантской послеоперационной вентральной грыжи больного М. было своего рода достижением всех участников лечебного процесса – хирургов отделения абдоминальной хирургии, коллектива анестезиологов-реаниматологов ОАР № 1. Только слаженная командная работа специалистов краевой клинической больницы обеспечила успешный исход хирургического вмешательства.



Рис. 11. Пациентка Ш. Невправимая пупочная грыжа гигантских размеров на этапе выделения из подкожно-жировой клетчатки.

Особенность лечения гигантских грыж – это невозможность применения стандартизированного подхода. Каждый случай по-своему уникален. Этот тезис подтверждают результаты лечения больной Ш., 68 лет, у которой мы применили широкую заднюю сепарацию слоев передней брюшной стенки.

Больная Ш. поступила в клинику ККБ в отделение абдоминальной хирургии в декабре 2016 г. с сочетанной патологией: желчнокаменная болезнь, осложненная обтурационным холециститом, невраправимая гигантская пупочная грыжа.

По размеру грыжа соответствовала баскетбольному мячу. Вне полости, удивительным образом, находился практически весь кишечник, кроме того, больная страдала ожирением III степени (индекс массы тела 48,3 кг/ кв. м) (рис. 11).

На операции большой трудности на этапе выделения такой грыжи из подкожно-жировой клетчатки не возникло, не было трудностей и при выполнении холецистэктомии по поводу обтурационного калькулезного холецистита. Члены операционной бригады понимали, что самая непростая задача заключается в реконструкции передней брюшной стенки после погружения в редуцированную брюшную полость грыжевого содержимого.

Длительность грыженосительства составляла 10 лет, за это время в грыжевой мешок переместились практически все мобильные органы брюшной полости.

В этой связи, учитывая, что практически 80% кишечника находилось в грыжевом мешке в невраправимом состоянии, загрузить содержимое в брюшную полость без увеличения ее объема не представлялось возможным.

Для увеличения объема брюшной полости и профилактики абдоминального компартмен-синдрома нами было принято решение о выполнении широкой мобилизации апоневротических слоев передней брюшной стенки путем задней сепарации, описанной Яном Новицким, с пересечением сухожильной части заднего листка прямых мышц от поперечной фасции.

В результате перечисленных манипуляций удалось достичь значительного увеличения подвижности всего комплекса тканей медиального сегмента брюшной стенки, главным образом, его подлежащих структур – задних листов влагалищ прямых мышц и поперечной фасции.

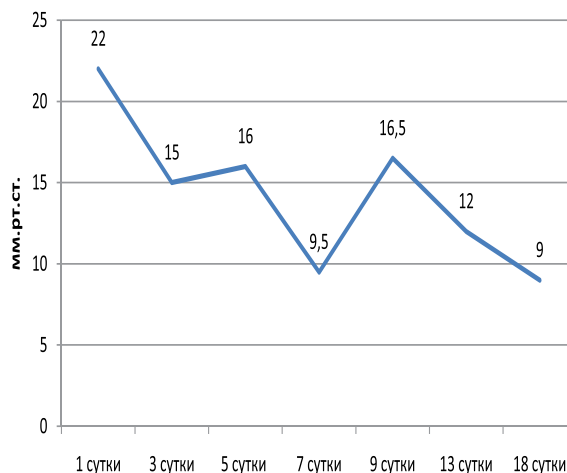


Рис. 12. Динамика внутрибрюшного давления пациентки Ш. В послеоперационном периоде.

Благодаря этому объем брюшной полости существенно увеличился, что позволило вернуть в брюшную полость органы, которые ранее находились в грыжевом мешке. После этого под контролем величины внутрибрюшного давления больной была выполнена реконструктивная протезирующая пластика передней брюшной стенки.

После операции, несмотря на хорошие результаты хирургической операции, больной необходимо было привыкнуть к своему новому состоянию. К тому же избежать повышения внутрибрюшного давления в подобной ситуации невозможно.

Для купирования болевого синдрома, стимуляции моторики кишечника и снижения внутрибрюшной гипертензии больной в первые



Рис. 13. Состояние после успешной задней сепарационной пластики гигантской невправимой пупочной грыжи.



Рис. 14. Пациентка Ш. с оперировавшим хирургом – профессором О. В. Первой.



Рис. 15. Этап реконструктивной операции пациентки Г.: выполнена широкая задняя сепарация слоев передней брюшной стенки с целью увеличения объема брюшной полости и последующего выполнения ненапряжной радикальной протезирующей пластики передней брюшной стенки.

сутки послеоперационного периода был установлен эпидуральный катетер для продленной анестезии. Больная находилась на искусственной вентиляции легких, так как самостоятельное дыхание в раннем послеоперационном периоде было неэффективным.

Благодаря сложной, но эффективной технике разделения компонентов брюшной стенки нам удалось выполнить реконструктивную, а не корректирующую пластику грыжевого дефекта. Продленная эпидуральная анестезия способствовала достаточно быстрому снижению внутрибрюшного давления (рис. 12).

Больная Ш. благополучно перенесла послеоперационный период, начиная с 7-х суток послеоперационного периода искусственная вентиляция легких осуществлялась во вспомогательных режимах, еще через две недели пациентка была переведена на самостоятельное дыхание, экстубирована.

Нужно отметить, что осложнений со стороны послеоперационной раны и брюшной полости не было, заживление швов происходило первичным натяжением, больная была выписана с выздоровлением (рис. 13, 14).

В процессе написания этой статьи нам пришлось оперировать пациентку Г., 65 лет, с невправимой гигантской послеоперационной грыжей.

Учитывая выраженный грыжевой дефект (до 25 см в ширину), атрофичные ткани передней брюшной стенки (три операции в анамнезе), мы были вынуждены выполнить ей заднюю широкую сепарационную пластику по Novitsky с последующей реконструктивной протезирующей пластикой передней брюшной стенки (рис. 15).

В отличие от предыдущего клинического случая, пациентка Г. не страдала избыточной массой тела, была компенсирована по сопутствующей патологии. Благодаря этому, а также технике выполненной операции, больная уже на первые сутки после хирургического вмешательства самостоятельно дышала и не нуждалась в реанимационном наблюдении.

Резюмируя, нужно отметить, что применение современных техник разделения компонентов брюшной стенки делает возможным радикальное лечение грыжевых дефектов даже больших и гигантских размеров. При гигантских грыжах в случае редукации объема брюшной полости такая методика может служить надежным и адекватным способом операции, являясь операцией выбора.

## Литература



1. Korenkov M., Paul A., Sauerland S., Neugebauer E., Arndt M., Chevrel J.P., Corcione F., Fingerhut A., Flament J.B., Kux M., Matzinger A., Myrvold C.E., Rath A.M., Simmermacher R.K.J. Classification and surgical treatment of incisional hernia. *Langenbeck's Arch Surg* 2001; 386 (1): 65-73, <http://dx.doi.org/10.1007/s004230000182>.

2. Баулин А.В., Баулин В.А., Хытин А.Н. Огерниопластика глазами хирурга районной больницы. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*, 2013; 3(8): 1045-1048.

3. Пономарева Ю.В., Белоконов В.И., Волова Л.Т., Гуляев М.Г. Морфологические основы причин рецидивов у больных с послеоперационной вентральной грыжей. *Фундаментальные исследования*, 2013;9 (часть 2): 263-266.

4. Eriksson A., Rosenberg J., Bisgaard T. Surgical treatment for giant incisional hernia: a quality of care systematic review. *Hernia* 2014; 18(1): 31-38, <http://dx.doi.org/10.1007/s100290131066y>.

5. Горпинич А.Б. Результаты оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж. *Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки*, 2013; 6(56): 207-209.16.

6. Плешков В.Г., Агафонов О.И. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные проблемы. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2009; 3: 248-255.

7. Цверов И.А., Базаев А.В. Коррекция нарушений гемокоагуляции с целью профилактики осложнений при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж. *Современные технологии в медицине* 2011; 2: 155-158.

8. Клоков В.А., Хорев А.Н., Козлов С.В. Гиперкоагуляция у больных после операции грыжесечения с эксплантацией сетчатого протеза. *Врач-аспирант*. 2012; 2.3(51): 400-404.

9. Мусаев А.И., Токтогулов О.Ж. Критерии выбора объема пластики при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева* 2013; 4: 75-77.

10. Клоков В.А. Значение «безнатяжной» пластики грыжевого дефекта в профилактике тромбоэмболических осложнений у больных послеоперационными вентральными грыжами. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)* 2012; 2: 20-22.

11. Григорюк А.А. Структура апоневроза передней брюшной стенки человека – норме и при патологии. *Вестник новых медицинских технологий* 2011; 2: 104-106.

12. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon A.L. "Components separation" method for closure of abdominal wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86(3): 519-526, <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199009000000023>.

13. Heller L., McNichols C.H., Ramirez O.M. Component separations. *Semin Plast Surg* 2012; 26(1): 25-28, <http://dx.doi.org/10.1055/s00321302462>.

13. Carbonell A.M., Cobb W.S., Chen S.M. Posterior components separation during retro muscular hernioplasty. *Hernia* 2008; 12(4):359-362, <http://dx.doi.org/10.1007/s1002900803562>.

14. Novitsky Y.W., Elliott H.L., Orenstein S.B., Rosen M.J. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg* 2012; 204(5): 709-716, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.02.008>.

15. de Vries Reilingh T.S. Reconstruction of large abdominal wall defects: 'components separation technique' and prosthetic repair. *Gildeprint BV, Enschede, The Netherlands*; 2007.

16. Ennis L.S., Young J.S., Gampper T.J., Drake D.B. The "open-book" variation of components separation for repair of massive midline abdominal wall hernia. *Am Surg* 2003; 69(9): 733-742.

## ХИРУРГИЯ

# СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

*Ф. П. Чавкунькин, А. В. Зюсюкина  
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск*

### Резюме

Представлено редкое клиническое наблюдение больного с острым аппендицитом и ущемленной грыжей.

**Ключевые слова:** ущемленная грыжа, острый аппендицит.

Известно, что острый аппендицит (ОА) является одним из самых распространенных заболеваний в неотложной хирургии [1, 2]. Операции по поводу воспаления червеобразного отростка занимают 75-85% экстренных оперативных вмешательств [2, 3]. Гипердиагностика ОА приводит к неоправданным аппендэктомиям, а не диагностированный своевременно аппендицит к запоздалым операциям и, следовательно, неблагоприятному исходу лечения.

Летальность при ОА составляет 0,1-0,3% [1, 2, 5].

Частота паховых грыж (ПГ) составляет 4,9% от всех хирургических заболеваний. Они встречаются преимущественно у лиц мужского

пола, а грыжесечение является наиболее частой операцией в плановой хирургии и равно 10-15% от их общего количества [4].

Ущемленные паховые грыжи составляют 43,1% от общего количества ущемленных вентральных грыж [4, 6]. Наличие ущемленной ПГ и развитие ОА имеет практическую ценность в виду редкости сочетания этих заболеваний и трудностей в дооперационной диагностике.

**Нам представляется интересным привести следующее клиническое наблюдение.**

Больной Ф., 66 лет, поступил в хирургическое отделение Дорожной больницы 27.02.2014 г. в 12.45 с жалобами на боли, наличие опухолевидного образования в правой паховой области, тошноту,

сухость во рту. С октября 2013 г. отмечает у себя грыжевое выпячивание в правой паховой области, свободно вправимое в брюшную полость.

27.02.2014 г. в 1.00 появились боли в области образования, которое вправить не удалось. 27.02 около 8.00 состояние ухудшилось, боли усилились, появилась сухость во рту, тошнота, недомогание. Больной обратился за помощью в поликлинику, был осмотрен хирургом. С диагнозом ущемленная паховая грыжа справа на машине скорой помощи доставлен в хирургическое отделение. В анамнезе жизни гипертоническая болезнь 2 ст. риск 3.

При поступлении состояние средней степени тяжести, T=37,60C. Сознание ясное, дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс – 136 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в области пупка, внизу живота справа и в области грыжевого выпячивания.

Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика кишечника ослаблена. Печень, селезенка не увеличены. При осмотре паховой области справа, в области наружного пахового кольца, имеется опухолевидное образование 8х6 см, плотно-эластическое консистенции, при пальпации болезненное. Отека, гиперемии кожи над образованием нет.

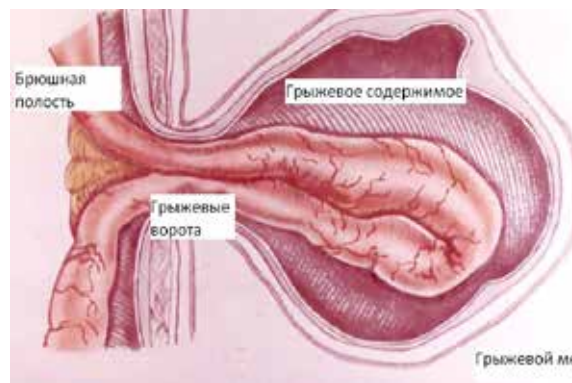
Больной обследован: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости без патологии. При УЗИ живота слабовыраженный метеоризм. ОАК: Нв 142г/л, Эр – 4,7\*10<sup>12</sup>/л, Л – 14\*10<sup>9</sup>/л, эоз – 2%, пал – 6%, сегм – 69%, лимф – 17%, мон – 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Глюкоза крови – 6,2 ммоль/л, группа крови A(II) Rh (+). ОАМ: удельный вес – 1020, реакция кислая, белок – 1,1, лейкоциты – 2-4 в п/зр., эп. плоский – 2-3 в п/зр. Выполнено ЭКГ, консультирован терапевтом.

Диагностирована ущемленная паховая грыжа, в связи с чем больной оперирован.

27.02.2014 г. 15.15-16.30. Операция грыжесечение. Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,25% – 400 мл, косым паховым доступом справа рассечены мягкие ткани, вскрыт паховый канал. Выделен грыжевой мешок, вскрыт, содержимое – паравезикальная клетчатка, стенка мочевого пузыря и прядь большого сальника. Из грыжевого мешка выделилось до 30 мл мутной серозной жидкости. Грыжа прямая, скользящая. Ущемляющее кольцо расширено, из брюшной полости выделился гнойный выпот.

Больному дан эндотрахеальный наркоз. Произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в малом тазу гнойно-фибринозный выпот до 100 мл. Червеобразный отросток располагается в толще брыжейки подвздошной кишки и сальника, из ложа поступает гной. Произведена ретроградная аппендэктомия. Культи погружены в кисетный и Z-образный швы. Брыжейка поэтапно прошита и перевязана.

Контроль на гемостаз. Брюшная полость санирована, осушена, дренирована перчаточным дренажем в подвздошных областях. Через отдельный прокол стенки в правой подвздошной области вве-



ден микроирригатор. Лапаротомная рана ушита. Грыжевой мешок у шейки прошит кисетным швом, перевязан, отсечен. Произведена пластика пахового канала по Бассини-Постемскому. Рана послойно ушита. Асептическая повязка.

Макропрепарат: червеобразный отросток до 8 см длиной, утолщен, с наложением фибрина, участками черного цвета, направлен на гистологическое исследование.

Интраоперационный диагноз: острый гангренозный аппендицит, местный гнойно-фибринозный перитонит. Ущемленная прямая паховая грыжа справа.

В послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения больному проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, сердечно-сосудистая, обезболивающая терапия. На вторые сутки больной переведен во второе хирургическое отделение, где терапия продолжена. Ирригатор удален на пятые, резиновые дренажи на шестые сутки. Швы сняты на 7-9-е сутки, заживление послеоперационной срединной раны первичным натяжением, в правой подвздошной области имелось нагноение.

Патогистологическое исследование червеобразного отростка: морфологические признаки деструктивного аппендицита с периаппендицитом и диффузным серозно-гнойным мезентериолитом.

Больной выписан на 12-е сутки.

Описанное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности сочетания острого аппендицита и ущемленной паховой грыжи. Выбранная лечебно-диагностическая тактика позволила своевременно распознать оба заболевания и осуществить правильное лечение, приведшее к благоприятному исходу.

### Литература

1. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Мельников П.В. Вестник хирургии. 1982. № 7. С. 120-124.
2. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. и др. Острый аппендицит. М. Медпрактика, 2002. С. 244.
3. Колесов В.И. Острый аппендицит. Ленинград. Медсис. 1959. с. 291.
4. Нестеренко Ю.А., Шляховский И.А. Выбор метода гермиопластики при операциях по поводу паховой грыжи. Проблемы неотложной хирургии: Сборник научных работ к 90-летию со дня рождения акад. В.И. Стручкова. М. 1998. – Т. 6 – с. 54.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М. 1983. С. 127-132.

*Пока учим,*  
**Dum docemus,**  
**discimus**  
*учимся*

# ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ

А. А. Курчицкий, Е. А. Комарова, Г. Д. Костылева, А. Н. Мелехов  
КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1»

Большинство из тех, кто никогда не сталкивался с наркотиками, считает, что самые опасные из них вводятся в вену, а наиболее страшный из них – героин. Реальность же более жестокая. Современное поколение синтетических наркотиков по простоте приобретения и употребления, по силе, скорости и тяжести развития зависимости уже потеснили опиоиды и прочно вошли в жизнь молодежи.

Под синтетическими наркотиками понимают искусственно созданные психоактивные вещества, которые обладают наркотическими свойствами, способны провоцировать физическую и психологическую зависимость. Синтетические наркотики или их отдельные компоненты производятся в условиях химических лабораторий из разнообразных веществ и отличаются низкой стоимостью. Некоторые из них копируют фармакологические свойства растительных наркотиков, являются их искусственным аналогом.

Многие наркотики синтетического происхождения созданы на основе уже существующих путем внесения изменений в их химическую формулу. Реже выпускаются наркотические средства принципиально новые, основывающиеся на побочном действии какого-либо лекарственного препарата.

Синтетические наркотики запрещены для реализации, преследуются законом, хотя законодательство не справляется с созданием документально подтвержденных ограничительных мер из-за появления огромного количества таких веществ. Видов и групп синтетических наркотиков много. Ежегодно появляется до 30 новых наименований, которые вызывают быструю зависимость.

По типу употребления синтетические наркотики можно условно поделить на применяемые внутривенно, внутрь, для курения, проникновения через слизистые оболочки. Условным делением является потому, что многие препараты можно употреблять разными способами. По фармакологическому воздействию большинство наркотиков являются психостимуляторами или галлюциногенами.

Выявить в организме человека присутствие «синтетиков» порой невозможно из-за отсутствия нужных тест-систем. Но воздействие их на организм более серьезное, чем употребление опиатов.

Синтетические наркотики медленно разлагаются и выводятся из организма. Некоторые, возможно, не выведутся никогда, продолжая

оказывать свое разрушительное действие. Эффект их держится от двух часов до трех суток в зависимости от вида. В крови и моче синтетические наркотики могут задерживаться до недели и больше (соли и спайсы при регулярном их употреблении).

Наркотики связываются с несколькими видами рецепторов головного мозга, встраиваясь в физиологические процессы и делая так, что организм уже не может без них существовать и почти мгновенно попадает в зависимость. Эмоции без «синтетики» маловыразительные, удовольствие от жизни отсутствует.

Химические препараты быстро разрушают клетки ЦНС, пагубно влияют на интеллект, расстраивают мышление, внимание, память, снижают адекватную оценку ситуации.

Клиническая картина воздействия синтетических наркотиков характеризуется возбуждением, тревогой, страхом смерти, судорожными приступами и психическими расстройствами (галлюцинаторные и бредовые). После устранения этой симптоматики человек вновь начинает искать наркотик, наступает так называемый марафон.

У потребителей синтетических наркотиков сильно страдает и физическое здоровье. Исцелить «солевого» наркомана или злоупотребляющего «спайсами» очень сложно. Потребители синтетических наркотиков редко могут вернуться в социум без последствий.

В последние годы в Красноярском крае, в том числе в Красноярске отмечается видимый рост числа потребителей синтетических наркотических средств с последующим развитием острых психотических состояний, увеличением числа случаев отравлений, травматизма, преступлений с применением насилия и т.д.

Обращает на себя внимание то, что потребление синтетических наркотиков наиболее характерно для молодежной среды, в том числе подростков и детей. Несомненно, что эти факторы значительно влияют на формирование личности и ее интересов, мотивационного компонента и социальной адаптации в обществе.

Внутривенное употребление наркотиков способствует быстрому распространению вирусных инфекционных заболеваний – СПИДа, гепатитов и др. Большинство употребляющих наркотики молодых людей, как правило, умирают в молодом возрасте.

Общая тенденция роста употребления новых синтетических наркотиков молодыми людьми отражается в структуре пролеченных в стационаре больных. В этих условиях наркологи чаще стали сталкиваться с интоксикационными психозами, клиническая картина которых мало

**В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ВИДИМЫЙ РОСТ ЧИСЛА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧИСЛА СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ, ТРАВМАТИЗМА, ПРЕСТУПЛЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАСИЛИЯ**

изучена. В период с 2012 по 2016 год резко увеличилось число госпитализированных пациентов с психотическими расстройствами, вследствие употребления синтетических наркотиков.

Анализ пролеченных с данной патологией больных на койках наркологического отделения № 1 показал тенденцию роста. Если в 2012 году таких пациентов было госпитализировано всего четверо за год, то к 2016 году их количество выросло до 535 человек, т.е. более чем в 100 раз.

В 2014 году – 221, в 2015 году – 167, в 2016 году – 147 пациентов были госпитализированы в наше отделение с интоксикационными психозами. Нужно отметить, что развитие психотических расстройств вследствие употребления синтетических наркотиков имеет волновой характер заболеваемости, присущий наркомании в целом.

Клиническая картина таких пациентов неоднозначная, мало изучена, в связи с чем возникают сложности в постановке и дифференциации диагноза. Клинически ориентированных научных статей по этому вопросу чрезвычайно мало. В связи с этим мы решили исследовать клинические особенности и длительность нахождения в стационаре пациентов, употребляющих современные ПАВ.

### Материалы исследования

Материалами для исследования послужили данные официальной статистической отчетности наркологического отделения № 1 за период 2012-2016 гг. (катамнестические исследования). Проанализировано 210 историй болезни пациентов, госпитализированных в отделение с психотическими и судорожными расстройствами вследствие употребления современных синтетических наркотиков.

### Результаты и обсуждение

Обследованные пациенты доставлялись в приемный покой СП и СПБ с разнообразной картиной психотических расстройств. Психозы чаще всего протекали с галлюцинаторной, бредовой или полиморфной симптоматикой. Характерны психомоторное возбуждение, страх, наличие слуховых и зрительных обманов восприятия.

Больной действует согласно характеру этих галлюцинаций: может внезапно броситься бежать или наброситься на других людей, приняв

их за преследователей. Пациенты спасаются бегством, ищут помощи у случайных прохожих.

В состоянии психоза больной возбужден, то много и бессвязно говорит, то внезапно замолкает. Бредовый синдром мог характеризоваться бредом преследования: когда пациент уверен, что за ним следят, искал в квартире камеры, жучки и т.д. Часто бредовая фабула носила следующий характер: были уверены, что им хотят подкинуть наркотические вещества, что заставляло пациентов обнажаться и обращаться в полицию за помощью.

В клинике наблюдалась выраженная тревожность, лабильность эмоций. Аффективные реакции быстро сменяли друг друга, что отражалось в мимике и пантомимике – на лице страх, который сменялся выражением растерянности, а затем беспричинным весельем, с хаотичными движениями конечностей, психомоторным возбуждением.

Иногда клиническая картина могла напоминать острый приступ шизофрении. При этом наблюдались бредовые идеи воздействия, преследования, галлюцинации, в то же время отмечалась потеря собственного «я», нелепые бредовые высказывания, с явлениями «вкладывания» или «отнятия мыслей». Больной начинал высказывать бред колдовства или величия, по содержанию сильно напоминающий фабулу бреда при шизофрении.

Появлялись элементы разорванности мышления с нелепыми высказываниями, несвойственные типичным проявлениям интоксикационного психоза: больной говорил, что «ему необходимо расщепить солнце, чтобы избавиться от яда». Иногда в его высказываниях проявлялась стереотипная повторяемость одной и той же фразы.

### Клинические примеры

#### № 1.

Больной Р., 19 лет. При поступлении: сидит в непринужденной позе, легко отвлекаем, многословен. Словесной коррекции поддается с трудом. Сообщает, что быстро разбогател: «За три дня в интернете собрал много денег со всех пользователей и называл себя сыном Иисуса Христа. Этих электронных денег мне хватило бы на приобретение «Лады приоры». Но в «Лада-центре», у меня попросили паспорт. А я не взял с собой



документы и меня послали в Сбербанк проверить перевод денег. Когда я пришел в Сбербанк, у меня снова попросили паспорт. Я расстроился, вышел на улицу, прилег на снег и потерял сознание. Мне очень хотелось получить мою машину».

При дальнейшем расспросе выяснилось, что, придя в себя, он снова отправился в «Лада-центр», предварительно сняв порвавшиеся кроссовки. Работники «Лада-центра» вызвали полицию.

Из отделения полиции больной был доставлен в приемный покой ККНД № 1. Из анамнеза известно, что больной в течение четырех лет употреблял марихуану, а последние 3–4 недели ежедневно курил «Спайс».

Критика к своим действиям и высказываниям отсутствует. В поведении навязчиво обращается к медицинскому персоналу с разнообразными просьбами. Мышление непоследовательное, аморфное. Заведующему отделением предлагал «процент» от заработанных денег, за то, чтобы он предоставил ему интернет для снятия денег со счета.

Больной находился на лечении около 30 койко-дней и выписан под наблюдение врача-психиатра-нарколога по месту жительства с диагнозом психотическое расстройство вследствие употребления синтетических каннабиноидов, преимущественно шизофреноподобное.

#### № 2.

Больной Ш., 17 лет. Доставлен СП из Емельяновской ЦРБ, куда поступил в связи с развитием судорожного припадка с потерей сознания на фоне однократного употребления синтетических каннабиноидов.

Из анамнеза известно: наследственность отягощена по линии обоих родителей алкоголизмом. Первые пробы алкоголя в 16 лет. Воспитывался тетей по линии матери. Мать лишена родительских прав, отца не знает. Окончил девять классов СООШ. На момент госпитализации является студентом техникума первого курса. Интерес к учебе не проявляет, стремится к общению с девиантными подростками.

Настаивает на единичной пробе наркотического вещества. В биологическом материале обнаружены синтетические каннабиноиды.

Выписан из отделения под наблюдение врача психиатра нарколога по месту жительства с диагнозом острая интоксикация синтетическими каннабиноидами с судорожными припадками. Сопутствующий неврологический диагноз органическое поражение ЦНС.

#### № 3.

Больной А., 30 лет. Перед поступлением в наркологическое отделение обратился в приемный покой КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с жалобами на дискомфортные ощущения в прямой кишке в связи с наличием там «датчика», через который на него «плохо влияет подруга». Был убежден в наличии «червя» в пищеводе, который съедает всю пищу.

В связи с этим была вызвана скорая психиатрическая бригада и больной доставлен в приемный покой КГБУЗ «ККНД № 1». При беседе с врачом было выяснено, что в течение двух месяцев больной ежедневно употреблял синтетические психостимуляторы (соль, спайс).

После лечения больной выписан под наблюдение психиатра нарколога с диагнозом психотическое расстройство вследствие употребления синтетических психостимуляторов, преимущественно шизофреноподобное.

Во время нахождения в отделении пациентам проводилось химико-токсикологическое исследование биологического материала (моча) на содержание наркотического вещества. Наиболее часто в моче определялись вещества группы синтетических психостимуляторов (МДПВ, РVP) – 88%. Остальные 12% составляли вещества группы синтетических каннабиноидов (AB-CHMINACA, PB-22F, TMCSP 2201).

На основании обнаруженного вещества устанавливался заключительный диагноз с учетом клинических особенностей течения болезни. Кроме того, вышеозначенным больным проводились биохимические исследования крови, которые учитывались при формировании диагноза.

#### Выводы

Сравнение биохимических показателей крови с особенностями клинической картины течения болезни провести не удалось ввиду отсутствия четких клинико-биохимических маркеров, требующих дополнительного оснащения лечебного учреждения.

Длительность острой фазы психотических расстройств составляла 1–2 суток, а при наличии сомато-неврологических расстройств – 6–10 суток. При этом пациентам с галлюцинаторно-бредовой и шизофреноподобной симптоматикой требовался более длительный период лечения – от 30 до 45 суток с последующей поддерживающей терапией в амбулаторных условиях.

Пациенты с шизофреноподобной клинической картиной в процессе обследования и лечения требовали привлечения дополнительных специалистов (клинический психолог, невролог, терапевт, психиатр) и расширенного спектра лечебных мероприятий.

У лиц, страдающих органическим поражением ЦНС, присутствует риск развития судорожных приступов с потерей сознания, на фоне употребления синтетических наркотиков. При этом требуется динамическое наблюдение врача-невролога.

#### Практические рекомендации

С учетом исследования рекомендуем обращать особое внимание на характер клинической картины психотических расстройств и длительность течения острой фазы для установления точного диагноза и правильного подбора лекарственной терапии.

#### Литература

1. «Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках». 2013 год. Малин Д.И., Медведев В.М.
2. «Алкоголизм, наркомания, токсикомания». 2009 год. Барденштейн Л.М., Герасимов Н.П., Можгинский Ю.Б., Беглянкин Н.И.
3. «Наркология. Национальное руководство». 2008 год. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А.
4. «Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм». 2000 год. Веселовская Н.В., Коваленко А. Е.



# ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. Е. Попов, Н. Ю. След  
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая  
больница № 20 им. И. С. Берзона»

Проблема лечения больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) остается открытой в неотложной абдоминальной хирургии. Этот вопрос сохраняет свою актуальность и является спорным, несмотря на появление современных технологий в диагностике и лечении ОДП [2, 3, 6, 9].

При остром панкреатите процесс, развивающийся в поджелудочной железе (ПЖ), и его дальнейшее течение остаются непрогнозируемыми для хирурга [5]. Тем более что до сих пор не существует единой диагностико-тактической схемы лечения ОДП [4, 7, 8]. Эффект же от лечебных мероприятий может быть различным, процесс может купироваться или прогрессировать.

Как правило, при наступлении признаков распространенного процесса, а также в связи с присоединением гнойных осложнений в лечение вносятся дополнительные компоненты: меняется антибактериальная терапия, проводятся пункционно-дренирующие методики или выполняются, по требованию, «ранние» открытые операции [1, 6].

Профилактические мероприятия гнойно-некротических осложнений либо не проводятся, либо запаздывают по времени. Это ведет к их увеличению, что, в свою очередь, неизбежно приводит к высокой послеоперационной летальности у больных при ОДП до 60-80% [6, 7, 9].

Совершенно ясно, что главной задачей в комплексном лечении панкреонекроза является сокращение количества гнойно-некротических осложнений. По этой причине целью нашего исследования явилась разработка профилактики развития инфицированного ОДП с использованием методов малоинвазивной хирургии для сокращения количества гнойно-некротических осложнений на этапах лечения панкреонекроза.

## Материалы и методы

В клинике кафедры хирургических болезней КрасГМУ на базе первого хирургического отделения КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона» за период с 2010 по 2014 г. находились на лечении 1932 больных с острым панкреатитом.

Из них в процессе диагностики и лечения ОДП установлен у 165 больных, в том числе геморрагический у 84 больных (50,9±3,9%), жировой – у 55 больных (33,3±3,7%), смешанный панкреонекроз – у 26 больных (15,8±2,8%). В том числе у 29 пациентов (23,9±4,6%) на фоне панкреонекроза формировались острые постнекротические кисты. Возраст пациентов варьировал от 18 до 89 лет. Соотношение мужчин и женщин – 3:1.

## Результаты и обсуждение

Большинство больных были проведены по разработанной нами лечебно-тактической схеме, основанной на концепции «раннего обрыва панкреонекроза» (А.Д. Толстой, с соавт., 2005), которая была дополнена лечебными мероприятиями, направленными на сохранение стерильности процесса в ПЖ и парапанкреатической клетчатке.

Больным, госпитализированным в стационар, проведена лабораторная диагностика с определением развернутого анализа крови, ЛИИ, уровня фибриногена, С-реактивного белка, прокальцитонинового теста и оценкой тяжести состояния по шкале АРАСНЕ-II. Состояние органов брюшной полости оценивалось по данным ее динамического УЗИ-исследования (наличие свободной жидкости в брюшной полости, полости малого сальника) и забрюшинного пространства. При развитии панкреонекроза, независимо от его распространенности, пациентам проводился КТ-мониторинг брюшной полости и ПЖ для контроля над распространенностью зоны деструкции.

Комплексная терапия включала: адекватное обезболивание, коррекцию объема циркулирующей крови, реологически-активную терапию, блокаду секреторной деятельности желудка и поджелудочной железы, ингибиторы протеолиза, антиоксиданты и антигипоксанты, иммунокорректирующую и цитокининовую терапию, антибиотикотерапию, противогрибковые препараты, стимуляторы кишечника и т.д.

При наличии УЗИ-данных за наличие ферментативного перитонита в ранние сроки (в первые 24-48 часов) выполняли лечебно-диагностическую лапароскопию брюшной полости с ее ревизией, удалением патологического экссудата и установкой от 2 до 4 трубчатых дренажей. Длительность стояния дренажей в брюшной полости и сальниковой сумке определялась количеством отделяемого, которое после их установки колебалось от 1 л 200 мл до 150 мл в сутки. Дренажи удаляли при сокращении отделяемого до 30-50 мл в сутки.

Появление в ПЖ и парапанкреатической клетчатке жидкостных образований более 5 см в диаметре подтверждалось двумя методиками – УЗИ с дуплексным сканированием и КТ с болюсным усилением. Это позволяло детально локализовать образование (спереди, сзади, головка, тело, хвост) и определить траекторию пункции (рис. 1).

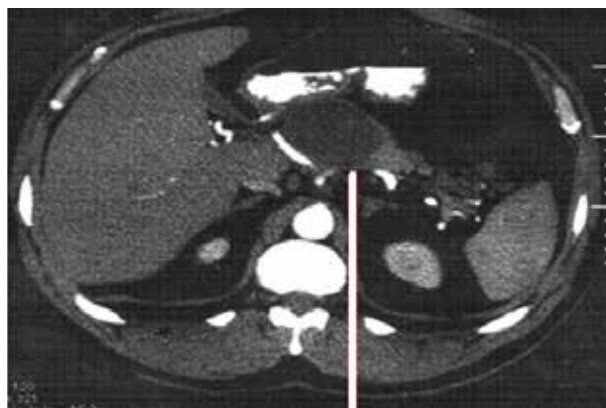


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография больного В., 57 лет с постнекротической кистой головки и тела поджелудочной железы с намеченной траекторией для ее пункции и дренирования.

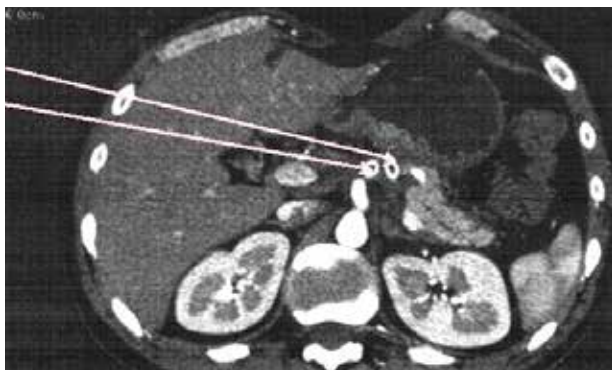


Рис. 2. Спиральная компьютерная томография больного П., 42 лет, прооперированного через мини-доступ: в правом подреберье плюс люмботомия в поясничной области с установкой сквозных трубчатых дренажей в полость малого сальника. Стрелками обозначены сквозные дренажи в полости малого сальника.

Получение гноя в пунктате, а также наличие больших размеров кисты (8-10 см) – «напряженные кисты», являлось показанием для установки дренажа в полость кисты.

В реактивной фазе панкреонекроза (начиная со второй недели) при появлении гипертермии, гнойной крови и наличии зоны инфильтрации в проекции ПЖ под контролем УЗИ (после определения траектории по данным КТ) пунктировали забрюшинную парапанкреатическую клетчатку с целью регионального подведения 0,25% новокаина до 150-200 мл с ингибиторами протеолиза (гордокс 600000 – 1200 000 ед.), антибиотиками (амикацин – 1 г). Место пункции – угол пересечения 12-го ребра и разгибателя спины. Глубина проведения иглы контролировалась по данным одновременно проводимого УЗИ (до ретропанкреатической клетчатки) или КТ.

Блокаду повторяли через сутки, до 3-5 раз. Как правило, больные отмечали быстрое снижение болевого синдрома, нормализацию температуры, по КТ сокращалась зона инфильтрации. Расширение возможностей базисной медикаментозной терапии в совокупности с эндоскопическим методом удаления из брюшной полости ферментативного экссудата и пункционного аспирирования инфицированного содержимого из полости малого сальника и несформированных кист ПЖ, а также блокады парапанкреатической клетчатки позволяли значительно предотвращать число пациентов с гнойно-некротическими осложнениями.

В процессе лечения у 165 больных с ОДП мы наблюдали следующие варианты клинического течения заболевания.

13 пациентов (7,9±2,1%) были госпитализированы в крайне тяжелом состоянии с явлениями эндотоксического шока. Из них, несмотря на комплекс реанимационных мероприятий, умерли четыре человека.

У 53 пациентов (32,1±3,6%) с панкреонекрозом имелся разлитой гнойный перитонит (умерли восемь больных: двое с некупируемым перитонитом, шестеро от тяжелого сепсиса и развившейся полиорганной недостаточности).

У 99 пациентов (60±3,8%) заболевание протекало в виде инфильтративно-некротической формы. С целью профилактики гнойных осложнений в этой группе больных выполнялась разработанная нами методика. Из них у 52 (31,5±3,6%) больных, которым проводился предложенный нами комплекс профилактических пункционно-дренирующих мероприятий на фоне базисной медикаментозной терапии, был отмечен положительный эффект и хороший конечный результат, позволивший купировать у них инфильтративно-некротический процесс в ПЖ и парапанкреатической клетчатке (без нагноения).

У 18 (10,9±2,4%) больных развились гнойно-некротические осложнения, Из них в 15 (9,1±2,2%) случаях сформировались обширные забрюшинные флегмоны (умерли все больные). У 9 (5,5±1,8%) пациентов инфильтративно-некротический парапанкреатит трансформировался в абсцессы, ПЖ и забрюшинной клетчатки (умерло шесть больных). Из этих же 99 больных у 29 (23,9±4,6%) пациентов в ПЖ сформировались постнекротические кисты. Что касается оперативных вмешательств, то у 165 больных с ОДП количество открытых операций выполненных составило у 28 пациентов (17±2,9%).

Широкая лапаротомия с использованием «программированных» релапаротомий при инфицированном панкреонекрозе выполнена у 17 (10,3±2,4%) больных (26 операций). У 11 (6,7±1,9%) больных операции выполнены через мини-доступы: в правом или левом подреберье, верхнесрединный доступ, люмботомию в левой поясничной области с установкой сквозных трубчатых дренажей в полость малого сальника (рис. 2).

Как уже было сказано, основными причинами летальных исходов у 27 (16,4±2,9%) пациентов с инфицированным панкреонекрозом послужили эндо- и экзотоксический шок – 4 (2,4±1,2%), некупируемый распространенный гнойный перитонит – 2 (1,2±0,9%), абсцессы ПЖ и парапанкреатической клетчатки, септические флегмоны забрюшинной клетчатки – 15 (9,1±2,2%), тяжелый сепсис на фоне гнойного панкреонекроза с синдромом полиорганной недостаточности – 6 (3,6±1,5%).

Кроме причин летальности, связанных с местным прогрессированием гнойного процесса в брюшной полости и забрюшинной клетчатке, на фоне инфицированного панкреонекроза у 8 (4,8±1,7%) пациентов развились общие «нехирургические» осложнения, приведшие к неблагоприятному исходу: инфаркт миокарда – 3 (1,8±1%), острая сердечная недостаточность (на фоне водителя ритма) – 1 (0,6±0,6%), ТЭЛА – 2 (1,2±0,9%), тромбоз v.porta – 1 (0,6±0,6%), легочное кровотечение (на фоне хронического абсцесса легкого) – 1 (0,6±0,6%).

### Выводы

До внедрения профилактических мероприятий летальность от прогрессирующего течения местного гнойно-некротического процесса у больных с ОДП составляла 20,2±3,1%.

Разработанная тактика лечения больных с панкреонекрозом, направленная на раннюю профилактику этих осложнений, позволила добиться статистически значимого снижения послеоперационной летальности до 16,4±2,9% (p<0,05).

### Литература

1. Бенсман В.М., Савченко Ю.П., Голиков И.В., Чайкин В.В. Выбор тактических решений в хирургии крупноочагового инфицированного панкреонекроза // Хирургия. – 2013. – № 4. – С. 38-42.
2. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова Л.Д. и др. Панкреонекроз (диагностика, прогнозирование, лечение). – М.: 2007. – 224 с.
3. Парфенов И.П., Ярош А.Л., Солошенко А.В. Прогноз развития острого билиарного панкреатита // Хирургия. – 2011. – № 8. – С. 47-50.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 264 с.
5. Сухоруков А.М., Попов А.Е., След Н.Ю., Попов С.А. Тактика лечения больных с острым деструктивным панкреатитом // Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием совместно с Пленумом проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета РАМН и Минздрава РФ. – Красноярск: КрасГМУ, 2012. – С. 203-205.
6. Толстой А.Д., Багненко С.Ф., Красногоров В.Б. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // Хирургия. – 2005. – № 7. – С. 19-23.
7. Черданцев Д.В., Арутюнян Ал.В., Арутюнян Арм. В. Состояние проблемы острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра. – 2011. – № 4. – С. 310-313.



СТАНДАРТЫ

# ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

*В. А. Мосина, Л. И. Пелиновская, А. Е. Рязанов  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»  
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой симптомокомплекс характерных симптомов, включающих одышку, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, отеки и ряд других, которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме.

Механизм формирования ХСН связан с нарушением притока крови к сердцу или сердечного выброса, развивающимся на фоне поражения миокарда и дисбаланса нейрогуморальных систем организма (ренин-ангиотензин-альдостероновая, симпатoadренальная и др.).

По данным эпидемиологических исследований последних десяти лет, проведенных в нашей стране в рамках исследований ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН, распространенность в популяции ХСН I-IV ФК составила 7% случаев. Клинически выраженная ХСН (II-IV ФК) имеет место у 4,5% населения РФ. Распространенность терминальной ХСН (III-IV ФК) достигает 2,1% случаев.

Однолетняя смертность больных с клинически выраженной ХСН достигает 12% (даже в условиях лечения в специализированном стационаре). Декомпенсация ХСН является причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%).

Основными причинами развития ХСН в РФ являются АГ (88% случаев) и ИБС (59% случаев). В РФ можно отметить еще три важных причины развития ХСН: хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) – 13% случаев, СД – 11,9% случаев и перенесенное

острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 10,3% случаев.

Наличие пороков сердца как причины декомпенсации отмечено только у 4,3% больных, миокардитов у 3,6% пациентов, а ДКМП всего лишь в 0,8% случаев ХСН. Хроническая (постоянная) форма фибрилляции предсердий утяжеляет течение ХСН в 10,3% случаев среди общей выборки больных ХСН. С увеличением тяжести ХСН встречаемость фибрилляции предсердий (ФП) неуклонно возрастает, достигая 45% у пациентов с III-IV ФК.

В современные национальные рекомендации включены критерии диагноза ХСН, которые приведены в таблице 1.

Клинические признаки застойных явлений включают в себя ортопноэ и/или наличие набухших яремных вен, застойных хрипов в легких, асцита, периферических отеков и ряд других симптомов. Еще одним важным клиническим признаком считается появление 3-го сердечного тона, описанного еще в 1880 г. французом П. Потэном как «ритм галопа». Считается, что наличие 3-го тона очень специфично (около 93%) для выраженной дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и повышения внутрисердечного давления.

В последние годы в стандарты диагностики декомпенсированной ХСН вошло определение мозговых натрийуретических пептидов (BNP, pro-BNP), что позволяет подтвердить или опровергнуть этот диагноз у пациентов, госпитализированных с выраженной одышкой в отделение интенсивной терапии.

Таблица 1

## Критерии диагноза ХСН

Симптомы	Клинические признаки	Объективные признаки дисфункции сердца
Одышка	Застой в легких (хрипы, R-картина)	ЭКГ (синусовая тахикардия/ брадикардия, НЖТ, трепетание/ мерцание предсердий, желудочковые аритмии, признаки ишемии или очагового поражения сердца, зубцы Q, ГЛЖ, А-В блокада, низкий вольтаж зубцов R, QRS > 120 мс)
Быстрая утомляемость	Периферические отеки	Рентгенография легких (признаки застойных явлений)
Сердцебиение	Тахикардия (>90 в мин.)	ЭхоКГ (систолическая дисфункция – снижение)
Кашель	Гепатомегалия	Допплер-ЭхоКГ (диастолическая дисфункция, повышение давления заклинивания в легочной артерии)
Ортопноэ	Ритм галопа Кардиомегалия	Гиперактивность мозгового натрийуретического пептида (BNP, pro-BNP)

**19.1.4 Порядок оказания медицинской помощи больным с застойной сердечной недостаточностью II Б – III стадии (III – IV ф.кл. по NYHA) в приемном отделении**

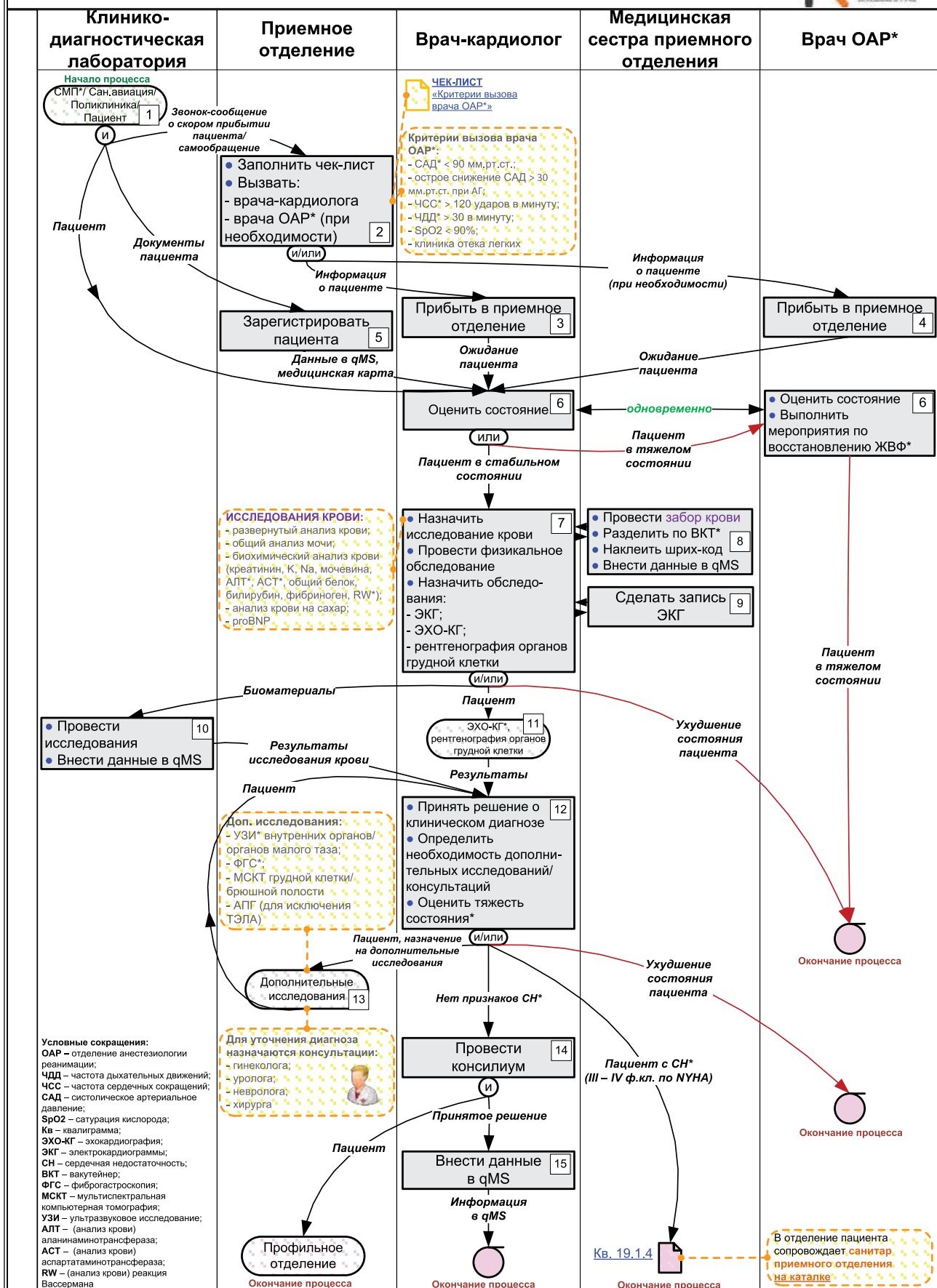


Таблица 2

## Алгоритм назначения диуретиков в зависимости от тяжести ХСН

I ФК – не лечить мочегонными
II ФК (без застоя) – малые дозы торасемида (2,5-5 мг)
II ФК (застой) – тиазидные (петлевые) диуретики (малые дозы) + спиронолактон (100-150 мг)
III ФК (поддерживающее лечение) – петлевые диуретики ежедневно в дозах, достаточных для поддержания сбалансированного диуреза, + спиронолактон (малые дозы) + ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид по 250 мг 3 раза в сутки по 3-4 дня 1 раз в две недели)
III ФК (декомпенсация) – петлевые диуретики + тиазидные + антагонисты альдостерона (100-300 мг) + ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид по 250 мг 3 раза в сутки по 3-4 дня 1 раз в две недели)
IV ФК – петлевые диуретики (иногда 2 раза в сутки или внутривенно капельно в высоких дозах) + тиазидные + антагонисты альдостерона + ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид по 250 мг 3 раза в сутки по 3-4 дня 1 раз в две недели) + при необходимости изолированная ультрафильтрация или механическое удаление жидкости.

Задачи лечения ХСН формулируются следующим образом:

- устранение симптомов заболевания – одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости, задержки жидкости в организме;
- защита органов-мишеней (сердце, почки, мозг, сосуды, скелетная мускулатура) от поражения;
- улучшение качество жизни пациента;
- уменьшение количества госпитализаций;
- улучшение прогноза (продление жизни).

Медикаментозное лечение ХСН в соответствии с рекомендациями предусматривает назначение препаратов, включая ИАПФ (или сартаны), селективные бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды и диуретики. Алгоритм назначения диуретиков в соответствии с Национальными рекомендациями по лечению ХСН приведены в таблице 2.

Постановка ИКД показана для первичной и вторичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) у больных ХСН II-IV ФК с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка вне зависимости от ширины комплекса QRS. У пациентов с хронической левожелудочковой систолической сердечной недостаточностью на фоне адекватного медикаментозного лечения с синусовым ритмом и блокадой левой ножки пучка Гиса при ФВ ≤ 35%, длительностью QRS ≥ 150 мс следует рассмотреть сердечную ресинхронизацию (CRT).

Пересадка сердца может быть последним шансом спасения жизни больных с терминальной ХСН. Ограничениями являются: недостаток донорского материала, необходимость пожизненной иммуносупрессивной терапии и необходимость постоянного мониторингования состояния больных с пересаженными сердцами, что требует существенных финансовых затрат. В качестве альтернативы возможно использование искусственных желудочков сердца.

В связи с большой распространенностью ХСН, увеличением числа госпитализируемых в ККБ пациентов с застойной (декомпенсированной) ХСН, в том числе по экстренным показаниям, представляется актуальной разработка единого стандарта оказания медицинской помощи данной категории пациентов на всех этапах диагностики и лечения больных. Это поможет повысить эффективность терапии, своевременность направления на оперативное лечение, а при необходимости и на трансплантацию сердца.

**Порядок оказания медицинской помощи пациентам с застойной сердечной недостаточностью II Б – III стадии (III-IV ф. кл. по NYHA) в приемном отделении**

1. Бригада скорой медицинской помощи / санавиация / поликлиника сообщает по телефону в приемное отделение о скором прибытии пациента с симптомами сердечной недостаточностью (далее – СН).

2. Получив информацию, диспетчер приемного отделения заполняет чек-лист (Приложение 1) и вызывает врача-кардиолога, а при необходимости – врача анестезиолога-реаниматолога ОАР № 2. Критерии вызова врача анестезиолога-реаниматолога:

- САД < 90 мм рт. ст.;
- острое снижение САД > 30 мм рт. ст. при АГ;
- ЧСС > 120 ударов в минуту;
- ЧДД > 30 в минуту;
- SpO<sub>2</sub> < 90%;
- клиника отека легких.

3. Врач-кардиолог прибывает в приемное отделение сразу после получения информации и ожидает пациента.

4. Врач анестезиолог-реаниматолог, получив информацию о прибытии пациента в тяжелом состоянии, прибывает в приемное отделение и совместно с врачом-кардиологом ожидает пациента.

5. Бригада скорой медицинской помощи / санавиация по прибытии в приемное отделение передает документы диспетчеру, а пациента – врачу-кардиологу и при необходимости врачу анестезиологу-реаниматологу. Диспетчер приемного отделения осуществляет регистрацию пациента и заносит данные в qMS.

6. При поступлении пациента в приемное отделение врач анестезиолог-реаниматолог и врач-кардиолог оценивают его состояние.

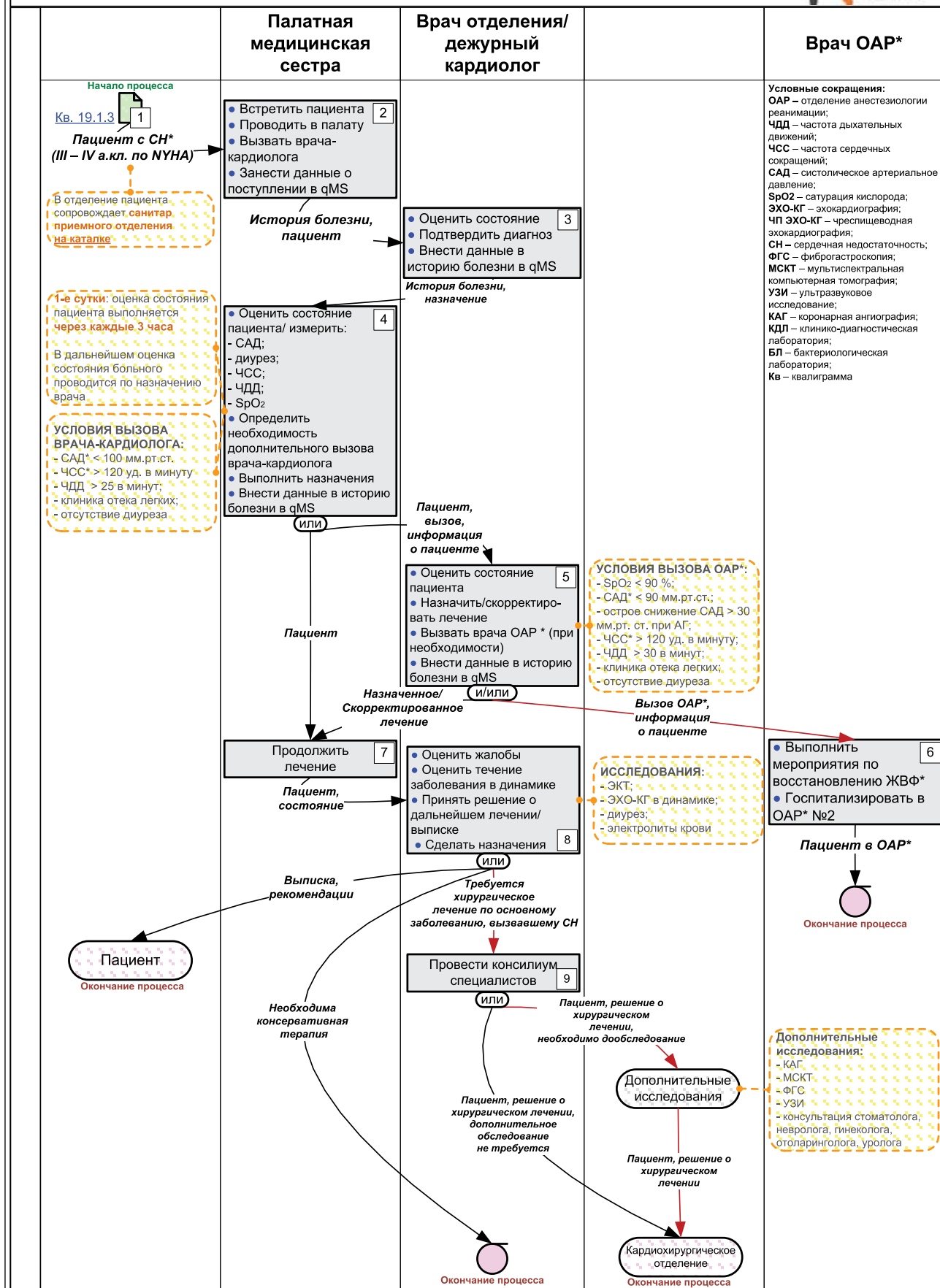
Если состояние пациента тяжелое, врач анестезиолог-реаниматолог выполняет мероприятия по восстановлению жизненно важных функций и принимает решение о госпитализации в ОАР № 2.

Пациент в тяжелом состоянии на основании решения врача анестезиолога-реаниматолога госпитализируется в ОАР № 2. Перед госпитализацией медицинская сестра помогает пациенту сменить одежду, производит опись вещей и сдает их на склад. В реанимацию пациента сопровождают санитары приемного отделения и бригада ОАР № 2.

7. Если состояние пациента стабильное, врач-кардиолог выписывает назначение на исследование крови:

- развернутый анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (креатинин, К, Na, мочевины, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, фибриноген, RW);
- анализ крови на сахар;
- проBNP.

**19.1.5 Порядок оказания медицинской помощи больным с застойной сердечной недостаточностью II Б – III стадии (III – IV ф.кл. по NYHA) в отделении кардиологии №1**



И передает назначение медицинской сестре приемного отделения. Затем врач-кардиолог проводит физикальное обследование и выписывает назначения на проведение ЭКГ, ЭХО-КГ и рентгенографию органов грудной клетки.

8. В то время как врач-кардиолог проводит физикальное обследование, медицинская сестра проводит забор крови в вакутейнер, наклеивает штрих-коды, вносит данные в qMS и доставляет пробирки в клиничко-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ).

9. После забора крови медицинская сестра проводит запись ЭКГ и передает результаты исследования врачу-кардиологу.

10. Специалист КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование крови и заносит данные в qMS.

11. Пациент проходит назначенные обследования:

– ЭХО-КГ;

– рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты обследования заносятся в qMS.

12. Врач-кардиолог на основании результатов ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенограммы и результатов исследования крови принимает решение о клиническом диагнозе, определяет необходимость назначения дополнительных исследований и консультаций специалистов.

В случае ухудшения состояния пациента производится его госпитализация в отделение ОАР № 2. Медицинская сестра помогает пациенту сменить одежду и производит опись вещей. В реанимацию пациента сопровождают санитары приемного отделения и бригада ОАР № 2.

Если у пациента подтвердились признаки СН (III – IV ф. кл. по NYHA), медицинская сестра помогает сменить одежду, производит опись вещей и сдает их на склад. Пациент в сопровождении санитаров приемного отделения поступает в отделение кардиологии № 1.

13. По назначению пациент проходит назначенные дополнительные обследования / консультации специалистов (УЗИ внутренних органов / органов малого таза, ФГС, МСКТ грудной клетки / брюшной полости, консультация гинеколога, уролога, невролога или хирурга).

14. На основании результатов дополнительного обследования проводится консилиум врачей, на котором принимается решение о диагнозе / дальнейшей тактике лечения. По результатам принятого решения пациента направляют в профильное отделение.

15. Результаты принятого решения заносятся врачом-кардиологом в qMS.

#### **Порядок оказания медицинской помощи пациентам с застойной сердечной недостаточностью II Б – III стадии (III-IV ф. кл. по NYHA) в отделении кардиологии № 1**

1. Санитар приемного отделения на каталке сопровождает пациента в отделение кардиологии № 1.

2. В отделении пациента встречает палатная медицинская сестра, сопровождает его до палаты и вызывает врача-кардиолога. Затем медицинская сестра заносит данные о поступлении пациента в qMS.

3. Врач отделения / дежурный врач-кардиолог оценивает состояние пациента и вносит данные в историю болезни в qMS.

4. Палатная медицинская сестра оценивает состояние пациента, контролируя:

– САД;

– ЧСС;

– ЧДД;

– отсутствие диуреза.

В первые сутки оценка состояния пациента проводится каждые три часа, в дальнейшем по назначению врача.

Медицинская сестра выполняет назначения врача и заносит все данные в историю болезни в qMS.

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра вызывает врача-кардиолога. Условием для вызова врача-кардиолога являются следующие показатели:

– САД < 100 мм рт. ст.;

– ЧСС > 120 уд. в минуту;

– ЧДД > 25 в минуту;

– клиника отека легких;

– отсутствие диуреза.

5. Врач-кардиолог, получив вызов от палатной медицинской сестры или при плановом осмотре, оценивает состояние пациента, рассматривает результаты исследований, назначает или корректирует терапию, а в случае необходимости вызывает врача анестезиолога-реаниматолога (далее – врач ОАР).

Условия для вызова врача ОАР:

– SpO<sub>2</sub> < 90%;

– САД < 90 мм рт. ст.;

– острое снижение САД > 30 мм рт. ст. при АГ;

– ЧСС > 120 удв минуту;

– ЧДД > 30 в минуту;

– клиника отека легких;

– отсутствие диуреза.

Все данные о пациенте врач-кардиолог вносит в историю болезни в qMS.

6. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в отделение ОАР № 2.

7. Если нет показаний для вызова врача-кардиолога (условия вызова указаны в пункте 4), то продолжается лечение по назначенной схеме.

Если врач-кардиолог назначил / скорректировал терапию, лечение продолжается.

8. Врач отделения / дежурный врач-кардиолог, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает жалобы пациента и течение заболевания в динамике, принимает решение о дальнейшем лечении пациента.

При выписке пациенту выдаются рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

9. При решении о проведении хирургического лечения заболевания вызвавшего СН проводится консилиум специалистов.

При необходимости пациенту назначают дополнительные обследования (КАГ, МСКТ, ФГС, УЗИ, консультация стоматолога, невролога, гинеколога, отоларинголога, уролога).

Затем пациента переводят в кардиохирургическое отделение. Если дополнительные обследования не требуются, пациента переводят в кардиохирургическое отделение.

#### **Литература**

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Москва, 2013.

2. Samii SM. Indications for pacemakers, implantable cardioverter-defibrillator and resynchronization devices // Med Clin N Am. 2015; Vol. 99: 795-804.

СТАНДАРТЫ

# ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЭЛА

Бригада скорой медицинской помощи сообщает по телефону о скором прибытии пациента в КГБУЗ «ККБ» (далее – ККБ).

1. Медицинская сестра приемного отделения заполняет чек-лист (Приложение 1), регистрирует пациента, вызывает врача-кардиолога и передает ему информацию о пациенте.

При нестабильной гемодинамике пациента одновременно с врачом-кардиологом медицинская сестра приемного отделения вызывает врача анестезиолога-реаниматолога.

2. По прибытии пациента медицинская сестра приемного отделения его регистрирует.

3. Медицинская сестра приемного отделения записывает электрокардиограмму.

4. Врач-кардиолог (в случае нестабильной гемодинамики пациента – совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом) проводит сбор жалоб, сбор анамнеза, оценивает тяжесть состояния пациента, по шкалам Wells и Женевская (Приложение 2), устанавливает клинический диагноз, стратифицирует риск ранней смертности при ТЭЛА (Приложение 3) и назначает обследование: забор крови, эхокардиографию (далее – ЭХО КГ), дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием (далее – ДС с ЦДК) вен нижних конечностей (далее – ВНК).

При терминальном состоянии больного проводится тромболитическая терапия без дополнительных обследований, на основании клинического диагноза.

При нестабильной гемодинамике (шок/гипотония) больной экстренно госпитализируется в отделение анестезиологии-реанимации № 2.

При стабильной гемодинамике пациента дообследование проводится в условиях приемного отделения.

5. Медицинская сестра приемного отделения проводит забор биоматериалов, а затем направляет биоматериалы в лабораторию для проведения исследований.

6. Медицинская сестра приемного отделения сопровождает пациента на проведение ЭХО-КГ, ДС с ЦДК ВНК.

7. Специалист лаборатории КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование крови и заносит данные в qMS.

8. Врач-кардиолог оценивает результаты ЭХО-КГ, ДС с ЦДК ВНК и результаты лабораторных исследований, принимает решение о необходимости проведения мультиспиральной компьютерной ангиопульмонографии (далее – МСКТ АПГ).

9. При необходимости проведения МСКТ врач-рентгенолог проводит исследование. Время проведения исследования не более 30 минут.

10. На основании результатов МСКТ АПГ врач-кардиолог выставляет диагноз и принимает решение о дальнейшей тактике лечения.

11. Если у пациента подтвержден диагноз ТЭЛА, то врач-кардиолог совместно с врачом-сосудистым хирургом принимает решение об установке кава-фильтра (Приложение 3), и пациента госпитализируют в отделение анестезиологии-реанимации № 2 (далее – ОАР № 2).

Перед госпитализацией медицинская сестра приемного отделения помогает пациенту сменить одежду, производит опись вещей и сдает их на склад. Пациент в сопровождении санитаров приемного отделения поступает в ОАР № 2.

В случае если признаки ТЭЛА не подтверждены, то пациенту назначается проведение дифференциальной диагностики.

12. При наличии показаний к имплантации кава-фильтра бригада ОАР № 2 транспортирует пациента в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Врач-рентгенхирург проводит имплантацию кава-фильтра.

13. Врач-кардиолог совместно с врачом-анестезиологом принимает решение о проведении тромболитической терапии (далее – ТЛТ), с учетом противопоказания к ТЛТ (Приложение 5).

14. По показаниям врач анестезиолог-реаниматолог проводит ТЛТ, затем проводит лечение в условиях ОАР.

15. При отсутствии показаний к ТЛТ врач анестезиолог-реаниматолог проводит лечение низкомолекулярными гепаринами.

16. Если по результатам МСКТ АПГ диагноз ТЭЛА не подтвержден, то пациенту проводят дифференциальную диагностику.

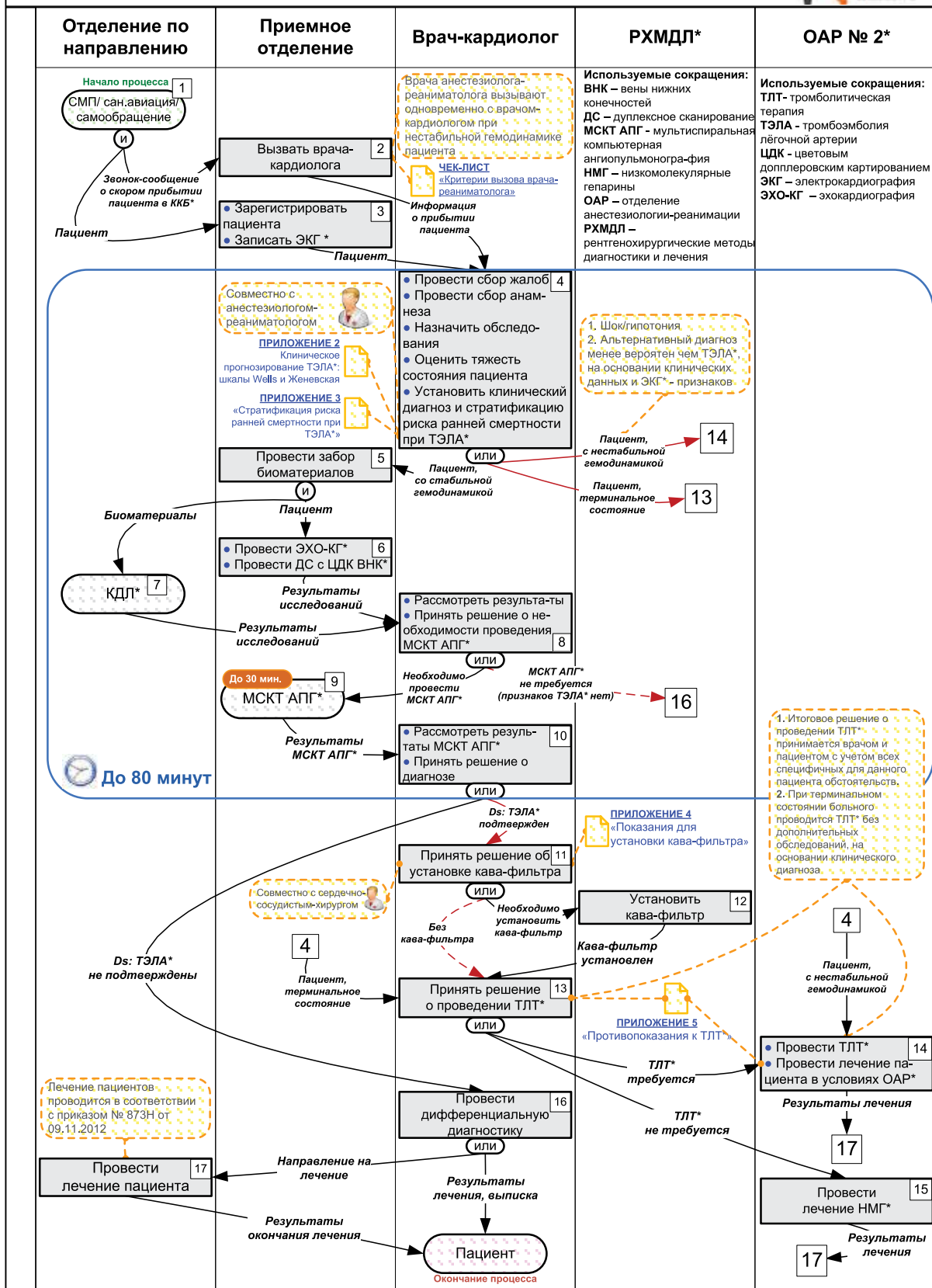
По результатам дополнительного обследования пациента направляют в отделение по направлению. При отсутствии показаний к госпитализации пациенту выдают рекомендации и готовят к выписке.

17. После стабилизации состояния и лечения в ОАР № 2, а также проведения дифференциальной диагностики пациент переводится в отделение по направлению для проведения дальнейшего лечения.

## Приложение 1 Чек-лист «Критерии вызова врача-реаниматолога»

Поступил без звонка		Бортовой номер	
		Подстанция	
ФИО ответственного бригады СП			
Время: ___ : ___			
Дата: ___ / ___ / ___ г.			
ФИО:			
<b>1. УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ</b>			
<input type="checkbox"/> в сознании	<input type="checkbox"/> нарушение сознания (сопор-кома)		
	<input type="checkbox"/> оглушение (сопор-кома)		
<b>2. ДЫХАНИЕ</b>			
<input type="checkbox"/> самостоятельное	<input type="checkbox"/> интубация (мешок Амбу)		
	<input type="checkbox"/> нарушение дыхания		
<b>3. ГЕМОДИНАМИКА</b>			
<input type="checkbox"/> стабильная	<input type="checkbox"/> нестабильная		
↓		↓	
<b>ОТМЕЧЕНЫ ВСЕ 3 ПУНКТА</b>		<b>ЕСЛИ ОТМЕЧЕН МИНИМУМ 1 ПУНКТА</b>	
<b>ВЫЗОВ:</b> > Врача – невролога ИЛИ > Врача-кардиолога		<b>ВЫЗОВ:</b> > Реанимации > Врача – невролога ИЛИ > Врача-кардиолога	

19.2.1 Порядок оказания экстренной медицинской помощи больным с ТЭЛА\*



**Приложение 2**  
**Клиническое прогнозирование ТЭЛА: шкалы Wells и Женевская**

Женевская шкала		Шкала Wells	
Переменные	Оценка	Переменные	Оценка
<b>Предрасполагающие факторы:</b>		<b>Предрасполагающие факторы:</b>	
возраст > 65 лет	+1	ранее перенесенные ТГВ или ТЭЛА;	+1,5
ранее перенесенные ТГВ или ТЭЛА	+3	недавно перенесенная операция либо иммобилизация	+1,5
операция либо травма давностью не более одного месяца	+2	рак	+1
рак	+2		
<b>Симптомы:</b>		<b>Симптомы:</b>	
дискомфорт (боль) в одной из нижних конечностей	+3	кровохарканье	+1
кровохарканье	+2		
<b>Клинические признаки:</b>		<b>Клинические признаки:</b>	
частота сердечных сокращений		частота сердечных сокращений	
75-94 ударов в минуту	+3	> 100 ударов в минуту	+1,5
≥ 96 ударов в минуту	+5		
боль при пальпации глубоких вен нижней конечности и односторонний отек	+4	клинические признаки ТГВ	+3
		заключение врача: альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	+3
<b>Клиническая вероятность:</b>	<b>Сумма баллов</b>	<b>Клиническая вероятность (3-го уровня):</b>	<b>Сумма баллов</b>
низкая	0-3	низкая	0-1
средняя	4-10	средняя	2-6
высокая	≥ 11	высокая	≥ 7
наличие ТЭЛА вероятно наличие ТЭЛА маловероятно		<b>Клиническая вероятность (2-го уровня):</b>	<b>Сумма баллов</b>
		0-4	
		> 4	

**Приложение 3**  
**Стратификация риска ранней смертности при ТЭЛА**



**Приложение 4**  
**Показания к установке кава-фильтра**

№	Абсолютные показания
1	Наличие эмболоопасного тромбоза глубоких вен нижних конечностей по данным ДС с ЦДК ВНК, при невозможности применения адекватной антикоагулянтной терапии из-за высокого риска геморрагических осложнений
2	Рецидивирующая ТЭЛА и ТГВ, несмотря на терапевтический уровень антикоагулянтной терапии
3.	Протяженный, более 4 см длиной флотирующий тромб с узким основанием (угроза фатальной ТЭЛА).

**Приложение 5**  
**Противопоказания к ТЛТ**

Абсолютные:	
• Геморрагическое ОНМК или ОНМК неясного генеза в прошлом	
• Ишемическое ОНМК в последние 6 месяцев	
• Недавние большие травма / операция / повреждения головы (3 недели)	
• ЖКТ-кровотечение в последний месяц	
• Известное кровотечение	
Относительные:	
• Переходящее ОНМК в последние 6 месяцев	
• Оральные антикоагулянты	
• Беременность или 1-я неделя послеродового периода	
• Пункция не компрессируемого сосуда	
• Травматическая реанимация	
• Рефрактерная гипертензия (САД > 180)	
• Сопутствующее заболевание печени	
• Инфекционный эндокардит	
• Активная пептическая язва	
Все противопоказания могут быть относительными при жизненной необходимости лечения	



# ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

*И. Е. Гридчик, И. В. Молчанов, А. В. Курдяков  
ГФБОУ ДПО РМАПО ГБУ*

## Введение

Алкогольный цирроз печени – 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 возникает 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 умирает раньше положенного 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 употребления 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 отравлений 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 волосной покров под мышками и в области лобка, гинекомастия (увеличение молочных желез), появление «барабанных палочек» на руках.

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

Появление полинейропатий: нарушение болевой, тактильной, температурной чувствительности верхних и нижних конечностей, снижение объема движения 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 антигипоксантами антифибротическими эффектами (эссенциальные 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 гепатопротекторов. Однако их эффективность оказывается не всегда достаточной, что заставляет искать новые фармакологические пути в решении столь важной проблемы.

В связи с вышеизложенным патогенетически оправданным является использование препаратов с антигипоксантичным и антиоксидантным свойствами. К таким препаратам относят сукцинатсодержащий антиоксидант/антигипоксанти – 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.

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования было 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 поступления в стационар.

Причиной 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 со средним возрастом 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, состоящую из:

- глюкокортикостероидов: дексаметазон по 4 мг внутривенно 1 раз в сутки;
- гепатопротекторов: эссенциале по 5 мл на 20 мл крови больного внутривенно струйно 1 раз в сутки;
- инфузионной терапии в объеме 30-50 мл/кг массы тела глюкозо-солевых растворов, под контролем ЦВД, почасового диуреза электролитного и газового состава 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: стимул по одному пакету 2-3 раза в сутки, витамины группы В, альбумин по 100 мл внутривенно при снижении его количества в крови ниже 30 г/л, эритроцитарную массу вводили при снижении числа эритроцитов ниже 2\*10<sup>12</sup>/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, электролитный 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 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**

Результаты лечения больных циррозом печени ремаксомом.

Таблица

Показатель	Основная группа N=12		Контрольная группа N=17	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Возраст	44,2±1,7		46,3±1,5	
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
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 ОРПТ позволяло перевести пациентов из состояния декомпенсации в состояние субкомпенсации и перевести их 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-м суткам лечения. Надо отметить, что у этих пациентов достичь полного купирования явлений СПОН практически невозможно, так же как и 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 ( $4,2 \pm 0,7$  против  $6,4 \pm 0,9^*$ ). 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 ( $38,3 \pm 0,7^*$  балла по шкале SAPSII, против  $47,2 \pm 2,5$  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 ОРПТ 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 значительно 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. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, 2001, том 1. Маевская М.В. Алкогольная болезнь печени // *Consilium medicum*. – 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 ремаксола 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.

12. Суханов Д.С., Иванов А. К., Романцов М.Г., Коваленко А.Л. Лечение гепатотоксических осложнений противотуберкулезной терапии сульфаниламидными 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 сульфаниламидных 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.

## НЕЗАМЕНИМЫЕ ЛАЙФХАКИ МЕЖСЕЗОНЬЯ, ИЛИ КАЖДОМУ ДОМУ ПО НЕБУЛАЙЗЕРУ

В 2016 году в Красноярском крае было зафиксировано более полумиллиона случаев острых респираторных вирусных инфекций. Заболеваемость ОРВИ приходится в основном на холодное время года, которое длится в нашем суровом регионе минимум шесть месяцев, включая позднюю осень и раннюю весну.

Эволюция средств борьбы с простудой насчитывает много столетий. Это ягоды, травы, жаркая баня, после которой – если не умер, то здоров. Примечательно, что даже в 1960-е, по воспоминаниям профессора Ж. Ж. Рапопорта, мамы из деревень лечили высокотемпературящих детей жестоким способом – укутывали в несколько одеял, чтобы «пропотел», носили в раскаленную баню.

В семьях были синие лампы, банки, горчичники, раствор Люголя, аспирин. С кашлем справлялись солодкой, парили ноги в тазу с горчицей. Один знакомый пожилой доктор вспоминает, как мама его, маленького, и сестренку, страдавших коклюшем, носила «дышать» на Енисей – вот такая природная ингаляция.

Сегодняшние способы борьбы с респираторными инфекциями и хроническими бронхо-легочными заболеваниями в корне отличаются от бабушкиных методов, и прежде всего высокотехнологичными приборами для диагностики и лечения.

### Небулайзер вместо кастрюли

Ингаляции всегда были эффективным способом борьбы с кашлем. Еще 20 лет назад дети и взрослые дышали над кастрюлей со свежесваренной картошкой или горячей водой с содой. Больного накрывали полотенцем, и он проводил во влажной парилке 8-10 минут.

При таком грозном осложнении, как круп, мамы до приезда «скорой» заносят ребенка в ванную и включают горячую воду.

Сегодня технологии позволяют проводить ингаляции комфортно и эффективно с помощью небулайзера. Принцип действия этого современного ингалятора прост: он распыляет лекарственные вещества с помощью ультразвуковых колебаний либо компрессора, а мы их вдыхаем.



Лечение с помощью небулайзера – безопасная процедура, но все же самолечением заниматься не нужно. Если вы вдыхаете обычную кипяченую воду – ничего страшного, но если лекарственное средство – нужно выполнять рекомендации лечащего врача по дозировке препарата и количеству процедур.

Врачи назначают ингаляции при кашле и насморке, астме, бронхите, пневмонии, гайморите. Преимущества этой терапии в том, что она воздействует непосредственно на зону воспаления, причем очень быстро.

Эффект процедуры зависит от размера частиц аэрозоля. Очень мелкие частицы (не более 2 мкм) отлично проникают в альвеолы, мелкие (от 2 до примерно 5 мкм) – в нижние дыхательные пути – в мелкие и средние бронхи, а уже 5-10 мкм частицы – для лечения заболеваний трахеи, глотки.

Размер частиц, в свою очередь, зависит от распылителя, поэтому современные модели небулайзеров всегда продаются с несколькими распылителями – универсальным, для верхних и для нижних отделов дыхательных путей.

Учитывая, что ингаляции проводятся детям, эти приборы часто яркие и веселые, воспринимаются маленькими пациентами, как игрушки.

С каждым годом небулайзеры становятся все более компактными, бесшумными и надежными в использовании. И, конечно, все более популярными. Если раньше эти приборы в основном приобретались семьями, где есть дети, то сегодня небулайзеры необходимы и взрослым людям, страдающим хроническими заболеваниями. Например, с помощью небулайзера пациенты получают гормональную терапию, антисептики, противоаллергические, бронхолитические, антибактериальные препараты.

Если вы пользуетесь небулайзером, нужно помнить, что ингаляции запрещается проводить, если у вас температура тела выше 37,5°C. Также желательно не полоскать горло и не употреблять пищу хотя бы за час или полтора до процедуры. И ни в коем случае нельзя выходить сразу же после ингаляции на прохладный воздух.

### Рейтинг градусников

Уже практически не осталось детских садов и школ, в которых бы пользовались ртутными термометрами, и понятно почему.

Несмотря на исторические достоинства: универсальность (можно измерять температуру в нескольких участках тела), легкость в применении, достоверность полученных сведений и низкую стоимость, ртутный термометр хрупкий и содержит ядовитый металл. А еще измерять температуру нужно довольно долго, и это неудобно, особенно с детьми.

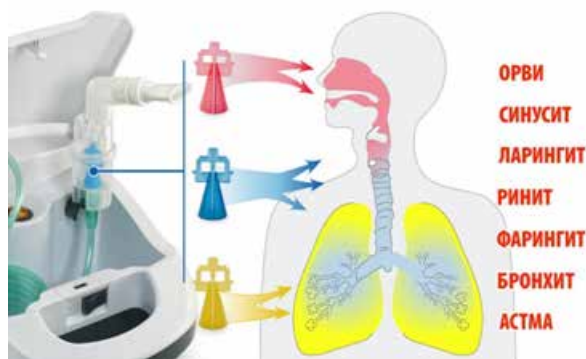


Электронный термометр состоит из терморезистора, который на фоне колебаний температуры способен изменять уровень сопротивления.

Посредством звукового сигнала происходит оповещение о том, что измерение температуры тела завершено. Электронный градусник безопасен в работе, универсален: можно измерять температуру в паху, подмышкой, в прямой кишке, под языком. Цена у прибора адекватная, максимум времени для измерения температуры – три минуты.

Но есть и недостатки: сведения неточные, и приборы довольно быстро выходят из строя.

Инфракрасный термометр идеален. В первую очередь, он полезен для семей, где есть новорожденные. Он также идеально подходит, когда необходимо измерить температуру тела человеку в спящем или бессознательном состоянии. Для использования не всегда требуется контакт с телом.



Такие градусники укомплектованы сверхчувствительным компонентом, реагирующим на инфракрасные лучи, что исходят из человеческого тела. Информацию о температуре можно увидеть на жидкокристаллическом дисплее даже в темноте. Окончание работы прибора оповещается звуковым сигналом.

Инфракрасный термометр выдает результат через две секунды – это главный плюс прибора. Им можно измерить не только температуру тела, но и детской смеси, воды в ванночке.

Недостаток один – приборы относительно дороги, но цена полностью окупается комфортом.

### Аналоги старых приборов

Как бы ни отличались приборы для домашней физиотерапии прошлого века от современных по дизайну, принцип зачастую остается прежним. Например, старшее поколение помнит кварцевую лампу, которую включали родители, чтобы очистить в детской воздух от бактерий. Современные облучатели очень похожи, только выглядят иначе. Они более компактные, эстетичные, надежные и передвижные.

В аптечных салонах продаются аппараты для магнито-, арома-, лазеро-, галотерапии, массажеры, пневмовибраторы – огромное разнообразие приборов.

Но помните: приобретать их нужно по совету врача и только в проверенных аптечных и ортопедических салонах с крепкой репутацией, где соблюдается Закон о защите прав потребителей, выдаются гарантийные талоны, и есть полная ответственность за товар.

Мы живем в такие времена, когда даже лечение становится комфортным. Поэтому достойное медицинское технологическое оснащение должно быть не только в лечебных учреждениях, но и в каждой семье.

## Сеть ортосалонов



«Мединстал»

тел. 218-17-20

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

**Адреса ортосалонов:**

**г. Красноярск**

ул. Карла Маркса д. 137,

тел: (391) 217-80-20

(напротив ЦУМа)

ул. Молокова д. 19,

тел: (391) 217-97-20

(рядом с боулинг-клубом "CUBE")

ул. П. Железняк 3а/1,

тел: (391) 217-80-48

(Краевая больница)

пр. Свободный д.69

тел: (391) 218-17-20

пр. Красноярский рабочий, д. 48

тел: (391) 218-19-20

**г. Железногорск**

ул. Ленина д. 40, тел: (3919) 74-55-65

ул. Кирова, 13, тел: (3919) 77-00-80



Предназначен для ингалирования преимущественно верхних отделов дыхательных путей.

ММАВ 5,0 мкм

Производительность 0,5 мл/мин



Универсальный распылитель для всех отделов дыхательных путей.

ММАВ 4,0 мкм

Производительность 0,4 мл/мин



Предназначен для ингалирования преимущественно нижних отделов дыхательных путей.

ММАО 3,5 мкм

Производительность 0,3 мл/мин



О ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ И ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ СПРАШИВАЙТЕ У ВРАЧА

## УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Журнал «Первая краевая», единственное в крае печатное СМИ с целевой медицинской аудиторией, уже 18 лет распространяется по всем лечебным учреждениям Красноярского края.

Нам очень важно ваше мнение о журнале и рекомендации по его дальнейшему развитию. Просим вас ответить на вопросы читательской анкеты.

Ответы можно прислать на электронную почту: [kkb-red@mail.ru](mailto:kkb-red@mail.ru)

Можно просто позвонить по телефону и сообщить ваше мнение шеф-редактору Елене Семеновой: 8-904-895-30-62

Спасибо, что потратили ваше время.

## Журнал «Первая краевая»

### 1. Читаю:

- впервые
- всегда
- время от времени

### 2. Помогает ли вам журнал «Первая краевая» в работе?

- да
- нет
- иногда

### 3. Больше всего привлекает раздел:

- события
- особый случай
- пока учим – учимся
- от души

### 4. Меньше всего привлекает раздел:

- события
- особый случай
- пока учим – учимся
- от души

### 5. Как вы оцениваете внешний вид журнала?

- отлично
- хорошо
- удовлетворительно

### 6. Каких тем не хватает в нашем журнале?

- новостей из районных ЛПУ
- отечественных медицинских новостей
- зарубежных медицинских новостей
- читательских откликов
- клинических случаев
- научных статей
- материалов о врачах и медицинских сестрах
- официальных документов
- юридических статей
- интервью с VIP-персонами

### 7. Оформили бы вы подписку на журнал «Первая краевая»?

- Да
- Нет

**Ex animo**  
*От души*

## ДМИТРИЙ ЕВДОКИМОВ: «ТОЛЬКО ЛЮБЯ ПРОЦЕСС, МОЖНО ПОЛУЧИТЬ РЕЗУЛЬТАТ»

Хирургу, впервые пересадившему донорскую почку, в апреле исполняется 40 лет.



Сорокалетие – дата, которую не принято шумно отмечать. Наверное, потому что это самый значимый рубеж, граница между молодостью и зрелостью, та самая середина жизни, когда нужно честно и наедине с собой подвести первые итоги.

Наш сегодняшний гость – идеальный сорокалетний. Выполнена обязательная программа: образование, карьера, семья, дети. И «вишенкой на торте» – первая в Красноярском крае трансплантация, исторический факт, которым будут гордиться дети и внуки.

**– Дмитрий Павлович, все мы родом из детства. Как-то не верится, что вы росли паинькой, с таким-то темпераментом.**

– Я был непростым ребенком, до девятого класса не слишком хорошо учился, делал только то, что интересно. А интересны мне были биология и химия, гуманитарные и точные предметы игнорировал.

После девятого класса намеревался поступать в колледж и стал бы бухгалтером, но классная руководительница все же посоветовала остаться в школе. Наверное, чувствовала, что моя любовь к естественным наукам не случайна. В лицее № 2 был биохимический класс, вот его я и окончил.

**– Стройками?**

– Нет, я за полгода догнал по успеваемости одноклассников. Мама сделала для меня все – нанимала репетиторов, поддерживала морально, много работала. Но я понял, что будущее зависит от меня одного, поэтому взялся за ум.

Выбор образования был невелик – либо в технологический на ле-сохимический факультет, либо в медицинский.

Моя бабушка хотела видеть меня врачом, и друзья семьи были медики, в частности, наш известный хирург Николай Петрович Пынь-

ко, заведующий отделением нарушения ритма сердца. В 11-м классе он привел меня в операционную, и хирургия меня заворожила. Так, между профессиями инженера и врача я выбрал медицину.

Поступить помогли курсы при медакадемии – там были вузовские преподаватели и хорошо нас подготовили. Еще помню экскурсию в морг. Я волновался, но понял, что смогу работать в медицине.

**– Как вы попали в краевую больницу?**

– Я из числа тех врачей, что еще в студенчестве не вылезали из операционных. Всегда помнил слова хирурга Пынько о том, что студенчество – не повод терять время, надо нырять в практическую медицину с первых курсов, поэтому с третьего курса по пятницам я дежурил в ККБ в составе хирургической бригады. Кстати, студентам советую поступать так же.

Ни для кого не секрет, что сегодня даже некоторые ординаторы «просто учатся», а работе в операционной уделяют недостаточно времени. Если ассистируют, сразу заметны огрехи: неважное знание анатомии, недостаточные мануальные навыки.

Спасибо моим учителям в ординатуре, прекрасным хирургам и, конечно, профессору Швецкому.

**– В довольно молодом возрасте вы стали заведующим отделением. Сложно управлять коллективом?**

– Сложно, но интересно. Я свои недостатки хорошо знаю – спорю, могу перебить человека, жестко отстаиваю свою точку зрения, потому что не терплю непрофессионализм, будь то врач или санитарка. Но в то же время мне трудно расставаться с людьми, даже если назревает такое решение.

Медицина – эксклюзивное ремесло, врачам и медицинским сестрам сложно менять вид деятельности. Приходится принимать организационные решения, направленные на независимость качества работы от конкретной личности.

Например, я пришел к необходимости оставлять пациента за определенным доктором еще на этапе амбулаторного обследования и вплоть до выписки. Врач в таком случае отвечает за больного на всех этапах: он его госпитализирует, готовит к операции, оперирует, лечит в послеоперационном периоде, выписывает. Врач знает: это его больной и больше ничей, замкнутый цикл. Такая система повышает качество оказания медицинской помощи.

Хотя, конечно, есть врачи нестандартные, которые не нуждаются в административных мерах воздействия – они просто горят на работе. Например, моя коллега, нефролог Эллина Лукичева, которая ведет оперированных пациентов с донорской почкой. Такие люди бесценны.

**– Как вы относитесь к афоризму «Талантливый человек талантлив во всем»?**

– Эту аксиому никто не отменял. В нашей больнице достаточно людей творческих, с организационным талантом, у которых, наверное, получится все, за что ни возьмемся. Могу отметить коллег, заведующих отделениями.



Я рад работать рядом с Павлом Сергеевичем Жегаловым, который щедро делится мастерством с молодыми эндоскопистами, Алексеем Михайловичем Лубниным – у него в четырех отделениях травматологического центра все работает, как часы, Светланой Альбертовной Крыжановской – она неравнодушная, преданная делу и отличный организатор, Вячеславом Юрьевичем Дятловым – он настоящий, самоотверженный врач. Уважаю Сергея Владимировича Сорсунова, Веронику Леонидовну Пругову и других коллег.

Я считаю, что в нашей больнице работает лучший абдоминальный хирург Красноярского края – Дмитрий Леонидович Ложкин. Этот человек умеет делать то, что пока недоступно другим. Я учусь у него.

**– А у вас никогда не было мысли расстаться с медициной?**

– Думаю, такие мысли посещали многих врачей, которые ищут для себя лучшего, что вполне нормально. И меня это не миновало: в 2008 году я хотел уходить из больницы. Работал в приемном отделении, а между дежурствами занимался своим делом.\

У меня получалось в бизнесе, но судьба решила иначе – освободилось место в эндокринной хирургии, и я сделал выбор в пользу профессии.



Была задача – быстро освоить все технологии. Потом я стал заведующим отделением.

**– Чем именно вас привлекла эта должность?**

– Полномочиями, необходимыми для того, чтобы сделать работу отделения лучше, внедрить новые технологии.

Я понимаю, что даже маленькая власть меняет людей, и порой в худшую сторону. Но коллектив хорошо чувствует, когда руководитель думает больше о деле, чем о себе, когда даже его личные амбиции идут на пользу общей работе и пациентам. Мне кажется, никак иначе в медицине уважения не заработать.

**– Давайте о сорокалети, которое не празднуют. Как вам этот возраст? И какие амбиции у почти сорокалетнего Евдокимова?**



– Отличный возраст: можно выделить приоритеты, определиться с задачами и, самое главное, есть время эти задачи решить.

Несколько лет назад главной моей личной задачей была трансплантация почек, и она решена. Завершена, можно сказать, «под ключ».

Сегодня главная задача – осваивать хирургические технологии, которые являются инновационными не только для края, но и для Российской Федерации.

Дело не в том, что я хочу стать лучшим в своем деле. Мне нравится сам процесс. Думаю, только любя процесс, можно получить хороший результат.

**– У вас еще одна важная «задача» – она, вернее, он еще и ходить не начал, наверное.**

– Младшему сыну нет еще и полугода. Меня удивила разница между собственным отношением к рождению старшего мальчика и младшего, удивило, как я повзрослел за 13 лет между двумя детьми. Откуда-то взялось терпение, даже смирение: мы с женой спокойно растим малыша, «не торопим» его, радуемся, что он здоров, ест, спит, плачет, играет.

Я понимаю, что хотел бы дать сыновьям, – смелость жить не по шаблонам, привить им ощущение свободы. И, конечно, мне бы хотелось, чтобы они гордились мной, потому что воспитание – это личный пример.

**– Удачи вам, Дмитрий Павлович.**



## С ДНЕМ РОЖДЕНИЯ, ГАЛИНА ЮРЬЕВНА!



**Врач Дудникова перед юбилеем ушла в отпуск.**

**Отпуск условный - привезли из больницы 13 историй болезни на экспертизу, не соскучишься. Мы говорим по телефону, и эксперт Дудникова ворчит, сопротивляется, не хочет юбилейных статей.**

**Надо, Галина Юрьевна, надо – вам же знакомо это слово.**

**Врачей со стажем более 60 лет в краевой больнице всего двое. Как же вас миновать, такую уникальную?**

Галина Дудникова, в девичестве Коропачинская – человек «клановый»: младшая сестра известного российского дендролога, академика Игоря Коропачинского, тетя красноярских бизнесменов Юрия и Александра Коропачинских. А если копнуть глубже – потомок священнослужителей, дворян и даже министра внутренних дел в правительстве Колчака Петра Флегонтовича Коропачинского.

Но конечно, жизнь начиналась сурово, как у всех советских детей: папа воевал на Дальнем Востоке, будущий академик Игорь в 13 лет стоял у станка на военном заводе, а Галя училась в школе.

Галина Юрьевна вспоминает, что родители и не вмешивались в жизнь детей, так много работали.

Потом начался институт – однокурсниками Галины Юрьевны были будущие ректор КГМИ Граков, знаток деонтологии и литературы профессор Орлов и другие медицинские звезды. В институте Галя занималась спортом – со своим крошечным ростом играла в баскетбол и волейбол. Затем окончила клиническую ординатуру по хирургии. У нее вырисовывалась карьера в детской хирургии, но Галина Юрьевна детишек боялась, как огня – их многие лечебники опасаются. В результате, пришла работать в I городскую больницу, а потом на кафедру общей хирургии. Но из операционной не ушла, несмотря на преподавательскую работу, семью и двух дочек.

Коллега Галины Юрьевны, врач-эксперт Наталья Степанченко вспоминает, что, будучи ассистентом кафедры общей хирургии, Дудникова часто дежурила в I городской больнице и много оперировала:

- Галина Юрьевна была безотказная и очень хорошо относилась к больным. В ней не было снобизма, она видела в пациентах людей, чувствовала их боль. Галина Юрьевна очень добрая, хотя и закрытый человек, совсем не болтливый.

Насчет снобизма в отношениях врач-больной у Галины Дудниковой действительно позиция четкая: не должно быть большой дистанции, и обязательно уважение к человеку, даже если он слаб и уязвим.

А вот насчет закрытости. . . Коллегам, наверное, виднее, но разве дело в словах, в диалоге? Коропачинская-Дудникова человек теплый – даже когда молчит, прямо обволакивает своей мягкой иронией, чувством юмора, любопытством, легкостью.

Когда произносят слово «аристократизм», обычно представляют себе что-то шаблонно утонченное, манерное, холеное. Ничего подобного. Аристократизм – прежде всего, способность одинаково разговаривать с президентом и уборщицей, отсутствие угодливости, внутренняя свобода.

Это и ощущается при общении с Галиной Юрьевной – словами не описать, потому что невербальные это знаки.

Надо ли удивляться, что доктора Дудникову любили – и коллеги, практические врачи, и кафедральные работники, и пациенты.

На кафедре, по воспоминаниям коллег, все вокруг Галины Юрьевны вертелось. Например, профессор Шафер, коренной ленинградец, работал у нас, в Красноярске, но лето проводил дома. Осенний переезд профессора в Сибирь торжественно оформлялся Галиной Юрьевной. Шафера коллеги всегда встречали в аэропорту – он прилетал с женой и . . . кошкой в корзинке.

Конечно, Галине Юрьевне не совсем понятны и близки нынешние молодые доктора.

- Другой век, - грустит доктор Дудникова. – Когда вижу нынешнее поколение, несколько теряюсь.

Конечно, другой век. Во времени Галины Юрьевны осталась великая баба Вера, Вера Филипповна Гливенко, родоначальница краевой детской хирургии, когда-то слушавшая живую Есенина и Маяковского. Там оперирует темпераментный и амбициозный профессор Дыхно. Там несет корзинку с кошкой ее любимой профессор Шафер. Там поет «Черемшину» юный Боря Граков.

Все они живы, потому что жива и, к счастью, здорова и на рабочем посту Галина Юрьевна Дудникова – их ученица, коллега, однокурсница. Как хорошо, что у нее такая живая, подробная, цепкая память.

Всего два года назад Галина Юрьевна потеряла мужа. Бог дал ей долгую и счастливую семейную жизнь, двух дочерей – врача и экономиста. У доктора Дудниковой две внучки – и тоже - одна врач, вторая – экономист. Девчонок своих Галина Юрьевна «перебирает»: первая, вторая, третья, четвертая.

Таня Ваганова, одна из четырех близких и родных, совсем недавно пришла в нашу больницу неврологом в отделение нейрохирургии. Значит, дело Галины Дудниковой живет.

Что пожелать в День рождения человеку, который все успел, все сделал?

Здоровья, конечно. Как можно дольше чувствовать вкус жизни. И дарить нам всем свою лукавую девчоночью улыбку, над которой не властно время.



# Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая  
клиническая  
больница»

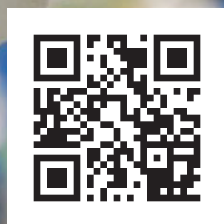


Министерство  
здравоохранения  
Красноярского края

Страховые  
компании  
Красноярского края

Медицинские  
организации  
Красноярского края

**профессионализм**  
**человечность**  
**ответственность**



Все о краевой клинической больнице  
читайте здесь

[www.medgorod.ru](http://www.medgorod.ru)