декабрь 2022 год

№ 11 (86)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1942
2022

краевая
клиническая
больница

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

на фото: Никита Литвинюк, врач-рентгенхирург,
заведующий рентгенхирургическим отделением

В новый год
с новыми планами

Бариатрическая хирургия:
наши первые результаты

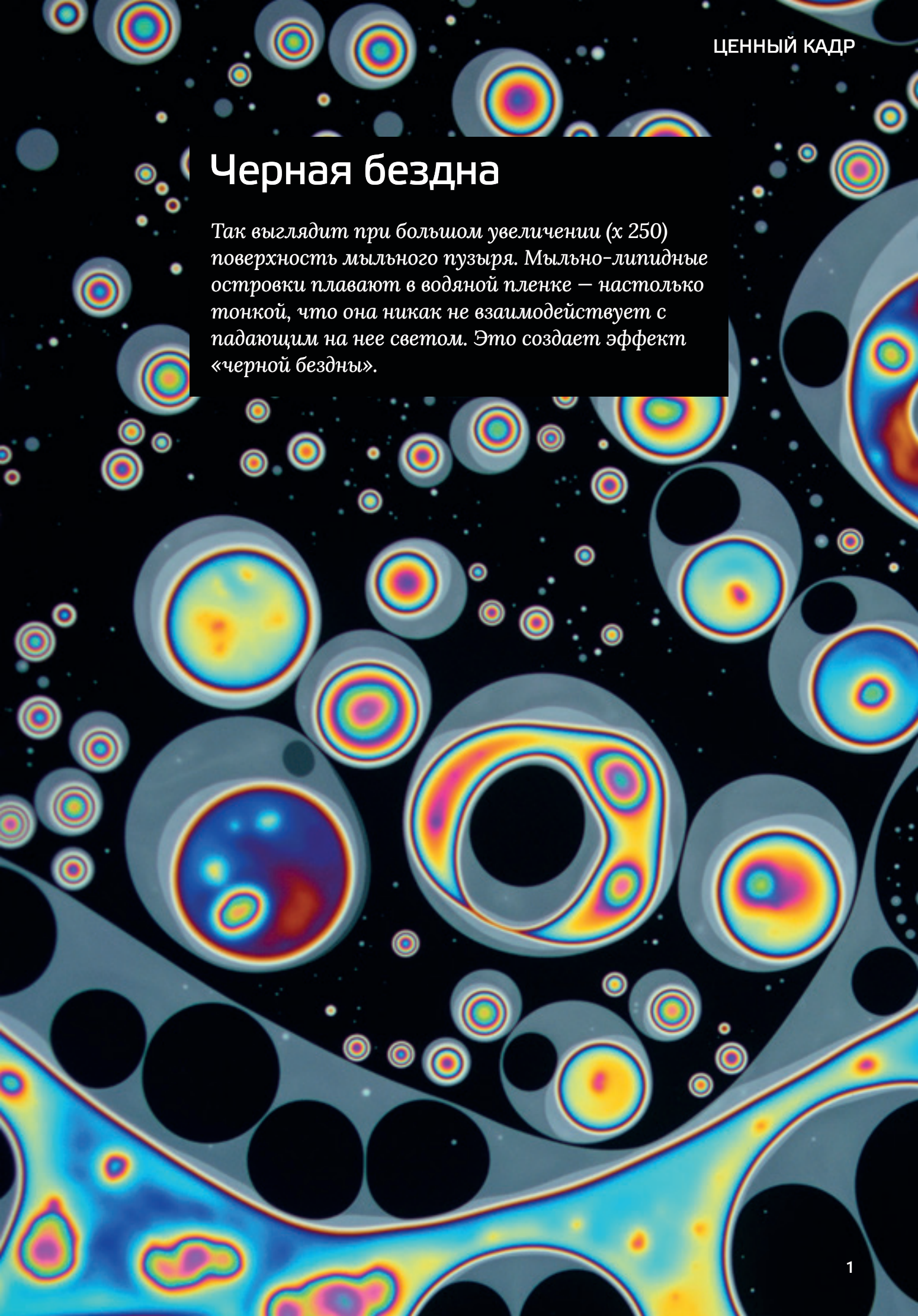
Портреты

Татьяна Попкова
Алена Быкова

Музей Краевой клинической больницы пополнился новым ценным документом

Во время праздничного юбилейного концерта ККБ получила ценный подарок – Вадим Николаевич Янин, главный врач Красноярского краевого центра охраны материнства и детства, преподнес главному врачу ККБ Егору Евгеньевичу Корчагину оригинал «Устава уездного врачебного совета при Царевококшайской уездной земской управе», изданный в 1898 году.

Пожалуй, главным объектом интереса врачей и организаторов в сфере здравоохранения в этом документе является «Инструкция для медицинских чинов», в которой подробно и логично описаны должностные права и обязанности врачей, порядки оказания медицинской помощи в условиях эпидемии и обычных, порядки финансирования медпомощи разным сословиям, проведения профилактических мероприятий, в том числе вакцинации, возможности врачей повышать свою квалификацию и получать ученые степени. Из документа становится ясно, каким большим кругом обязанностей был наделен земский врач, – под его руководством находились не только средние и младшие медицинские работники, но и аптеки. Доктор занимался лечебно-профилактической работой, а также организацией санитарно-эпидемических мероприятий. К примеру, он был обязан посещать, в частности, училища и арестные конторы. Документ содержит аналогичную инструкцию и для земских фельдшеров, акушерок.



Черная бездна

Так выглядит при большом увеличении (x 250) поверхность мыльного пузыря. Мыльно-липидные островки плавают в водяной пленке — настолько тонкой, что она никак не взаимодействует с падающим на нее светом. Это создает эффект «черной бездны».

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-905-976-19-12
e-arbat@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,
Евгения Михайловна Арбатская – шеф-редактор

Редакционная коллегия
д.м.н., профессор С.Г. Вахрушев,
Н.И. Головина, И.В. Чуваков, д.м.н., профессор
И.В. Демко, д.м.н., профессор С.А. Догадин,
д.м.н., профессор Г.В. Матюшин,
С.Л. Нефедова, к.м.н. Г.З. Габидуллина,
д.м.н. А.В. Протопопов, д.м.н. В.А. Сакович,
В.М. Симакова, Е.В. Михайлова,
д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из музея
Истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

Допечатная подготовка, печать
ООО «Знак»
660028, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21

Тираж 999 экз. Декабрь 2022 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

1 **Ценный кадр**

3,5 **Новости**

4 **Слово редактора**

6 **Портрет** | Татьяна Попкова

8 **Портрет** | Алена Быкова

10 **Оргздрав** | Электронный кадровый документооборот

14 **Опыт** | Логопедическая помощь при дисфагии

19 **Casus extraordinarus** | Ожирение – мультидисциплинарная проблема

28 **Casus extraordinarus** | Клинический случай одномоментного протезирования аортального клапана, ВОА, дуги и части нисходящей аорты с реимплантацией устьев КА, протезированием БЦС клапансодержащим гомографтом у пациента с хроническим расслоением аорты II типа по DeBekey

33 **Casus extraordinarus** | Оптикомиелит Девика: вариант клинического дебюта

38 **Оргздрав** | Внутренние аудиты: поиск нарушений VS выстраивание процессов и коммуникаций

41 **Знаменательные даты** | 80 лет отделению лучевой диагностики

44 **Знаменательные даты** | 60 лет гематологической службе Красноярского края

50 **Знаменательные даты** | 30 лет ожоговому центру

54 **Знаменательные даты** | 25 лет отделу сервисного обслуживания и метрологии

56 **События 2022 года**

1 Наши коллеги **погонялись за «лисой»**

Самые решительные сотрудники ККБ приняли участие в традиционном мероприятии спортивного клуба «Горностай». «Погоня за лисой» состоялась на острове Татышев в субботу вечером и имела разные дистанции: 8 км и 14 км. Участников забега не испугал даже 30-градусный мороз. У команды краевой больницы есть результаты, которыми можно гордиться. Поздравляем Виталия Левчука, работника пищеблока, который пробежал 14-километровую дистанцию за 71 минуту, и Андрея Евсеенко, врача – анестезиолога-реаниматолога ОАР №3, одолевшего длинную дистанцию за 87 минут.
Спортивный забег стал одним из мероприятий, посвященных 80-летию ККБ. Еще раз поздравляем и

благодарим всех участников «погони за лисой» за стойкий сибирский характер! Мы гордимся вами!

2 В Краевой больнице планируют создать **центр эндоскопических исследований**

Цель создания мощной диагностической структуры – повысить уровень выявляемости онкозаболеваний на ранних стадиях за счет доступности эндоскопического онкоскрининга.
Реализация проекта займет три года. Сейчас готовится финансовое обоснование по подготовке инфраструктуры. План создания центра эндоскопических исследований включает обучение специалистов, приобретение оборудования, пересмотр маршрутизации пациентов и перераспределение исследований между медицинскими организациями края. Этот вопрос обсуждался министром здравоохранения края Борисом Немиком с главным врачом Егором Корчагиным во время рабочего визита.
Основой нового центра станет эндоскопическое отделение ККБ. К концу года будет сформирован план открытия и поэтапного развертывания нового центра общей мощностью 28 тысяч исследований в год. Сейчас в ККБ ежегодно проводится свыше 9 тысяч эндоскопических исследований.
Первые пилотные проекты по созданию специализированных центров для проведения эндоскопических исследований уже реализованы на базе многопрофильных стационаров Москвы, в настоящее время этот опыт берут на вооружение крупные клиники регионов.

3 Ампутаций ног в Красноярском крае **будет меньше**

Конец осени ознаменовался сразу несколькими событиями у рентгенхирургов ККБ в области эндоваскулярных вмешательств на нижних конечностях.
Так, в течение 2-х дней хирурги Санкт-Петербурга, Сургута и Красноярска в рамках мастер-класса прооперировали семерых пациентов с патологиями нижних конечностей, которые встречаются при сахарном диабете и атеросклеротической ишемии. Рентгенхирурги Никита Литвинюк, Константин Рудых, Сергей Платонов и Павел Кан обменялись опытом в отношении таких вмешательств. Все проведенные операции закончились успешно.
Лесосибирская МРБ стала местом проведения пилотного выезда красноярских рентгенхирургов Алексея Протопопова и Никиты Литвинюка с целью проведения операций на нижних конечностях. Сосудистые центры в Лесосибирске, Ачинске, Канске, Норильске, Шарыпово, Минусинске на протяжении нескольких лет оказывают помощь пациентам с острым коронарным синдромом, следующий этап развития будет направлен на органосохраняющие вмешательства, в частности – эндоваскулярное лечение сосудов нижних конечностей.

Слово редакторов

Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Дорогие друзья, уходящий год ознаменовался для нашей больницы многими событиями, часть из которых перечислена на последних страницах этого выпуска журнала. Но прежде всего полагаю, что мы можем с облегчением вздохнуть и попрощаться с ужасом ковидной пандемии, продлившейся более двух с половиной лет. Эти сложные месяцы мы делали все, зависящее от нас, чтобы помочь справиться нашим пациентам с неизвестным ранее недугом. Старались изо всех сил! Теперь об этом опыте можно будет вспоминать с горечью и улыбкой одновременно. Но это уже в прошлом.

В уходящем году мы стали возвращаться к прежней жизни, к новым планам, развитию того, что было намечено. Наши врачи выполняли новые операции, лечили сложных пациентов, персонал немедицинских подразделений делал все возможное для создания безопасности и комфорта наших пациентов и медиков.

В этом году мы отметили 80-летний юбилей больницы и юбилейные даты наших подразделений, вспоминая наших предшественников и учителей. И вот в завершении года больница стала одной из лучших в Российской Федерации по версии ежегодной премии Росздравнадзора и получила диплом «За качество и безопасность медицинской деятельности».

Я хочу пожелать всем читателям нашего журнала и моим дорогим коллегам в эти непростые времена веры в будущее, позитива и крепкого здоровья!

Евгения Арбатская,
редактор журнала «Первая Краевая»

В этом году как-то по-особенному осознавался ход времени – мы праздновали 80-летие больницы, писали и говорили о людях и их больших делах. Когда вглядываешься в эти многие страницы истории: рассматриваешь лица на желтеющих фотографиях, читаешь о сделанном, – понимаешь, сколько труда было проделано для того, чтобы больница стала сегодня такой. Спасибо предыдущим поколениям врачей, средних и младших медицинских работников, специалистов немедицинских профессий! Спасибо тем, кто работает сегодня.

С наступающим Новым годом, и пусть стабильное развитие будет характеристикой жизни каждого из нас и больницы в целом!

4 Алексей Водовозов в ККБ

1 декабря к нам в больницу с визитом приезжал Алексей Водовозов – российский научный журналист и медицинский блогер, врач-терапевт высшей квалификационной категории, токсиколог. В прошлом – военный врач, подполковник медицинской службы запаса. Автор весьма успешного просветительского блога «Смотровая Военврача», отмеченного различными наградами. В 2019 году он назван одним из самых известных в России популяризаторов доказательной медицины.

В эндокринном зале ККБ Алексей прочел лекцию для сотрудников о просветительской деятельности врача, доказательной медицине. В живом и эмоциональном выступлении прозвучала информация о том, как развивался его youtube-канал, истории про выступления в разных городах, о часто задаваемых аудиторией вопросах и о последних курьезных случаях из сферы «альтернативной медицины». В конце лекции гость ответил на вопросы аудитории.

Далее состоялась короткая экскурсия в отделение скорой помощи ККБ, оперблок и пищеблок. Алексей очень высоко оценил как техническое оснащение больницы, так и организацию производственных процессов, контроль за качеством медицинских и немедицинских составляющих пребывания пациентов в больнице. Закончилась встреча дегустацией ужина, известный журналист попробовал именно те блюда, которые получили в этот вечер пациенты, питающиеся согласно диетическому столу №15, и признался, что такого вкусного больничного ужина ему пробовать не доводилось.

Мы благодарим Информационный центр по атомной энергии за возможность пообщаться с интересным человеком и успешным специалистом.

5 3 декабря в конференц-зале Novotel Krasnoyarsk Center прошла Межрегиональная научно-практическая конференция **«Региональный сосудистый центр. Проблемы и перспективы»**

Впервые с начала пандемии конференция прошла в очном формате и вызвала большой интерес, который был обоснован участием не только представителей научного сообщества, но и врачей-практиков, они показали современные возможности и подходы к оказанию наилучшей помощи пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы.

Информационную поддержку оказали КГБУЗ «ККБ» и ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. Войно-Ясенецкого». Документация по этому мероприятию представлена в комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО. Руководителем программного комитета конференции выступил Сергей Александрович Устюгов, главный внештатный кардиолог министерства здравоохранения Красноярского края, заведующий отделением кардиологии №3 КГБУЗ «ККБ».

Участники настаивают на регулярности этой конференции, на совершенствовании формата, в частности, увеличения пула спикеров как со стороны нашего регионального сосудистого центра, так и за счет привлечения участников из других регионов, среди которых Москва, Тюмень и Красноярск. Более активно предлагается привлекать к участию стационары первичного звена и других участников программы по борьбе с заболеваниями системы кровообращения.

В конференции приняли участие порядка 100 человек, что на сегодняшний день показывает не только широкую вовлеченность кардиологов, терапевтов, врачей общей практики, специалистов организации здравоохранения в обмен опытом, но и подразумевает развитие профессионального мероприятия, увеличения числа участников, повышение заинтересованности специалистов.

Татьяна Попкова

Повар пищеблока ККБ творчески участвует в процессах подразделения и делится рецептами для новогоднего стола.

Расскажите о своем профессиональном пути, как вы оказались в числе сотрудников больницы?

В 2008 году я окончила ПТУ-86, которое находилось на Красной площади. Получила специальность повара-кондитера. Обучение продолжалось три года, и с таким дипломом выпускники могли идти работать на любое предприятие общественного питания – хоть в столовую, хоть в ресторан, хоть в кондитерскую. По окончании училища я работала в ресторане «Шкварок», что раньше располагался на пр. Мира. Там проходила практику, готовила курсовую и осталась работать. Потом был период, когда уходила работать в торговлю. Далее все равно вернулась к работе поваром, в «Красном Яре». А в 2014 году пришла работать в ресторан отеля Hilton Garden Inn, там трудилась восемь лет, затем оказалась здесь.

> Это удивительно, но при том, что мы работаем в больнице, есть возможность творчески реализовываться.

Наверняка есть принципиальная разница в работе повара ресторана и больницы. В чем она?

Конечно. В ресторане стоит задача приготовить вкусное и красивое блюдо, здесь более сложная – нужно приготовить вкусно, дешево и полезно, согласно диетам. То есть в больнице принципиальны соотношение белков, жиров и углеводов, калорийность, отсутствие вредных способов приготовления – зажарки, например, или на гриле. В ресторанных блюдах много приправ и специй, большое внимание уделяется соусам. Здесь мы не можем приготовить острую пищу, очень аккуратно обращаемся с приправами.

Сложно ли было привыкнуть, перестроиться?

Да, там я работала в холодном цехе, здесь в горячем. Огромные объемы приготавливаемой еды меня тоже поразили. Другое оборудование, подходы к процессам.

А что вы любите готовить больше?

Холодные блюда – закуски и салаты. Кондитерские изделия, хоть в дипломе и значится «повар-кондитер», – это не мое.

Кто готовит дома?

Я. Но, конечно же, это другая готовка, не такая, как в больнице или ресторане. Часто варю солянку. Муж порой спрашивает – почему не готовишь дома, как в ресторане? (*Смеется.*)

Вам нравится работать в ККБ?

Да, очень. Здесь хороший коллектив, прекрасные люди – ответственные, отзывчивые, замечательная атмосфера в пищеблоке. Это удивительно, но при том, что мы работаем в больнице, есть возможность творчески реализовываться. Мы стараемся готовить разнообразно и вкусно, похоже, нам это удается!

Посоветуйте, пожалуйста, что приготовить для новогоднего стола. Чтобы рецепты были простыми, а блюда вкусными и праздничными.

- **Форель с овощами**

Форель почистить, вытащить внутренности. Посолить, поперчить, смазать всю оливковым маслом. Для начинки взять 3 помидорки, 2 головки репчатого лука, очищенный лимон, петрушку. Все порезать, посолить-поперчить, добавить масло. Плотно нашпиговать и обложить рыбу. Поставить в духовку на 45 минут, запекать при температуре 200 градусов.

- **Салат «Тбилиси»**

Красную луковицу порезать тонкими полукольцами, замариновать в 9%-ном уксусе с сахаром и солью. Красный болгарский перчик порезать соломкой. 200 граммов говядины порезать соломкой, обжарить, добавить специй. Все выложить в тарелку, добавив баночку красной консервированной фасоли и 50 граммов очищенного грецкого ореха. Туда же добавить чеснок, петрушку, можно кинзу. Посолить, поперчить, заправить растительным маслом, перемешать.

Алена **Быкова**

Санитарка детского ожогового отделения поступила в медицинский колледж на акушерское отделение и мечтает получить сразу два диплома – медицинской сестры и акушерки.

Как вы оказались на этом рабочем месте?
Трудилась санитаркой в ковидном госпитале, в пульмонологическом отделении №7, там старшей медсестрой была как раз старшая ожогового отделения Наталья Геннадьевна Сергиенко, она и предложила мне работать здесь, за что я ей очень благодарна. Пациенты у нас непростые, но я чувствую себя на своем месте.

А как вообще оказались в медицине?
Окончила девять классов общеобразовательной школы, затем лицей – у меня есть специальность «коммерсант торговли продовольственных и непродовольственных товаров». Далее окончила Санкт-Петербургскую академию управления и экономики. И большую часть жизни я посвятила торговле. На протяжении двенадцати лет работала в разных гастрономах сети «Красный Яр», в том числе на руководящих должностях. Когда почувствовала, что устала от торговли, пошла работать в общественное питание, но грянула пандемия, общепит оказался в сложном положении, и мне предложили пройти курсы санитарок и пойти работать в инфекционный госпиталь. Как раз открывался временный инфекционный госпиталь в глазном центре. На работу вышла, как сейчас помню, 7 ноября 2020 года, была вторая «волна».

С какими чувствами выходили на эту работу? Было страшно, непонятно?
Нет, страха не было. Было ощущение новизны, конечно, но сама себе говорила: «Я смогу, я справлюсь».

Вы считаете себя сильным человеком?
Да, я не слабая. Случались такие нюансы, когда нужно было перебороть себя – поначалу довольно тяжело видеть пациентов, которым не хватает кислорода. Боялась увидеть смерть человека. Знаете, когда на твоих глазах пациент задыхается, хочется отдать ему свой кислород, если бы это было возможно. Также нужно понимать, что медикам любого уровня необходима способность к оперативным действиям, хорошая память, большой объем специальных знаний.

> Знаете, когда на твоих глазах пациент задыхается, хочется отдать ему свой кислород, если бы это было возможно.

Как вы реагируете на неадекватное поведение пациентов, которое порой бывает при гипоксии?
С пониманием. Такое происходит не только в инфекционных отделениях – везде. Люди болеют, иногда находятся в измененном состоянии сознания. Это не надо принимать на свой счет, иначе не получится работать. Ожоговые пациенты – это люди, нуждающиеся в максимально нежном обращении как в психологическом смысле, так и в физическом. Случаются разные ожоги и по площади, и по глубине поражения – очень болезненно. Поэтому можно понять возможную агрессию пациентов.

> Очень интересно учиться, и я понимаю, что медицина – это мое.

Хотите далее продвигаться в медицине?
Я поступила в медицинский техникум при 20-й больнице на очное акушерское отделение. Но в планах пройти переподготовку на медицинскую сестру и получить в итоге два диплома. А затем прийти работать в наше отделение уже медсестрой. Очень интересно учиться, и я понимаю, что медицина – это мое. Более того, 13-летняя дочь, глядя на меня, захотела поступить в медицинский.

От бумаги – к цифре: Краевая клиническая больница переходит на кадровый электронный документооборот

Елена Репис,

специалист по кадрам ККБ:

Законодательство активно развивается, поэтому кадровый документооборот (КЭДО) становится доступным. Электронные кадровые документы – цифровые аналоги бумажных. Они заменяют документы, оформленные на традиционных носителях, то есть дублировать их на бумаге не нужно, это облегчает хранение и передачу.

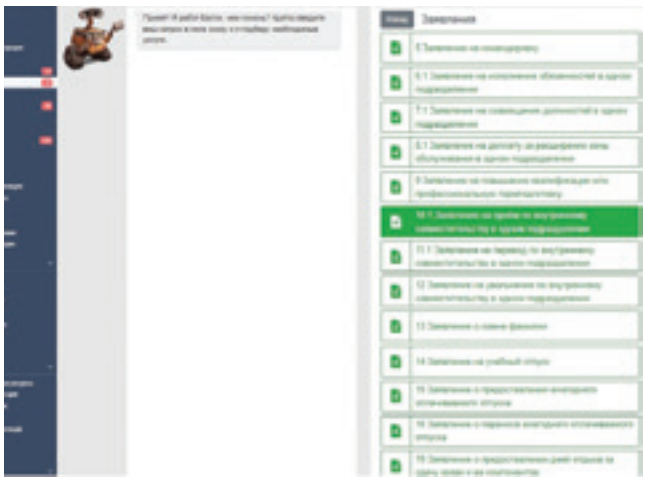
Ежегодно в Краевой клинической больнице оформляются тысячи кадровых документов. Так, например, только заявлений на прием по внутреннему совместительству поступает в отдел 600–700 в месяц. Извечная проблема поиска заявления отнимала много времени, к тому же оно требует согласования нескольких служб. В Краевой больнице все началось с разработки квалиграммы (подробное описание процесса) по одному из заявлений. Но сократить период согласования, который достигал более семи дней, не вышло. Со временем и с развитием многофункционального корпоративного портала MEDICS мы вернулись к идее создания электронного кадрового документооборота сразу после перехода на новую версию 1С: зарплата и кадры государственного учреждения. Это позволило интегрировать две информационные системы.

ШАГ 1.

Создали рабочую группу в составе специалистов отдела автоматизированных систем управления (начальник отдела – Олег Черкашин, ведущий инженер-программист – Алексей Масленников, техник-программист – Алексей Танков) и специалистов отдела кадров службы управления персоналом (заместитель главного врача по кадрам – Екатерина Михайлова, специалист по кадрам – Елена Репис, специалист по кадрам – Мария Новикова). Команда единомышленников собирается еженедельно для обсуждения идей, планов, текущих проблем – организационных и технических.

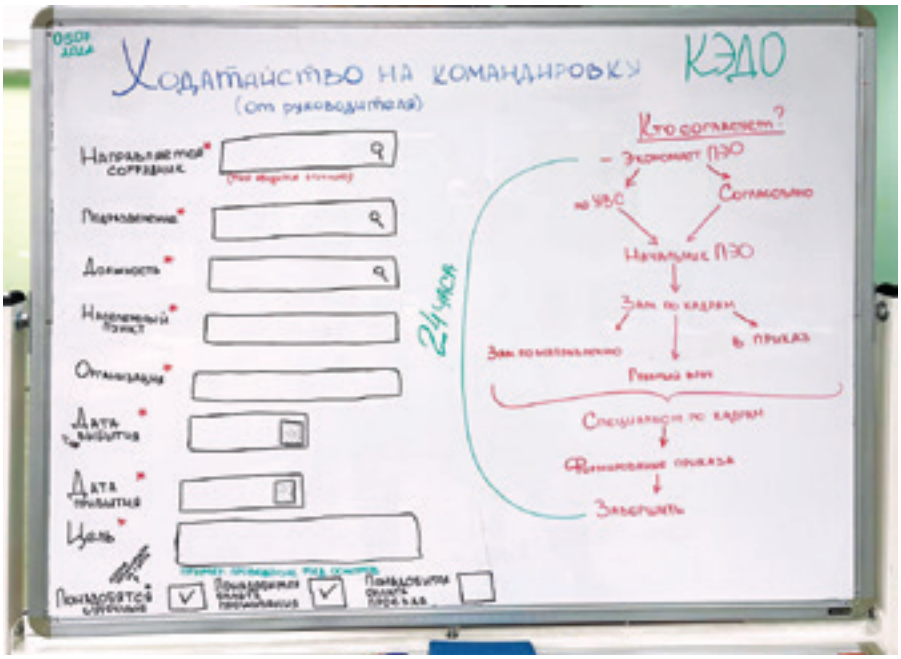
ШАГ 2.

Определили, какие заявления можно (юридически) перевести в электронный формат. На сегодняшний день из 34-х бланков заявлений 18 удалось заменить на цифровой формат, и это самые ходовые: заявление на командировку, на исполнение обязанностей, на совмещение должностей, повышение квалификации, прием по внутреннему совместительству и др.



ШАГ 3.

Описать процесс каждого заявления. Порядок согласования, роли участников, сроки согласования – все это должно быть прописано для технической настройки. Каждый этап предполагает ответственного исполнителя либо группу исполнителей с учетом замещений на период отсутствия.



Для контроля процесса согласования заявления было установлено предельное время для каждого этапа с эскалацией ответственности, чтобы гарантировать сроки выполнения каждого вида заявления для инициатора. Сотрудник при этом может отследить, на каком этапе находится его заявление и какие действия над ним производят.

В заявке предусмотрена возможность вести переписку и оставлять комментарии для уточнения.

Вот пример, как это работает. Вместо бумажного заявления сотрудник на корпоративном портале создает заявку: выбирает нужное заявление, заполняет поля и сохраняет.

15 Заявление о предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска

Услуга: 15 Заявление о предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска

Бланк используется в случае, когда вы хотите пойти в оплачиваемый отпуск вне графика отпусков и у вас есть ранее неиспользованные дни отпуска за предыдущий период.

Внимание! Заявление на ежегодный оплачиваемый отпуск предоставляется в отдел кадров не позднее 10 рабочих дней до даты начала отпуска.

Сроки выполнения: Обычно для выполнения такой заявки требуется **40 рабочих часа(ов).**

Приблизительно заявка должна быть выполнена до **17.11.2022 12:00**

Название заявки: *

Заявление о предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска

Должность: *

Отдел кадров
0000013765 Специалист по кадрам Основное место работы

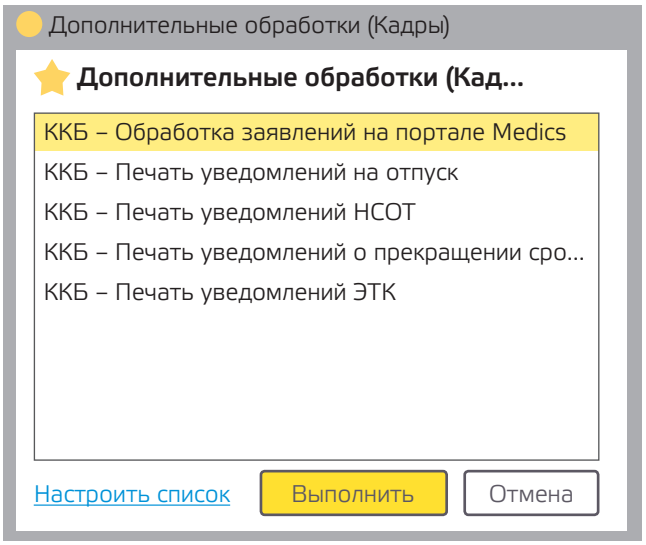
Дата начала отпуска: *

##.##.###

Закрыть Сохранить

Затем заявка начинает путь согласования: попадает непосредственному руководителю, ответственному за ведение табеля, и другим специалистам (службы охраны труда, экономического отдела) в случае необходимости. Каждый согласующий специалист заявку может отклонить и указать причину, согласовать или отправить на доработку.

Но и это еще не все. Специалисты отдела АСУ разработали в 1С подсистему, которая интегрируется с корпоративным порталом, и на основании данных, которые были указаны в заявке, формирует проект приказа. Это значит, что специалисту по кадрам не приходится печатать данные вручную, вся информация подгружается из электронной заявки.



ККБ — Обработка заявлений на портале Medics

Название, описание, номер заявления

Статусы заявлений:

Согласование; Действие; В работе

Подразделения инициаторов:

Травматолого-ортопедическое отделение (сочетанная травма)

Виды заявлений:

Наименование

11.1 Заявление на перевод по внутреннему совместительству в одном подразделении

Список заявлений:

	Номер	Наименование	Описание	Ини...	Подразделение	Дата создания	Статус
✓	284050	Заявление на перевод по внутреннему совместительству	С Травматолого-ортопедическое отделение (сочетанная травма) / Медицинская сестра палатная ...	Шп... Ан... Ива...	Травматолого-орто отделение (сочетанная ...	14.10.2022 14:13:00	Формирование приказа
✓	288424	Заявление на перевод по внутреннему совместительству	С Травматолого-ортопедическое отделение (сочетанная травма) / Врач-травматолог-ортопед ...	Пан... Анд... Иго...	Травматолого-орто отделение (сочетанная ...	01.11.2022 13:29:00	Формирование приказа
✓	288437	Заявление на перевод по внутреннему совместительству	С Травматолого-ортопедическое отделение (сочетанная травма) / Медицинская сестра палатная ...	Ник... Окс... Вла...	Травматолого-орто отделение (сочетанная ...	01.11.2022 13:41:00	Формирование приказа
✓	289186	Заявление на перевод по внутреннему совместительству	С Травматолого-ортопедическое отделение (сочетанная травма) / Медицинская сестра палатная ...	Шп... Ан... Ива...	Травматолого-орто отделение (сочетанная ...	03.11.2022 10:43:00	Формирование приказа

Сформировать приказ

ШАГ 4.

Запустить пилотный проект и масштабировать на всю организацию. Протестировать, как это работает, решили сначала на нескольких подразделениях, в том числе на себе. И уже через месяц в проекте участвовало 12 отделений, спустя полгода – уже 50 структур и почти 2000 сотрудников.

ШАГ 5.

Привести в соответствие локальные нормативные документы, чтобы утвердить порядок обмена и согласования заявлений в учреждении.

В планах перейти на кадровый электронный документооборот с использованием усиленной цифровой подписи. Это позволит практически все виды приказов и документов, с которыми сотрудники должны ознакомиться под роспись, перевести в электронный формат. Законодательная база подготовлена, изменения в трудовом законодательстве позволяют это сделать.

Что позволит переход на электронный кадровый документооборот:

- подавать заявления с компьютера или смартфона;
- получать и отправлять документы в удобное время, без посещения отдела кадров;
- ускорить процесс согласования;
- исключить потерю документа;
- сделать поиск нужного заявления оперативным;
- сократить расходы на бумагу и печать.

Привет! Я робот Валли, чем помочь? Кратко введите ваш запрос в поле снизу и я подберу необходимые услуги.

Я устал и хочу в отпуск

Вот что мне удалось найти (выберите услугу из списка):
Заявление о предоставлении ежегодно оплачиваемого отпуска

Показать все

Кадровый электронный документооборот не перестраивает процессы, а оптимизирует их. Он ускоряет все операции, связанные с документооборотом. С электронным документооборотом процесс становится прозрачным. Согласовать, подписать и отправить документы можно за несколько кликов. Все это не только упрощает процесс взаимодействия сотрудников, но и позволяет создавать комфортные условия для работы.

Логопедическая помощь при дисфагии

Дисфагия – клинический симптом, выражающийся в нарушении координированных последовательных движений мышц в акте глотания, при котором прием пищи или жидкости через рот является небезопасным. Дисфагия является одним из наиболее частых и жизнеугрожающих следствий инсульта и черепно-мозговой травмы, других неврологических заболеваний. Цель этой статьи – показать дисфагию как широко распространенную проблему в неврологической практике, значимость восстановительных методов логопедического воздействия, а также дать качественную оценку применяемого клинического питания при дисфагии.

Оксана Чемиренко,

логопед отделения ранней реабилитации:

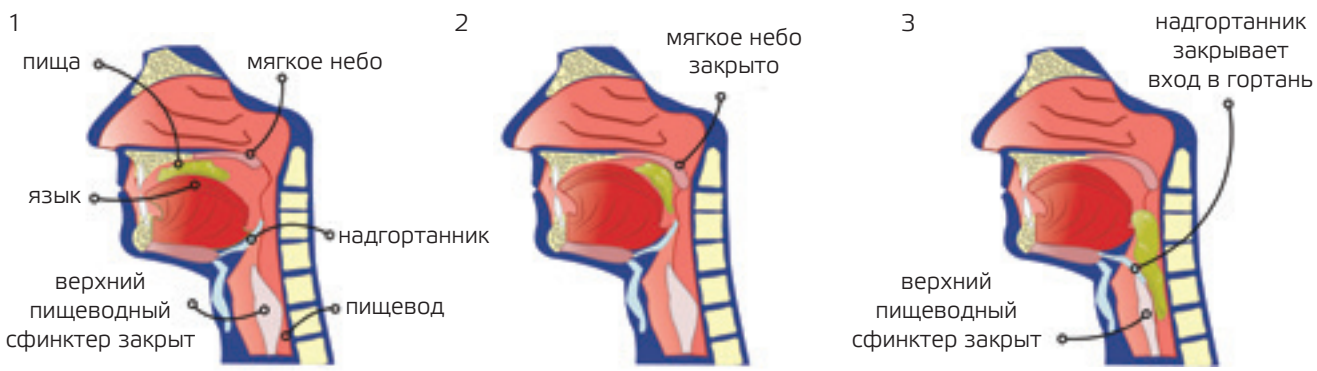
Нарушения глотания могут быть вызваны заболеваниями центральной нервной системы, черепно-мозговыми травмами, хирургическими вмешательствами (при нейрохирургической и челюстно-лицевой патологии); анатомическими аномалиями ротовой полости, глотки, гортани, пищевода.

Мы в свой работе сталкиваемся прежде всего с нейрогенной дисфагией. Она возникает у пациентов с повреждением головного мозга вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы, операций на головном мозге, болезни Паркинсона, рассеянном склерозе, боковом амиотрофическом склерозе, миастении, при деменции различной этиологии.

Так, в клинической картине ишемического инсульта дисфагия – одно из самых частых жизнеугрожающих осложнений. В остром периоде заболевания, травмы почти все пациенты поступают с подозрением на дисфагию, ее выявляют у 19–81% больных.

Осложнениями дисфагии являются аспирация, бронхиты, пневмонии, обезвоживания, недостаточность питания и др. По данным литературных источников, в течение года после ишемического инсульта пневмония развивается у 43–50% больных, летальность достигает 45%. В течение 3 месяцев от начала заболевания нарушения глотания наблюдаются у 14–47% пациентов. Данные осложнения затрудняют проведение реабилитационных мероприятий и ухудшают прогноз на восстановление. Сам факт дисфагии определяет не-

Схема процесса поглощения пищи



обходимость реабилитации на самых ранних сроках лечения, поскольку во время острого периода утраченные функции восстанавливаются наиболее полно.

Первое скрининговое тестирование глотания, так называемый тест трех глотков, проводится не позднее чем через три часа от момента поступления неврологического пациента в стационар. Выполняет тест медицинская сестра строго перед первым приемом таблеток, жидкостей или пищи. Тест включает в себя предварительное анкетирование с указанием статуса сознания пациента, его способность находиться в положении сидя и контролировать положение головы, самостоятельно дышать, произвольно кашлять и иметь сохранные движения мышц языка. Если по одному из пунктов выявляются отклонения, тест глотания воды не проводится, а врач отмечает, что в данный момент питание через рот невозможно, пациенту устанавливается назогастральный зонд (НГЗ) и присваивается статус «ничего через рот» (НЧР).

Тест трех глотков включает в себя последовательный прием трех чайных ложек воды. После каждой оценивается голос пациента, наличие или отсутствие кашля, нарушение дыхания. Если пациент успешно выпил три ложки воды, ему предлагают выпить полстакана воды – так же, последовательными глотками. Если хоть на одном из этапов теста появляются признаки аспирации (кашель, укороченность дыхания, влажный голос), то исследование прекращается. Пациенту устанавливается НГЗ, присваивается статус НЧР и назначается консультация логопеда.

Таким образом, скрининговое тестирование глотания является способом первичной оценки функции и предостерегает пациента от возможного развития осложнений на самом раннем этапе заболевания. Но данный тест глотания не может все же заменить логопедическое и инструментальное объективное исследование.

Задачами обследования пациентов с дисфагиями являются:

- определение неврологического синдрома, которым обусловлена дисфагия;
- определение фазы нейрогенной дисфагии;
- определение индивидуального способа питания (через рот или необходимость альтернативного способа кормления);
- выявление риска аспирационной пневмонии;
- разработка программы реабилитационных мероприятий.

Логопедическое обследование включает в себя оценку речи, дыхания, голоса, праксиса и непосредственно функции глотания. А затем на основе шкал подбирается оптимальная консистенция пищи и жидкости, а также порция безопасного глотка.

Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема (VVT) представляет собой прикроватный метод выявления клинических признаков нарушений глотания: нарушение инициации глотательных движений, возможности манипуляции пищей во рту, изменение голоса после глотка, кашель до или после глотания.

Тест проводится на материале консистенции пудинга, крема, сиропа и воды. Загущается обычная питьевая вода. Для этого используется специальный загуститель на основе ксантановой камеди. Уровень загущения определяется вилочным тестом: сироп-обволакивает вилку и сразу стекает, крем (мед) поддевается вилкой и стекает крупными каплями, пудинг держится на вилке.
Каждая консистенция дается пациенту в трех объемах: чайная ложка, десертная и столовая. На основе данного обследования логопед подбирает консистенцию пищи и жидкости, а также порцию оптимально безопасного глотка.

По определенным показаниям проведение теста на глотание проводится под контролем визуализации. Совместно с врачом-эндоскопистом, лор-врачом и логопедом проводится фиброларингоскопия. Это исследование проводит врач-эндоскопист, лор-врач оценивает глубокие структуры глотания, а логопед проводит тест с материалом объемной вязкости окрашенным контрастным веществом. Целью исследования является выявление парезов, параличей голосовых связок, надгортанника, отсроченного начала глотка, уменьшение объема движений в корневой части языка, скопление материала в синусах и такого грозного симптома, как «немая» аспирация (самопроизвольное затекание материала в голосовую щель без кашлевого ответа).

После проведения необходимых обследований состояние пациента обсуждается специалистами мультидисциплинарной команды (МДК). Определяется способ кормления, цель раннего курса реабилитации, составляется план реабилитационной работы. Логопед расписывает для младшего и среднего медицинского персонала рекомендации по кормлению пациента. В начале 2022 года нами была разработана и утверждена РИ 32.312-2022 под названием «Использование загустителя при кормлении пациента, находящегося на смешанном способе приема пищи, средним и младшим медперсоналом».

краевая клиническая больница основана в 1942	**Алгоритм использования загустителя при кормлении пациента, находящегося на смешанном способе приема пищи, средним и младшим медицинским персоналом, логопедом**	**РИ 32.312-2022** Редакция № 1 от 19.05.2022 г.
Утвердил	Гончарова Н.В. _____	Средства индивидуальной защиты
Согласовал	Русал С.Е., Бояринов А.В., Кузнецов В.Ю.	
Разработал	Чемиренко О.А., Толомеева Н.Г., Головенко Н.Н., Кузнецова А.А.	

Смешанный способ приема пищи: пациент ест пищу определенной консистенции и определенного количества перорально (через рот) с докармливанием через зонд/гастростому

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Почему нужно делать именно так Причина выделения ключевого аспекта
Первичный пробный прием пациенту проводит **логопед** с целью определения рекомендаций по кормлению			
1	Проверить назначения	Ознакомиться с рекомендациями логопеда по кормлению пациента в системе qMS	Для исключения возможной ошибки при выполнении процедуры
2	Провести обработку рук	Провести гигиеническую обработку рук согласно РИ 32.1	Для обеспечения инфекционной безопасности
3	Подготовить пациента	1 Идентифицировать пациента согласно СТУ1.1	Для исключения возможной ошибки при выполнении процедуры
		2 Проинформировать пациента о предстоящем приеме пищи и получить его согласие	Для обеспечения права пациента на информацию
		3 Придать необходимое положение пациенту согласно рекомендациям логопеда	Для предотвращения аспирации при кормлении
		4 Уточнить у пациента, удобно ли ему в данном положении	Для обеспечения комфорта пациенту
4	Укомплектовать стол для кормления пациента	1 Протереть стол для кормления пациента дезинфицирующими салфетками двукратно	Для обеспечения инфекционной безопасности
		2 Сбросить салфетки в отходы класса «А»	Для последующей утилизации
		3 Разместить на столике для кормления: – бокс с питательной смесью **температура смеси 38°С-40°С*	Для комфортного приема пищи пациентом
		– жидкость (чай, какао, компот и т.п.) **температура жидкости 38°С-40°С*	
		– одноразовую посуду (стакан, ложка, тарелка)	Для загущения в ней пищи и дальнейшего кормления
		– индивидуальную/одноразовую пеленку	Для соблюдения чистоты
		– шприц Жане	Для докармливания пациента через зонд/гастростомическую трубку
		– нестерильные перчатки	Для обеспечения инфекционной безопасности
		– банку загустителя	-
		4 Проверить срок годности загустителя **Если загуститель был открыт ранее – срок годности с момента открытия* ***не более двух месяцев***	Для исключения из применения некачественных продуктов
		5 Указать дату вскрытия на крышке загустителя, если открывается впервые	Для контроля срока годности
5	Провести загущение жидкостей до рекомендуемой консистенции **Ориентироваться на «вилочный тест»*	1 Добавить на 100 мл жидкости количество ложек загустителя согласно таблице ниже:	Для исключения аспирации во время приема жидкостей

Консистенция	Кол-во ложек	Вилочный тест
Сироп	1	окутывает вилку, но быстро стекает
Крем (мѐд)	2	стекает с вилки крупными каплями
Пудинг	3	держится на вилке

Срок годности загущенной жидкости: *– при комнатной температуре – 6 часов* *– в холодильнике – 24 часа*	Для исключения из применения некачественных продуктов
2 Указать дату и время загущения жидкости на посуде	Для контроля срока годности

<table>
<tr><th>№</th><th>Что нужно сделать
Наименование этапа</th><th>Как нужно выполнить
Ключевой аспект</th><th>Почему нужно делать именно так
Причинавыделения ключевого аспекта</th></tr>
<tr><td rowspan="4">6</td><td rowspan="4">Провести загущение пищи до рекомендуемой консистенции
*Ориентироваться на «вилочный тест»</td><td>1 Если исходная консистенция пищи «вода» – приготовить необходимую консистенцию согласно таблице, представленной в этапе 5 данного алгоритма</td><td rowspan="2">Для исключения аспирации во время приема пищи</td></tr>
<tr><td>2 Добавить на 100 мл пищи количество ложек загустителя согласно таблице ниже:
<table>
<tr><th>Необходимая консистенция</th><th>Исходная консистенция</th><th>Кол-во ложек</th><th>Вилочный тест</th></tr>
<tr><td>Крем (мѐд)</td><td rowspan="2">Сироп</td><td>1</td><td>стекает с вилки крупными каплями</td></tr>
<tr><td>Пудинг</td><td>2</td><td rowspan="2">держится на вилке</td></tr>
<tr><td>Пудинг</td><td>Крем (мед)</td><td>1</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Срок годности загущенной пищи:
– при комнатной температуре – 6 часов
– в холодильнике – 24 часа</td><td>Для исключения из применения некачественных продуктов</td></tr>
<tr><td>3 Указать дату и время загущения пищи на посуде</td><td>Для контроля срока годности</td></tr>
<tr><td rowspan="4">7</td><td rowspan="4">Покормить пациента согласно рекомендациям по кормлению</td><td>1 Положить индивидуальную пеленку/одноразовую пеленку под наружную часть гастростомической трубки на эпигастральную область</td><td rowspan="2">Для обеспечения инфекционной безопасности</td></tr>
<tr><td>2 Надеть нестерильные перчатки согласно РИ 32.17</td></tr>
<tr><td>3 Покормить пациента через рот согласно рекомендациям по кормлению в qMS</td><td rowspan="2">Для обеспечения полноценного питания пациента</td></tr>
<tr><td>4 Докормить пациента через зонд/ гастростомическую трубку согласно РИ 32.294</td></tr>
<tr><td rowspan="2">8</td><td rowspan="2">Собрать отходы</td><td>1 Поместить в емкость «Отходы. Класс Б»:
– индивидуальную/одноразовую пеленку
– одноразовую посуду
– шприц Жане</td><td rowspan="2">Для дальнейшей утилизации</td></tr>
<tr><td>2 Сбросить упаковку от шприца в емкость «Отходы. Класс А»</td></tr>
<tr><td>9</td><td>Снять перчатки</td><td>Снять перчатки согласно РИ 32.16</td><td>Для дальнейшей утилизации</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Сделать запись о выполненной манипуляции</td><td>Зафиксировать в листе сестринского наблюдения в qMS:
– факт выполнения манипуляции
– объем введенного питания в миллилитрах</td><td>Для правильного документирования процедуры</td></tr>
</table>

Способы питания могут быть следующими:

- альтернативный – через НГЗ либо гастростому (решение вопроса об установки гастростомы принимается коллегиально при отсутствии возможности восстановления функции глотания через 3–4 недели);
- энтеральное – питание с помощью смесей;
- смешанное – частично через рот с докармливанием через зонд либо гастростому;
- пероральное – питание через рот.

В рамках нашей больницы необходимая консистенция пищи для безопасного глотка может быть достигнута двумя способами: первый – на пищеблоке готовую еду доводят до консистенции пюре, а напитки загущают с помощью крахмала.

Второй способ – у кровати пациента медперсонал может загустить зондовое питание и жидкости с помощью аптечного загустителя на основе ксантановой камеди. Таким способом мы имеем возможность перевести пациента на смешанный способ приема пищи

(частично есть через рот с докармливанием через зонд либо гастростому).

Пациент уже на начальном этапе реабилитации может питаться хоть и в небольшом объеме, но самостоятельно через рот. Ведь для человека очень важно ощущать вкус еды, манипулировать пищей во рту, в конце концов, быть причастным к приему пищи, а не являться пассивным участником процесса. Чтобы восстановить глотание – надо глотать!

Помимо подбора консистенции пищи и безопасного глотка логопед проводит индивидуальные занятия с пациентом. Работа включает в себя проведение логопедического массажа, артикуляционной гимнастики, гимнастики на восстановление мышц, участвующих в глотании, растормаживание акта глотания, стимулирование рефлексов (небного, глоточного, корневого), выработку глотательных маневров, непосредственную тренировку глотания материала разной степени вязкости.

Если функция глотания у пациента не восстанавливается в течение месяца от начала реабилитации, то на основании Российских клинических рекомендаций по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения коллегиально решается вопрос о постановке гастростомы. Но это не значит, что с пациентом прекращается реабилитационная работа. Наоборот, наложение гастростомы облегчает выполнение тренировочных упражнений – с зондом это делать гораздо сложнее. Также ввиду своего большего диаметра гастростома, в отличие от зонда, позволяет кормить пациента не только специальными смесями, но и более грубой пищей. Гастростома может стоять как всю жизнь, так и столько времени, сколько нужно для восстановления функции глотания.

Особую нишу в логопедическом реабилитационном процессе занимают пациенты с установленной функционирующей трахеостомой. Для логопеда это своего рода облегчающий инструмент в диагностике дисфагии и при проведении тренировочного глотания. Наличие трахеостомы с манжетой позволяет безопасно «разглатывать» пациента. Сначала тренировки проводятся на раздутой манжете, оценивается наличие или отсутствие материала в надманжеточном пространстве. И после получения достоверных результатов отработанного безопасного глотка переходят к тренировкам глотания на спущенной манжете трахеостомической трубки.

Вопросы об удалении трахеостомы у пациентов с нарушением глотания либо имеющим их ранее в обязательном порядке решаются коллегиально с участием логопеда и после проведения оценки функции глотания на текущий момент времени.

Теперь непосредственно о загустителях, что это такое? Это вещества, увеличивающие вязкость пищевых продуктов. Они улучшают и сохраняют структуру продуктов, оказывая при этом положительное влияние на вкусовое восприятие. Загустители по химической природе представляют собой линейные или разветвленные полимерные цепи, которые вступают в физическое воздействие с имеющейся в продукте водой. Молекулы загустителя свернуты в клубки. Попадая в воду или среду, содержащую свободную воду, клубок молекулы загустителя благодаря сольватации раскручивается, подвижность молекул воды ограничивается, а вязкость раствора возрастает. Загустители используют в виде водных растворов или вводят в водную фазу пищевого продукта. Водные растворы загустителей готовятся непосредственно перед употреблением. Загустители бывают: натуральные (желатин, крахмал, пектин, ксантановая камедь, альгиновая кислота, агар, карраген), полусинтетические (целлюлоза, модифицированные крахмалы). Ксантановая камедь – это природный полисахарид, производится бактериями Campestris Xanthomonas из сахара и патоки.

Таким образом, благодаря корректной логопедической помощи пациентам с нарушением глотания на раннем этапе реабилитации удается сократить риски развития таких грозных осложнений, как бронхиты, пневмонии, обезвоживание, потеря веса, а также успешно пройти весь путь реабилитационных мероприятий до максимально возможного восстановления утраченных функций.

Ожирение – мультидисциплинарная проблема

О.В. Первова, д.м.н., профессор; Б.Б. Хациев, д.м.н., президент «Общества бариатрических хирургов»

Ожирение, по данным ВОЗ, занимает пятое место в списке основных факторов, повышающих риск смерти, и в настоящее время остановить его дальнейшее распространение не удается. Серьезную опасность приобретает растущий процент больных с тяжелыми формами ожирения (ИМТ больше 40 кг/м^2), особенно неблагоприятно влияющими на здоровье и приводящими к инвалидности. В настоящее время почти 2 млрд человек в мире имеют лишний вес, а 650 млн страдают ожирением. Эта проблема актуальна независимо от социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола. В экономически развитых странах почти 50% населения имеют избыточный вес, из них 30% страдают ожирением. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют лишний вес. За последние три года (период пандемии) число больных, страдающих морбидным ожирением, существенно возросло. С этих позиций ВОЗ рассматривает ожирение как глобальную эпидемию, охватывающую миллионы людей.

Необходимо отметить, что в обществе значимость проблемы людей с лишним весом сильно принижается. Так, при исследовании, проводимом в Саудовской Аравии, 100 опрошенных респондентов на вопрос: «Сколько, по-вашему, людей вокруг страдают от ожирения или лишнего веса?» – ответили: 28%. А на самом деле этот показатель был равен 71%. То есть человек с избыточной массой тела не всегда воспринимается окружающими как таковой.

Морбидное ожирение – мультидисциплинарная проблема, требующая определенной специфики как в диагностике, так в лечении. Исходя из этого уже во многие клинические рекомендации добавляются отдельные разделы, касающиеся лечения тучных пациентов, принципов анестезиологического пособия, хирургических методов лечения и т.д. При ожирении повышается риск развития и прогрессирования таких заболеваний, как сахарный диабет, артериальная гипертония, острое нарушение мозгового кровообращения, дислипидемия, синдром ночного апноэ, рак, неалкогольный стеатогепатит, остеоартроз, синдром ночного апноэ, бесплодие, депрессия, желчнокаменная болезнь и др. Продолжительность жизни людей, страдающих ожирением, укорачивается на 5–20 лет в зависимости от пола, возраста и национальности. Всего 50% людей с ИМТ около 40 кг/м^2 имеют шанс дожить до 70 лет. При увеличении ИМТ на 5 единиц риск смертности возрастает на 31% (рис. 1). По данным ВОЗ, ожирение является причиной смерти 10–13% людей в мире.

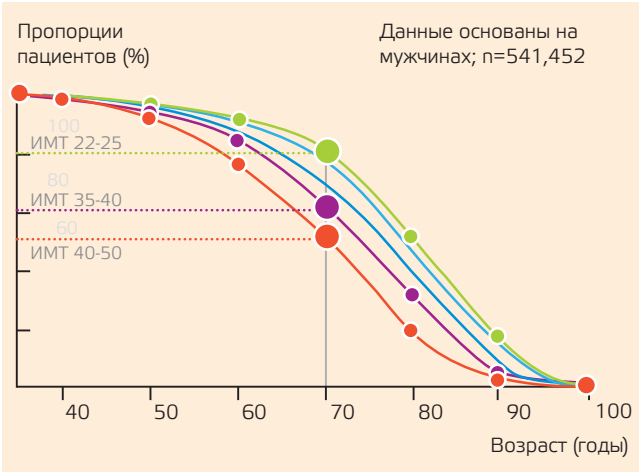


Рис. 1. Продолжительность жизни в зависимости от ИМТ

Потеря лишнего веса, безусловно, положительно влияет на избавление от сопутствующих заболеваний. Так, почти во всех случаях после бариатрических операций сахарный диабет 2-го типа уходит в стойкую ремиссию. У 7% пациентов происходит ремиссия при потере 5% лишнего веса по истечении 12-ти месяцев. При снижении веса на 15% ремиссия наблюдается у 86% пациентов. При нормализации веса резко снижается риск сердечно-сосудистой смертности. Практически у всех пациентов отмечается улучшение липидного профиля крови, ситуации по артериальной гипертензии, артралгиям, снижается

тяжесть обструктивного апноэ во сне и, конечно, всегда повышается качество жизни.

Изменение образа жизни и диетотерапия являются обязательными моментами в лечении ожирения. Однако результаты длительного наблюдения показывают, что несмотря на применение различных программ снижения веса, включающих диетотерапию, фармакотерапию и физические нагрузки, у 90% больных в течение 10 лет не только не происходит снижения массы тела, но и отмечается ее увеличение.

Как довод против бариатрической операции часто приводится возможность похудеть самостоятельно. Обычно такие рекомендации дают люди, не имеющие лишнего веса и не испытывающие все тяготы этого процесса. Дело в том, что зачастую при ожирении самостоятельный сброс веса превращается в мучительный процесс, так как уменьшение массы тела запускает физиологические механизмы, направленные на возникновение голода. С уменьшением расхода энергии, к примеру, запускается цепочка гормональных реакций (в крови увеличивается уровень грелина, падает уровень инкретинов и глюкагоноподобного пептида), которые не только стимулируют желание поесть, но и снижают метаболическую и двигательную активность. Поэтому «худеющему» нужны серьезные и длительные усилия. Даже после приема пищи, в период метаболической адаптации, снижается ощущение сытости и его продолжительность. Вследствие этого даже после эффективного снижения веса удержать его в достигнутых пределах очень трудно и зачастую невыполнимо: чем большее количество килограммов было потеряно, тем сложнее удержать вес. Пациент приходит к пищевому срыву, вес возвращается, и даже в большем объеме.

Рис. 2. Физиологические реакции организма при диете

Может ли медикаментозная терапия дать такие же результаты, как бариатрическая хирургия? Нет, не может, это доказывают многочисленные исследования. Аналоги глюкагоноподобного пептида, ингибиторы инкретинов – диетологи, эндокринологи, говоря об их эффективности, всегда упоминают как об успехе и избавлении от 10-15% лишней массы тела. Бариатрические хирурги считают неэффективными те свои методы, которые в среднем дают потерю 50% и менее. Современные бариатрические методы дают потерю 65-70% лишней массы тела в среднем через 12–18 месяцев после операции, и этот эффект стабильно сохраняется в течение 60-ти месяцев. Да, иногда, к исходу пяти лет у некоторых пациентов начинается возврат веса, порой он достигает 40%, но никогда не возвращается к исходному.

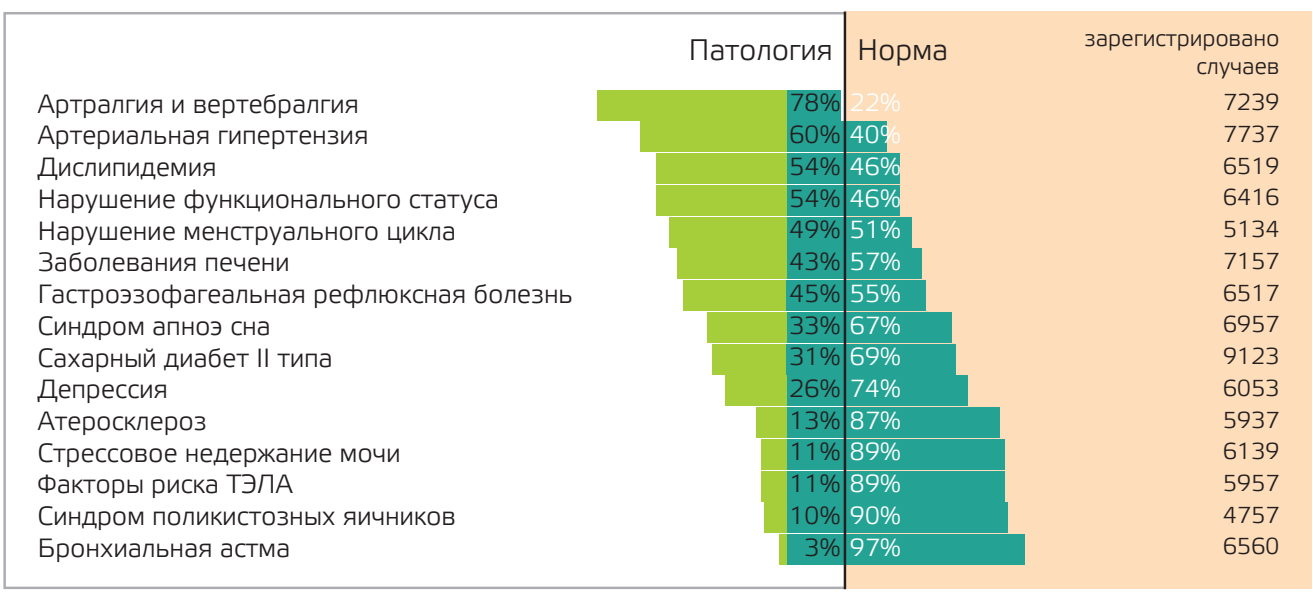


Рис. 3. Анализ сопутствующей патологии у пациентов с ожирением (данные бариатрического реестра России)

Сегодня в России среднестатистический пациент имеет: средний возраст – 41 год, средний вес – 127 кг, средний показатель ИМТ – около 45 кг/м^2. Основная доля из них – пациенты со 2-й и 3-й категорией нарушений по шкале ASA, имеющих существенное влияние на витальные функции. По шкале американской ассоциации анестезиологов (ASA) это, в том числе, и 4-я категория физического статуса, когда имеется угроза витальным функциям организма. На рисунке 3 представлены данные реестра о распределении сопутствующей патологии у бариатрических пациентов.

К бариатрическим хирургам редко приходят пациенты, которые не пытались снижать вес. Большинство из них пробовали различные способы – от диеты и физических упражнений до медикаментозного лечения. И чаще всего одни и те же пациенты в течение жизни предпринимали попытки сбрасывать вес разными методами. Но сегодня точно известно, что пациент, который пересек границу ИМТ в 40 кг/м^2, практически не имеет шансов самостоятельно снизить и удерживать вес. Единичные случаи успехов имеют сенсационную окраску и часто оказываются фейком, так как на поверку получается, что люди прибегали к помощи бариатрических хирургов.
Отдельно стоит сказать о фертильности и ожирении. Репродуктологи часто не берутся решать проблемы с зачатием у женщин фертильного возраста, страдающих ожирением. Поскольку в этом случае существуют потенциальные проблемы не только с зачатием, но и с вынашиванием здорового ребенка, с процессом родов, с грудным вскармливанием.
Кроме того, отдельной группой стоит считать пациентов, переживших или нуждающихся в ортопедической хирургии, в частности, имплантации суставов. Здесь хирурги-ортопеды тоже рекомендуют пациентам избавиться хотя бы от половины лишнего веса, в противном случае результат лечения оказывается под вопросом.

Если на прием приходит пациент с гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2-го типа, ИМТ более 35 кг\м^2, болями в суставах и позвоночнике, нарушенным липидным профилем, синдромом апноэ сна, то, согласно клиническим рекомендациям, он должен быть направлен на консультацию к бариатрическому хирургу. Разумеется, такой пациент будет также направлен на консультацию к эндокринологу, и уже этот специалист может направить к нам (рис. 4).

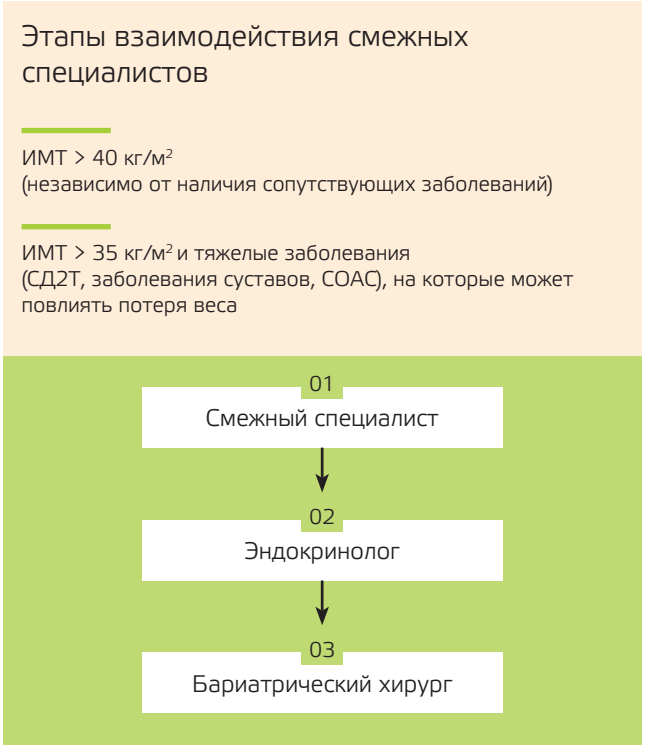


Рис. 4. Этапы взаимодействия врачей при работе с пациентом, страдающим морбидным ожирением

Разумеется, в каждом случае стоит рассматривать и взвешивать перечень показаний к бариатрической операции отдельно. Пациент должен понимать суть и нюансы процесса, быть готовым к сотрудничеству с врачами, понимать, что после операции от него потребуется ряд действий по поддержанию здоровья: прием витаминов, мониторинг показателей крови и состояния органов ЖКТ. Но в арсенале современной медицины есть такой инструмент, который доказал свою эффективность, и было бы нерационально его не использовать в соответствующих случаях.

Бариатрическая хирургия в настоящее время является наиболее эффективным способом лечения ожирения, существенно сокращает как частоту развития сопутствующих заболеваний, так и смертность больных. Кроме того, метаболическая (бариатрическая) хирургия позволяет существенно снизить финансовые затраты на лечение сопутствующих ожирению заболеваний [10, 13]. Сегодня именно хирургические методы являются наиболее эффективными способами лечения морбидного ожирения, входят в национальные клинические рекомендации и включены в перечень ВМП лечения сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома.

В настоящее время у нас есть два вида операций, которые дают наилучший эффект:

1. Рестриктивная – рукавная гастропластика (слив-резекция).
Суть этого вмешательства заключается в уменьшении объема желудка за счет продольной резекции тела и дна желудка таким образом, что из малой кривизны желудка формируется длинный и тонкий «рукав» внутренним диаметром около 1 см. При sleeve gastrectomy удаляется боковая часть желудка, при этом важные физиологические клапаны желудка (кардиальный сфинктер и привратник) сохраняются, и таким образом желудок остается физиологически вполне функциональным (рис. 5.).

Рукавная гастропластика дает стабильное похудение с эффективностью до 80% лишнего веса (в среднем 60%). Появляется все больше данных о выраженном антидиабетическом эффекте рукавной гастропластики в отношении сахарного диабета 2 типа, столь же мощном, как и антидиабетический эффект желудочного шунтирования. Пациенту, перенесшему sleeve gastrectomy, обычно не требуется пожизненный прием больших доз витаминных и минеральных добавок.

Механизм действия рукавной гастропластики не ограничивается механическими факторами, а сама операция затрагивает еще и гормональные факторы. Наиболее изучено сегодня влияние рукавной резекции желудка на гормон голода грелин. Грелин – пептидный гормон, обладающий свойствами гонадолиберина и другими метаболическими и эндокринными функциями. Прогормон грелина продуцируется в основном P/D1-клетками слизистой оболочки фундального отдела желудка, который удаляется в ходе рукавной резекции. Большинство исследований показывает существенное снижение уровня грелина в крови после sleeve gastrectomy.

2. Шунтирующие операции: мини-гастрошунтирование (рис. 6), билио-панкреатическое шунтирование (рис. 7) – рестриктивный компонент за счет уменьшения размеров желудка в сочетании с гипоабсорбцией за счет разделения потоков пищевого комка и пищеварительных соков. При мини-гастрошунтировании из желудка выкраивается трубка объемом около 50–80 мл, аналогичная желудочному рукаву при продольной резекции желудка, и накладывается анастомоз с петлей тонкой кишки на расстоянии 150–200 см от связки Трейтца. Преимуществом этой операции перед продольной резекцией желудка является более выраженный и стойкий эффект снижения массы тела за счет подключения гипоабсорбтивного компонента.

Рис. 5. Продольная резекция желудка

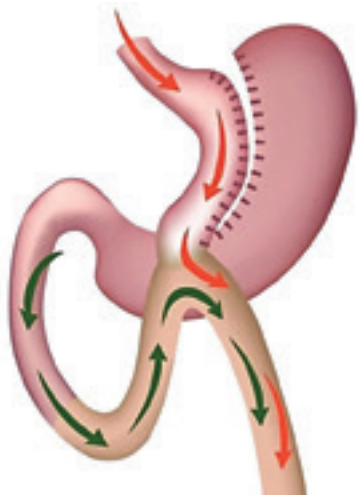


Рис. 6. Мини-гастрошунтирование

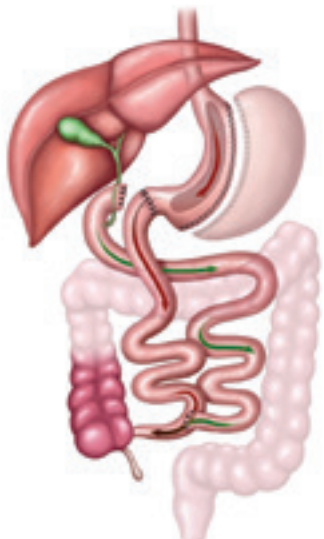


Рис. 7. Билио-панкреатическое шунтирование

С июня 2022 года в ККБ внедрена в работу бариатрическая хирургия в рамках мультидисциплинарного подхода. В команду врачей, принимающих непосредственное участие в подготовке, периоперационном лечении, ведении послеоперационного периода, входят эндокринологи, диетологи, гастроэнтерологи, психологи, психотерапевты, кардиологи, хирурги и анестезиологи. Все специалисты

прошли соответствующую подготовку. Первые вмешательства, выполненные в ККБ профессором Ольгой Владимировной Первовой, прошли под патронажем президента Общества бариатрических хирургов России, заместителя генерального директора клиники эндоскопической и малоинвазивной хирургии, члена Всемирного общества борьбы с ожирением (IFSO) доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Бекхана Баяловича Хациева.

У каждого пациента, перенесшего оперативное вмешательство, была своя история набора лишнего веса, многочисленных попыток его снизить с различной результативностью, но при этом у всех одинаково неудачный опыт удержания достигнутого веса. К моменту принятия решения о необходимости бариатрической операции ни один из них не сомневался в правильности принятого решения, и сейчас, по прошествии 3-4 месяцев после вмешательства, они делятся каждый своей историей.

Пациент П., 51 г.

(ИМТ 44 кг/м^2), оперативное вмешательство – мини-гастрошунтирование.

Проблема с лишним весом началась довольно давно несмотря на активный образ жизни и занятия спортом. После 30-летнего возраста вес начал набираться прогрессивно, не помогали ни диеты, ни физические нагрузки (сказывалась любовь к сладкому, желание поесть, ненормированный рабочий день). Около 14 лет назад пациент впервые предпринял попытку похудеть, прибегнул к модному тогда направлению в бариатрии – установке желудочного бандажа. На фоне этой манипуляции ушло около 30 килограммов веса. Такое вмешательство разделило желудок на две камеры по типу песочных часов, чтобы снизить объем съедаемой пищи. Однако чувство голода через непродолжительный период вернулось, при этом возможность питаться плотной пищей исчезла. Пациент самостоятельно «сдул» бандажное кольцо, но проблема сужения желудка осталась, а потерянный вес не только вернулся, но еще и увеличился до 147 кг. Стали беспокоить проявления гипертонической болезни, начались проблемы с суставами, не давал высыпаться ночной храп, в крови зашкаливал холестерин. К 51 году пациент ощущал себя очень больным человеком и понимал, что дальше будет только хуже.

Первым этапом ему лапароскопически удалили кольцо с желудка, провели весь комплекс диагностических мероприятий, он прошел консультации у психологов, эндокринологов, диетологов, совместно была разработана программа подготовки к основной бариатрической операции. Затем, спустя две недели, пациенту было проведено мини-гастрошунтирование.

«Сегодня, спустя четыре месяца после операции, мой вес – 105 кг (минус 38 кг), и я продолжаю худеть, – рассказывает он. – Доктор говорит, что, скорее всего, похудание будет длиться еще около года. Поскольку мой рост 178 см, то ИМТ на сегодняшний день составляет 33,46, что соответствует ожирению 1-й степени, но я нацелен на достижение абсолютно нормальной формы. За первые два месяца я похудел на 20 кг, затем

Ем маленькими порциями и быстро насыщаюсь. Ограничений никаких не испытываю. Стал гурманом: предпочитаю съесть меньше, но лучшего качества.

вес уходил со скоростью 1 кг в неделю, сейчас около 1 кг за 10 дней. Побочных явлений, о которых предупреждали хирурги, не ощущаю. Веду активный образ жизни.

Как изменилась жизнь? Однозначно в лучшую сторону: ушли практически все болячки: АД в норме, нет необходимости принимать гипотензивные средства, стал больше двигаться, гулять, играть с ребенком, кататься на велосипеде, энергии – хоть отбавляй! Есть ощущение, что я стал намного активнее, одышки нет, могу двигаться целый день, летом много чего сделал на даче. Изменились пищевые пристрастия – теперь мне не хочется сладкого и жирного (а раньше был большим сладкоежкой), люблю овощи, зелень, нежирное мясо и рыбу. Ем маленькими порциями и быстро насыщаюсь. Ограничений никаких не испытываю. Стал гурманом: предпочитаю съесть меньше, но лучшего качества. Дважды поменял гардероб! Теперь мне можно выбирать вещи по своему вкусу, а не то, что шьют для больших людей, я стал модником. Еще один важный момент для мужчин – улучшилась сексуальная жизнь. Я понимаю, что чувствую себя гораздо более молодым и здоровым, даже супруга стала немого ревновать из-за моей моложавости! Настроение просто прекрасное, я каждое утро просыпаюсь и благодарю судьбу и врачей за эту операцию, за возможность снова быть здоровым. Если меня спросить, сделал ли бы я эту операцию раньше, если бы знал, что все будет вот так, отвечу: конечно же, да!»

Пациент А., 44 г.

(ИМТ 41 кг/м^2), нуждался в оперативном лечении по двум причинам: морбидное ожирение, ассоциированное с гипертонической болезнью, ночным апноэ, изменением печени по типу жирового гепатоза. Кроме того, у пациента имелся рецидивирующий гиперпластический полип в пилорическом отделе желудка, который необходимо было удалять хирургическим путем. Мужчина рассказывал свою историю борьбы с избыточным весом. По его словам, он перепробовал все – от диет и спорта до голодания, психотерапии и пр. Но сниженный в процессе упорной борьбы вес возвращался с плюсом к исходному. Пациенту пришлось выполнить не совсем стандартную операцию: продольную резекцию желудка с бульбарным отделом ДПК и дополнительно наложить гастроэнтероанастамоз с выключением порядка 180 см тощей кишки.

Я теперь не живу, чтобы есть, а ем, чтобы жить. С уходом лишних килограммов жизнь для меня изменилась.

«Я очень строго соблюдаю все рекомендации, данные докторами. Что особенно могу отметить по своему периоду после операции? У меня всегда были проблемы с обонянием, но после операции я открыл для себя все запахи заново! Спустя три месяца после операции стал меньше на 36 кг, ощущения голода нет вовсе! Раньше я столько перепробовал разных диет, знал калораж каждого блюда, ходил в зал и тренировался до седьмого пота, но все мои усилия через месяц-другой становились напрасными – вес возвращался. Я соглашусь, что ожирение – это проблема, которая сидит в голове, и ни один человек с избыточным весом честно не скажет, что переедает и плохо контролирует этот процесс. Операция позволила мне взглянуть на проблему питания по-иному. Я теперь не живу, чтобы есть, а ем, чтобы жить. С уходом лишних килограммов жизнь для меня изменилась. Самое главное – я перестал храпеть и стал высыпаться во время ночного сна, теперь я намного активнее днем, судя по анализам, снижается холестерин, уменьшается выраженность жирового гепатоза, подъемов АД больше нет. Интересно, что жирного и сладкого больше не хочется. Еще я острее стал чувствовать качество продуктов. У меня большая семья, и я несу ответственность за всех, теперь мне заботиться о них легче. И еще: у меня есть немного фотографий, когда я был большим. Но какой я на тех снимках и какой сейчас – это совершенно разные люди, даже не верится, что я был раньше с таким избыточным весом».

Пациентка С., 62 года

(ИМТ 54,4 кг/м^2), поступила к нам в клинику тоже с сочетанной патологией, требующей симультанного подхода, – желчно-каменная болезнь и морбидным ожирением 3-й степени. Сопутствующая патология классическая: гипертония, дислипидемия, одышка, артралгии, храп и ночное апноэ. Качество жизни было резко снижено, пациентка практически перестала самостоятельно передвигаться. Она была взята на курацию командой специалистов, подготовлена к вмешательству и успешно перенесла симультанную операцию: лапароскопическая холецистэктомия и продольная резекция желудка.

Соседи меня все спрашивают – как это я так здорово помолодела и летаю по своему огороду. Я не скрываю, честно говорю, что обязана операции. Спасибо докторам ККБ за то, что дали мне шанс.

«Я редко задумывалась о своем лишнем весе, привыкла как-то. Но когда проанализировала, что ведь и не живу в последнее время, а так, переваливаюсь с дивана на кровать и обратно, редко выхожу на улицу, одышка настигала даже при передвижении по дому, – говорит пациентка. – Дошло до того, что, когда я решилась прооперировать свой желчный пузырь, меня ни одна клиника города не захотела взять на операцию, отправили в ККБ. И вот я оказалась тут. Меня согласились прооперировать и к тому же рассказали про уникальные возможности клиники – помочь таким больным, как я. В отделении меня готовили кардиологи, диетологи, занимались со мною психологи, в процессе подготовки к операции у меня уменьшились отеки, я похудела почти на 5 кг, а через 2 часа после операции уже сидела на кровати и не верила, что все позади. Мне сделали продольную резекцию желудка и удалили желчный пузырь, сплошь заполненный камнями. После операции я не раз консультировалась по телефону с Ольгой Владимировной, мы обсуждали диету, мою двигательную активность. Когда ушли первые 10 кг, стало легче передвигаться, уменьшилась одышка, домочадцы говорят, что храпеть стала меньше, а то ведь неудобно было за свой богатырский храп. Через три месяца я уже

стала худее на 20 кг! Одышка исчезла, первые два месяца гипотензивные препараты совсем не употребляла, сейчас в минимальных дозах. Мне пророчили замену коленного сустава, но сейчас боли практически ушли, я соблюдаю рекомендации, стараюсь кушать как положено, правда, первое время кушала хлеб, но сейчас перестроилась и предпочитаю, как доктор советовал, белковую пищу. Соседи меня все спрашивают – как это я так здорово помолодела и летаю по своему огороду. Я не скрываю, честно говорю, что обязана операции. Спасибо докторам ККБ за то, что дали мне шанс. Только сейчас я поняла, как сильно влияет ожирение на все: подрывает здоровье, желание жить, следить за собой. А ведь это все развивается постепенно – с годами, и человек порой даже не замечает, что это неправильно, что так нельзя и что может быть по-другому. У меня сейчас жизнь началась с нового листа!»

Все пациенты были выписаны на 3-4-й день после операции, в настоящее время выполняют рекомендации и делятся с нами своими достижениями по снижению веса. Все они были осмотрены и обследованы по программе послеоперационного наблюдения, предусмотренной через один и три месяца. Результаты отличные.

Список литературы

1. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Шестакова Е.А., Яшков Ю.И., Неймарк А.Е., Бирюкова Е.В., Бондаренко И.З., Бордан Н.С., Дзгоева Ф.Х., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Романцова Т.И., Старостина Е.Г., Стронгин Л.Г., Суплотова Л.А., Фадеев В.В. // Ожирение и метаболизм. 2018. – 15(1). – С.53-70.

2. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» // Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В., Майоровой А.Ю.

3. Постановление правительства РФ № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» от 10 декабря 2018 г.

4. Wille-Jorgensen P, Guenaga KF, Matos D, Castro AA. Pre-operative mechanical bowel cleansing or not? an updated meta-analysis. Colorectal disease : The official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland https://doi.org/;7(4):304-310.doi: 10.1111/j.1463-1318.2005.00804.x.

5. ASMBS updated position statement on prophylactic measures to reduce the risk of venous thromboembolism in bariatric surgery patients. Society for Metabolic & Bariatric Surgery Clinical Issues Committee. ASMBS updated position statement on prophylactic measures to reduce the risk of venous thromboembolism in bariatric surgery patients. Surgery for obesity and related diseases: Official journal of the American Society for Bariatric Surgery 2013;9(4):493-497.

6. Melinek J, Livingston E, Cortina G, Fishbein MC. Autopsy findings following gastric bypass surgery for morbid obesity. Archives of pathology & laboratory medicine 2002;126(9):1091-1095.

7. Flum DR, Belle SH, et al. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery Consortium. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. The New England journal of medicine 2009;361(5):445-454. PMID:19641201.https://doi.org/10.1056/NEJMoa0901836.

8. Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, Ubbink DT, Cense HA, Engel AF, et al. Laparoscopy in Combination with Fast Track Multimodal Management is the Best Perioperative Strategy in Patients Undergoing Colonic Surgery. Annals of Surgery 2011;254(6):868-875. PMID:21597360.https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31821fd1ce.

8. Soni N. British Consensus Guidelines on Intravenous Fluid Therapy for Adult Surgical Patients (GIFTASUP): Cassandra's view.. Anaesthesia 2009;64(3):235-238. PMID:19302633.https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.05886_1.x.

9. Holte K, Foss NB, Andersen J, Valentiner L, Lund C, Bie P, et al. Liberal or restrictive fluid administration in fast-track colonic surgery: a randomized, double-blind study. British Journal of Anaesthesia 2007;99(4):500-508. https://doi.org/10.1093/bja/aem211.

PMID:24000011.https://doi.org/10.1002/14651858.CD006004.pub4.

10. Chopra T, Marchaim D, Lynch Y, Kosmidis C, Zhao JJ, Dhar S, et al. Epidemiology and outcomes associated with surgical site infection following bariatric surgery. American Journal of Infection Control 2012;40(9):815-819. PMID:22325729.https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.10.015.

11. Moussa AA, Oregan PJ. Prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic bariatric surgery-granisetron alone vs granisetron combined with dexamethasone/droperidol. Middle East journal of anesthesiology 2007;19(2):357-367. PMID:17684876.

12. Karanicolas PJ, Smith SE, Kanbur B, Davies E, Guyatt GH. The Impact of Prophylactic Dexamethasone on Nausea and Vomiting After Laparoscopic Cholecystectomy. Annals of Surgery 2008;248(5):751-762. PMID:18948802.https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181856024.

13. Mendes MN, Monteiro Rde S, Martins FA. Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in morbidly obese patients undergoing laparoscopic gastroplasties: a comparative study among three methods. Revista brasileira de anestesiologia 2009;59(5):570-576. PMID:19784512.

14. Benevides ML, Oliveira, Sérgio S de Souza, de Aguilar-Nascimento JE. The Combination of Haloperidol, Dexamethasone, and Ondansetron for Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: a Randomized Double-Blind Trial. OBES SURG 2013;23(9):1389-1396. PMID:23529851. https://doi.org/10.1007/s11695-013-0923-1.

16. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Timothy Garvey, W, Hurley DL, Molly McMahon, M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient-2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases 2013;9(2):159-191. https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.12.010.

17. Elliott JA, Patel VM, Kirresh A, Ashrafian H, Le Roux CW, Olbers T, et al. Fast-track laparoscopic bariatric surgery: a systematic review. Updates Surg 2013;65(2):85-94. PMID:23371325.https://doi.org/10.1007/s13304-012-0195-7.

18. Harper J, Madan AK, Ternovits CA, Tichansky DS. What happens to patients who do not follow-up after bariatric surgery. The American surgeon 2007;73(2):181-184.

Клинический случай одномоментного протезирования аортального клапана, ВОА, дуги и части нисходящей аорты с реимплантацией устьев КА, протезированием БЦС клапансодержащим гомографтом у пациента с хроническим расслоением аорты II типа по DeBekey

А.В. Пустовойтов, П.Е. Ерахтин, А.В. Кузнецов, Г.А. Усик, А.В. Мызников, Г.И. Каптюк, Е.А. Билоус, С.С. Петров, И.В. Утьманова

Сегодня заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смерти (Мареев В.Ю., 2000; Aronow W.S., 2006). В структуре причин, ведущих к смертности в России, согласно данным Росстата, в 2019 году смертность от ССЗ в РФ составила 573,7 на 100 тыс. населения. Абсолютные потери от ССЗ – около 841 175 человек в год. Основное место в структуре ССЗ по-прежнему занимает ишемическая болезнь сердца. По данным отчета Росстата, всего за 2018 год зарегистрировано 161 300 случаев острого инфаркта миокарда, что превышает показатели 2017-го (158 600 случаев) и 2010-го (155 600 случаев на 100 тыс. населения) годов.

При этом вопросам хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) уделяется очень большое внимание, и многие решения уже найдены, а хирургическое лечение заболеваний аорты все еще связано с высоким риском (Бокерия Л.А., 2007; Al-Hashimi S., 2013). Причиной этому во многом является крайне высокая сложность хирургического лечения, а также интраоперационные и послеоперационные осложнения (Cerillo A.G., 2007; Habib R.H., 2003). В особенности это касается хирургического лечения аневризм дуги (ДА) и торакоабдоминального отдела аорты (ТАА).

Диагностика и лечение аневризм грудного отдела аорты на сегодняшний день является важной медицинской и социальной проблемой. Количество случаев данной патологии – более 10 на 100 тыс. населения (Ladich E., 2016) и постоянно увеличивается. По мировым данным, частота аневризм аорты (АНА) достигает 1,55% при аутопсиях пациентов, умерших от неизвестных причин.

Расслоение аорты – одно из самых опасных острых состояний в сердечно-сосудистой хирургии. Заболеваемость, по различным исследованиям, составляет от двух до шести случаев на 100 тыс. населения. Естественное течение расслоения аорты 1-го типа по DeBakey связано с крайне высокой летальностью. В 40% случаев смерть наступает непосредственно в момент манифестации расслоения, далее при поражении проксимальных отделов аорты летальность нарастает со скоростью один процент в час и к концу 1-й недели достигает 80–94%. Заболеваемость выше среди мужчин и увеличивается с возрастом. Прогноз хуже у женщин – в результате атипичных проявлений и поздней диагностики.

Наиболее распространенным фактором риска, связанным с расслоением аорты, является плохо контролируемая артериальная гипертензия, которая наблюдается у 65–75% лиц. По данным регистра IRAD, средний возраст больных – 63 года, при этом 65% из них – мужчины. Другими факторами риска являются ранее существующие заболевания аорты или аортального клапана, семейный анамнез заболеваний аорты, перенесенные операции на сердце, курение, тупые травмы грудной клетки и использование наркотических препаратов. По данным аутопсий, примерно у 20% погибших в результате ДТП был разрыв аорты.

Основные клинические проявления и осложнения у пациентов с острым РА

	Тип А	Тип В
Боль в груди	80%	70%
Боль в спине	40%	70%
Резкое начало боли	85%	85%
Миграция боли	<15%	20%
Аортальная недостаточность	40-75%	N/A
Тампонада сердца	<20%	N/A
Ишемия или инфаркт миокарда	10-15%	10%
Сердечная недостаточность	<10%	<5%
Плевральный выпот	15%	20%
Обморок	15%	<5%
Серьезный неврологический дефицит (кома/инсульт)	<10%	<5%
Повреждение спинного мозга	<1%	NR
Мезентериальная ишемия	<5%	NR
Острая почечная недостаточность	<20%	10%
Ишемия нижних конечностей	<10%	<10%

Примечание: NR – не сообщается, NA – не применяется. Проценты округлены.

Рис. 1. Клинические проявления (рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты)

Боль в груди является наиболее частым симптомом острого РА. Резко начавшаяся сильная боль в груди и/или в спине считается наиболее типичной. Она может быть острой, разрывающей, похожей на удар ножом и, как правило, отличается от других причин боли в груди. Резкость начала боли является наиболее специфической характеристикой. Частой локализацией боли является грудная клетка (80%), в то время как боль в спине или в животе встречаются в 40 и 25% случаев. Боль может мигрировать из точки возникновения в другие области, следуя за распространением зоны расслоения по ходу аорты.

Согласно рекомендациям ESC (Европейское общество кардиологов) по диагностике и лечению заболеваний аорты, лечение подобных пациентов в идеальной ситуации должно проводиться в «клиниках аорты», с задействованием мультидисциплинарной (аортальной) команды для гарантированного принятия оптимальных решений в каждом конкретном случае, особенно в хронических стадиях заболевания.

Краевая клиническая больница является одним из немногих центров, занимающихся проблемой острого расслоения аорты, а в Красноярском крае – единственная клиника, в которой круглосуточно возможно проведение всех необходимых диагностических мероприятий и оказание высокотехнологической медицинской помощи аортальной командой.

Ежегодно оперативное лечение с острым расслоением аорты разных типов проводится в среднем 15–35 пациентам.

Специалисты Краевой клинической больницы

одними из первых в России применили методику гибридных вмешательств для уменьшения риска и объема хирургической агрессии. Внедрение методики билатеральной перфузии головного мозга в условиях циркуляторного ареста позволило в значительной степени снизить неврологические осложнения у данной группы пациентов.

Хотим представить клинический случай одномоментного протезирования аортального клапана, восходящего отдела, дуги, части нисходящей аорты с реимплантацией устьев коронарных артерий, протезирование брахиоцефальных сосудов криоконсервированным клапансодержащим гомографтом аорты у пациента с хроническим расслоением II типа по DeBekey.

Криоконсервированный гомографт такого типа, по данным В.А. Балсуновского, применяется лишь в двух центрах в России: РНЦХ им. академика Б.В. Петровского (Москва) и Клинике аортальной и сердечно-сосудистой хирургии первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва). В Красноярском крае впервые был применен криосохраненный гомографт такого типа, а также выполнен подобный объем оперативного вмешательства.

Больной Б., 62 года, в августе 2022-го поступил в ККБ с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, в горизонтальном положении лежа на спине; повышение АД максимально до 200 мм рт.ст., колющую боль в области сердца. Судя по анамнезу, в апреле того же года находился на стационарном лечении в г. Абакан с клиникой отека легких, выписан с улучшением, направлен в ККБ для дообследования и дальнейшего лечения.

По данным ЭхоКГ при поступлении: аневризма в области восходящего отдела и расширение корня. Восходящий отдел аорты 5,7 см. Градиент давления максимальный – 10 мм рт.ст. Регургитация – 3-й степени. Дилатация полостей ЛП, ЛЖ, расширены полости ПП, ПЖ. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. СДЛА 49 м рт.ст.

Учитывая данные ЭхоКГ, пациенту выполнили МСКТ-аортографию, на которой определяется расслоение корня аорты в области коронарных синусов и восходящего отдела проксимальнее устья БЦС – II тип по Дебейки (DeBakey). Восходящий отдел аорты аневризматически расширен от 4,73 см до 5,63 см. Диаметр перед устьем БЦС – 5,8 см, левой ОСА – 3,9 см, левой подключичной артерии – 3,4 см. Устья БЦА не изменены.

Перекалибровка диаметра дуги дистальнее устья левой подключичной артерии от 2,5 см до 4,1 см. Нисходящая аорта – 2,7–3,6 см, на уровне чревного ствола – 2,9 см, на уровне почечных артерий – 2,9 см, перед бифуркацией – 2,8–3,0 см, правая ОПА – 1,6 см, левая ОПА – 1,8 см. (рис. 1/2/3)

На основании проведенных исследований был выставлен диагноз: хроническое расслоение аорты II типа по DeBekey; выраженная аортальная недостаточность; умеренная митральная недостаточность. Запланировано оперативное

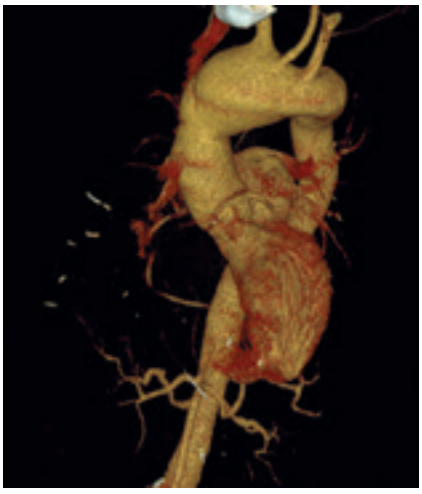


Рис. 2. Аневризма восходящего отдела аорты с признаками хронического расслоения II типа по DeBekey (3D-проекция)

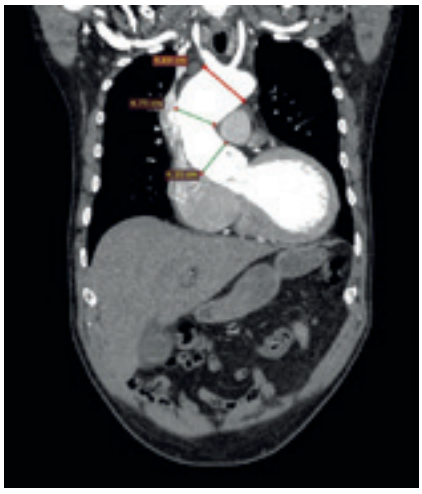


Рис. 3. Аневризма восходящего отдела аорты с признаками хронического расслоения II типа по DeBekey (фронтальная проекция)

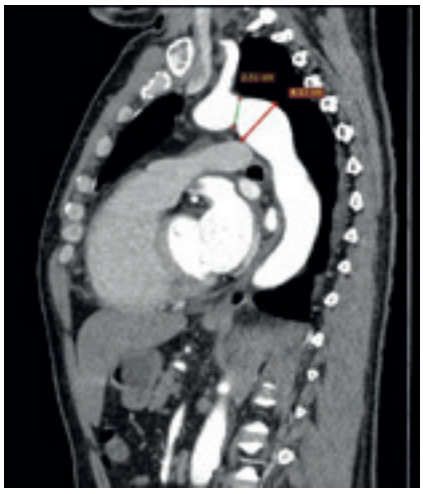
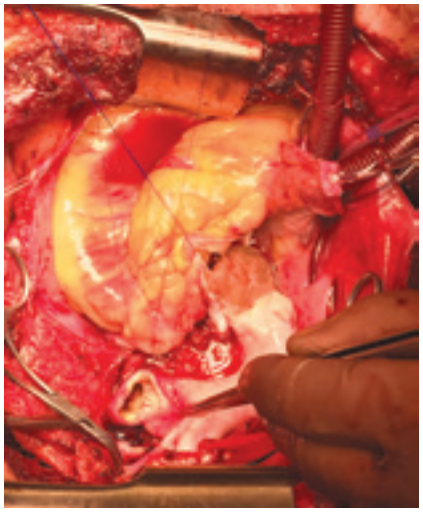
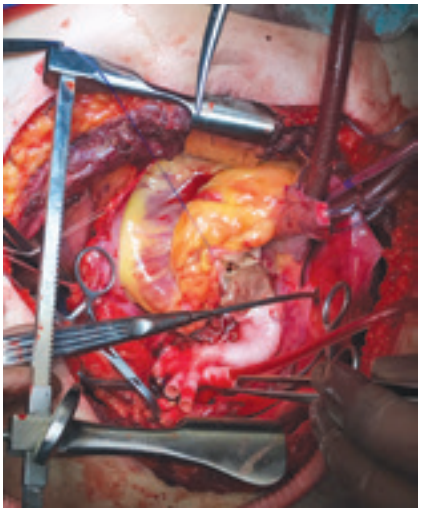


Рис. 4. Аневризма восходящего отдела аорты с признаками хронического расслоения II типа по DeBekey (сагитальная проекция)

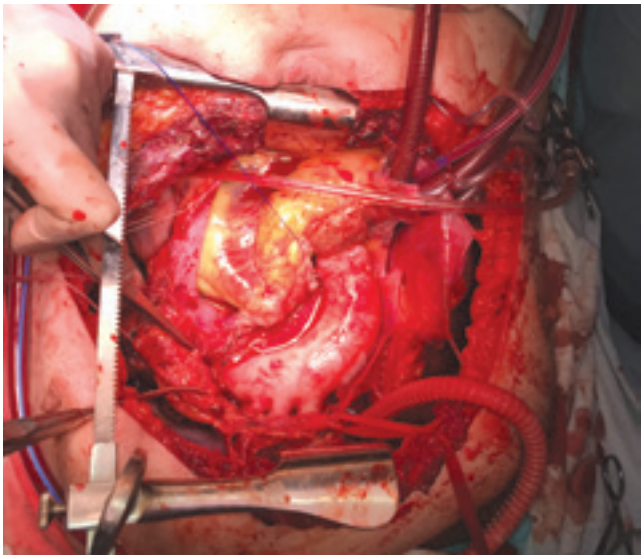
Гидравлическая проба, осмотр гомографта



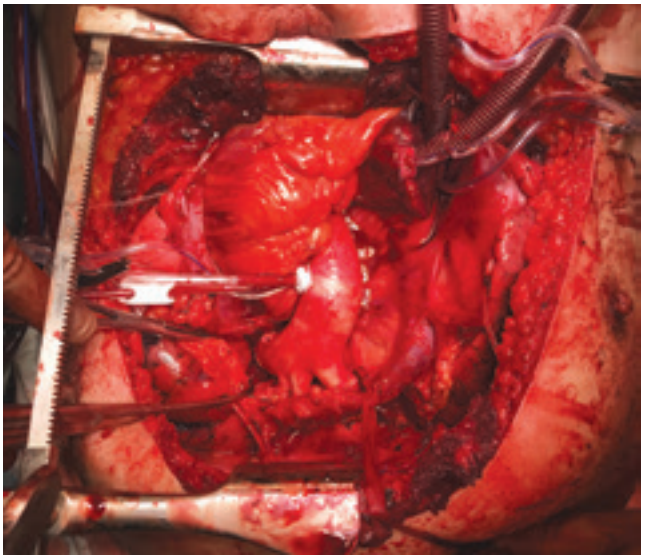
Создание дистального анастамоза



Протезирование брахиоцефальных сосудов



Снят зажим с аорты (проксимальный анастамоз не наложен)



Законченный вид имплантации гомографта

лечение в объеме протезирования аортального клапана, восходящего отдела, дуги аорты и части нисходящей аорты. Учитывая планируемый объем операции, нами было принято решение выполнить чрездвуплевральную торакотомию для наилучшей визуализации и большей интраоперационной мобильности.

Техника операции. Чрездвуплевральный доступ по 4-му межреберью. Грудина пересечена поперек. Края надкостницы обработаны коагуляцией, губчатое вещество – воском. Левая и правая внутригрудные артерии пересечены, прошиты. Вскрыты правая и левая плевральные полости.

Аорта в восходящем отделе расширена до 55 мм. Выделение аорты, брахиоцефального ствола и левой общей сонной артерии с мобилизацией левой брахиоцефальной вены, а также нисходящей аорты. Выделена левая общая бедренная артерия. Канюляция общей бедренной артерии. Бикавальная канюляция, дренаж левых отделов через правую верхнедолевую легочную вену. Начата перфузия с охлаждением до 22 градусов. Пережат БЦС, наложен анастамоз с сосудистым протезом №7 по типу конец в бок. Начата монополярная антеградная перфузия ГМ. Аорта пережата в нисходящем отделе. Аортотомия. При ревизии расслоение аорты от правого коронарного синуса с переходом на восходящий отдел. Кардиоплегия на фоне фибрилляции миокарда в устья коронарных артерий раствором Кустодиол 2000 мл. Ревизован аортальный клапан. Створки тонкие. Некоронарная створка

растянута, выраженно пролабирует в полость ЛЖ. Клапан иссечен. Аорта иссечена до нисходящего отдела. Наложен дистальный анастамоз с криоконсервированным клапансодержащим гомографтом аорты №23, двурядным обвивным швом. Гомографт уложен в позицию аорты. Отхождение БЦС соответствует нативным сосудам. Выполнены анастамозы с ПКА, ЛСА, БЦС гомографта и пациента по типу конец в конец. Снят зажим с нисходящего отдела аорты, прекращена монополярная перфузия головного мозга. После снятия зажима контроль состоятельности клапана аорты гомографта. Зажим аорты переложен проксимальней, перед устьем БЦА. Коронарные артерии выделены на площадках. Сформирован анастамоз с левой коронарной артерией и устьем таковой же на гомографте. В позицию аортального клапана обвивным швом имлантирован клапансодержащий гомографт (проксимальный конец). Заключительным этапом сформирован анастамоз между правой коронарной артерией и местом отхождения таковой же на стенке гомографта. Снят зажим с аорты.

Восстановление сердечной деятельности на 2-й минуте после ЭИТ. Время искусственного кровообращения – 250 минут. Время окклюзии аорты – 158 минут. Время антеградной перфузии головного мозга – 60 минут. Пациент переведен в отделение реанимации. На фоне кардиотропной поддержки дофамин 5.2 мкг/кг/мин., норадреналин 0.2 мкг/кг/мин. Экстубация через 22 часа после операции. Реанимационный койко-день составил четверо суток. Общий объем кровопотери по дренажам за время пребывания в реанимации составил 1850 мл. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Для контроля и оценки динамики пациенту выполнялась МСКТ-ангиопульмонография (аппарат Siemens SOMATOM Definition AS 64): определяется состояние после оперативного лечения. Участков экстравазации контрастного препарата не выявлено.

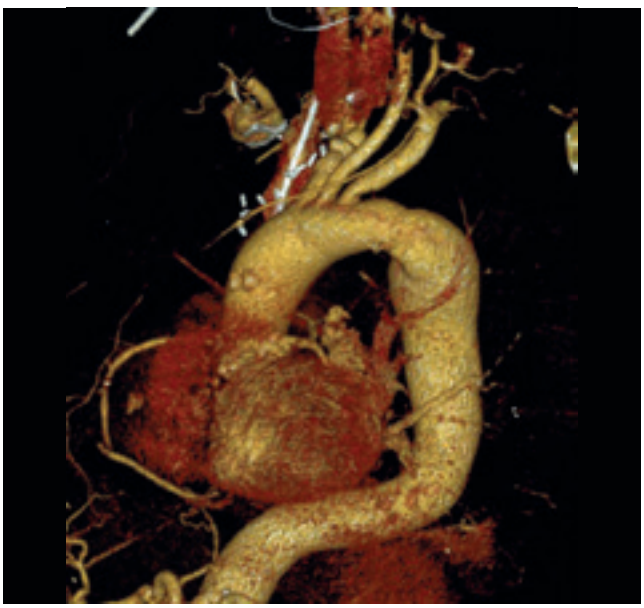


Рис. 5. МСКТ-аортография после операции (3D-проекция)

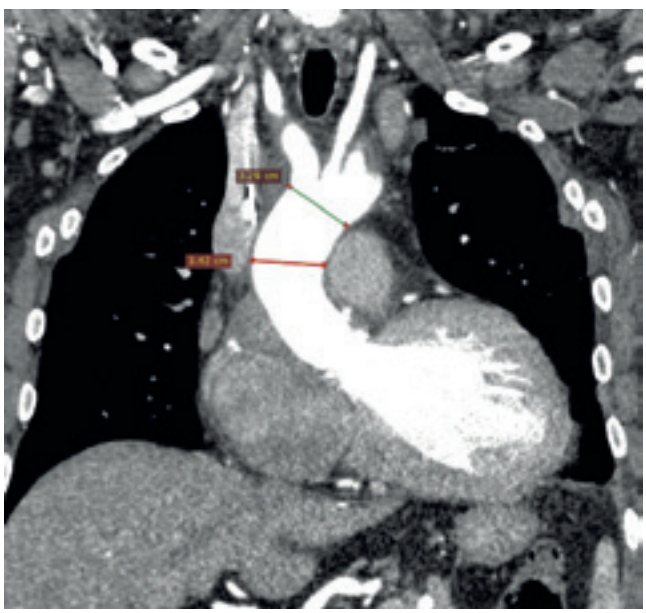


Рис. 6. МСКТ-аортография после операции (фронтальная проекция)

Пациент был выписан из стационара на 11-е сутки после операции без признаков недостаточности кровообращения и предшествующих жалоб. На контрольной трансторакальной ЭхоКГ: градиенты на АоК 31/12 мм рт ст.; аортальная недостаточность 1 ст. КДР ЛЖ – 5,3 см, ФВ – 49%. Митральная недостаточность 1–2 ст. Полости сердца прежних размеров. Недостаточность ТК 1–2 ст. СДЛА 30 мм рт.ст. Перикардиального выпота нет.

Применение криоконсервированного клапансодержащего гомографта аорты является эффективной и безопасной методикой за счет анатомической идентичности, которая исключает наложение дополнительных межпротезных анастамозов, снижая риск послеоперационного кровотечения.

Оптикомиелит Девика: вариант клинического дебюта

Н.В. Исаева, Г.Ю. Алексеевич, Е.В. Лукьянова, М.И. Северина, А.Ф. Безденежных, С.П. Кеберле

В статье авторами обсуждается патогенез, клиника, лабораторная и инструментальная диагностика редкого демиелинизирующего заболевания спектра нейрооптикомиелита – болезнь Девика. А также приводится описание собственного клинического случая, в котором диагноз поставлен согласно диагностическим критериям пересмотра рабочей группы от 2008 года на основании данных магнитно-резонансной томографии и определении специфических маркеров (антитела к аквапорину 4).

Нейрооптикомиелит (НОМ, болезнь Девика) – воспалительное демиелинизирующее заболевание ЦНС, характеризующееся селективным поражением зрительного нерва в виде острого и подострого неврита и спинного мозга. Поражение спинного мозга представлено обширным поперечным миелитом LETM (longitudinally extensive transverse myelitis) на уровне грудных, реже шейных сегментов при относительно невыраженных изменениях в головном мозге [1]. Впервые это заболевание описал французский невролог E. Devic в 1894 году [3].

В течение многих лет болезнь Девика считалась одной из злокачественных форм рассеянного склероза (РС) или «азиатским вариантом» РС, так как данное заболевание чаще встречалось в Юго-Восточной Азии. Однако V. Lennon в 2004 году открыл специфические для данной патологии антитела к аквапорину-4, что и позволило выделить это самостоятельное демиелинизирующее заболевание [3]. Болезнь Девика является довольно редким заболеванием среди европейцев (1–9%), однако в азиатской популяции частота встречаемости данной патологии среди демиелинизирующих заболеваний достигает около 20–30%. Чаще болеют женщины, чем мужчины (соотношение 9:1). Средний возраст дебюта 35–47 лет, что на 10 лет позже, чем обычно развивается РС [1,2,7].

В основе патогенеза НОМ лежит аутоиммунный процесс, начинающийся с продукции специфических антител, с последующим проникновением их через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и связыванием с белком аквапорином 4, что приводит к развитию воспалительной реакции, повышенной продукции воспалительных цитокинов, повреждению ГЭБ и активной инфильтрации периваскулярного пространства клеточными элементами крови (нейтрофилы, эозинофилы). В результате этого развивается демиелинизация, гиперплазия сосудистой стенки с гиалинизацией стенок капилляров и, как следствие, некроз олигодендроцитов и нейронов с образованием полостей как в белом, так и сером веществе спинного мозга [4].

Патологический симптомокомплекс представлен различными комбинациями: одно- или двустороннего оптического неврита, поперечного миелита, признаков вовлечения ствола и иных отделов головного мозга (например – Area postrema). Стоит отметить, что вовлечение в патологический процесс белого и серого вещества головного мозга не типично [5].

В классическом варианте происходит одномоментное развитие зрительной и спинномозговой симптоматики – монофазное течение (15–25% случаев). Однако чаще встречается рецидивирующее прогрессирующее течение (75–85% случаев), когда между появлением новой симптоматики временной интервал от месяца до года [3].

На сегодняшний день для постановки диагноза ОМ используются диагностические критерии,

уточненные рабочей группой в 2008 году (по D.H. Miller и соавт, 2008).

Большие критерии (требуется наличие всех основных критериев, но они могут быть разделены неопределенным интервалом времени):
- оптический неврит с поражением одного или обоих глаз;
- поперечный миелит, клинически полный или неполный, но ассоциированный в остром периоде с наличием радиологически подтвержденного очага поражения спинного мозга, который распространяется по длиннику более чем на три позвоночных сегмента на Т2-взвешенных МРТ изображениях и является гипоинтенсивным на Т1-взвешенных изображениях;
- отсутствие данных за саркоидоз, васкулиты, системную красную волчанку, синдром Шегрена или другое объяснение имеющимся проявлениям.

Малые критерии (по крайней мере, один должен иметь соответствие):
- наиболее свежая МРТ головного мозга должна быть без патологии либо обнаруживать лишь те патологические изменения, которые НЕ удовлетворяют критериям Баркофа, отраженным в критериях МакДональда 2005;
- неспецифические изменения в Т2-режиме, не соответствующие критериям Баркофа, отраженным в критериях МакДональда 2005;
- очаги в дорзальных отделах продолговатого мозга – или смежные, или не смежные с очагами в спинном мозге;
- очаги в гипоталамусе и/или стволе мозга;
- «линейные» очаги, расположенные перивентрикулярно или в мозолистом теле, но не овоидной формы и не распространяющиеся в паренхиму гемисфер головного мозга в форме пальцев Даусона;
- позитивный тест сыворотки крови или цереброспинальной жидкости на NMO-IgG/антитела к аквапорину 4 (AQP4-IgG).

После пересмотра критериев для постанова диагноза «болезнь Девика» появился новый пункт: анализ сыворотки крови на AQP4-IgG и MOG-IgG. Однако если при первичном тестировании на AQP4-IgG результат оказывается отрицательным, то тест в обязательном порядке необходимо повторить через 3–6 месяцев [6].

Учитывая сложность диагностики оптикомиелита Девика, приводим собственное клиническое наблюдение:
Пациентка Т., 40 лет, европеоидной расы, наблюдается в ККБ Красноярска с 2017 года. Семейный анамнез и анамнез жизни без особенностей. Заболела остро 12.04.2017, когда в экстренном порядке поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на рвоту после каждого приема пищи, выраженную слабость.

Лабораторно: тяжелая гипокалемия до 1,5, повышение панкреатических ферментов (липаза 261, амилаза 206). По УЗИ и МСКТ брюшной полости данные за острый панкреатит, панкреонекроз. Объемных образований брюшной полости не выявлено.

Консультирована неврологом при поступлении, неврологический статус без очаговой симптоматики, по МСКТ головного мозга острой патологии не выявлено.
14.04.2017 в 06:40 отрицательная динамика в неврологическом статусе до глубокого оглушения.

В неврологическом статусе – сознание: оглушение. Контакт сохранен. Ориентирована в месте и времени. Реакция на окружающих адекватная. Простые и сложные команды выполняет. Речь нарушена. Память сохранена. Внимание сохранено. ЧМН интактны.

Двигательная сфера: объем активных движений ограничен, объем пассивных движений полный. Мышечная сила не достаточна. Верхние конечности D: 2–3 б, верхние конечности S: 3–4 б, нижние конечности D: 2–3 б, нижние конечности S: 3–4 б, проба Барре верхняя: D<S, нижняя: D<S, мышечный тонус: нормотонус, сухожильные рефлексы с рук: D=S, вялые, с ног: D=S, вялые.

Координаторная сфера: в позе Ромберга стоять не может, ПНП, КПП не выполняет из-за слабости, походка: не может ходить, гиперкинезы нет. Чувствительная сфера: чувствительность не нарушена, тазовые функции контролирует. Менингеальных знаков нет, симптом Кернига – 180. По cito проведена МСКТ головного мозга: структурных изменений головного мозга не выявлено. В связи с нарушением сознания пациентка была переведена на ИВЛ. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния переведена на поддержку кардиотониками.

В неврологическом статусе в последующие три дня: реагирует на осмотр, глазодвигательных нарушений нет, фотореакция сохранена, кашлевой рефлекс вызывается, грубый тетрапарез до 0,5–1 б с низким мышечным тонусом. Вызываются рефлексы с двухглавой мышцы, остальные отсутствуют. Менингеальных симптомов нет.
Выделены ведущими синдромы: синдром полиорганной недостаточности, вторичная полинейропатия, вероятно, дисметаболического,

токсического генеза с грубым периферическим тетраперезом. Остается неясным генез гипокалеимии.

На фоне проводимой дезинтоксикационной, антибактериальной терапии отмечается положительная динамика в снижении уровня: трансаминаз, глюкозы, панкреатических ферментов. Рабочий диагноз: обострение хронического панкреатита. Гастростаз. СПОН. Через пять дней по МСКТ формирование очага миелинолиза в области моста мозга. Диагноз: «понтинный миелинолиз в стволовых структурах на фоне грубых электролитных нарушений с грубым тетрапарезом, псевдобульбарным синдромом, дыхательными нарушениями в стадии регресса». Вторичная аксональная полиневропатия дисметаболического генеза. Сопровождающие патологии: хронический гепатит С, впервые выявленный; синдром Гительмана с эпизодами гипокалиемии; обострение хронического панкреатита средней степени тяжести без нарушения функции; гемангиома печени. На фоне лечения (антиоксидантная терапия, нейрометаболическая терапия, ингибиторы холинэстеразы, ИПП, ферменты, гепатопротекторы, дезинтоксикационная терапия, диуретики, этапных реабилитационных мероприятий) у больной нормализация электролитных и микроциркуляторных нарушений, восстановление самостоятельного дыхания, значительное нарастание мышечной силы в конечностях до возможности самостоятельной ходьбы на небольшие расстояния, регресс бульбарных нарушений.

В неврологическом статусе: мышечная сила в руках до 4,5 б, в ногах до 4 б, рефлекторный фон на верхних и нижних конечностях высокий, без разницы сторон, мышечный тонус в руках несколько повышен, в ногах – без особенностей. Нарушений чувствительности не выявлено. Тазовые функции сохранены. Менингеальных знаков нет. В октябре 2018 года у больной проведена нефрэктомия справа по поводу карбункула почки. Выявлена МКБ, конкременты левой почки. ХБПС3аА0 (СКФ по формуле CKD-EPI: 50 мл/мин/1,73 м2). Наблюдалась у нефролога ККБ. Постоянно принимает верошпирон, панангин. На фоне лечения креатинин, мочевина, калий – в пределах нормы. Проведен консилиум по дальнейшей тактике ведения пациентки с учетом ретроспективной экспертизы диагноза «синдром Гительмана», который установлен в 2017 году в связи с тяжелой гипокалиемией и отсутствием альтернативных заболеваний. Выставленный в то время, он является сомнительным. До ноября 2018 года пациентка получала профилактические дозы препаратов калия и верошпирон, после оперативного лечения по поводу карбункула почки показатели калия сыворотки крови в норме, заместительная терапия препаратами калия не проводилась, что опять не в пользу диагноза «синдром Гительмана».

До 17.03.2021 состояние было удовлетворительным, к неврологу пациентка не обращалась. В последующем при обращении жалобы на пелену перед левым глазом, которая появилась с февраля 2021 года. Известно, что изменение зрения началось с болевого синдрома («больно смотреть в стороны левым глазом»). Затем боль сменилась снижением зрения и образованием пелены перед глазом, которая стала иметь постоянный характер. Слух слева сохранен.

01.06.2021 года прогрессирование симптомов в виде нарастания онемения до уровня шеи, усиление болей в шейно-затылочной области прострелевающего характера, слабости в левых конечностях до умеренной (3 б).

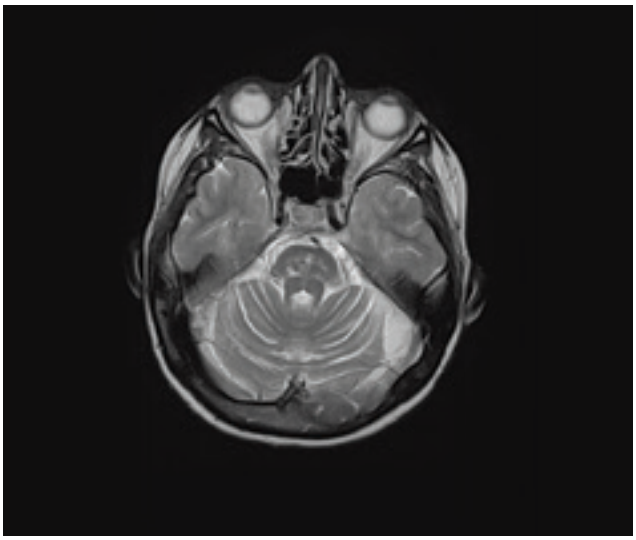
Осмотрена офтальмологом: частичная атрофия зрительного нерва слева. Слева острота зрения – 0,04. ЭНМГ от 21.04.2021 года. Заключение: полученные данные свидетельствуют о признаках:

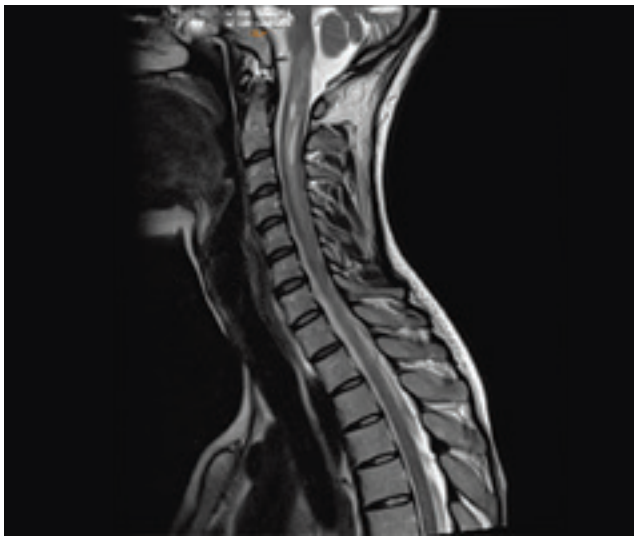
- снижения амплитуды М-ответа с m. Extensor digitorum brevis при стимуляции правого малоберцового нерва, умеренного нарушения проведения по моторным волокнам правого малоберцового нерва;
- нарушения проведения по терминальным ветвлениям двигательных аксонов левого малоберцового нерва.

По данным ЗВП, при стимуляции левого глаза корковых ответов не получено. На вспышку корковые ответы получены.
МРТ СМ с контрастированием от 14.05.2021 – МР картина объемного образования в спинном мозге на уровне С2 с локусом контрастирования. Ранее (в динамике с 02.02.2021) данного образования не обнаруживалось.
Осмотрена нейрохирургом от 27.05.2021. Учитывая длительный анамнез с прогрессированием неврологической симптоматики, данные МРТ головного и спинного мозга, опухолевый процесс не подтверждается, вероятнее всего, остается ранее установленный диагноз.

Проведены дообследования:
ПО МРТ ГМ без контрастирования от июня 2021 – МР участки изменений в срединных отделах моста. Наиболее вероятно как остаточные изменения перенесенного центрального понтинного миелинолиза, умеренные атрофические изменения средних мозжечковых ножек. Минимальный

перивентрикулярный глиоз.
МРТ шейного отдела позвоночника от июня 2021 года: с уровня перехода продолговатого мозга в спинной мозг до уровня С6 спинной мозг увеличен в объеме, структура его перестроена за счет патологического участка гиперинтенсивного сигнала толщиной до 0,9 см, который «занимает» весь поперечник спинного мозга. На уровне нижних отделов продолговатого мозга до С3 позвонка определяются вытянутые по форме участки перестройки структуры, которые по контурам и структуре соответствуют формированию кистовидных полостей (полостей некроза?), по стенкам которых определяется слабое, неравномерное накопление контрастного вещества, распространяющееся на прилежащие ткани спинного мозга – с учетом анамнеза в первую очередь следует думать о воспалительном демиелинизирующем заболевании (поперечный миелит).





МРТ шейного отдела позвоночника и головного мозга от июня 2021 года

Проводилась пульс-терапия метипредом 1000 мг №5 под прикрытием ИПП, препаратов калия, калийсберегающих мочегонных препаратов, с положительным эффектом – уменьшение выраженности пареза до легкого 4 б, регресса симптома Лермитта, уменьшение болевого синдрома.

Результаты специфических обследований:
Получен результат ликвора на олигоклональные IgG – выявлен тип 1.
Кровь на аквапорин 4 – титр 1:40 (норма < 1:10).

Окончательный диагноз: нейрооптикомиелит Девика (AQP-позитивный от 01.06.2021, титр 1:40), рецидивирующий тип, с частичной атрофией зрительного нерва слева, с протяженным миелитом с уровня продолговатого мозга до С6 сегмента, с рефлекторным тетрапарезом и легким рефлекторно-силовым гемипарезом слева, синдромом Лермитта, нейропатическим болевым синдромом в левой руке, умеренной мозжечково-сенситивной атаксией, EDSS 3,0 балла.

Сопровождающий диагноз: состояние после РНЭ справа в 10.2018 года. МКБ, конкременты левой почки. ХБПС3аА0 (СКФ по формуле CKD-EPI: 50 мл/мин/1,73 м^2), состояние после перенесенного понтинного миелинолиза. Хронический вирусный гепатит С с минимальной степенью активности.

Пациентке показано введение ритуксимаба для профилактики инвалидизирующих осложнений с высоким риском летального исхода, обострений нейрооптикомиелита, учитывая единственную почку, ХБП в сниженной дозировке по 500 мг 1 раз в неделю №4.

Больной проведено 4 курса (ацеллбия –10 мг/мл концентрат для инф., 50 мл + натрия хлорид (0,9%), 500 мл через инфузомат).
С премедикацией – (преднизолон буфус (30 мг/мл) 3 мл + натрия хлорид (0,9%) 250 мл и хлоропирамин (20 мг/мл) 1 мл х 1 раз в день (премедикация), в/м за 30 минут до введения ацеллбии).
Неврологический статус после лечения: сознание ясное, ориентирована в месте и времени, реакция на окружающих адекватная, простые и сложные команды выполняет, контакт с больным доступен, речь не нарушена, память сохранена,

внимание сохранено, ЧМН интактны.

Двигательная сфера: объем активных движений полный, мышечная сила: верхние конечности D – 5 б; верхние конечности S – 5 б в кисти и плече, 4,5 б в предплечье; нижние конечности D – 5, нижние конечности S – 4,5, проба Барре верхняя D=S, нижняя D=S, мышечный тонус снижен, больше в н/конечностях, сухожильные рефлексы с рук D<=S; с ног D<=S, высокие. Патологические рефлексы на момент осмотра не выявлены. Координаторная сфера: в позе Ромберга пошатывание, ПНП с дефектом с двух сторон, КПП выполняет без дефекта, походка не нарушена, гиперкинезы нет.

Чувствительная сфера: поверхностная чувствительность не нарушена, глубокая чувствительность сохранена, болезненность при пальпации паравертебральных точек не отмечается, тазовые функции контролирует, лицо с умеренными признаками кушингоида.

Обсуждение:

Особенностью описанного клинического случая является то, что у больной дебют заболевания с симптомов тошноты, рвоты, что первоначально было ошибочно принято за патологию ЖКТ, и госпитализация больной в гастроэнтерологическое отделение, в дальнейшем объяснено как раздражение area postrema.

Повторная рвота привела к выраженной гипокалиемии с развитием тяжелой дисметаболической полинейропатии, и это повторно затруднило диагностику заболевания на раннем этапе. Типовые для нейрооптикомиелита симптомы проявления (поражение зрительного нерва, протяженный поперечный миелит по данным нейровизуализации) появились спустя четыре года от дебюта заболевания.

Сложность дальнейшего лечения больной – ввиду наличия одной почки с поражением ее МКБ, хронического гепатита С.

Список литературы

1. Руина Е.А. Клинический полиморфизм оптикомиелита (болезни Девика) [текст] / Е.А. Руина, А.В. Густов, А.А. Сорокина. // Клиническая неврология. – 2015. – №1. – с. 40–46.

2. Симанив Т.О. Оптиконейромиелит и заболевания спектра нейрооптикомиелита [текст] / Т.О. Симанив // Корсаковский журнал. – 2019. – т. 119. – №10. вып. 2. – с. 35–48

3. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е. Шмид, Н.Н. Яхно, 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 272 с.

4. Симанив Т.О., Васильев А.В., Аскарова Л.Ш., Захарова М.Н. Оптиконейромиелит и заболевания спектра оптиконейромиелита [текст] / Т.О. Симанив, А.В. Васильев, Л.Ш. Аскарова, М.Н. Захарова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2019. – 119 (10-2) – с. 35–48.

5. Шерман М.А. «Эпидемиология заболеваний спектра оптиконейромиелита» / М.А. Шерман, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – т. 121. – №7. – вып. 2. – с. 5–12

6. Краснов В.С. Актуальные вопросы диагностики заболеваний спектра оптиконейромиелита при определении антител к аквапорину-4 в сыворотке крови [текст] / В.С. Краснов, Н.А. Тотолян, В.Д. Назаров, А.В. Мазинг, Г.С. Макшаков, С.В. Лапин, Е.П. Евдошенко, А.А. Скоромец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – 120(7-2). – с. 24–31

7. Соколова А.А. Аквапорин-4 ассоциированный миелит (вариант болезни Девика). Клинический случай [текст] / А.А. Соколова, Л.С. Землянушин, С.М. Землянушина, Э.А. Вашкулатова // Практическая медицина. – 2019. – т. 17. – №7. – с. 175–177.

Внутренние аудиты:

поиск нарушений VS выстраивание процессов и коммуникаций

С 27 по 30 сентября в г. Сочи проходила 7-я Всероссийская неделя охраны труда. Спикерами стали представители таких предприятий, как Росатом, Газпром, Р-фарма. Была представлена выставка широкого ассортимента средств индивидуальной защиты, дерматологических средств, в том числе для медиков (регенерирующие кремы, антисептики).

На мероприятии выступали представили Министерства труда, ФГБУ «ВНИИ труда» Минтруда России с перспективами развития риск-ориентированного подхода, ухода от формализма, снижения бюрократических методов и ориентира на практические и действующие методы.

*«Говоря о действующих и практических методах, хочу отметить, что я посетила сессию под названием «Аутсорсинг и аудиты по охране труда». Представитель российской фармацевтической компании Р-фарма, руководитель службы охраны труда, поделился опытом проведения внутренних аудитов по охране труда в их компании. Ключевые моменты его выступления: внутренние аудиты в их компании направлены на максимальное выявление количества нарушений с последующей выдачей предписаний по их устранению. После выдачи предписаний собираются совещания, где происходят жаркие споры, есть возможность или нет устранить то или иное нарушение», – **рассказывает Марина Вершинская, руководитель службы охраны труда ККБ.***

Подход службы охраны труда в Краевой клинической больнице – другой: внутренние плановые аудиты в первую очередь направлены на совершенствование процессов организации работы по охране труда и выстраивание коммуникаций. Аудиты предполагают не только выявление несоответствий, но и проведение анализа повторяющихся причин.

Антирейтинг замечаний, которые могут привести к возникновению микротравм и несчастных случаев:

1. Слабая информированность сотрудников о требованиях к безопасности (какие есть возможные опасности на рабочем месте, правильная работа с оборудованием). Причина – в загруженности работников административной деятельностью и решением оперативных задач. Решением стало применение метода каскадного обучения и онлайн-обучения на корпоративном портале.

Марина Вершинская,

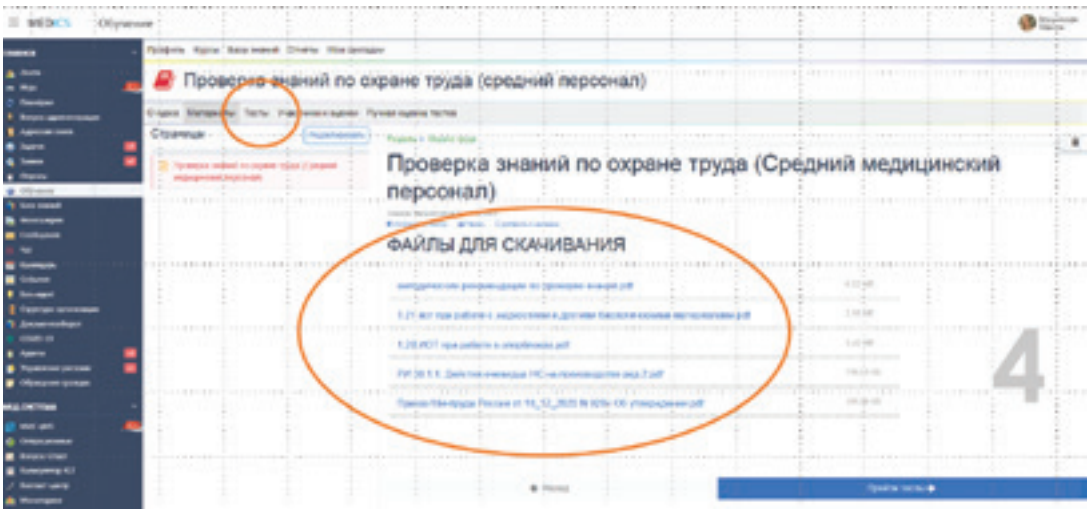
руководитель службы охраны труда
КГБУЗ «ККБ»

Специалисты службы охраны труда проходят обучение и курсы повышения квалификации в учебных центрах.

После создания документов мы проводим обучение для руководителей структурных подразделений и старших медицинских сестер, которые, в свою очередь, обучают на рабочих местах средний, младший, врачебный и прочий персонал.

Обучение руководителей структурных подразделений проводится в виде очного семинара в конференц-зале и онлайн-обучения на корпоративном портале ККБ.

Обучение на рабочих местах проводится путем проведения инструктажей, обучения безопасным методам выполнения работ на рабочих местах и проверкой знаний, а также в виде онлайн-обучения на корпоративном портале.
Охват онлайн-обучения сотрудников на корпоративном портале составляет 96,34%.



2. Допуск сотрудников без пройденного медицинского осмотра. Причиной стало отсутствие инструмента контроля со стороны руководителей подразделений. Решение: создание dashboard (панель индикаторов – инструмент для визуализации и анализа информации о процессах) на корпоративном портале.

100,00% % прохождения медосмотра

Детализация

Процент сотрудников, прошедших медосмотр на 25.11.2022
Из учета исключены инфекционные госпитали.
зеленый – более 80%, желтый – более 50%, красный – иначе

Показатель сформирован 25.11.2022 14:00:12

Сотрудник	Должность	Дата пройденного медосмотра	Результат пройденного медосмотра	Дата следующего медосмотра
	Руководитель	19.09.2022	Не имеет противопоказаний	19.09.2022
	Специалист по охране труда	22.09.2022	Не имеет противопоказаний	22.09.2022
	Специалист по охране труда	22.09.2022	Не имеет противопоказаний	22.09.2022
	Специалист по охране труда	12.10.2022	Не имеет противопоказаний	12.10.2022
	Специалист по охране труда		Декретный отпуск	23.10.2023

3. Перемещение по территории (между корпусами по улице) в сменной обуви (не по сезону). Причина: халатное отношение сотрудников к требованиям безопасного перемещения по территории в зимнее время.
Решение: актуализация инструкции по охране труда по безопасному передвижению по территории и помещениям больницы. Подключили к решению проблемы хозяйственную службу для своевременной очистки территории от наледи и снега, в свою очередь, специалисты службы охраны труда проводят контрольный обход территории.

Инструкция по охране труда по безопасному передвижению по территории и помещениям организации № 1.1
Приложение 2

краевая клиническая больница основана в 1942

Памятка по безопасному передвижению по территории и помещениям КГБУЗ ККБ

Общие правила

- Обращать внимание на окружающую обстановку
- Не отвлекаться на чтение документов, разговоры и переписку по мобильному телефону
- Не использовать аудиосистемы, наушники
- Не переносить предметы, держа их перед собой, загораживая обзор
- Информировать руководителя об опасных событиях, которые могут привести к падениям

- Замедлить движение перед поворотами, углами и препятствиями
- Не перемещаться по территории ККБ вне специально оборудованных дорожек, тротуаров и других оборудованных маршрутов передвижения
- Обращать внимание на наличие поврежденных участков поверхности, неровностей, отверстий, ям, колодцев
- Соблюдать требования предупредительных надписей и знаков

- Убедиться, что компьютерные, телефонные и иные провода не находятся на пути
- Вход на территорию осуществлять через установленный проход, расположенный возле консультативно-диагностической поликлиники
- Проходить через шлагбаум, предназначенный для въезда автомобилей, ЗАПРЕЩЕНО
- Перед началом движения по проезжей части убедиться в отсутствии транспорта

Обувь

- Обувь должна быть удобной, на низком каблуке, с фиксированной пяткой, на нескользящей подошве
- Выбирайте подходящую по сезону обувь при передвижении по территории
- Очищайте обувь и подошву от грязи, снега, льда и других загрязнений перед входом в помещение
- Соблюдайте осторожность при ношении обуви на высоком каблуке

Лестничные марши (ступеньки)

- Передвигаясь по лестничным маршам, необходимо держаться за поручни, смотреть под ноги
- Не держать руки в карманах
- Не торопиться и не пропускать ступени

Скользкие (мокрые) поверхности

- По скользким и мокрым поверхностям необходимо передвигаться медленно и осторожно
- Необходимо обращать внимание на таблички «мокрый пол»
- Любые разливы должны быть убраны немедленно

краевая клиническая больница основана в 1942

Правила содержания тротуаров и пешеходных дорожек в зимний период времени

РИ 38.3-2022
Редакция № 1 от 02.03.2022 г.

Утвердил	Корчагин Е.Е.	Средства индивидуальной защиты
Согласовал	Воронцов М.Н.	
Разработал	Вершинская М.О, Ганжина И.В	

№	Наименование этапа	Периодичность	Дни недели							Примечание
			пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
1	Очистить от осадков	Ежедневно 1 раз в день	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Для предотвращения образования наледи
2	Очистить от осадков при обильном выпадении осадков	2 раза в день	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Для предотвращения образования наледи
3	Посыпать скользкие участки песочно-соляной смесью	Ежедневно **при наличии обледенелых участков*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Для предотвращения образования наледи
4	Оценить содержание тротуаров и пешеходных дорожек на предмет наличия скользких участков **служба охраны труда*	2 раза в неделю **дату и время определяет руководитель службы ОТ*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Для выявления скользких, травмоопасных участков
5	Оценить содержание тротуаров и пешеходных дорожек на предмет: ● очистки от осадков ● наличие скользких участков **Заведующая хозяйственным отделом*	Ежедневно 1 раз в день	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Для выявления скользких, травмоопасных участков

По результатам внутреннего аудита по каждому структурному подразделению формируется отчет с корректирующими мероприятиями.

При составлении ежегодного плана мероприятий по улучшению условий труда в обязательном порядке включается пункт проведения внутренних аудитов. В следующем году акцент будет сделан на проверке устранения нынешних замечаний и недопущении новых.

В связи со стремительным изменением трудового законодательства акцент и упор будет сделан на оптимизации обучения по охране труда (разработка программ по новому постановлению, ведению реестра обученных лиц, доступность и понятность материала).

Планируем уделить внимание процессам обеспечения безопасности работников при эксплуатации зданий, оборудования, инструментов (визуализация опасных участков и рабочих зон, определение знаков безопасности).

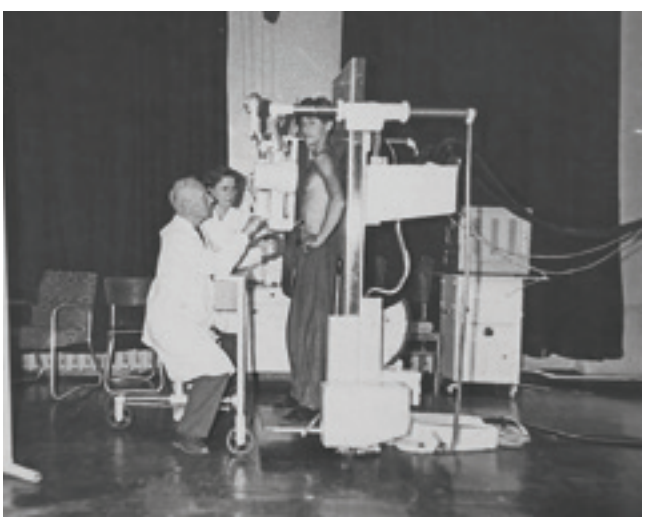
80 лет

отделению лучевой диагностики

Вместе с больницей свой день рождения отмечает и отделение лучевой диагностики. Строго говоря, начало истории рентгенодиагностики в стенах будущей краевой больницы было положено еще раньше – до того, как 1-я краевая стала так называться.

Осенью 1942 года наша больница была отнесена к разряду клинических – в то время она располагалась всего лишь в одном здании 1939 года постройки. Именно там, в левом крыле здания, с 1940 года и располагался рентгенодиагностический кабинет. Формирование службы связано с именем Петра Макаровича Зимы, который стал первым заведующим рентгенологического отделения ККБ №1 и возглавлял его до 1975 года. В этом же здании затем был открыт и второй кабинет. В них до середины 1950-х годов были установлены рентгеновские аппараты незащищенного типа, где электрокабели подвешивались в открытом виде на изоляторах. К концу 50-х был открыт третий рентгенодиагностический кабинет, а устаревшие аппараты заменены на новые. С течением технического прогресса увеличился и объем рентгенологических исследований, в том числе с применением контрастных веществ (холецистография, урологические и гинекологические исследования).

Главный рентгенолог края Анатолий Михайлович Догадин



Петр Макарович Зима, первый заведующий отделением, проводит рентгеноскопию грудной клетки

Иван Викторович Красицкий, заведующий отделением с 1962 г. по 1974 г., и Валентина Назаровна Сиденко, врач-рентгенолог

В 1955 году на базе ККБ была организована кафедра рентгенологии и медицинской радиологии КрасГМИ под руководством д.м.н. И.М. Либермана. В 1960 году запущен в работу третий рентген-кабинет, в нем диагностику проводила врач Т.М. Меренкова. Здесь впервые стали выполнять пневмоэнцефалографию. Штат рентген-кабинетов пополнился новыми врачами: В.В. Протопоповым, В.М. Сиденко, Л.С. Кеслер, Н.А. Протопоповой. В 1962 году появилось второе рентгендиагностическое отделение под руководством И.В. Красицкого. Далее открыли кабинет легочного центра с врачом рентгенологом-пульмонологом Н.А. Протопоповой. А в 1963-м флюорографический кабинет с врачом Н.В. Ивановым. С 1966-го рентгенурологический кабинет с врачом Э.Г. Лубковой.

Георгий Петрович Алексейцев, врач-рентгенолог, организатор службы внутрисосудистых исследований

С конца 1974 года два рентгендиагностических отделения были объединены в одно с 9-ю кабинетами. С 1975 года стали проводить контрастные внутрисердечные исследования – ими занимался врач-рентгенолог Г.П. Алексейцев. Впоследствии было образовано отделение для проведения сложных методов обследования сердца и сосудов под руководством д.м.н. А.В. Протопопова.

Легенды краевой рентгенологии: П.М. Зима, А.М. Догадин, Ю. С. Чегодаев, Г.С. Граков, Н.А. Протопопова, И.В. Красицкий, Я.М. Азбель и В.В. Протопопов. 1962 г.

С вводом в эксплуатацию 9-этажного корпуса были открыты новые рентгенодиагностические кабинеты, оснащенные более современными аппаратами. Очередным этапом в развитии отделения стала установка в отделении в 1991 году рентгеновского компьютерного томографа, на котором стали работать врачи-рентгенологи Виктор Ваганович Петросян и Андрей Наумович Усанин. В 1995-м году был открыт кабинет магнитно-резонансной томографии под руководством Игоря Ивановича Красицкого. Это принципиально подняло уровень лучевой диагностики.

Владимир Степанович Ткачев, заведующий объединенным отделением с 1979 г., с лаборантом

Врачебный коллектив отделения, 1970-е годы

Среди рентгенологов ККБ и КрасГМУ заметны 4 династии: Красицкие, Протопоповы, Чегодаевы, Цветковы.

Ю.С. Чегодаев, М.А. Михайлова, Т.М. Меренкова, А.М. Догадин, Л.С. Кеслер, В.С. Ткачев

В разное время отделением руководили:
П.М. Зима,
Т.М. Меренкова,
И.В. Красицкий,
Ю.С. Чегодаев,
Н.В. Иванов,
В.С. Ткачев,
Н.А. Зайцев,
Е.Н. Батухтин,
А.П. Василевич,
И.И. Красицкий,
А.А. Гаев. Сейчас заведует отделением Н.В. Тюменцев.

В 2019 году в рамках развития больницы введен в эксплуатацию новый хирургический корпус, в котором открыты новые кабинеты рентгенодиагностики и МСКТ.
В 2021-м введен в эксплуатацию новый специализированный корпус МРТ, где пока установлен только один аппарат, а в перспективе будет еще один.
Сегодня в состав отделения лучевой диагностики входят пять подразделений: рентгенодиагностическое отделение, кабинеты рентгеновской компьютерной томографии, кабинеты магнитно-резонансной томографии, группа радиационного контроля, центр дистанционного рентген-консультирования.

Выездной цикл специалистов Московского рентгено-радиологического института

В отделении постоянно осваиваются новые методы исследований, что повышает уровень диагностики. Отделение постоянно работает в тесном контакте с кафедрой лучевой диагностики КрасГМУ, которую в настоящее время возглавляет д.м.н., профессор А.В. Протопопов.

Н.А. Зайцев, руководитель отделения рентген-диагностики

В последние годы проводится более 80 000 рентгенографий, 45 000 компьютерных томографий, 4000 МРТ в год, объем исследований постоянно увеличивается в связи с возрастающими потребностями клинических подразделений ККБ.
Почти за 3 года пандемии коронавирусной инфекции проведено более 60 000 КТ органов грудной клетки.

Николай Владимирович Тюменцев, заведующий отделением сегодня

60 лет

гематологической службе Красноярского края

Годом рождения гематологической службы Красноярского края стал 1962-й. Именно тогда по инициативе профессора И.И. Исакова и главного врача Краевой клинической больницы В.К. Сологуба открылось гематологическое отделение на двадцать коек.
Первой заведующей была Зоя Лазаревна Богаева, первыми врачами-гематологами – В.И. Сафьяникова, Т.Л. Ковальчук, А.И. Кушнир.

Спустя два года состоялось открытие морфологической лаборатории при гематологическом отделении, где врачом Е.Д. Киндаевой проводилось исследование цитоморфологии клеток крови, костного мозга. В 1967 году отделение расширили до 40 коек. С 1966-го по 1974-й отделением руководила ассистент кафедры госпитальной терапии к.м.н. Лидия Семеновна Соловьева. В это время в отделении трудились врачи-гематологи М.А. Шумова, В.И. Москов, Г.Д. Лаврова, Г.Н. Агаханова, Л.М. Крылова, Г.Н. Азаренко, ассистенты кафедры госпитальной терапии В.Л. Романова, Л.Н. Тимофеева. При отделении начали работу лаборатории электронной микроскопии и цитофотометрии клеток крови, а также по исследованию эритропоэтинов. В этих лабораториях были выполнены кандидатские диссертации врачом А.Ф. Ржавиным, по возрастным особенностям соединительной ткани, асс. Л.Д. Татьяниной, Л.Н. Тимофеевой, Ю.И. Гринштейном.

В институте физики Сибирского отделения академии наук защищены кандидатские диссертации Л.С. Соловьевой, В.Л. Романовой, В.И. Московым.

Асс., к.м.н. Л.С. Шуб-Соловьева, 1978 г.

Годы войны были трудными. Общежития для студентов не было. Жили на квартирах у чужих людей, иногда приходилось ночевать на вокзале, а утром идти на занятия.

Лидия Семеновна Соловьева изначально выбрала профессию учителя, преподавала историю, русский язык и литературу. «В первые дни войны многие жители золотого прииска Ивановка Манского района ушли на фронт. Вскоре наша школа была закрыта, так как почти все педагоги тоже ушли на фронт, – вспоминает она. – В 1943 году я поступила в Красноярский медицинский институт. Годы войны были трудными. Общежития для студентов не было. Жили на квартирах у чужих людей, иногда приходилось ночевать на вокзале, а утром идти на занятия. В портфеле чашка, ложка, тетради, паспорт и кости из анатомки. Но несмотря на все трудности учились хорошо, была невероятная тяга к знаниям».

В период с 1953-го по 1955 год Лидия Семеновна прошла клиническую ординатуру на кафедре госпитальной терапии, и ее оставили работать ассистентом. Под руководством профессора И.И. Гительзона и профессора И.А. Терского, изучающих проблемы физиологии и биофизики крови, она защитила кандидатскую диссертацию на тему «Продолжительность жизни эритроцитов в норме и при острых лейкозах». Лидия Семеновна была одной из первых инициаторов и организаторов генетической лаборатории по проведению хромосомного анализа и других гематологических исследований.

Л.С. Соловьева подготовила целый ряд врачей-гематологов для практического здравоохранения, а также достойную замену для заведования гематологическим отделением КГБУЗ «ККБ №1» – Виктора Ивановича Москова. Виктор Иванович, заслуженный врач РФ, посвятивший всю свою жизнь лечению пациентов с онкогематологическими заболеваниями, руководил отделением с 1974-го по 2018 год, в этот период количество коек увеличилось до 55.

В центре заведующий гематологическим отделением ККБ №1 к.м.н. В.И. Москов, справа – главный врач больницы Б.П. Маштаков, слева – зам. по лечебной работе Н.И. Головина

В коллективе отделения все врачи были профессионалами высокого уровня, добрыми и сострадающими докторами: А.И. Серегин, Е.Ф. Янголова, Г.А. Агаханова, Г.Д. Лаврова. Врачи-гематологи постоянно учились в клинике академика А.И. Воробьева. Работы В.И. Москова с 1977 года несколько лет подряд публиковались в апрельском декаднике «Новое в гематологии и трансфузиологии».

В 70-е – 80-е годы сотрудники отделения принимали участие в выездной оргметодработе и практической помощи по вопросам терапии и гематологии в районах края. Ежегодно проводились научно-практические конференции в городах: Канск, Ачинск, Енисейск, Лесосибирск, Минусинск. Было проведено несколько декадников для ведущих терапевтов Красноярского края. Специалисты отделения участвовали не только в российских мероприятиях, но и выезжали в ведущие гематологические клиники мира.

2000 год, США, г. Хьюстон, MD Anderson Cancer Center. В.И. Москов, Д. Хельцер, А.Г. Румянцев

Большую помощь в развитии гематологической помощи населению края оказывали профессора Е.С. Брусиловский и Ю.А. Терещенко.

Становление и развитие морфологической диагностики заболеваний крови в Красноярском крае тесно связано с краевым патологоанатомическим бюро. На ранних этапах становления морфологической диагностики опухолей крови пионером исследований костного мозга была заслуженный врач РФ, врач-патологоанатом Серафима Николаевна Табольянцева. Преемником ее стал врач-патологоанатом Ю.А. Меркушев, ныне заведующий патологоанатомическим отделением №1 Красноярского краевого патологоанатомического бюро. Возникновение и развитие иммуногистохимического метода диагностики в Красноярском крае коренным образом изменило ситуацию с диагностикой опухолевых заболеваний крови.

Следующим знаковым событием стало открытие в 2005 году иммуногистохимической лаборатории (руководитель – врач-патологоанатом И.В. Вершинина). Внедрение ИГХ-метода в диагностике заболеваний крови привело к выделению специалистов, обладающих знаниями по дифференциальной диагностике опухолей крови. Ими стали к.м.н. В.А. Хоржевский, позднее – С.В. Гаппоев. Дополнительным стимулом было активное внедрение метода трепан-биопсий костного мозга в КГБУЗ «ККБ» врачом-гематологом В.И. Бахтиной. Количество исследований в бюро непрестанно растет, в настоящее время исследуется более 400 образцов костного мозга в год и более 600 образцов ткани лимфоузлов от пациентов с подозрением на онкогематологию, появилась возможность цитогенетических исследований, проводится кардиологический анализ образцов костного мозга и крови.

В 1976 году в Красноярске было открыто городское гематологическое отделение на 30 коек на базе 1-й городской клинической больницы. В 70-80-е годы начали работу гематологические кабинеты для амбулаторной помощи больным в Красноярске и городах края: Норильске, Канске, Ачинске, Железногорске. В 1979 году появились первые результаты выздоровления от острого лейкоза, сейчас таких случаев десятки. Проведение школ пациентов с гемобластозами, организация конференций регионального и всероссийского уровней – заслуга Е.Ю. Виноградовой, которая с 2008-го по 2014 год совмещала работу врачом в отделении гематологии с должностью главного внештатного специалиста.

Важным периодом в диагностике гематологических заболеваний стал 2014 год. На базе Краевой клинической больницы №1 начал свою работу проточный цитофлюориметр. Этот метод позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз лимфомы или лейкоза в течение одного дня, а также внутри определенной группы гемобластозов определить тот или иной вариант заболевания.

Сегодня гематология – это клиническая дисциплина, развивающаяся в тесном контакте с функциональной медициной, генетикой, биохимией, цитологией, иммунологией, молекулярной биологией. Благодаря такому междисциплинарному взаимодействию появляются новые возможности диагностики и лечения заболеваний кроветворения и лимфатической ткани.

Значительным подспорьем для лечения больных с заболеваниями системы крови стало открытие в 2019 году дневного стационара на 10 коек на базе отделения гематологии и химиотерапии КГБУЗ «ККБ №1».

С 1 января 2019 года отделением гематологии и химиотерапии №1 заведует Варвара Ивановна Бахтина, прошедшая клиническую ординатуру в НМИЦ гематологии г. Москва под руководством академика А.И. Воробьева. С 2021 года Варвара Ивановна также является главным внештатным гематологом Красноярского края.

В гематологическом отделении Краевой клинической больницы освоены и внедрены:

- программная высокодозная полииммунохимиотерапия острых лейкозов и лимфом;
- комбинированное лечение апластической анемии;
- высокотехнологичные лечебные программы и таргетная терапия гемобластозов: хронического миелолейкоза (ингибиторы тирозинкиназы I и II поколения – иматиниб, нилатиниб, дазатиниб), острых лейкозов – весаноид; миелодиспластического синдрома (иммуносупрессивная терапия); множественной миеломы (ингибиторы протеосом); лимфом и хронического лимфолейкоза (моноклональные антитела, ингибиторы нуклеозидов); гемофилии и болезни Виллебранда с использованием плазменных и рекомбинантных факторов свертывания VIII, IX, и VII.

Врачи-гематологи постоянно повышают свой профессиональный уровень в центральных клиниках страны, имеют сертификат гематолога, принимают участие в международных и национальных конгрессах и конференциях.

Современные протоколы химио- и иммунотерапии выдвигают новые требования к онкогематологическим стационарам. Необходимо не только увеличить коечный фонд, но и создать принципиально отличающиеся от предшественников стационарные отделения, имеющие в своем со-

Коллектив отделения гематологии и ХТ №1 КГБУЗ «ККБ». В центре заведующая отделением В.И. Бахтина, слева к.м.н. В.И. Москов, А.С. Хазиева, Г.Н. Азаренко, справа А.И. Гаранджук, Н.С. Стромова, Е.В. Мартынова. Во втором ряду М.Г. Смелянская, М.А. Михалев, В.В. Галанин, Е.М. Федина – врач КДЛ.

Коллектив Красноярского филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» МЗ РФ. В центре руководитель филиала И.А. Ольховский

ставе современные стерильные блоки для проведения высокодозной химиотерапии и трансплантации костного мозга.

Огромную поддержку в проведении фундаментальных и прикладных исследований в области гематологии и трансфузиологии осуществляет Красноярский филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» МЗ РФ, созданный в 2007 году. С момента основания руководит филиалом кандидат биологических наук Игорь Алексеевич Ольховский.

В 1975 году для лечения больных гематологического профиля в Красноярске был создан городской гематологический центр (ГГЦ), базой которого стала городская больница №1. Выделили три палаты в терапевтическом отделении. Возглавила центр Татьяна Юрьевна Цыганова, врач-гематолог высшей категории. По этому профилю были подготовлены врачи – они прошли обучение в клинической ординатуре на кафедрах внутренних болезней педиатрического факультета и кафедре внутренних болезней №1. Это Н.В. Иванцова, Л.С. Герасимова, Т.И Ольховик, Л.М. Савяк. В поликлиниках левобережья гематологическую службу осуществляет врач высшей категории Ф.Г. Фандо, на правобережье – О.Р. Кисличенко и М.Г. Осадчая.

Сотрудники кафедры Госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО (зав.кафедрой д.м.н., профессор Демко И.В.)

2009 год. Коллектив гематологического отделения ГГЦ. Заведующая отделением – Т.И. Ольховик

В настоящее время в отделении гематологии трудятся врачи: Т.Н. Ольховик, Е.Б. Сырцева, Л.Н. Савяк, Е.Ю. Кузнецова, З.Н. Лень.

В последние годы в диагностике и лечении гемобластозов произошел значительный прогресс благодаря государственной программе «Онкология». Новые методы диагностики, таргетные препараты – все это позволяет добиться ремиссий у пациентов с ранее неизлечимыми заболеваниями, спасти жизни сотням больных.

Городское отделение гематологии, а также отделение гематологии и химиотерапии КГБУЗ «ККБ №1» являются базой для подготовки студентов, врачей-ординаторов КрасГМУ.

Сотрудники кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, возглавляемой профессором Ириной Владимировной Демко, продолжают ежедневно воспитывать молодое поколение, формируя отношение к такому важному разделу медицины, как гематология.

Гематологическая служба в Красноярском крае продолжает развиваться, все большее количество студентов, ординаторов активно интересуются изучением гемобластозов, патологией гемостаза, планируя в последующем посвятить свою профессиональную карьеру спасению жизни больных, страдающих гематологическими заболеваниями.

Взаимодействие науки и практики, опыта и креативного молодого мышления позволяют добиваться результатов в совершенствовании гематологической помощи на территории края.

Центр компетенций по внедрению рекомендаций Росздравнадзора

Для совершенствования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях, в рамках соглашения между ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, КГБУЗ ККБ, министерством здравоохранения Красноярского края в сентябре 2018 года создан Центр компетенций.

Центр компетенций ККБ предлагает обучение современным методикам управления и создания системы менеджмента качества

- Мастер-классы (стажировки) на рабочем месте по различным направлениям
- Семинары и тренинги по управлению компанией на базе стандартов ISO
- Семинары на базе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Семинары по нозологиям
- Консалтинговое сопровождение

Контактная информация

Николаева Надежда Михайловна

+7 (902) 922 9747

Головина Наталья Ивановна

+7 (904) 895 6510

Электронная почта **smkkkb@bk.ru**

30 лет ожоговому центру

2 ноября 1992 года главный врач Краевой клинической больницы Родион Иванович Петров подписал приказ «О создании межтерриториального ожогового центра», согласно которому на базе ожогового отделения и ожогового отделения анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы на 72-х койках было организовано оказание специализированной помощи ожоговым пациентам Красноярского края, Хакасии и Тувы. Этот этап стал серьезной вехой в развитии комбустиологии региона, но началось оно гораздо раньше.

Родион Иванович Петров

Созданию высокоспециализированного центра предшествовала двадцатилетняя история. До 1968 года лечение пациентов с ожогами – термическими, химическими и электротравмами – проводилось на хирургических и травматологических койках различных больниц края. В 1968 году на базе БПО №3 было организовано ожоговое отделение на 40 коек. С того времени больным с ожогами стала оказываться специализированная помощь. Постепенно отделение увеличили до 60 коек. В 1979 году ожоговое отделение было переведено в помещение жилого дома по ул. Одесской. Несмотря на то, что находилось оно в плохо приспособленном помещении, специализированная помощь оказывалась обожженным во всех стадиях ожоговой болезни. Выполнялись также реконструктивно-восстановительные операции пациентам с рубцовыми контрактурами и другими последствиями ожогов.

В июне 1990 года ожоговое отделение было переведено в Краевую клиническую больницу, руководить им стала Людмила Леонидовна Акулова. На новом месте увеличились площади, появилась возможность комплектования новым хирургическим оборудованием, а также, что очень важно, была открыта палата интенсивной терапии на 3 койки, которая потом, в 1991 году, выросла до целого отделения ожоговой реанимации. Были приобретены специальные противоожоговые флюидизирующие кровати для лечения больных с обширными и глубокими ожогами. Увеличилось количество дерматомов и перфораторов, необходимых для хирургического лечения обширных и глубоких ожогов. В штате ожогового центра появились врач-терапевт и врач-педиатр – поскольку в отделение поступают не только взрослые, но и дети.

После образования в 1992 году ожогового центра, первым заведующим которого стал М.Ю. Васильев, открылось самостоятельное отделение анестезиологии, реанимации и интен-

Рабочий процесс

сивной терапии сначала на 6, а потом на 12 коек. Это позволило значительно повысить уровень специализированной помощи тяжелобольным, существенно снизить летальность среди этой группы пациентов с 30% до 12–16%. Первой заведующей отделением была назначена Г.Д. Кокоулина, а с 2002 года отделением заведует В.А. Мацкевич, который сегодня является также руководителем всего ожогового центра. Заведует ожоговым отделением А.Б. Хлебников, а старшей медицинской сестрой трудится Н.Г. Сергиенко.

В течение 15 лет проводилась работа по выявлению и устранению организационных и клинических ошибок при оказании помощи обожженным в районных больницах, отработки метода дистанционного консультирования, подготовки и медикаментозного сопровождения пациентов во время авиационной

Галина Дмитриевна Кокоулина

Владимир Адамович Мацкевич

Работа комбустиологов совместно с санитарной авиацией

и наземной транспортировки. Печатались и распространялись среди коллег районных больниц методические рекомендации по ведению взрослых и детей в ожоговом шоке.

Начали транспортировать пациентов с 60% ожогов и более, находящихся на ИВЛ, в состоянии психомоторного возбуждения.

Ежегодно силами отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи в ожоговый центр транспортируются до 70 пострадавших, 20–25 из которых – дети. Ежегодно в ожоговом центре проходят лечение около 500 пациентов с ожогами, электротравмами, термоингаляционными травмами, отравлениями продуктами горения. Каждый третий пациент – ребенок.

2012–2015 годы стали особенно сложными для ожогового центра из-за ряда катастроф с массовым поступлением обожженных. В 2012-м на стройке взорвался газовый баллон, пострадали 17 человек. В следующем году произошел

В.А. Мацкевич в помещении для деконтаминации кроватей

Появляются новые технологии, методы, материалы, оборудование и медикаменты, это позволяет повысить выживаемость, уменьшить страдания ожоговых пациентов, сохранить их качество жизни в будущем.

взрыв на газозаправочной станции в Красноярске. В 2014-м на ул. Вавилова краевого центра автобус, полный пассажиров, въехал в «фонтан» горячей воды. В этом же году на Ачинском НПЗ произошел взрыв углеводородов, пострадали 13 человек. В 2015-м 38 населенных пунктов Хакасии оказались вовлечены в масштабный пожар, сгорели 1200 домов, пострадали более 900 человек. Разумеется, комбустиологи и анестезиологи-реаниматологи ожогового центра не смогли бы помочь пострадавшим в этих катастрофах без оперативной и слаженной работы санитарной авиации. Научно-технический прогресс и установившиеся контакты с учеными позволяют развиваться комбустиологии как науке. Появляются новые технологии, методы, материалы, оборудование и медикаменты, это позволяет повысить выживаемость, уменьшить страдания ожоговых пациентов, сохранить их качество жизни в будущем. За 1994–2009 годы на базе и материалах ОАР №4 ожогового центра защищено восемь кандидатских и четыре докторских диссертации. Кандидатами медицинских наук стали: М.А. Мальцева, Е.А. Попова, С.И. Ростовцев, Ж.Н. Колегова, В.А. Мацкевич, С.Ф. Зайнулин, Т.Н. Таран, С.А. Артемьев. Звание «Доктор медицинских наук» получили А.А. Попов, С.И. Ростовцев, Е.А. Попова, С.А. Артемьев. Сегодня в ожоговом центре работают 3 кандидата медицинских наук, 15 врачей высшей категории, три врача первой категории, два врача второй категории, еще два врача пока не аттестованы в связи с малым стажем работы.

Ольга Ивановна Крутенкова, первая старшая медсестра ОАР, Наталья Николаевна Желуницына, старшая медсестра ОАР

В помещении для временного хранения крови

Ожоговый центр в январе 2020 года переехал в новый хирургический корпус: здесь вдвое увеличились площади отделений, появились боксированные палаты, пациенты размещены с большим комфортом, улучшились условия труда и отдыха персонала, в работу задействовано новое специализированное оборудование, появилась комнаты деконтаминации флюидизирующих кроватей, малая операционная, шоковый зал, мощность реанимационного отделения №4 увеличилась с 12-ти до 14-ти коек, улучшились условия для матерей, ухаживающих за обожженными детьми.

Центр интенсивно развивается как в плане оснащения, так и в плане квалификации персонала, делается все, для того чтобы максимально качественно оказывать комбустиологическую помощь.

25 лет

отделу сервисного обслуживания и метрологии

Во времена Советского Союза техническим обслуживанием медицинской техники в больницах, ее поставками и монтажом занималось Всесоюзное объединение «Союзмедтехника», принадлежавшее Министерству здравоохранения СССР. Так продолжалось вплоть до 1990-х годов, когда наступили времена выстраивания новых систем и организационных принципов.

В 1993 году в Красноярске создали ТОО «Медиум», в котором первоначально работало пять человек. В этом же году был заключен договор с Краевой клинической больницей на оказание услуг по техническому обслуживанию и ремонту медицинской техники. Произошло это по инициативе главного метролога ККБ Галины Ивановны Пирко с целью улучшения качества и своевременности проведения такого обслуживания.

В 1995 году произошли структурные преобразования, в результате которых появилось ООО «Ремед», к которому перешли функции предыдущей организации. В 1996–1997 годах сложилась тяжелая экономическая обстановка, из-за чего практически прекратилось финансирование работ по содержанию имущества. ККБ имела задолженность перед ООО «Ремед». С приходом нового главного врача Бориса Павловича Маштакова для сохранения коллектива и создания собственной инженерной службы была создана бригада по обслуживанию и ремонту медтехники. К 1 ноября 1997 года в составе бригады было уже 11 человек. В 2011-м бригаду преобразовали в отдел по сервисному обслуживанию оборудования и метрологии.

Мастерская по обслуживанию рентгеновского оборудования. Валерий Дайнеко, Алексей Афанасьев, Вадим Макаров, Николай Максимов, Людмила Макарова

Обновленный цех механической обработки. Семён Павлов, Константин Пашинов, Юрий Смирнов

Разумеется, в коллективе трудились такие специалисты, которые благодаря своему таланту двигали вперед инженерную мысль: совершенствовали медтехнику, оптимизировали ее ремонт, обучали молодых сотрудников, передавая свой опыт. Вилли Рейнгольдович Шефер у нас в больнице занимался лабораторной техникой, физиооборудованием, имел ряд патентов на изобретения и совершенствования техники, причем не только медицинской. Юрий Артемьевич Сухарев не имеет высшего инженерного образования, но он умеет делать руками то, что не доступно иному профессору. Наш местный Кулибин сам конструировал и изготавливал приборы, он прекрасный радиомонтажник. Придумал и внедрил множество новых инструментов для облегчения работы ремонтников.

Сегодня отдел производит обслуживание и ремонт медицинского и прачечного оборудования, принимает участие в закупке новой техники. На данный момент отдел насчитывает 20 человек, это высококлассные специалисты, большинство из которых имеет высшее техническое образование. Чаще всего в коллектив принимаются механики и радиоэлектронщики, соискатели проходят подробное собеседование с руководителем отдела Константином Павловичем Егоровым, где выясняется уровень и спектр их компетенций.

Коллектив отдела в старом помещении легочного корпуса. 2011 г.

Олег Додул. Обслуживание прачечного оборудования

Сейчас на обслуживании отдела находится 6200 единиц техники, большая часть которой не только ремонтируется, но и проходит метрологическую поверку силами штатных сотрудников. В далекоидущих планах коллектива стоит задача совершенствовать систему планирования технического обслуживания, закупки запасных частей и материалов, сократить простой оборудования и улучшения эффективности его использования. Сейчас в работу внедряется программа «Техучет».

Коллектив сотрудников отдела по сервисному обслуживанию оборудования и метрологии. 2022 г.

События-2022

13 ЯНВАРЯ

Приобретен и установлен новый аппарат МРТ экспертного класса. Он позволил удвоить количество исследований, а также увеличить их перечень за счет расширенного функционала и современного программного обеспечения.

15 ФЕВРАЛЯ

Контакт-центр Красноярской краевой клинической больницы перешел в круглосуточный режим.

10 МАРТА

Пятая волна коронавирусной инфекции после достижения рекордных значений суточной заболеваемости резко пошла на спад. Больница начала возвращаться к плановой работе.

18 МАРТА

В операционной опробован специальный рентгенпрозрачный головодержатель, используемый для прочной фиксации головы во время операций, необходимый при сложных высокотехнологичных вмешательствах, выполняемых совместными командами нейрохирургов и рентгенхирургов.

29 АПРЕЛЯ

Медаль Русской Православной Церкви «Патриаршая Благодарность» за самоотверженный труд в борьбе с коронавирусной инфекцией получили Алексей Антипов, врач – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии- реанимации №2, Татьяна Грунина, старшая медсестра ЦСО, и Наталья Шулешова, медсестра-анестезист отделения анестезиологии-реанимации №2.

22 АПРЕЛЯ

Возобновились обходы отделений администрацией ККБ. В связи со снижением заболеваемости COVID-19 краевая медицина все больше возвращается в нормальный ритм.

13 МАЯ

Евгения Курц признана «Лучшим терапевтом» Красноярского края, а Владимир Афонькин – «Лучшим отоларингологом».

20 МАЯ

Легочно-аллергологический центр ККБ отметил 55-летие. Первый в Советском Союзе пульмонологический центр был образован приказом МЗ СССР от 19 мая 1967 года на базе ККБ.

22 ИЮНЯ

В Краевой больнице проведены первые бариатрические операции – вмешательства, направленные на борьбу с ожирением.

14 ИЮЛЯ

Главный трансплантолог России Сергей Готье вместе с нашими врачами посадил первые деревья на Аллее жизни, посвященной донорам трансплантологии.

31 АВГУСТА

В ККБ состоялась первая в крае операция с применением роботизированного микроскопа.

23 СЕНТЯБРЯ

Состоялась шестая Всероссийская научно-практическая конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации». В ней участвовали 17 регионов РФ.

21 ОКТЯБРЯ

Краевая клиническая больница отметила 80-й день рождения. На торжественном вечере, посвященном юбилею больницы, сотрудникам ККБ вручили награды, благодарственные письма правительств РФ и Красноярского края, губернатора и главы Красноярска.

21 НОЯБРЯ

Наши врачи отпраздновали 80-й день рождения медуниверситета им. проф. Войно-Ясенецкого. Большинство из них – выпускники КрасГМУ. Сегодня в ККБ базируются 17 кафедр КрасГМУ, а сотрудничество с медицинским вузом делает нашу больницу крупнейшим научно-практическим центром в крае.

28 ДЕКАБРЯ

Праздничная новогодняя планерка пройдет в последнюю среду года. Будем подводить итоги, строить планы и провожать уходящий год.

1942
2022

80 1 краевая клиническая больница

Борис Смирнов

«Елка в лазарете во время русско-японской войны», 1904 г.

Новосибирский государственный краеведческий музей

Борис Васильевич Смирнов (1881–1954 гг.) был русским художником – замечательным портретистом и мастером бытового жанра. В 1904 году он с тюремным этапом проделал путь из западной части России по территории Сибири. В это время он создал серию рисунков и акварелей с изображением людей и мест, встречавшихся ему в дороге. Эти наброски Смирнов сделал в Уральских горах, в Иркутске, Омске, Красноярске и в селах, расположенных вдоль дороги – пути из Москвы через Сибирь к границам Китая.