ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 7 (68)

краевая клиническая больница основана в 1942

март 2018 года

30 лет операционному блоку

РЕМАКСОЛ®
ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

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

Реклама Рег. № ЛСР-009341/09

Интеллект на защите здоровья
polysan

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

ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-904-895-30-62

www.medgorod.ru
kkb-red@mail.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин — *главный врач*

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Алексей Иванович Грицан — *д.м.н., профессор*
Елена Сергеевна Семенова — *шеф-редактор*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

Г. Г. Гудошникова — корректор

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

Тираж 999 экз.
Март 2018 г.

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

Содержание

События ..... 2 — 4

Краевая клиническая больница получила международный сертификат менеджмента качества ISO 9001:2015 ..... 4 — 6

Роботу «Да винчи» ассистирует медицинская сестра ..... 7 — 9

Итоги 2017 года по медицинскому освидетельствованию граждан, подлежащих призыву на военную службу, и подростков при первичной постановке на военный учет ..... 10 — 11

«Енисеймедика» знакомила посетителей с однодневной диспансеризацией, обследовала у специалистов и приглашала в школу молодых мам ..... 12 — 13

Работа поликлиники дистанционного консультирования — способ повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи жителям Красноярского края ..... 14 — 16

CASUS EXTRAORDINARUS | НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ

Случай мутилирующего псориатического артрита у молодой пациентки отделения нефрологии краевой клинической больницы ..... 18 — 20

Случай успешной субтотальной колэктомии у пациента с острым миелобластным лейкозом, осложненным развитием псевдомембранозного колита ..... 20 — 22

Применение системы профессионального круглосуточного мониторирования глюкозы крови в отделении эндокринологии ..... 23 — 25

Случай суицидальной попытки с пересечением гортаноглотки и колотыми ранами грудной клетки у больного с острым психотическим расстройством ..... 25 — 27

Опухоль спинного мозга в дифференциальной диагностике торакалгического синдрома ..... 28 — 29

Клинический случай сочетанного применения продолжительной вено-венозной гемофильтрации (cvvh)и спаренной плазмофильтрации–адсорбции (cpfa) в комплексной терапии тяжелого сепсиса у больного с инфекционным эндокардитом ..... 30 — 33

Впервые в Красноярском крае родила пациентка на гемодиализе 34

DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ

Профилактика падений в КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Стандарт учреждения ..... 36 — 40

Опыт применения динамического ультразвукового исследования с контрастным усилением в комплексной УЗ-диагностике образований шеи, больших слюнных желез, лимфоузлов ..... 41 — 43

Опыт применения терлипрессина с целью снижения операционной кровопотери в хирургии гепатопанкреатодуоденальной области ..... 44 — 47

Первый опыт премедикации неулептилом в офтальмохирургии ..... 47 — 48

EX ANIMO \ ОТ ДУШИ

Памяти Гирича ..... 50 — 53

И.П. Назаров. Лыковы и мы ..... 54 — 56

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ ПООБЩАЛСЯ С ПРЕЗИДЕНТОМ

16 марта в Санкт-Петербургском центре имени Алмазова состоялась встреча Владимира Владимировича Путина с представителями российского здравоохранения. Президент разговаривал с главными врачами России более двух часов.

По словам Егора Евгеньевича, он был приятно удивлен открытостью обсуждения проблем здравоохранения. Было очевидно, что Путину необходима правда о проблемах, с которыми сталкиваются руководители больниц.

Участники встречи поддержали положительный опыт строительства в регионах перинатальных центров, но при этом попросили Президента строить и детские многопрофильные больницы.

Знаменитый доктор Рошаль задел болезненную тему – внезапно возросший интерес силовых структур к врачебным ошибкам. Рошаль сказал, что работать в медицине сегодня небезопасно, и поэтому скоро работать будет некому. Президент озабоченность Рошаля разделил. Участники встречи обсудили возможность создания независимых комиссий, которые будут объективно изучать судебные дела и принимать правильные решения. Негативно высказался Путин по поводу юридических «фирмешек», зарабатывающих на человеческом горе, обещающих пациентам моральную компенсацию.

Егор Корчагин в разговоре с Президентом поднял две темы.

Во-первых, внедрение клинических рекомендаций как базовых документов, определяющих технологию оказания медицинской помощи, основанных на лучших практиках и имеющих доказанную эффективность. Клинические рекомендации послужат основой для снижения числа врачебных ошибок и жалоб со стороны пациентов.

Вторая тема – крайне важная для Красноярского края – санитарная авиация. Благодаря санавиации, своевременно доставляются самые тяжелые пациенты в специализированные центры для оказания помощи. Федеральная поддержка этого направления позволила использовать воздушные суда отечественного производства, оснащенные специализированными санитарными модулями.

ИТОГОВАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

В основном докладе Вадим Янин озвучил итоги работы краевой отрасли и рассказал об основных направлениях на ближайшую перспективу.

Важнейшим достижением является рост продолжительности жизни – до 70,1 года. За 2017 год смертность снизилась в возрастных группах: дети до 17 лет – на 7,7%, трудоспособное население – на 7,1%. Внедрение в краевых учреждениях современных методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы позволило снизить смертность от инфаркта миокарда. Увеличились объемы высокотехнологичной медицинской помощи жителям края. Реализованы федеральные субсидии, в том числе на проект по санитарной авиации. Также акцент был сделан на улучшение работы поликлиник. В 2017 году начато внедрение в амбулаторном звене элементов бережливого производства, что позволило сократить время попадания пациента к врачу, ликвидировав ненужные промежуточные посещения.

Прозвучали доклады, посвященные кадровому обеспечению отрасли, работе системы обязательного медицинского страхования, реализации Указов Президента РФ.

Опытом работы краевой клинической больницы по внедрению системы менеджмента качества поделилась с собравшимися начмед Наталья Головина.

Основными задачами отрасли здравоохранения в 2018 году станут сохранение стабильной положительной динамики демографических процессов. Дальнейшее развитие получит информатизация здравоохранения. В числе приоритетов – развитие гериатрической службы, укрепление кадровой составляющей отрасли.

Министерством здравоохранения подготовлены два законопроекта: «Земский фельдшер» и по зарубежным стажировкам для врачей-специалистов.

Продолжится укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения края – расходы составят свыше 750 млн рублей.

КАК ЗАКОНЧИЛА 2017 ГОД КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Медицинскую помощь в стационаре получили около 36 тысяч человек. Абсолютное число пролеченных в 2017 году – 35 965 жителей Красноярского края и соседних регионов СФО. Консультативно-диагностическую поликлинику пациенты посетили 238 829 раз.

4 547 пациентов получили высокотехнологичную медицинскую помощь, из них 3 545 – за счет фонда ОМС и 1002 – за счет краевого и федерального бюджетов. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в больнице по 11 профилям. Наибольшее количество высокотехнологичных вмешательств проводится в сосудистом и травматологическом центрах.

Пациентам установлено более 2000 стентов, 538 электрокардиостимуляторов, проведено 125 операций на сердечных клапанах (из них 20 установлены транскатетерно, без рассечения грудной клетки), 100 операций на аорте, 190 аорто-коронарных шунтирований, 120 радиочастотных абляций при нарушениях ритма сердца, другие вмешательства на сердце и сосудах.

В 2017 году трансплантологи ККБ пересадили четыре донорских сердца. Все операции прошли успешно.

Травматологи и ортопеды провели 430 операций по протезированию тазобедренных и коленных суставов (350 и 30 соответственно).

Нейрохирурги прооперировали 172 опухоли головного мозга, 70 аневризм, провели 86 оперативных вмешательств при дегенеративных заболеваниях позвоночника и 70 при травмах позвоночника.

Абдоминальные хирурги провели шесть трансплантаций донорской печени, установили также 55 сетчатых имплантов при обычных и гигантских грыжах.

76 высокотехнологичных операций при нарушении вестибулярных функций и 82 на среднем ухе состоялись в отделении оториноларингологии.

16 опухолей лицевой области удалили челюстно-лицевые хирурги, причем в одном случае протез нижней, пораженной опухолью, челюсти изготовлен по 3D технологиям.

37 операций по удалению паращитовидных желез провели эндокринные хирурги.

358 реконструктивных операций на счету наших урологов. Плюс впервые состоялись 8 фаллопластик - протезирований полового члена при органической эректильной дисфункции.

Больница традиционно выполнила и перевыполнила государственное задание по всем профилям.

НОВОСТИ СТРОИТЕЛЬСТВА

В четырехэтажном переходе между тремя башнями хирургического корпуса устанавливаются окна, начинается монтаж фасада.

Происходит утепление фасада первой башни, идут отделочные работы в здании прачечной. По всем башням проводится вентиляция, отопление, канализация.

Достраиваются вторая и третья башни.

Утвержден дизайн-проект интерьеров.

Во всех трех башнях будет господствовать беж, серый, спокойный голубой, приглушенный салатовый, терракотовый. Керамогранит дизайнеры предложили теплых оттенков. Даже в палатах интенсивной терапии будут пятна «древесного» керамогранита для отделки стен – в противовес традиционным палатам, сверкающим белым кафелем.

Корпоративный оранжевый цвет обязательно должен присутствовать – хотя бы в виде логотипов, чтобы не сломать благородную цветовую гамму.

Выбивается из сдержанного полотна только детское отделение ожогового центра – 15 палат с отдельными душевыми и санузлами. В «детстве» веселая палитра оранжевых, голубых, травянисто зеленых оттенков на бежевом фоне.

Качество кафеля и керамогранита продумано досконально: в душевых кафель нескользящий, в местах, где будут проезжать каталки и тяжелая аппаратура, – очень прочный.

Ответственно подошли к выбору линолеума. У него есть особенность: в палатах интенсивной терапии никаких плинтусов – линолеум должен заходить на стену на 15 см.

В целом площадь пола в новом корпусе составляет 60 тысяч кв. м, из них половина будет занята керамогранитом, половина – линолеумом.

Сегодня для строящегося корпуса выбирается мебель и сантехника.

За главным корпусом проложена новая теплотрасса, монтируются очистные сооружения – в землю ушли два огромных септика.

ПОЧТИ ПЯТЬ ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК ПРООПЕРИРОВАНЫ В ФЕДЕРАЛЬНОМ КАРДИОЦЕНТРЕ В 2017 ГОДУ

Всего в минувшем году высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии Красноярска получил 6861 человек.

Первоначальный план государственного задания на 2017 год для красноярского кардиоцентра, определенный Министерством здравоохранения РФ, составил чуть больше четырех тысяч операций.

В середине года была проведена корректировка объемов высокотехнологичной медицинской помощи. Минздрав оценил результаты и темпы работы красноярских хирургов, выделив дополнительные квоты на проведение операций. Всего в кардиоцентре в 2017 году проведено 4 996 операций на сердце и магистральных сосудах, в том числе три трансплантации донорского сердца.

Помимо высокотехнологичных операций, в кардиоцентре проведено 1865 диагностических коронарографий, 137 пациентов прооперированы с диагнозом острый коронарный синдром. Через поликлинику в 2017 году прошли более 27 тысяч человек.

Помимо жителей Красноярского края медицинскую помощь в Федеральном кардиоцентре Красноярска получили жители 26 регионов России.

В МВДЦ «СИБИРЬ» ПРОШЕЛ ЕЖЕГОДНЫЙ ФОРУМ «ЕНИСЕЙМЕДИКА»

Особенностью выставки «ЕнисейМедика»-2018 стала масштабная акция – первый этап диспансеризации взрослого населения. Посетители проходили флюорографию, маммографию, ЭКГ, сдавали экспресс-анализ крови на сахар и холестерин. Прием вели терапевты, психологи, онкологи и реабилитологи, врачи-ортопеды. По результатам обследований красноярцы, у которых обнаружены патологии, получили направления от врачей на следующий этап диспансеризации – по месту жительства.

Краевую клиническую больницу представляли врачи передвижного консультативно-диагностического комплекса «Мобильной поликлиники», которые за два дня провели более 70 исследований молочной железы и 180 флюорографий, а также специалисты Центра медицинской реабилитации. В доступной форме врачи-реабилитологи в личной беседе и с помощью презентации консультировали граждан, которым предстоит протезирование тазобедренных суставов, рассказывали об особенностях организации домашнего быта и правилах поведения после операции по замене сустава.

КАЧЕСТВО

КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ПОЛУЧИЛА МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕРТИФИКАТ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ISO 9001:2015

На этот документ коллектив клиники работал больше четырех лет.

И вот свершилось: в приемной главного врача висит международный сертификат ISO 9001:2015, доказывающий, что для краевой клинической больницы слово «качество» – важнейший критерий успешного оказания медицинской помощи.

Подтверждать сертификат нам придется ежегодно. Это не медаль, которая пылится в музее, а «живой» документ – свидетельство стремления коллектива ККБ к постоянному улучшению.

Сегодня мы ответим на пять вопросов, задаваемых по поводу внедрения системы менеджмента качества и сертификации нашей организации.

1. Зачем краевая больница начала внедрять систему менеджмента качества?

Если коротко, это стремление стать лучше.

Требования к медицинским учреждениям с каждым годом растут – и со стороны пациентов, и со стороны контролирующих органов. Краевая больница стремится соответствовать запросам, идти в ногу с мировой медициной и требованиями времени.

Внедрение системы менеджмента качества направлено на то, чтобы каждый пациент почувствовал на себе изменения в части безопасности, комфорта и максимального доверия команде профессионалов.

В свою очередь, командой профессионалов должен стать весь коллектив больницы – и медработники, и технические сотрудники, и финансисты. Поднять уровень качества возможно лишь сообща.

2. С чего начался процесс внедрения системы менеджмента качества?

С создания отдела СМК и следующего этапа, который можно охарактеризовать как непрерывный – стандартизации всех процессов, происходящих в организации.

Одно из первых отделений, где больница стала внедрять систему управления качеством, – приемное отделение. От того, насколько четко, быстро и правильно будут действовать сотрудники, когда поступают пациенты, доставленные неотложкой или санитарной авиацией, зависит не просто успех их последующего лечения, но и жизнь.

Совместно с сотрудниками приемного отделения и руководством больницы менеджеры отдела СМК составили подробные алгоритмы действий каждого члена бригады при поступлении пациентов с подозрением на инсульт, инфаркт, пострадавших с тяжелыми травмами или ожогами. После внедрения стандартов время от момента поступления пациента в приемное отделение до момента его доставки в реанимацию или в операционную сократилось едва ли не вдвое.

Это произошло за счет того, что каждый сотрудник бригады четко знает, как, что, в какой последовательности он должен выполнить, пошагово: кто перекладывает пациента на каталку, делает снимки, подключает аппарат искусственного дыхания, кто оформляет документы, берет и отправляет анализы в лабораторию. Бригада действует слаженно, как единый организм. Алгоритм действий прописан в чеклисте.

В плановых ситуациях алгоритмы работают так же эффективно. Например, в операционной каждый сотрудник знает, что, как и в каком порядке он должен выполнить.

Стандартизация процессов упорядочивает работу любого отделения и помогает молодым специалистам быстрее освоить азы специальности.

3. Как оценивается качество оказания медицинской помощи?

В больнице создана аудиторская группа из 30 сотрудников – врачей, руководителей структурных подразделений, специалистов, которые прошли обучение по курсу «Внутренний аудит СМК ISO 9001». У каждого отделения существует свой чек-лист с определенными требованиями.

Аудиторы проверяют соответствие или несоответствие требованиям – ведение документации, технологии выполнения и порядков медицинских манипуляций, хранение и использование лекарственных средств, санитарное содержание помещений, сбор, хранение, утилизацию медицинских отходов и так далее. После аудита составляется отчет с анализом несоответствий и их причин, а затем – обязательно – план мероприятий по устранению несоответствий с указанием сроков исполнения.

Цель внутренних аудитов не в том, чтобы выявить нарушения и кого-то наказать, а в том, чтобы показать сотрудникам, что упорядочивание действий в итоге им самим упрощает работу. Необходимо выполнять требования, потому что это правильно, разумно, рационально.

Есть субъективные критерии оценки качества оказания медицинской помощи: пациенты, обращавшиеся в краевую больницу несколько лет назад, отмечают, как у нас все изменилось в положительную сторону, какой персонал внимательный и вежливый.

Есть объективные критерии: статистика инцидентов и осложнений – она снижается.

4. Как происходила сертификация больницы?

Наличие документа о соответствии стандарту ISO 9001:2015 часть генома современного рынка. Это касается не только производителей товаров, но и организаций, оказывающих услуги, в том числе медицинские.

Внедрение СМК, проведение процедур оценки соответствия – это проверка организации на прочность, тест на работоспособность.

Стандарты ISO серии 9000 выдвигают единообразные требования к управлению организацией с точки зрения обеспечения качества ее деятельности. Первым принципом менеджмента качества здесь провозглашается ориентация на потребителя, и это напрямую касается больниц, оказывающих медицинские услуги.

Сертификация – это, по сути, внешний аудит, оценка независимой стороной успешности внедрения СМК.

Подготовку ККБ к сертификационному аудиту курировал Радомир Бошкович, европейский эксперт в области менеджмента качества, ак-

ZERTIFIKAT ◆ CERTIFICATE ◆ 認證證書 ◆ СЕРТИФИКАТ ◆ CERTIFICADO ◆ CERTIFICAT

TÜV SÜD Management Service

СЕРТИФИКАТ

Орган по сертификации
общества TÜV SÜD Management Service GmbH

удостоверяет, что предприятие

краевая клиническая больница

Краевое государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Краевая клиническая больница»

ул. П.Железняка,3а
660022 Красноярск
Российская Федерация

в следующей области действия

Оказание специализированной,
высокотехнологичной, экстренной и
неотложной медицинской помощи

внедрило и применяет
систему менеджмента качества.

В результате аудита, номер отчёта **707083650**
получено подтверждение, что требования

ISO 9001:2015

выполнены.

Данный сертификат действителен с **31.01.2018 г.** по **30.01.2021 г.**

Регистрационный номер сертификата: **12 100 55273 TMS**.

Product Compliance Management
Мюнхен, 31.01.2018 г.

IAF DAkkS

TÜV SÜD Management Service GmbH • Zertifizierungsstelle • Ridlerstraße 65 • 80339 München • Germany TÜV®

M501-07/10

кредитации и оценки, член Института обеспечения качества (Лондон), ведущий аудитор ISO 9001 и 14001.

Эксперт неоднократно посещал больницу в период с 2014 по 2017 год, участвовал в составлении стратегического плана развития клиники на период 2016-2019 годов.

Задача стратегического плана – понять, куда двигаться дальше, быстрее и с наименьшими затратами.

Были определены пять стратегических целей ККБ на четыре ближайших года:

– обеспечить лучшие в Сибири доступность и качество медицинской помощи среди многопрофильных учреждений;

– стать клиникой с дружелюбной и безопасной средой для пациента;

– стать авторитетной клиникой в регионе;

– добиться к 2019 году экономической самостоятельности;

– создать комфортную внутреннюю среду для персонала.

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

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

– профессионализм;

– человечность;

– ответственность;

– безопасность пациентов и персонала;

– честность;

– совершенствование;

– командная работа;

– приверженность традициям.

Сертификационный аудит состоялся в ККБ в декабре 2017 года.

Аудит в течение недели проводила специальная комиссия представителей международного сертификационного общества TMS RUS.

Аудиторы оценили организацию лечебных, диагностических, финансовых процессов, и выводы их были однозначными: вовлеченность персонала в процесс создания безопасных и комфортных условий для пребывания пациентов высокая, особенно качественно организован сестринский процесс. Работа по созданию безопасных условий и повышения качества оказания медицинской помощи, проводимая больницей на протяжении трех лет, дает положительные результаты.

По итогам сертификационного аудита краевая клиническая больница получила сертификат соответствия Международным стандартам ISO 9001:2015 в конце января 2018 года – одной из первых в СФО.

5. Какие дальнейшие планы по повышению качества оказания медицинской помощи?

Опыт краевой больницы по внедрению СМК вызвал огромный интерес не только у соседей – клиник Сибири, но и у коллег из отдаленных регионов РФ. В больнице побывали делегации из Бурятии, Иркутской области, из далекого Мурманска, Казани, Уфы, Томска, Абакана.

Интерес у руководителей лечебных учреждений России вызвало сообщение Егора Корчагина на конференции в столице о том, что за два с половиной года в нашей больнице удалось снизить затраты на лекарства, хранящиеся в отделениях, повысить бесперебойность обеспечения лечебных отделений необходимыми препаратами и расходными материалами. Это произошло благодаря системе канбан («карточка») – одному из элементов менеджмента качества.

Участниками научно-практической конференции, посвященной 75-летию краевой клинической больницы, «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации» стали более 200 делегатов. Все они побывали в нашей больнице и могли оценить положительный эффект внедрения СМК.

Следующий этап повышения качества оказания медицинской помощи в нашей больнице – международная аккредитация JCI (Joint Commission International), самой крупной и старейшей медицинской контролирующей организации в мире.

Сегодня по этому стандарту в России аккредитовано уже три медицинских организации, одна из которых – государственная больница скорой медицинской помощи в Набережных Челнах, где недавно побывала делегация наших специалистов.

Путь к JCI долгий, трудный и очень затратный. В качестве примера всего одна деталь из списка требований: окна в палатах стационара должны открываться всего на 45 градусов, для профилактики падения пациентов. И таких сложно выполнимых требований более тысячи.

Система оценивания JCI включает 197 основных стандартов, 368 общих стандартов и 1032 дополнительных показателя. Среди них:

– стандарты управленческой деятельности медучреждения;

– организация самосовершенствования: как учреждение работает со своими ошибками;

– общие и медицинские этические стандарты: как высший менеджмент и рядовые сотрудники применяют этические стандарты по отношению к пациентам;

– качество и профессионализм клинического персонала, включая уровень образования и профессиональной подготовки: сотрудники должны предъявить доказательства своего непрерывного профессионального обучения и роста;

– организация документооборота в медучреждении;

– профилактика и регистрация инфекционных осложнений, контроль санитарного благополучия;

– свидетельства надежной, справедливой и честной системы рассмотрения жалоб пациентов, механизмы разумной и справедливой компенсации потерь пациентов, если претензии обоснованы.

Приведенный перечень не является исчерпывающим. Аккредетация JCI даже учитывает правовые, религиозные и культурные факторы каждой страны.

Аккредитация JCI – свидетельством наивысшего качества медицинского обслуживания, безопасности пациентов, применения правильных методов лечения и управления в медицинском учреждении. Получение данной аккредитации очень престижно: автоматически дает возможность выхода на международный уровень и привлекает пациентов из-за рубежа.

Пройти аккредитацию JCI сложно. Но для одной из лучших многопрофильных клиник СФО, а теперь и России, нет ничего невозможного.

Наши коллеги в Набережных Челнах, в больнице, аккредитованной по JCI

ХИРУРГИЯ

РОБОТУ «ДА ВИНЧИ» АССИСТИРУЕТ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

Операционному блоку краевой больницы исполнилось 30 лет

Заведующая оперблоком Елена Акимкина и хирург Артем Архипов

Ветеран операционного отделения Мария Вяткина

Первые операционные сестры были приняты в нашу больницу в июне 1939 года. Ровно через два года эти замечательные девушки надели форму и отправились на фронт спасать раненых солдат и офицеров. Другого пути у них не было, ведь операционная – всегда война, всегда передовая, и стоят на этом рубеже сильные, честные люди.

Первые полвека в нашей больнице операционные сестры были привязаны к своему отделению, своему профилю.

Только в 1988 году создано централизованное операционное отделение. Связано это с введением в эксплуатацию нового 9-этажного корпуса.

– Объединенное операционное отделение позволило рационально использовать ресурсы и кадры, – рассказывает начмед ККБ Наталья Головина. – Мы стали готовить сестер по принципу универсальных – они владели несколькими смежными операционными технологиями. Мы смогли уменьшить количество послеоперационных осложнений, создать сплоченный коллектив, укрепить наставнические традиции.

Первым заведующим операционным отделением был Давид Штейнле, старшей медсестрой – Галина Броннер.

Затем отделение возглавил Станислав Пакшин, командой медсестер управляла Вера Осипова.

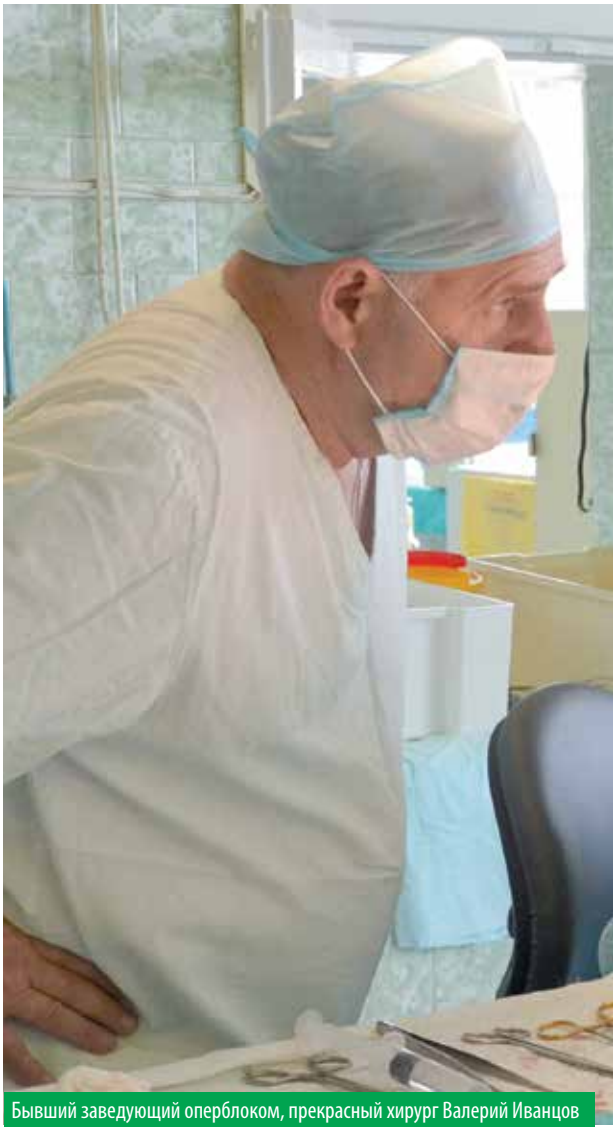
Заведовали отделением хирурги Галина Волкова, Григорий Дружинин, Валерий Иванцов, а в 2013 году было принято решение, что в операционных должны быть хозяйками медицинские сестры. Так отделение возглавила Елена Акимкина, операционная медицинская сестра с 30-летним стажем.

– Когда я пришла в операционную санитаркой, первые две операции просидела от ужаса под столом, – вспоминает Елена Васильевна. – Потом втянулась потихоньку и влюбилась в профессию. А как иначе, когда рядом коллеги, которые заражают самоотдачей, делают самую важную в мире работу, не щадя себя. Операционные сестры – это сильные духом люди, они особенные, очень чуткие, ведь хирургия – настоящее искусство и хирург – художник. А то, что творец не может работать без медицинской сестры, накладывает на нас огромную ответственность. Сегодня хирурга пытаются заменить роботами, вот, например, уже оперирует робот «Да Винчи». Но рядом с бездушным Леонардо стоит помощница – живая медицинская сестра, без нее никак.

Сегодня работа операционных медицинских сестер очень изменилась. Им больше не приходится заниматься уборкой, подготовкой инструментария и перевязочного материала, эти процессы отдаются на аутсорсинг, а операционные сестры ведут учет материальных ценностей, осуществляют контроль за соблюдением технологий.

– В 2019 году будет 50 лет, как я работаю операционной медсестрой, – говорит Мария Вяткина. – Первый раз помылась на операцию, еще будучи санитаркой. Анестезиологи подшутили, специально спровоцировали: «Почеши нос, почеши нос» – ну, я и почесала. И пошла перемываться. У нас тогда были большие маски марлевые, многоразовые. Мы их сами шили, стирали, сушили, утюжили, стерилизовали – ох, этот незабываемый запах автоклава… И вот я почесала нос, но с тех пор забыла, что у меня есть нос на лице.

Медицинские сестры 1980-х



Бывший заведующий оперблоком, прекрасный хирург Валерий Иванцов

Инструментарий мы тоже стерилизовали в сухожаровых шкафах. Это все надо было в горячем виде быстро-быстро разобрать на операционном столе, уложить на маленький сестринский столик для данной операции. А сейчас очень удобно, видовые укладки – на каждую операцию свой вид.

Тазики мы больше не обжигаем, работаем с современными кожными антисептиками, руки моем без щеток. Когда я начинала, мы руки мыли в растворе муравьиной кислоты. Когда погружаешь руки в этот раствор, кожа становится ватная, скукоживается, потом еще руки нужно было обработать спиртом и йодом. Перчатки сегодня одноразовые, стерильные, а раньше мы перчатки проверяли на целостность, замачивали, отмывали от крови, сушили, посыпали тальком, упаковывали и стерилизовали в сухожаровых шкафах.

В операционных есть свои ритуалы. По словам Елены Акимкиной, хирурги надевают перчатки с левой руки. Медсестра сообщает врачу о готовности инструментов, шовного материала, обязательно пересчитывает предметы на своем столике.

Случалось, что медсестра заставила операционную бригаду открыть больному уже зашитый живот, когда недосчиталась салфетки. И потеря обнаружилась.

Операционные сестры хорошо чувствуют хирургов. Заходит врач в операционную – и уже ясно, в каком он настроении, насколько трудная предстоит операция. А ведь высокотехнологичные операции порой затягиваются на 12 и даже 14 часов. Именно столько времени длится трансплантация печени или реконструкция груди TRAM-лоскутом.

Текучки кадров в операционном отделении нет. Любопытно, что сестры иногда получают высшее образование, чтобы разнообразить жизнь, но из операционной – ни ногой. Это называется просто – любовь.

После операции сотрудники оперблока интересуются: как там больной? И если узнают, что выписался в удовлетворительном состоянии, радуются, особенно после тяжелых случаев. Приятно осознавать, что в судьбе человека есть твое участие.

В операционной

Попасть в операционное отделение на работу без рекомендаций, с улицы практически невозможно. Елена Акимкина наводит справки, где человек работал, как, почему ушел с прежнего места.

Иногда «диагноз» новичкам ставится довольно быстро: вот посетовала новенькая медсестра: как вы, мол, здесь обедаете, где людей режут? Аппетит пропадает… И становится ясно: вряд ли уживется, слишком девушка нежная.

Врачи-хирурги называют операционных медсестер невидимыми ангелами. Но это поэзия, а проза заключается в том, что успех любой операции зависит от слаженного взаимодействия бригады, в которой операционная сестра задает тон проведения всей хирургической манипуляции.

Она знает, когда надо поддержать хирурга, когда надо психологически ускорить, активировать, или, наоборот, дать паузу и время принять какое-то решение. То есть сестра должна знать не только ход операции, но и основные ответвления хода операции. Операционная медсестра прекрасно знает, как хирург ведет себя во время операции, как он стоит, какую позу он занимает, как реагирует на ту или иную ситуацию. Подчас хирурги не успевают глазом моргнуть, а сестра уже подает нужный инструмент.

Вот почему даже начинающий хирург очень скоро понимает эту роль и отдает должное знаниям, опыту, умению, психологической подготовке операционной медсестры.

– Мне приходилось во время специализаций, стажировок быть в различных операционных клиниках – и федерального подчинения, и в центральных институтах, и в зарубежных клиниках, – говорит нейрохирург Павел Руденко. – И я совершенно четко уверен, что наши операционные медсестры самые лучшие в России.

Очень скоро операционное отделение расширится, от дружного коллектива понадобятся новые навыки, еще более высокий уровень оказания медицинской помощи.

– Сейчас мы стоим на пороге открытия нового хирургического отделения, хирургического блока, – говорит Наталья Головина. – Ощущения такие же, как были в 1988 году, то есть предчувствие чего-то нового, лучшего, того, что позволит и дальше развиваться хирургической службе. Казалось бы, сейчас мы выполняем все технологические вмешательства, в том числе уникальные – кардиохирургические операции, трансплантация, но мы понимаем, что медицинская наука и мировая практика во многом более продвинуты. Это и малоинвазивные методики, и применение робототехники. Мы надеемся, что войдем в новый оперблок с новыми технологиями и новыми возможностями.

К операции готова

ПРИЗЫВНИКИ

ИТОГИ 2017 ГОДА ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ ГРАЖДАН, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРИЗЫВУ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ, И ПОДРОСТКОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТАНОВКЕ НА ВОЕННЫЙ УЧЕТ

М. А. Чухрова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Защита Отечества – почетная обязанность каждого гражданина Российской Федерации. Ежегодно из Красноярского края на военную службу в различные рода войск направляется более 8-9 тысяч юношей. Подготовка молодых людей для службы в Вооруженных силах начинается с 15-летнего возраста.

Одна из основных задач, стоящих перед органами здравоохранения, – направление в ряды Вооруженных сил РФ здоровых юношей. Медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе осуществляется совместно Министерством обороны и Министерством здравоохранения.

Медики работают на нескольких этапах призывной кампании:

– первичная постановка на воинский учет подростков;

– непосредственно призыв в Вооруженные силы РФ;

– возврат с призывного пункта;

– контрольное медицинское освидетельствование;

– возврат из Вооруженных сил в первые три месяца службы;

– повторное освидетельствование.

На базе консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы в 1996 году был открыт кабинет по работе с подростками.

Амбулаторный прием детей в возрасте 15-17 лет с 2006 года осуществляется специалистами педиатрического профиля, но в краевой клинической больнице этот кабинет был оставлен. Здесь работают специалисты с пациентами, направленными для уточнения диагноза врачебными комиссиями городов и районов края.

В последние годы количество подростков и молодых людей, направленных в краевую больницу для уточнения диагноза и проведения высокотехнологических методов обследования, уменьшается за счет проведения обследования и лечения на местах, но все же остается высоким.

Наибольшая нагрузка на кабинет по обследованию граждан призывного возраста приходится на месяцы призыва на военную службу (апрель-июнь, октябрь-декабрь).

В 65% случаев юноши консультируются у двух-четырех специалистов. Это преимущественно кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, невролог, кардиолог, нефролог, ортопед.

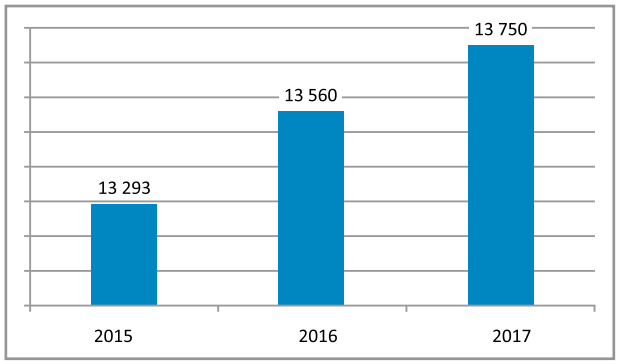
Основной функцией врачей-специалистов является оценка состояния здоровья призывников по данным проведенного обследования с учетом анамнеза.

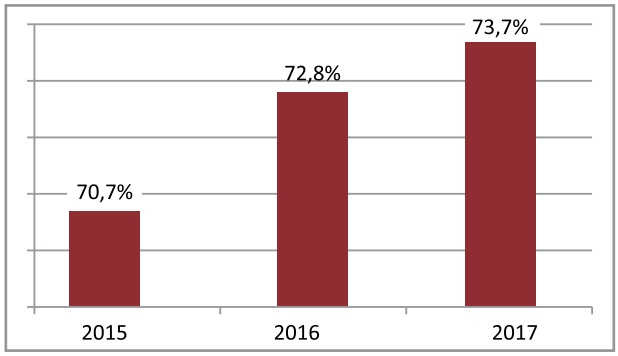
Призывники обычно обследуются в течение трех дней. Длительность обусловлена необходимостью обследования у двух и более специалистов, дефектами неправильной документации из территориальных ЛПУ и военкоматов (отсутствие предварительного обследования по месту жительства, результатов консультаций и осмотров врачей-специалистов). В 15% случаев призывники обращаются в кабинет, имея на руках лишь направление из военкомата.

По итогам 2017 года подростковое население Красноярского края составило 2,8% (более 80 тысяч человек). Юношей больше, чем девушек, на 1%.

В 2017 году медицинское освидетельствование в крае прошли 13 750 юношей. Из них годными к военной службе признаны 5 754 человека, на дополнительное обследование направлено 1932 человека.

По результатам медицинского освидетельствования подростков в 2015-2017 годах отмечается тенденция роста годности к военной службе.





При первичной постановке граждан на воинский учет в 2017 году наибольшее количество подростков направлено на дообследование в Норильске – 60,8% и Железногорске – 58%. В среднем по краю направлено на дообследование 15,6% призывников

Общая заболеваемость подростков ежегодно возрастает. В 2016 году она составила 2020,4 на 1000 человек. Общая заболеваемость юношей – 1848,2 на 1000, первичная заболеваемость – 1120,8.

В структуре заболеваний, ограничивающих годность подростков к военной службе, лидируют расстройства питания и нарушение обмена веществ – как маловесность, так и ожирение. Тяжелой проблемой остаются психические расстройства и вредные привычки. Неуклонно растет наркомания и алкоголизм, хотя отмечается имитиация наркомании, особенно среди городских подростков.

Психические расстройства верифицированы у 815 человек. В структуре психических заболеваний лидирует расстройство личности. На втором месте умственная отсталость. Примечательно, что среди подростков, страдающих олигофренией, большинство – жители села, расстройство личности фиксируется преимущественно у жителей городов.

Годовой план призыва на 2017 год (6222 призывника) традиционно выполнен.

Высокий показатель годности к военной службе зафиксирован в Нижнеингашском и Бирилюсском районах – 84%, Канске – 79%, Свердловском, Железнодорожном, Октябрьском районах Красноярска – 74-76%.

Низкий показатель годности к военной службе отмечается в Березовском, Сухобузимском районах, Енисейске и Лесосибирске – 62%, Советском и Центральном районах Красноярска – 64-67%.

Средний процент годности к военной службе при медицинском освидетельствовании призывников по краю – 73,9%. Это ниже, чем годность призывников к военной службе в среднем по РФ, на 3%.

Всего в 2017 году медицинское освидетельствование прошли 25 107 призывников.

Из них:

– 10 054 (40%) годны к военной службе;

– у 17 162 человек (68%) выявлены заболевания;

– 4737 (19%) – ограниченно годны к военной службе;

– 1617 (6,4%) – временно негодны к военной службе;

– 491 (1,9%) – не годны к службе;

– 3399 (13,5%) направлены на обследование, из них обследованы 3314;

– 85 человек не завершили обследование.

Структура заболеваний, препятствующих призыву

По сравнению с 2016 годом на 1,4% выросло число психических заболеваний. Абсолютное количество этой патологии среди призывников – 1552 человека, из них 806 списаны в запас, остальные направлены на дообследование, 247 дообследование не прошли.

Примечательно, что по психической заболеваемости Красноярский край в Центральном военном округе лидирует – 29,4% среди заболеваний граждан призывного возраста.

В среднем по РФ психическая заболеваемость составляет 14%.

Болезни обмена веществ, костно-мышечной системы, пищеварения, кровообращения, нервной системы в 2017 году снизились на 1-2%.

Прочие заболевания в 2017 году выросли на 3,3%.

«Топ» заболеваний, создающих проблемы при призыве:

– гипертоническая болезнь;

– гипоталамический синдром;

– сколиоз, плоскостопие III степени;

– энурез;

– бронхиальная астма;

– эпилепсия;

– язвенная болезнь;

– атопический дерматит.

В 2017 году со сборных пунктов по медицинским показаниям вернулись 39 призывников.

За первые три месяца службы из рядов ВС РФ вернулись 6 человек. Призывники страдали варикоцеле, остеохондрозом, язвенной болезнью, туберкулезом, пороком сердца, синдромом WPW. Всем им проведено контрольное медицинское освидетельствование.

Всего же в 2017 году контрольное освидетельствование в краевой больнице прошли 2067 человек.

Наше государство предпринимает серьезные усилия по подготовке к службе в Вооруженных силах РФ здоровой молодежи.

Распоряжением Правительства РФ от 03.02.2010 № 134-р утверждена концепция федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 года.

Основная цель концепции – улучшение состояния здоровья молодежи и повышение качества медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу.

Основные пункты концепции:

– начиная с 10 лет необходим мониторинг здоровья мальчиков, потенциальных призывников;

– создание государственного банка граждан, подлежащих призыву;

– 100% профосмотры подростков в 15 лет;

– внедрение здорового образа жизни;

– оздоровительные мероприятия в образовательных учреждениях.

К счастью, престиж армии в рядах молодежи растет. Отмечаются огромные конкурсы в военные училища, да и те из молодых людей, кто мечтает о карьере на «гражданке», стремятся пройти службу в Вооруженных силах, потому что время, проведенное в армии, идет в зачет при продвижении по службе.

КАРТИНКИ С ВЫСТАВКИ

«ЕНИСЕЙМЕДИКА» ЗНАКОМИЛА ПОСЕТИТЕЛЕЙ С ОДНОДНЕВНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ, ОБСЛЕДОВАЛА У СПЕЦИАЛИСТОВ И ПРИГЛАШАЛА В ШКОЛУ МОЛОДЫХ МАМ

Официальная программа выставки включала в себя научно-практические конференции и круглые столы, организованные министерством здравоохранения, медицинским университетом, крупнейшими клиниками Красноярска. В частности, доктора могли поучаствовать в дискуссиях и ознакомиться с последними научными разработками по гастроэнтерологии, детской неврологии, лучевой диагностике, кардиоангиологии.

Обсуждались злободневные темы качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе, был представлен проект «Бережливая поликлиника». На одном из круглых столов говорили об информатизации здравоохранения как важном инструменте развития системы обязательного медицинского страхования.

15 и 16 марта на выставке работали терапевты, психологи, онкологи, реабилитологи и уже традиционно передвижной консультативно-диагностический комплекс «Мобильная поликлиника».

За два дня наши специалисты провели более 70 исследований молочной железы и 180 флюорографий. Кроме того, посетители могли снять ЭКГ, сделать экспресс-анализ крови на глюкозу и холестерин.

По результатам пройденных обследований красноярцы, у которых обнаружена патология, получили направления от врачей на следующий этап диспансеризации – уже по месту жительства.

Все три дня на выставке работали УЗИ-кабинет, аудиокабинет, дерматоскоп, на котором желающим проверялись родинки, ортопедический салон, Школа лечения хронической боли.

Возле стендов Территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций посетители получали консультации и даже открывали виртуальный «Личный кабинет здоровья».

Кроме того, на выставке можно было приобрести качественные БАДы, витамины и фитопрепараты от производителей.

В программе выставки внимание посетителей привлекла Школа молодых мам. Тренеры и наставники в доступной форме раскрыли важные темы:

- Как роды влияют на характер ребенка?
- Дородовое общение и развитие малыша
- Откуда берутся психологические травмы у ребенка. Как избежать?
- Нескучно об ОРВИ
- Методы раннего развития
- Мама-предприниматель в декрете.

Краевую клиническую больницу, кроме «Мобильной поликлиники», представлял Центр медицинской реабилитации.

Наши специалисты в доступной форме, с помощью презентации и в личной беседе консультировали граждан, которым предстоит протезирование тазобедренных суставов, и рассказывали о правилах поведения пациентов после операции при замене сустава.

ПАЦИЕНТ
краевая
клиническ
больница

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

РАБОТА ПОЛИКЛИНИКИ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ — СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

В. М. Симакова, И. В. Шилова, Т. В. Пасечник
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

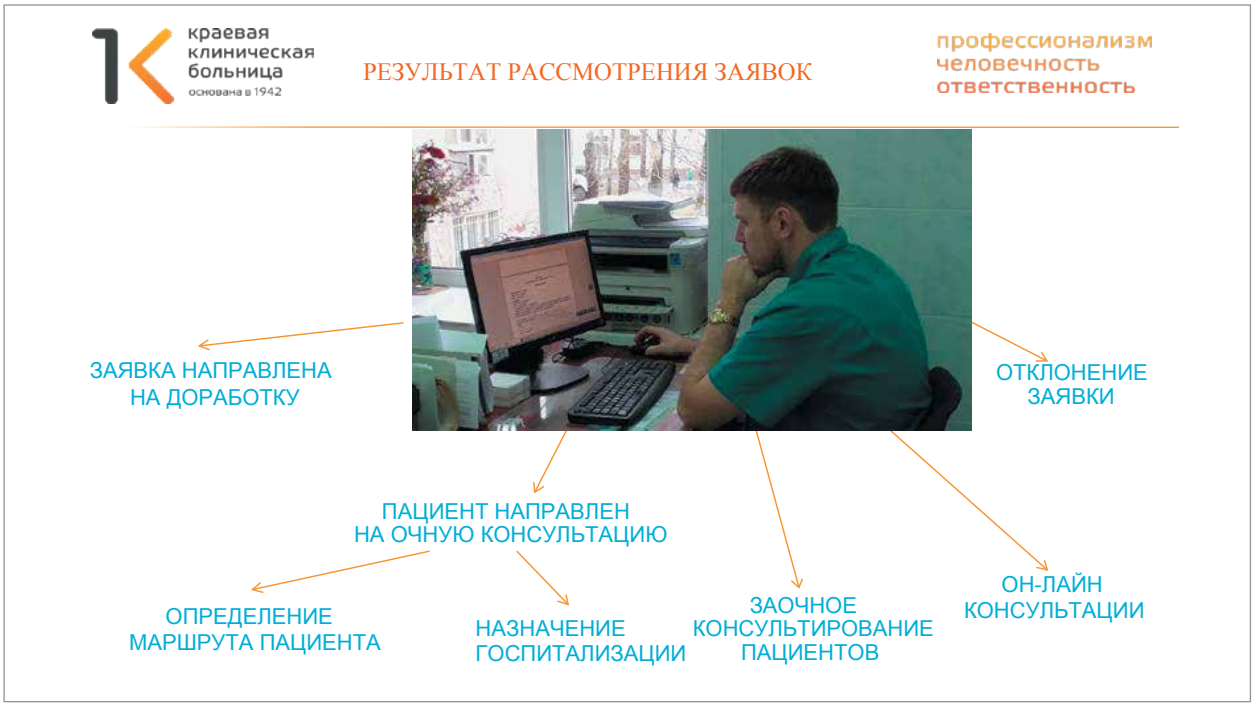
В краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница» при оказании медицинской помощи активно используются телемедицинские информационные технологии.

В конце 2012 года разработаны и применяются методы дистанционного оказания медицинской помощи и обмена медицинской информацией между больницей и медицинскими учреждениями края на базе использования современных телекоммуникационных технологий с целью предоставления оперативной качественной медицинской помощи каждому пациенту независимо от его местонахождения.

В соответствии с приказом МЗ КК № 725-орг. врачебная комиссия поликлиники по месту прикрепления пациента направляет заявку на сайт заявок нашей клиники. Представитель страховой медицинской организации проверяет наличие действующего полиса ОМС. Затем врачи по профилю рассматривают в 100% направительную документацию.

Специалисты поликлиники дистанционного консультирования ежегодно проводят более 80 тысяч консультаций по медицинской документации, поступающей на сайт заявок, из 131 медицинской организации края. Штатного расписания на поликлинику дистанционного консультирования нет, заявки рассматривают врачи профильных отделений стационара, врачи поликлиники, заведующие клиническими отделениями.

Со специалистами заключено дополнительное соглашение к трудовому договору, в котором отмечаются характер работы и условия оплаты. Поскольку работа на сайте заявок для всех специалистов является дополнительной к основной, заявки рассматрива-



ются ими в свободное время: на дому, во время дежурства, после приема.

Ежегодно количество направляемых заявок увеличивается:

Показатель	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Поступило заявок	82 180	84 558	85 531	95 054	88 889

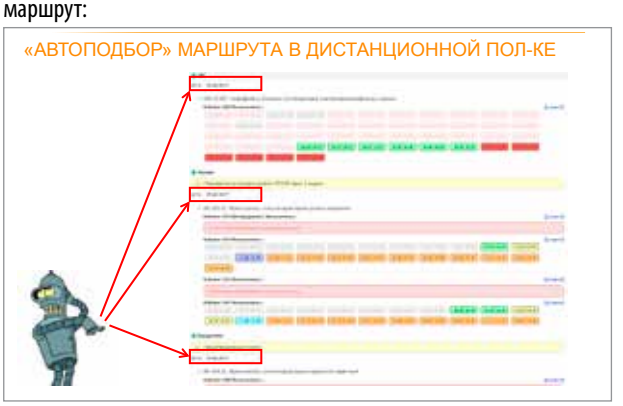
В зависимости от сложности клинических данных пациента заявка может рассматриваться от 5 до 25 минут. В результате экспертной оценки направительной документации специалист дистанционной поликлиники может принять одно из нижеперечисленных вариантов решений:

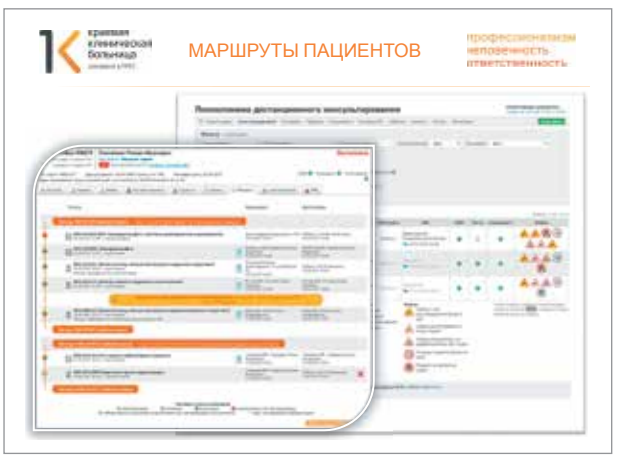
По результатам работы в 2017 году были приняты следующие варианты решений:

– 85,8% заявок (76 240 случаев) утверждены на очную консультацию для проведения необходимых дополнительных обследований для уточнения диагноза или направления пациентов на госпитализацию в специализированные отделения клиники. При утверждении консультации автоматически (роботом) выдается первый свободный талон на прием специалиста.

– 21 301 пациенту (27,9% от числа направленных на очное консультирование) определен оптимальный консультативно-диагностический маршрут. Данная работа исключает необходимость посещения пациентом врача консультативного приема только для назначения диагностических исследований, снижает количество посещений по разным специалистам от 5 до 15%.

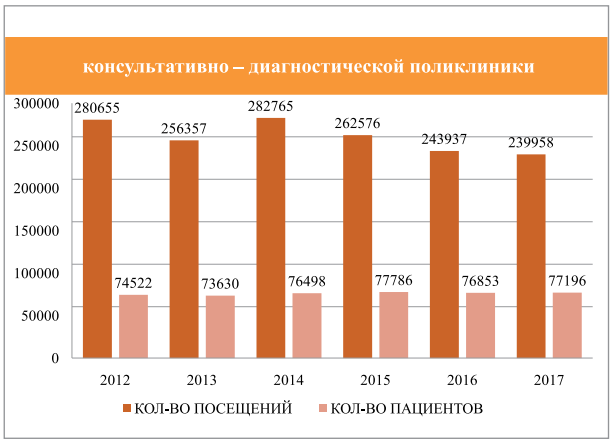
Исходя из назначенных диагностических исследований и консультаций, наличия свободных талонов определяется оптимальный маршрут:





– В 2017 году специалистами дистанционной поликлиники было проведено 5380 заочных консультаций с назначением медикаментозной терапии, рекомендациями по тактике ведения больных на местах, методам лечения.

Проведение заочных консультаций положительно отражается на пациентах в части экономии денежных средств за счет транспортных расходов, расходов на проживание и питание. Теоретически для пациентов было сэкономлено более 85,5 млн рублей.



– 7 292 заявки отклонены из-за необоснованного направления на консультацию и возможность проведения лечения по месту жительства или в межрайонных центрах.

– 12 355 раз заявки отправлены на доработку по разным причинам, что также экономило время на приеме для принятия решения и в целом сроки нахождения пациента на консультации.

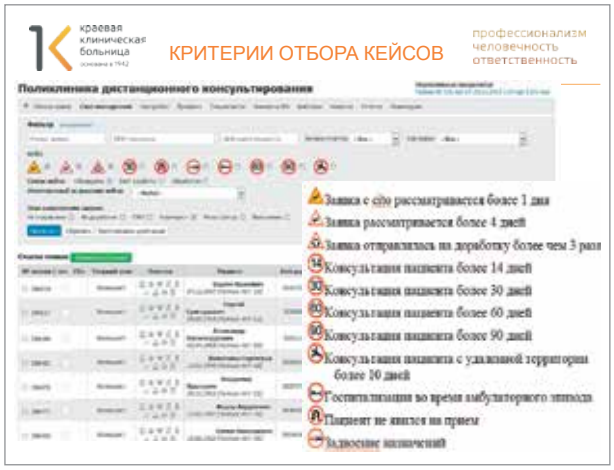
– Начата работа по планированию госпитализации на этапе до направления пациента в краевую клиническую больницу. Например, госпитализация на плановую коронароангиографию была назначена в 1801 случае из 4745 утвержденных заявок без дополнительного посещения пациентом врача-кардиолога в консультативно-диагностической поликлинике ККБ.

Оплата работы специалистов дистанционной поликлиники проводится из внутренних резервов – из средств за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

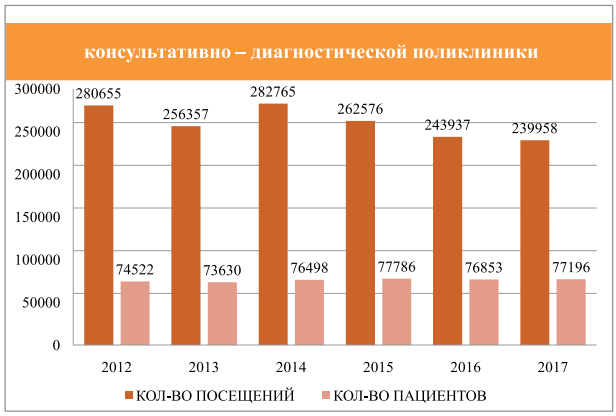
В соответствии с приказом главного врача КГБУЗ ККБ № 594 от 05.04.2017 г. «Об оплате работы врачей-специалистов поликлиники дистанционного консультирования» в целях повышения эффективности оказания телемедицинских услуг внесена дифференцированная система оплаты данного вида труда.

На базе сайта заявок в апреле 2017 г. специалистами поликлиники и отдела АСУ была разработана и внедрена информационная система «Кейс-менеджмент оказания консультативной помощи», благодаря которой в режиме on-line появилась возможность видеть маршрут каждого пациента, проходящего консультацию: дату создания заявки, дату рассмотрения клиницистом дистанционной поликлиники и принятое им решение, какие консультации и диагностические исследования назначены, кем, в какое время, выполнены они или нет в назначенные сроки.

Разработаны критерии отбора кейсов: рассмотрение заявок специалистами дистанционной поликлиники свыше суток с отметкой cito, более четырех суток плановых заявок, длительность обследования пациентов свыше 14, 30 и 60, 10 дней из отдаленных территорий Красноярского края, не явившихся на прием и по другим направлениям. По разработанным критериям отбора кейсов проводится экспертиза случаев невыполнения назначенных маршрутов или причин увеличения сроков консультативно-диагностического процесса свыше сроков, предусмотренных программой ОМС.



Внедрение телемедицинского (дистанционного) консультирования способствовало:



– Увеличению количества проконсультированных пациентов очно на фоне снижения числа посещений:

В 2017 году было сокращено 33 966 неэффективных посещений – это полуторамесячная работа всей поликлиники, т.е. без работы специалистов дистанционной поликлиники были бы выполнены объемы на 13,66 врачебной должности.

При этом в СМО не поданы реестры на оплату на сумму: 600 руб. *33 966 = 20 379 600 руб.

– Увеличено количество обследованных пациентов в впервые сутки до 66,3%.

– Удельный вес пациентов, обследуемых более трех дней, сократился с 28,2 до 22,78%.

– Сокращен средний срок обследования пациента с 23 до 10 дней.

Выводы

Введение телемедицинских технологий позволило:

– повысить доступность специализированной медицинской помощи населению края,

– оптимизировать «маршрут пациента»,

– снизить сроки ожидания консультации специалиста,

– снизить сроки обследования пациентов,

– у основной части врачей-консультантов начал формироваться лист ожидания плановой госпитализации.

Необыкновенный случай

Casus extraordinarus

РЕВМАТОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ МУТИЛИРУЮЩЕГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ ОТДЕЛЕНИЯ НЕФРОЛОГИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И. В. Матвеева, Г. В. Данилова, Г. В. Кузнецова, Г. В. Еприцкая, Н. Г. Яковенко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Псориаз относится к самым распространенным кожным недугам, что подтверждают данные мировой статистики и эпидемиологии. Согласно исследованиям, примерно 250 млн человек на планете страдают этим заболеванием, и число заболевших растет.

Роль генетического фактора в развитии псориаза чрезвычайно высока. Частота заболеваемости существенно возрастает среди членов одной семьи. Если псориазом страдает кто-то из родителей, то вероятность, что патология окажется у ребенка, составляет 25%.

Пик патологии приходится на возраст 20-45 лет, но в последние годы возникла тенденция роста псориаза среди юного населения. Не последнюю роль в этом играет экология, питание, возросшие психологические нагрузки.

Примерно 80% пациентов страдают бляшечным псориазом. У 5-7% заболевание осложнено псориатическим артритом. У 10% поражаются локально ладони и подошвы, у 5% пациентов диагностируется тяжелая форма – пустулезный псориаз.

У 5-7% заболевание кожи осложняется присоединением суставного процесса – псориатическим артритом.

Псориатический артрит – хроническое воспалительное заболевание с вовлечением суставов, позвоночника и энтезисов, ассоциированное с кожным псориазом. Вследствие воспалительного процесса развивается эрозивный артрит, остеолиз внутри сустава и спондилоартрит, в тяжелых случаях с грубыми деформациями суставов и формированием анкилозов.

Этиология и патогенез псориатического артрита остаются до конца не изученными. В большинстве случаев псориатический артрит развивается уже на фоне имеющегося кожного псориаза, реже – опережает кожные проявления.

Типичными клиническими особенностями псориатического артрита являются: асимметричное вовлечение суставов, «осевой» характер поражения суставов, вовлечение в процесс одновременно всех суставов одного пальца с развитием «симптома сосиски», развитие энтезопатий, ахиллобурсита, остеолиз суставов кистей и стоп с развитием мутилирующего (обезображивающего) артрита, а также рентгенологические признаки асимметричного сакроилеита и спондилита.

Кроме поражения опорно-двигательного аппарата с разрушением суставов, развиваются общие проявления: потеря массы тела, амиотрофия, а при тяжелых формах – поражение сердца, почек, печени.

Пациент с псориатическим артритом ведется совместно дерматологом и ревматологом. В лечении используются нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды внутрисуставно, при высокой активности процесса – плазмаферезы. Основная же задача терапии – достижение клинико-лабораторной ремиссии с остановкой рентгенологической прогрессии и улучшением качества жизни. Эта задача возложена на БПВП (базисные противовоспалительные препараты). К ним относятся метотрексат (первая линия), лефлунамид, сульфасалазин, циклоспорин А.

Доказана высокая эффективность в лечении псориатического артрита генно-инженерных антицитокиновых препаратов, в первую очередь это группа ингибиторов фактора некроза опухоли альфа – иФНО. Высокоэффективны генно-инженерные антицитокиновые препараты, к ним относятся и ФНО (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт и голимумаб) и блокаторов ИЛ-12/23 (устекинумаб). Генно-инженерная терапия (ГИБП) подключается, если не достигнута ремиссия на стандартной базисной терапии. До начала ГИБП проводится тщательное обследование на наличие обострения хронических инфекций, латентного туберкулеза, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Механизм действия генно-инженерных препаратов в подавлении воспалительной активности аутоиммунных заболеваний сложен. Воздействие происходит на начальных этапах развития заболевания, еще на уровне патогенеза. Подавляется синтез провоспалительных медиаторов (ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6) и др., меняется целый каскад реакций воспаления, вследствие чего снижается содержание С-реактивного белка (СРБ)и других острофазовых белков, активируются защитные реакции организма.

Первыми препаратами из группы ГИБП стали ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО), которые появились на рынке более 20 лет назад. Эти препараты относятся к числу наиболее эффективных. Одним из них является инфликсимаб (ремикейд).

Препарат вводится внутривенно, по схеме. Постоянно идет разработка и внедрение новых, более совершенных молекул, в том числе с более удобным путем введения (подкожный, таблетированный).

При псориатическом артрите основными показаниями к назначению и ФНО является высокая активность воспалительного процесса на фоне использования базисной терапии, наличие множественных энтезитов и дактилитов, активный спондилоартрит с нарушением функциональной способности позвоночника, быстрое рентгенологическое прогрессирование, а также тяжелые формы дерматозов, то есть в тех случаях, когда другие виды медикаментозной терапии неэффективны.

Предлагаем вашему вниманию клиническую картину псориатического артрита у 33-летней пациентки нефрологического отделения краевой клинической больницы.

Клинический случай

Пациентка К. 1984 года рождения наблюдается отделением нефрологии с 2015 года. Изначально поступала с выраженным суставным и распространенным кожным процессом, высокой лабораторной активностью.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает псориазом более 13 лет. Наследственность отягощена – псориаз у отца.

Наблюдалась у терапевта по месту жительства, неоднократно проходила лечение в дневном стационаре. Восемь лет назад появился суставной синдром с вовлечением мелких суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов.

Самостоятельно применяла различные мази, НПВС. В течение последних нескольких лет прогрессируют деформации кистей. Базисную терапию ранее не получала, ревматологом не обследовалась.

В клинике заболевания доминировал суставной синдром по типу симметричного артрита мелких и крупных суставов конечностей с выраженными синовитами суставов кистей (дактилит обеих кистей), коленных, голеностопных суставов с длительной утренней скованностью.

При поступлении отмечался выраженный кожный синдром – распространенный псориаз на коже, волосистой части головы, псориаз ногтей.

При наружном исследовании суставов кисти – припухлость в проксимальных межфаланговых суставах, подвывихи и веретенообразная дефигурация суставов.

При исследовании суставов стоп – деформация, болезненность суставной щели, ограничение подвижности. Ограничение движений в коленных и плечевых суставах.

При исследовании позвоночника – правосторонний С-образный сколиоз, болезненны при пальпации остистые отростки в грудо-поясничной области.

Зафиксированы эпизоды субфебрилитета, в лабораторных анализах анемия со снижением Нв до 114 г/л., признаки лабораторной активности: СОЭ – 54 мм/ч, СРБ – 56,1 мг/л. Рентгенологически признаки эрозивного артрита кистей и стоп, остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

По МСКТ крестцово-подвздошных сочленений нельзя исключить сакроилеит.

Проводилось дообследование, исключена патология кишечника, гельминтоз, вирусные гепатиты.

По итогам обследования выставлен диагноз псориатический артрит, тяжелая форма, полиартритический вариант, дактилит пальцев обеих кистей, активность III степени, R ст III, ФК II.

Псориаз, распространенная форма, прогрессирующая стадия.

В отделении пациентка получала терапию: НПВС, омепразол, физиолечение, курс дезинтоксикационной терапии.

Подключена терапия метотрексатом – проведен пульс в дозе 50 мг в/в капельно в сочетании с преднизолоном 150 мг в/в капельно. После выписки продолжила прием метотрексата в дозе 20-22,5 мг/неделю перорально.

Следует отметить приверженность пациентки к лечению. Прием препарата в подобранной дозировке, регулярное наблюдение у специалиста помогли достигнуть хороших результатов.

На фоне лечения практически купирован кожный синдром – площадь бляшек уменьшилась многократно, остались только «сторожевые» маленькие бляшки площадью не более 1% кожи. На фоне терапии уменьшилась также боль и скованность в суставах, отечность.

Пациентка продолжает наблюдение у ревматолога. Несмотря на хорошую переносимость терапии, сохраняется суставной процесс с активными синовитами – «сосискообразные» пальцы с развитием мутилирующего (обезображивающего) артрита, площадь кожного поражения уменьшилась значительно, но сохраняется псориаз волосистой части головы, а также сохраняется лабораторная активность (СОЭ – 26 мм/час), в динамике – рост печеночных показателей.

Все вышеперечисленное является показанием для пересмотра дальнейшей тактики ведения – возможности подключения генно-инженерной биологической терапии в виде препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО), в частности, инфликсимаб (ремикейд).

На рентгенограммах кистей выражен эпифизарный остеопороз. Сужены рентгенсуставные щели всех суставов, включая лучезапястные.

В правой кисти определяется остеолиз головок средних фаланг 4-го и 5-го пальцев, подвывихи средних фаланг 2-го и 3-го пальцев, девиация 5-го пальца.

Суставные площадки фаланг уплощены, узурированы, по краям их массивные разрастания. Отмечается анкилозирование проксимального межфалангового сустава 5-го пальца.

В левой кисти изменения менее выражены. Отмечается девиация 5-го пальца, частичный анкилоз дистального межфалангового сустава 3-го пальца. Суставные площадки фаланг уплощены, по краям их остеофиты.

В лучезапястных суставах выражен субхондральный склероз сочленяющихся костей, уплощение их суставных площадок, краевые остеофиты небольших размеров.

Заключение: рентгенкартина мутилирующего псориатического артрита.

Отмечается легкая вальгусная установка 1-го пальца левой стопы. Кости стоп порозны, сужены все рентгенсуставные щели. Определяется анкилоз проксимального межфалангового сустава 2-го пальца правой стопы, 3-го, 4-го пальцев левой стопы.

Отмечается остеолиз головок основных фаланг 3-го и 4-го пальцев правой стопы, оснований средних фаланг этих же пальцев с подвывихом их кнаружи. Суставные площадки фаланг 2-5-х пальцев уплощены, узурированы, с краевыми остеофитами.

Заключение: рентгенкартина мутилирующего псориатического артрита.

Литература

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

Ревматология. Фармакотерапия без ошибок. Под редакцией акад. РАН В.И. Мазурова, проф. О.М. Лесняк. Москва. 2017 г.

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

Клинические рекомендации. Ревматология. Гл. ред. Насонов Е.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 165 с.

Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов. Фрэнсис А. Бургенер, Мартти Кормано. Москва, 2011 г.

Остеохондроз и другие дистрофические изменения опорно-двигательной системы у взрослых и детей. П.Л. Жарков. Москва, 2009 г.

ГЕМАТОЛОГИЯ. КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗВИТИЕМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

В сентябре 2017 года 36-летний пациент М. почувствовал слабость, утомляемость, потливость.

К врачу не обращался месяц, пока к перечисленным симптомам не присоединилась приступообразная острая боль в эпигастрии и повышение температуры тела до 38 °С.

В ЦРБ выявлены лейкоцитопения, СОЭ 27, антитела к перенесенному клещевому энцефалиту.

Проводилась антибактериальная терапия – без эффекта. Пациент направлен к гематологу краевой клинической больницы с подозрением на острый лейкоз.

В ноябре 2017 года М. госпитализирован в отделение гематологии и химиотерапии ККБ, где диагностирован острый миелобластный лейкоз, М5 вариант (острый моноцитарный – один из самых прогностически тяжелых вариантов заболевания).

Пациенту назначена химиотерапия, проведена индукция ремиссии под прикрытием сопроводительной терапии, антибиотикотерапии, выполнена профилактика нейролейкемии.

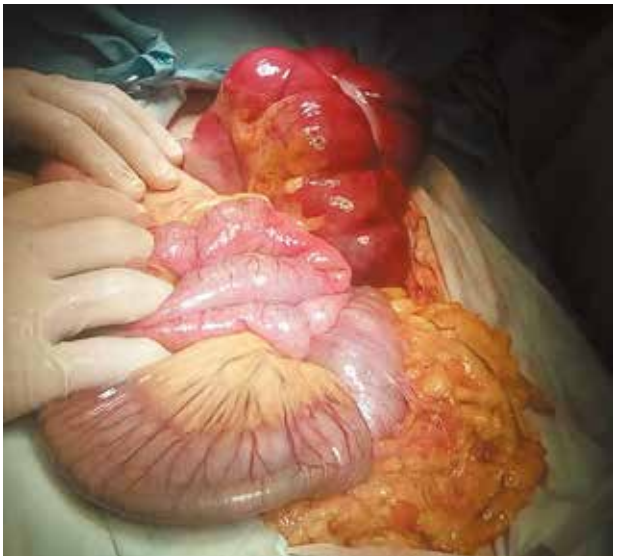
После курса лечения развилась миелотоксическая панцитопения: тотальный агранулоцитоз, тромбоцитопения, анемия тяжелой степени тяжести.

При агранулоцитозе происходит бесконтрольное размножение микроорганизмов, и это приводит к развитию инфекционных осложнений.

Наиболее заселена сапрофитной и условно-патогенной микрофлорой ротовая полость и вся слизистая ЖКТ, поэтому при агранулоцитозе у пациента развиваются инфекционные стоматиты, гингивиты, тонзиллиты.

В кишечнике агранулоцитоз проявляется язвенно-некротической энтеропатией – некрозами слизистой оболочки пищевода, желудка и кишечника.

У пациента М. на фоне агранулоцитоза развился псевдомембранозный колит – с выраженными болями в животе, рвотой, расстройством стула, а главное – кровотечениями, угрожающими жизни больного.



В период дежурства, после осмотра хирургом и проведенных дополнительных обследований у пациента заподозрен перитонит. В экстренном порядке взят в операционную с целью проведения диагностической лапароскопии.

При ревизии брюшной полости во всех отделах обнаружено большое количество прозрачной, соломенного цвета жидкости. Купол слепой кишки увеличен до 15 см за счет отека стекловидного характера, занимает значительную часть брюшной полости. Отмечался также стекловидный отек брыжейки и стенок толстого кишечника, в брыжейке пузырька газа. Детально произвести ревизию органов брюшной полости не представлялось возможным, поэтому принято решение выполнить конверсию в лапаротомию.

Выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено более 3000 мл прозрачной жидкости. Жидкость взята на бактериальный посев, полость осушена.

Тонкий кишечник спавшийся, активно перистальтирует, серозная оболочка блестящая.

Имеется лимфаденопатия брыжейки с множественными увеличенными лимфоузлами.

По телефону проведена консультация профессора Д. В. Черданцева. Принято решение о наложении лапаростомы.

Брюшная полость дренирована двумя ПХВ трубчатыми дренажами (в левой подвздошной области – в малый таз; в правой подвздошной области – по правому боковому каналу).

С техническими трудностями, ввиду большого объема толстого кишечника, выполнена лапаростомия.

На следующий день произведена ревизия брюшной полости, интубация толстой кишки зондом Кантора.

При ревизии в брюшной полости патологического выпота нет, данных за перитонит нет. Тонкая кишка, преимущественно в терминальных отделах, с инъецированными сосудами и выраженным отеком брыжейки и кишечной стенки, ярко красного цвета, раздута за счет жидкого содержимого и газа до 4-5 см. Участков преперфорации и формирующихся некрозов на стенках тонкой кишки нет.

Установлен зонд Кантора с заведением зонда до восходящего отдела ободочной кишки, произведена декомпрессия тонкой кишки.

Обращали на себя внимание патологические изменения толстой кишки, наиболее выраженные в области правых отделов и до прямой кишки. Стенка толстой кишки и брыжейка резко отечные, багрово красного цвета с синюшными очагами субсерозных кровоизлияний. Толщина стенки толстой кишки в области слепой и восходящего отделов достигает 2-3 см. Некрозов и перфораций не обнаружено.

Вышеуказанные изменения расценены как токсический энтероколит, обусловленный побочным токсическим действием препаратов, используемых для терапии лейкоза.

Учитывая отсутствие некротических изменений стенки толстой кишки, резекция кишки не показана. Произведена ретроградная интубация толстой кишки зондом Кантора с целью декомпрессии последней.

С целью дальнейшего контроля за жизнеспособностью кишечника решено оставить лапаростому.

После второй ревизии брюшной полости созван консилиум в составе руководителя гнойно-септического центра, профессора Д. В. Черданцева, колопроктолога доцента А. А. Позднякова, заведующего гнойной реанимацией К. Ю. Беляева, заведующего отделением гематологии В. И. Москова, заведующего отделением гнойной хирургии В. Ю. Дятлова, клинического фармаколога Е. М. Курц, гнойного хирурга Д. В. Терскова.

По итогу консилиума решено провести колоноскопию для оценки состояния слизистой оболочки толстого кишечника.

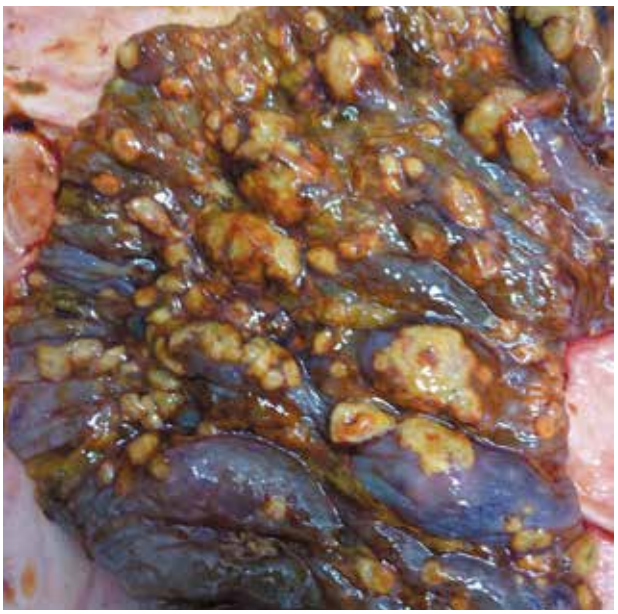
Отмечена положительная тенденция в лечении заболевания крови – выросло число тромбоцитов, наметился выход из агранулоцитоза.

Тотчас после консилиума выполнена ФКС, выявлены изменения слизистой толстой кишки некротического характера.

На следующий день проведена плановая ревизия лапаростомы.

При ревизии во всех отделах брюшной полости серозный выпот, слепая кишка расширена до 15 см, в остальных отделах толстая кишка расширена до 10 см. На всем протяжении напряжена, в просвете жидкий кал. Стенка кишки утолщена до 1 см, инфильтрирована. Висцеральная брюшина брыжейки толстой кишки резко отечная. Толстая кишка красно-багрового цвета, местами группы гаустр синюшного цвета, определяются множественные субсерозные кровоизлияния.

– У пациента имело место осложнение, именуемое «токсическая дилатация толстой кишки», был крайне высокий риск перфорации толстой кишки с последующим развитием перитонита. Подобное осложнение не имеет обратного развития до уровня функциональной способности кишки, – говорит хирург Станислав Слабнин. – При его



основном заболевании каловый перитонит стал бы фатальным. Поэтому мы провели радикальное оперативное вмешательство – субтотальную колэктомию, и этим спасли пациенту жизнь.

Толстая кишка была резецирована на уровне ректосигмоидного отдела, выполнено наложение концевой илеостомы через сформированное отверстие в правой подвздошной области. В левой подвздошной области на передней брюшной стенке сформировано окно для наложения колостомы. Наложена проксимальная концевая проксимальная сигмостома. Брюшная полость задренирована. Сигмостома вскрыта. На илеостому установлен калоприемник. Послеоперационный диагноз псевдомембранозный колит, фульминантное течение, осложненный токсическим мегаколоном.

Препарат для исследования – толстая кишка, пораженная множественными сливными фибринозными бляшками, – передан для патогистологическое исследование, которое подтвердило клинический диагноз – псевдомембранозный колит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент находился под наблюдением гематолога и колопроктолога.

Через две недели после субтотальной колэктомии состояние ближе к удовлетворительному. В гемограмме положительная динамика: выход из агранулоцитоза (Hb – 94 г/л, лейкоциты – 8,29 тыс., палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 66%) с развитием клинико-гематологической ремиссии.

Пациент выписан по месту жительства, приглашен на госпитализацию через три недели в отделение гематологии и химиотерапии ККБ для проведения очередного курса ПХТ.

Перед выпиской проведена колоноскопия: от прямой кишки до стомы слизистая розовая, местами отечная, в прямой кишке единичные участки слизистой покрытые фибрином, единичные мелкие эрозии.

Осмотрен колопроктологом: послеоперационные рубцы без воспалительных изменений. В правой подвздошной области определяется концевая хоботковая илеостома без воспалительных изменений, функционирует. В левой подвздошной области определяется концевая проксимальная сигмостома, без воспалительных изменений, не функционирует.

Пациент выписан по месту жительства с диагнозом одноствольная илеостома, одноствольная сигмостома, псевдомембранозный колит, фульминантное течение, токсический мегаколон. Состояние после серии оперативных вмешательств.

Рекомендовано наблюдение хирурга и терапевта в поликлинике по месту жительства, ношение бандажа, использование двух компонентных калоприемников.

Реконструктивно-восстановительная операция на кишечнике целесообразна не ранее чем через 4-6 месяцев.

В начале января 2018 года пациент планово госпитализирован в гематологическое отделение ККБ для проведения очередного курса ПХТ.

Осмотрен колопроктологом.

– На фоне проведенного лечения, в отдаленном послеоперационном периоде, воспалительные явления в остаточной толстой кишке полностью купированы, – говорит Станислав Слабнин. – Вопрос проведения реконструктивно-восстановительной операции на кишечнике пока не рассматривается, потому что пациенту предстоит пройти еще два курса химиотерапии. Если удастся достигнуть стойкой ремиссии по миелобластному лейкозу, мы проведем реконструктивную операцию на толстом кишечнике – создадим анастомоз «один в один».

Справка «ПК»

ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ

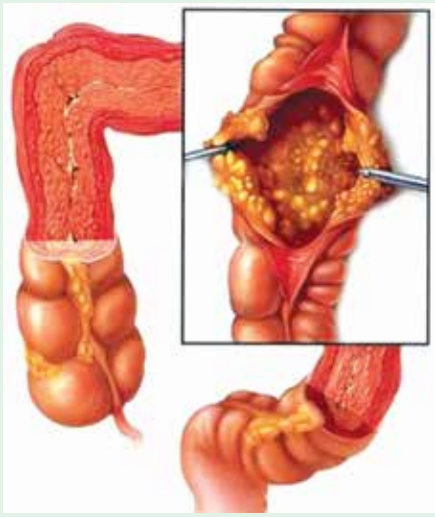
Псевдомембранозный колит – тяжелое осложнение приема антибиотиков, реже лечения цитостатиками (как у пациента М.), иммуносупрессорами и слабительными средствами.

В результате у больного развивается специфический дисбактериоз, сопровождающийся воспалением толстого кишечника с образованием характерных пленок на слизистой. Дисбактериоз и воспаление слизистой вызывают анаэробные грамположительные бактерии Clostridiumdifficile.

В тяжелых случаях псевдомембранозный колит сопровождается выраженной интоксикацией, повреждениями стенки кишечника вплоть до перфорации, общей дегидратацией и грубыми электролитными расстройствами, нередко в сочетании нарушениями белкового обмена. Возможен летальный исход.

Лечение осуществляют гастроэнтерологи и колопроктологи.

При псевдомембранозном колите, осложненном токсическим мегаколоном, показано хирургическое вмешательство (сегментарная) резекция пораженной части кишечника. Перфорация кишки является показанием к проведению неотложной операции – удалению пораженного отдела кишки, промыванию и дренированию брюшной полости для предупреждения развития перитонита.



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КРУГЛОСУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ В ОТДЕЛЕНИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Е. Н. Гаталюк, О. В. Боровик, М. А. Дудина, С. А. Догадин, Д. В. Фомина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Для оценки компенсации сахарного диабета (СД) чаще всего используют уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Однако, кроме HbA1c, важной характеристикой является вариабельность гликемии (ВГ). Имеются данные о влиянии ВГ на риск развития микро– и макрососудистых осложнений, о взаимосвязи с наличием атеросклероза и ишемической болезни сердца.

Отдельным компонентом диабетического синдрома являются гипогликемические состояния. Тяжелая гипогликемия является жизнеугрожающим состоянием. Стимуляция автономной нервной системы и высвобождение катехоламинов оказывают значительный гемодинамический эффект, могут провоцировать миокардиальную или церебральную ишемию. Имеются данные о том, что повторные эпизоды тяжелых гипогликемий ухудшают когнитивные функции, могут провоцировать развитие деменции.

ВГ складывается из вариабельности всасывания инсулина, его действия, особенностей поведения пациента, действия контринсулярных гормонов.

Таким образом, один из путей уменьшения вариабельности гликемии – совершенствование диагностики скрытых гипогликемий и своевременная коррекция базис-болюсного режима инсулинотерапии.

Клинический случай

Пациент И. 36 лет поступил в отделение эндокринологии краевой клинической больницы (ККБ) с жалобами на выраженную гипергликемию до 35 ммоль/л, редкие гипогликемические состояния до 3,5-4 ммоль/л (по индивидуальному глюкометру), боли в ногах, онемение правой ноги, преимущественно по задней поверхности бедра, ухудшение зрения в течение шести месяцев.

Из анамнеза: СД 1 типа впервые выявлен в 2006 году, когда по рекомендации измерил уровень глюкозы крови на глюкометре и зафиксировал гликемию до 30 ммоль/л.

Сразу обратился к эндокринологу по месту жительства. При обследовании глюкоза крови 19 ммоль/л, умеренный кетоз, госпитализирован в эндокринологическое отделение ККБ. Инициирована базис-болюсная инсулинотерапия, достигнуты целевые значения пре– и постпрандиальные значения гликемии. В дальнейшем, по словам пациента, у эндокринолога наблюдался регулярно. Режим питания соблюдал. Самоконтроль гликемии осуществляет ежедневно от 3 до 5 раз в сутки. Сосудистые осложнения СД ранее не диагностировались.

Последняя госпитализация в ККБ в связи с выраженной гипергликемией по индивидуальному глюкометру (до 35 ммоль/л), а также распознанные гипогликемии 3-5 раз в месяц, тяжелые гипогликемии отрицал. На этом фоне прогрессировала дистальная нейропатическая симптоматика, отмечал снижение зрения на оба глаза. При поступлении получал инсулин лантус в 16.00 – 27 ЕД, п/к, инсулин новорапид на основные приемы пищи (завтрак, обед и ужин) по ХЕ в соотношении 1:1,5.

Госпитализирован в эндокринологическое отделение ККБ для уточнения генеза неконтролируемой гипергликемии, исключения нераспознанных гипогликемий.

Динамика состояния

При мониторировании глюкозы на лабораторном анализаторе в ранние утренние часы зафиксирована гипогликемия 2,9-3 ммоль/л.

Рекомендовано уменьшение дозы инсулина лантус до 25 ЕД в сутки, п/к и перекус на ночь (1ХЕ= 10-12 г углеводов).

Проверен пищевой дневник пациента, выявлены ошибки в режиме питания – отсутствуют перекусы, прием пищи не сбалансирован. Некорректно проводит подсчет ХЕ. Пациенту повторно разъяснены принципы питания, проведено обучение системе ХЕ.

На вторые сутки госпитализации зафиксированы пре– и постпрандиальные гипогликемические состояния до 2,9 ммоль/л. Указанные распознанные гипогликемии имели незакономерный характер, с последующим развитием феномена пост-гипогликемической гипергликемии. Причем предвестники гипогликемии, при уровне глюкозы крови менее 3 ммоль/л пациент не распознавал. Для подробного изучения ВГ пациенту на 8 суток установлен сенсор профессионального круглосуточного мониторирования глюкозы крови, который в постоянном автоматическом режиме измеряет концентрацию глюкозы крови во внутриклеточной (интерстициальной) жидкости.

По полученным данным 55% показателей гликемии находились в диапазоне целевых значений, 23% времени гликемия была ниже 3,9 ммоль/л, 22% времени глюкоза крови была выше 8,3 ммоль/л (рис. 1).

Наиболее часто нераспознанные гипогликемии фиксировались в постпрандиальный период. После 16.00 закономерное снижение глюкозы крови с последующим повышением в поздние вечерние и ночные часы (рис. 2).

Согласно полученным данным, решено уменьшить дозу короткого инсулина в соотношении с ХЕ – 1:1 на основные часы приема пищи, дозу базального инсулина уменьшить на 4 ЕД. Также настоятельно рекомендовано перенести инъекцию базального инсулина на более позднее время – 22.00.

При уменьшении дозы и изменении режима инсулинотерапии наблюдалась положительная динамика, гликемия в пределах целевых значений: натощак 5,5 ммоль/л, в течение дня от 4,8 до 7,3 ммоль/л. Гипогликемии не регистрировались.

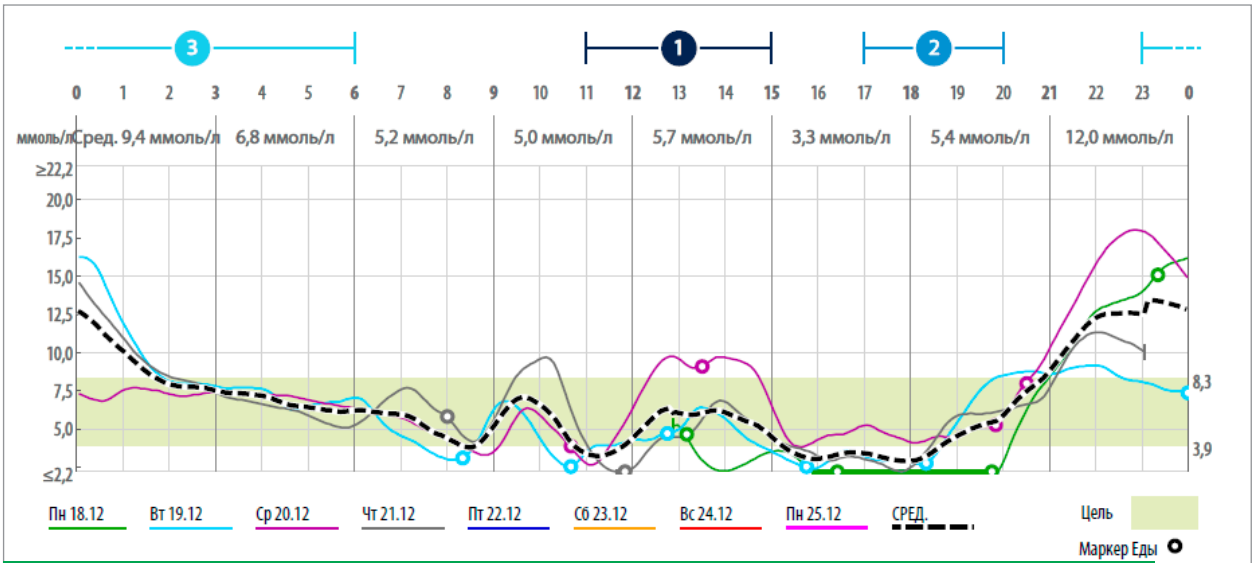
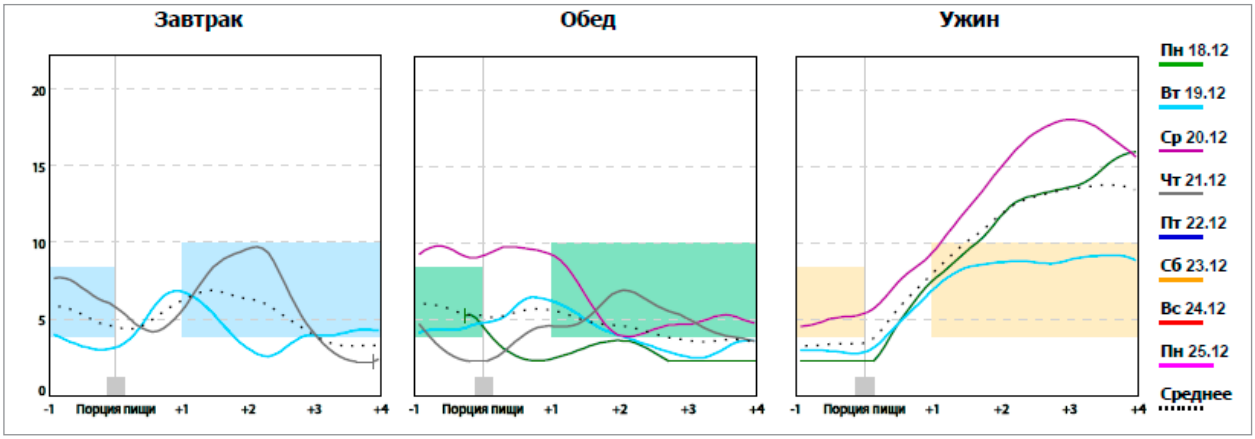


Рис. 1. Вариабельность гликемии пациента И., 36 лет, по данным системы профессионального круглосуточного мониторирования глюкозы крови



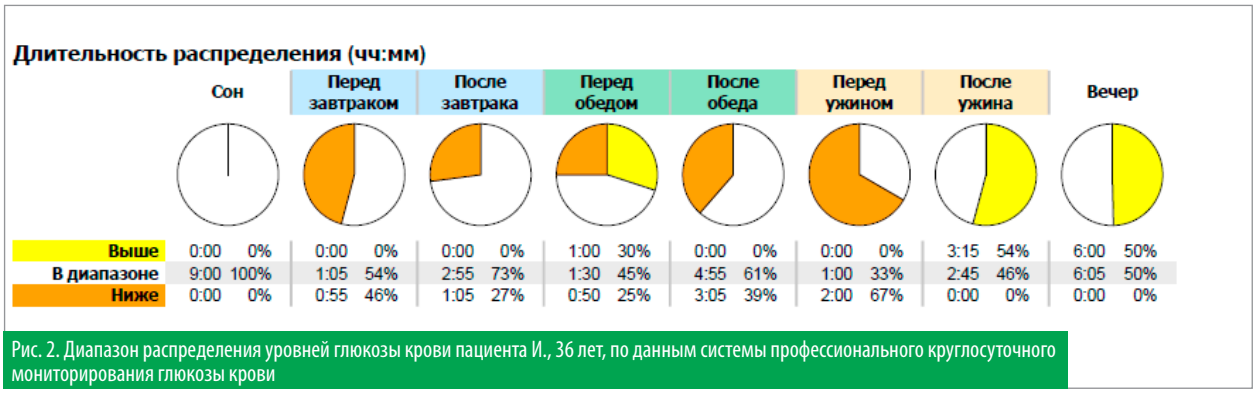


Рис. 2. Диапазон распределения уровней глюкозы крови пациента И., 36 лет, по данным системы профессионального круглосуточного мониторирования глюкозы крови

Заключение

При исследовании гликемии обычным лабораторным анализатором у пациента фиксировались гипогликемические состояния до 2,7 ммоль/л до 2-3 раз в день.

По данным системы суточного мониторирования, зафиксированы гипогликемические состояния, нераспознанные пациентом, причем со снижением гликемии менее 2,2 ммоль/л, в основном в период после приема пищи.

Именно с учетом полученных данных от системы непрерывного мониторинга гликемии проведена коррекция базис-болюсной инсулинотерапии, уменьшилась амплитуда колебания гликемии, а также высокий сердечно-сосудистый риск, связанный с гипогликемическими состояниями.

В состав системы входят:

– высокочувствительный сенсор;

– устройство для записи и хранения показателей глюкозы;

– устройство для экспорта данных из трансмиттера в компьютер (док-станция MMT-7742, USB кабель);

– сертер.

Сенсор – индивидуальное устройство, регистрирующее уровень сахара в интерстициальной жидкости. Устанавливается подкожно практически без болевых ощущений с помощью сертера.

Справка «ПК»

О СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ

Проведение непрерывного мониторирования глюкозы возможно:
– в режиме реального времени (персональное, пользовательское – способ самоконтроля гликемии, дополнительный к самоконтролю с помощью глюкометра. Все устройства для НМГ-РВ отображают подробный график изменений гликемии, подают сигналы тревоги о выходе сахарной кривой за пределы индивидуальных целевых показателей;
– в «слепом режиме» (профессиональное мониторирование) – эта процедура подразумевает запись показателей гликемии для последующей ретроспективной оценки. Цель метода – отразить истинные колебания гликемии в условиях повседневной жизни обследуемого.

После установки к сенсору прикрепляется трансмиттер – маленькое записывающее устройство. Удобство беспроводной передачи сигнала очевидно: нет риска, что проводок повредится во время движений тела и исследование прервется. Пациент чувствует себя более свободным.

Продолжительность исследования 3-5 дней.

Монитор автоматически измеряет сахар крови через каждые 10 секунд и один раз в 5 минут записывает среднее значение от собранных показаний, за сутки регистрируется 288 измерений гликемии.

На протяжении исследования необходимо несколько раз исследовать глюкозу крови для дальнейшей калибровки показателей. Пациенту необходимо вести подробный дневник, вносить информацию о событиях в жизни пациента (прием пищи или лекарственных препаратов, физические нагрузки и т.д.). Это помогает улучшить качество интерпретации собранных данных.

По завершении исследования полученная цифровая информация импортируется в компьютер и анализируется лечащим врачом. Результаты мониторирования представляются в виде графиков и сводных таблиц с вычисленными средними значениями показателей гликемии, границами отклонений от них, соотношением гипергликемии и гипогликемии в процентах за различные периоды времени. Таким образом, лечащему врачу предоставляет необходимый объем фактической информации о характере изменений в течение суток и позволяет выявить тенденции отклонений.

На основании этих данных врач назначает правильную тактику лечения или проводит своевременную корректировку терапии.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ, ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ПСИХИАТРИЯ

СЛУЧАЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ С ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ГОРТАНОГЛОТКИ И КОЛОТЫМИ РАНАМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Пациент Е. 28 лет экстренно доставлен санавиарейсом в краевую клиническую больницу из южного района Красноярского края сразу после новогодних праздников.

Из анамнеза. Вечером 14 января получил травму при невыясненных обстоятельствах. На следующий день утром доставлен в ЦРБ с рассеченной гортаноглоткой и колото-резаными ранами грудной клетки и шеи.

В ЦРБ наложена трахеостома, проведена первичная хирургическая обработка ран грудной клетки, противошоковая, инфузионная терапия. Рентгенологически диагностирован левосторонний гидропневмоторакс. По ЭХО-КГ данных за повреждение сердца нет.

В связи с тяжестью состояния эвакуирован санавиацией в КГБУЗ ККБ с диагнозом резаное ранение шеи с полным пересечением гортани над щитовидным хрящом, ранение передней стенки начального отдела пищевода. Множественные колотые раны передней стенки грудной клетки. Геморрагический шок II ст.

При поступлении жалоб не предъявлял ввиду наличия трахеостомы. В сознании, адекватен.

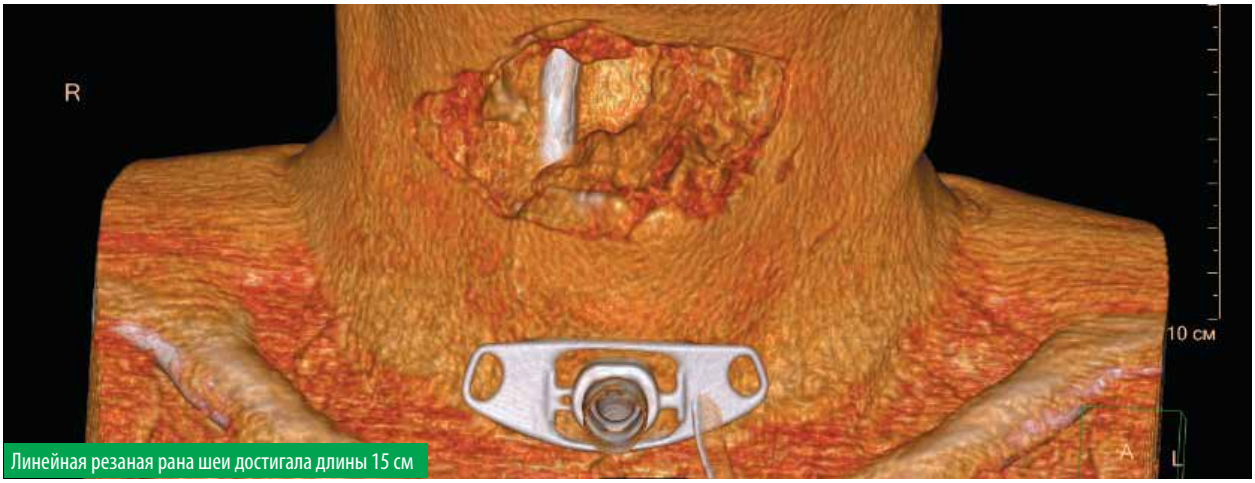
Осмотрен оториноларингологом в приемном покое: на передней поверхности шеи линейная резаная рана длиной до 15 см, шириной до 10 см от грудиноключичнососцевидной мышцы справа до кивательной мышцы слева, на уровне щитовидного хряща полное пересечение гортани. Обозреваются неизмененные, подвижные голосовые складки, видна задняя стенка гортаноглотки. Через рану виден назогастральный зонд.

На передней поверхности шеи к низу от раны трахеотомическое отверстие с канюлей.

В полости носа слева установлен назогастральный зонд.

Подкожной эмфиземы нет. Колотые раны передней стенки грудной клетки.

С целью исключения ранения легкого пациенту проведена МСКТ гортани и органов грудной клетки.



Линейная резаная рана шеи достигала длины 15 см

При исследовании диагностирована эмфизема мягких тканей грудной клетки слева и верхнего средостения.

Левое легкое коллабировано до 3,5 см в нижних отделах. Плевропульмональная консолидация в задне-базальных отделах левого легкого (ушиб? инфильтрация?). В левой плевральной полости небольшое количество крови.

Заключение: левосторонний гемопневмоторакс.

Больной осмотрен торакальным хирургом. В области грудной клетки имеются семь ран: в проекции 2-го межреберья по парастернальной линии слева имеются две раны до 1х0,5 см, также две раны определяются в 3-м межреберье по среднеключичной линии слева размером 1х0,5 см, в 4-м межреберье по среднеключичной линии две раны 1х0,5 см, в 5-м межреберье по среднеключичной линии слева рана 1х0,5 см.

На основании осмотра специалистов и МСКТ, по жизненным показаниям, в экстренном порядке пациенту было проведено оперативное лечение: ушивание раны гортаноглотки, хирургическая обработка ран грудной клетки и дренирование левой плевральной полости.

Ушивание раны гортаноглотки

Операция под общей анестезией, ИВЛ через трахеотомическую трубку. Рана тщательно санирована раствором антисептика.

Рана располагается в подчелюстной области слева направо сверху вниз, размерами 15х5 см. Дном раны является задняя стенка гортаноглотки. В проксимальном отделе раны определяется надгортанник, в дистальном – голосовые связки, полностью пересечен щитовидный хрящ. Послойно ушита слизистая гортаноглотки, щитовидный хрящ, пересеченные мышцы шеи. Рана дренирована двумя трубчатыми дренажами, выведенными на уровне трахеостомы, двумя перчаточными резиновыми дренажами, выведенными через середину раны. Также слева и ниже вышеописанной раны имеются две колото-резаные раны, слепо заканчивающиеся в мягких тканях. Края раны экономно иссечены, наложены швы.

Хирургическая обработка ран грудной клетки, дренирование левой плевральной полости

Ревизия ран во 2, 3, 4 и 5-м межреберьях показала, что раны проникают в плевральную полость.

Края ран экономно иссечены, послойно наложены швы. Проведен торакоцентез во втором межреберье по среднеключичной линии слева, установлен трубчатый дренаж, через который аспирировано до 150 мл жидкой крови. Из плевральной полости аспирировано до 700 мл воздуха. Наложен аппарат Боброва.

В первые послеоперационные сутки наблюдался оториноларингологом.

Пациент предъявлял жалобы на болезненность в области послеоперационной раны, на наличие трахеостомической канюли на передней поверхности шеи. Эмоциональное состояние пациента было удовлетворительным, но уже на вторые сутки после оперативного вмешательства, на фоне стабильного соматического состояния стали заметны ухудшения в психическом статусе.

Пациент испытывал страх, высказывал депрессивные идеи, а затем самостоятельно удалил плевральный дренаж и трахеостомическую трубку (установлена обратно).

Осмотрен психиатром. Объяснил врачу происхождение ранений: заявил, что нанес себе самоповреждения, хотел умереть.

Фон настроения снижен, эмоционально однообразен, маловыразителен. Контакту мало доступен, общался жестами, писал на бумаге.

Жалоб на момент осмотра не предъявлял, суицидальные мысли отрицал, агрессии не проявлял. По результатам консультации психиатром рекомендован надзор, антидепрессанты.

В тот же день, уже через несколько часов, психическое состояние пациента ухудшилось: появился острый чувственный бред, написал медицинскому персоналу, что хотел покончить собой из-за страха о том, что все узнают о его нетрадиционной сексуальной ориентации и уволят с новой работы.

По словам жены, больной занимался спортом, никогда не был замечен в потреблении наркотиков или злоупотреблении алкоголем. До 3 января находился с семьей, в поведении был адекватен, упорядочен. Трагедия произошла с пациентом в командировке, в отрыве от семьи.

На основании данных анамнеза, проведенных обследований, клинического наблюдения психиатр вынес предварительное заключение о наличии острого полиморфного психотического расстройства и депрессивно-бредового синдрома, увенчавшегося суицидальной попыткой. Рекомендована мягкая фиксация, надзор, усилена терапия антипсихотиками и антидепрессантами.

В последующие дни пациент по бредовым мотивам категорически отказывался от переливания крови, несмотря на разъяснения и убеждения лечащего врача.

Отмечалось подавленное настроение, высказывал мысли о том, что медицинский персонал – агенты ФСБ, отказывался принимать препараты из рук персонала, категорически сопротивлялся приему антипсихотиков и антидепрессантов. Испытывал страх, выражение лица удивленное, растерянное, был напряжен, насторожен, подозрителен.

Отмечалось непоследовательное, разорванное, аморфное мышление, высказывал бредовые суждения, резонерствовал.

Критики к своему состоянию не отмечалось. Ночной сон пациента был нарушен – короткий, прерывистый, затруднено засыпание.

На основании данных анамнеза, проведенных обследований, клинического наблюдения выставлен диагноз острый аффективно-бредовый, параноидный синдром. Суицидальная попытка.

Между тем, в соматическом состоянии отмечалась положительная динамика. Заживление раны шло успешно, несмотря на аутоагрессию и неоднократно вырванные дренажи, срывание повязок, попытки удаления трахеостомы.

При проведении фиброларинготрахеобронхоскопии через четыре дня после операции отмечался отек гортаноглотки, черпаловидных хрящей, больше справа, на правом хряще фибриновый налет, просвет голосовой щели широкий, голосовые связки подвижны, подскладочное пространство не изменено.

Осмотрен неврологом. Данных за острую церебральную патологию на момент осмотра не выявлено.

При осмотре оториноларинголога от 23 января отмечается свободное дыхание, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Послеоперационные швы без признаков воспаления.

25 января восстановилось дыхание через естественные дыхательные пути, голос сохранен.

Произведена фиброларингоскопия гортани: просвет голосовой щели не сужен, истинные голосовые складки подвижны. Надгортанник незначительно ограничен в подвижности. Черпаловидные хрящи отечны. Справа на черпаловидном хряще имеется незначительный фибринный налет.

Трахеотомическая канюля удалена. Трахеотомическое отверстие герметически заклеено. Дыхание свободное. Восстановилась речь. Швы на подподбородочной области и грудной клетке слева удалены.

В связи с тем, что больной находился в депрессивном состоянии и проявлял тревогу, рекомендована консультация психиатра для решения вопроса о выписке пациента под наблюдение по месту жительства или переводе в специализированное психиатрическое лечебное учреждение.

В помощи оториноларингологов пациент больше не нуждался.

26 января осмотрен психиатром.

Пациент выдвинул очередную подробную версию суицидальной попытки с самоповреждением в области горла и проекции сердца.

Исходя из этой информации, суицидальную попытку пациент совершил в состоянии аффекта, вероятно, патологического опьянения, на фоне хронической психотравмирующей ситуации – назначения на руководящую должность, судебных конфликтов в организации, финансовых обязательств (ипотека, кредиты).

Накануне суицида больной не спал 10 суток, проживал временно в отрыве от семьи в связи со сменой места работы.

На момент осмотра жалоб не предъявлял, мышление непоследовательное, разорванное, аморфное, высказывал бредовые суждения, резонерствовал.

Агрессивных тенденций в поведении нет, суицидальные мысли отрицал, критики к своему состоянию нет.

На основании данных анамнеза, проведенных обследований, клинического наблюдения психиатром выставлен диагноз депрессивный эпизод тяжелой степени тяжести с психотическими включениями, состояние после суицидальной попытки. Астено-депрессивный синдром.

Пациент выписан под наблюдение психиатра по месту жительства.

Рекомендован дальнейший прием антипсихотиков и антидепрессантов, а также продолжение амбулаторного лечения в условиях дневного стационара ККПНД № 1.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ОПУХОЛЬ СПИННОГО МОЗГА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТОРАКАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ю. Я. Пестряков, П. Г. Шнякин, А. В. Канашин, А. В. Спиридонов, А. А. Саленко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Пациенты с болевым синдромом в грудном отделе позвоночника нередко обращаются к неврологу в амбулаторной практике.

В подавляющем большинстве случаев болевой синдром является клиническим проявлением остеохондроза позвоночника. Однако необходимо помнить, что среди причин, обусловливающих данный болевой синдром, встречаются воспалительные заболевания (неспецифический спондилит, туберкулезный спондилодисцит), онкологическое заболевание тел позвонка (чаще метастатические), опухоли спинного мозга (интрамедуллярные, экстрамедуллярные).

При наблюдении и лечении пациентов в амбулаторных условиях необходимо помнить, что болевой синдром в области грудного отдела позвоночника требует более пристального внимания и тщательной дифференциальной диагностики, нежели болевой синдром в области шейного и поясничного отделов позвоночника, ввиду того, что грыжи грудного отдела встречаются гораздо реже (2% случаев), чем на шейном и поясничных уровнях.

Такие пациенты достаточно часто нуждаются в проведении МРТ – визуализации с целью проведения дифференциальной диагностики.

Опухоли спинного мозга подразделяются на экстрамедуллярные и интрамедуллярные. Общая распространенность опухолей спинного мозга составляет 10-15% всех опухолей ЦНС. В структуре опухолей спинного мозга экстрамедуллярной локализации выделяют менингиому, эпиндимому, невриному, к редким опухолям относят липому, дермоидную опухоль.

Спинальные менингиомы у лиц старше 60 лет составляют 60 и более процентов первичных опухолей спинальной локализации. Большинство менингиом встречается в грудном, шейном отделах, гораздо реже – на поясничном уровне позвоночника.

Менингиомы представляют собой медленно растущие, в подавляющем большинстве доброкачественные опухоли. В силу медленного длительного роста менингиома способна достигать больших размеров с минимальными клиническими проявлениями, либо вообще без таковых в процессе своего роста. Лишь при достижении критических размеров возникает неврологический дефицит, обусловленный компрессией невральных структур.

Представляем два клинических случая пациентов с болевым синдромом в грудном отделе позвоночника. В обоих случаях у пациентов с анамнезом торакалгический синдром по результатам нейровизуализации (МРТ грудного отдела позвоночника) была диагностирована опухоль спинного мозга – в обоих клинических наблюдениях это была менингиома передней и переднебоковой локализации спинного мозга.

Первое клиническое наблюдение

Женщина 56 лет в течение полугода стала отмечать болевой синдром в межлопаточной области, по поводу которого длительное время принимала обезболивающие препараты, наблюдалась у терапевта поликлиники по месту жительства.

Был вынесен диагноз остеохондроз грудного отдела позвоночника. Болевой синдром носил рецидивирующий характер. Позже постепенно стала отмечать ощущение легкой слабости в ногах, на которое «старалась не обращать внимания», жалобы сохранялись на протяжении нескольких месяцев.

Усиление тяжести заболевания отмечает, со слов, после перенесенного стресса, когда обратила внимание на развитие чувства онемения в ногах, ниже пупка, присоединилось ощущение «ватности», появился страх перед актом ходьбы.

В силу присоединившихся жалоб пациентка направлена к неврологу, проведено обследование – МРТ грудного отдела позвоночника. Диагностирована интрадуральная экстрамедуллярная опухоль спинного мозга передней локализации на уровне Th3-Th4 грудного отдела позвоночника с признаками грубой компрессии спинного мозга. По результатам обследования пациентка направлена на консультацию к нейрохирургу поликлиники Красноярской краевой клинической больницы.

В неврологическом статусе

В сознании. Черепно-мозговые нервы интактны. Мышечная сила в верхних конечностях в полном объеме. В нижних конечностях снижена до 3-3,5 балла справа и слева соответственно. Мышечный тонус в нижних конечностях умеренно повышен с обеих сторон. Определяется оживление коленных рефлексов, вызывается положительный симптом Бабинского с обеих сторон. С левой стопы вызывается клонус. Гипестезия с уровня Th5-Th6 с обеих сторон по проводниковому типу. Функцию тазовых органов контролирует.

Больной выполнена операция: ляминэктомия Th3-4, микрохирургическое удаление опухоли спинного мозга. Основными этапами хирургического вмешательства были следующие: положение пациента – сидя.

Рентгенконтроль уровня оперативного вмешательства при помощи ЭОП. Ляминэктомия Th3-4. Продольное рассечение твердой мозговой оболочки. Спинной мозг визуально истончен. При использовании микроскопа Pentero с увеличением 12х произведена арахноидальная диссекция опухоли, внутренняя декомпрессия, мобилизация опухоли от матрикса, после чего опухоль полностью удалена.

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось сохранение неврологического дефицита на уровне нижнего парапареза до 3,5 балла. На фоне проведения консервативной терапии, проведения реабилитационных мероприятий в условиях отделения нейрохирургии отмечается положительная динамика в виде регресса неврологического дефицита, пациентка на 2-е сутки после операции активизирована,

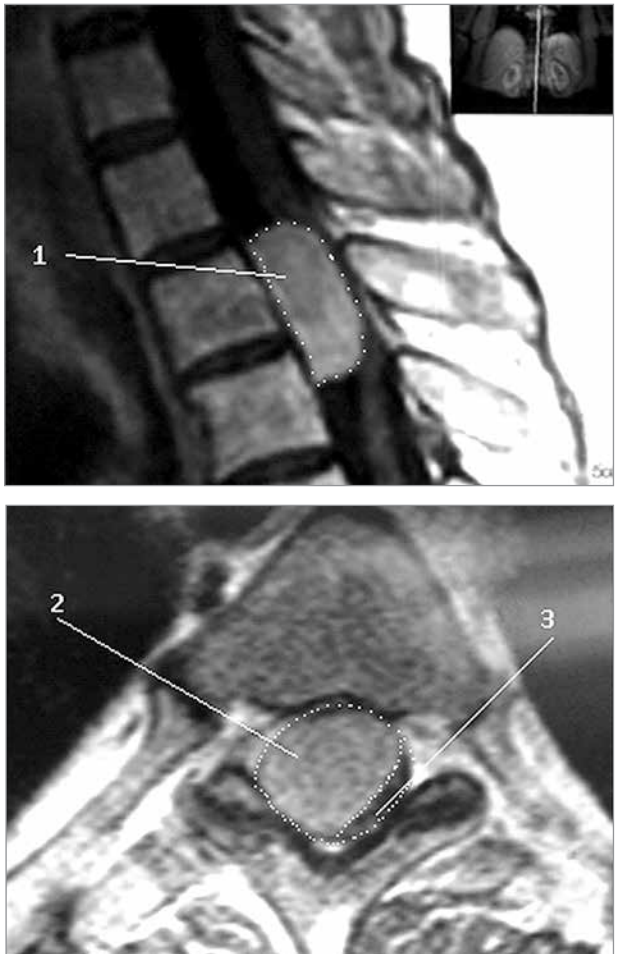


Рис. 1. МР-картина интрадуральной экстрамедуллярной опухоли верхнегрудного отдела позвоночника с компрессией спинного мозга. Пунктиром белого цвета обозначена опухоль, расположенная в полости позвоночного канала в саггитальной (1) и аксиальной (2) проекциях. Цифрой 3 обозначен спинной мозг, испытывающий компрессию опухолью.

разрешено ходить в пределах палаты. На момент выписки из стационара, на 12-е сутки после операции, мышечная сила восстановилась в полном объеме.

Второе клиническое наблюдение

Пациентка в течение полугода отмечала болевой синдром в области грудного отдела позвоночника. Проходила курсы консервативного лечения в поликлинике по месту жительства, отмечалось некоторое уменьшение интенсивности болевого синдрома.

Уменьшение болевого синдрома носило временный характер, в силу чего пациентка была вынуждена вновь обратиться к врачу за медицинской помощью. Постепенно пациентка стала предъявлять жалобы на ощущения «ватности, тяжести, неловкости» в ногах, стала сообщать, что ей тяжело подниматься по лестнице. Данные жалобы постепенно неуклонно прогрессировали.

Пациентке было рекомендовано проведение МРТ грудного отдела позвоночника, по результатам которого была диагностирована больших размеров интрадуральная экстрамедуллярная опухоль на уровне Th7 позвонка с признаками компрессии спинного мозга. Направлена на консультацию к нейрохирургу поликлиники Красноярской краевой клинической больницы.

Больной выполнена операция: ляминэктомия Th7. Удаление интрадуральной экстрамедулярной опухоли – менингиомы. После интраоперационного выполнения рентгенконтроля уровня оперативного вмешательства выполнен разрез кожи, мягких тканей, выполнена ляминэктомия. Продольное рассечение твердой мозговой оболочки, визуализирована опухоль, оказывающая компрессию на спинной мозг. Поэтапно под микроскопом Pentero увеличением 12х произведены арахноидальная диссекция опухоли, внутренняя декомпрессия, мобилизация опухоли от матрикса с последующим ее удалением.

Послеоперационный период протекал стандартно, без осложнений. В раннем послеоперационном периоде неврологический дефицит был на прежнем уровне. В последующем – на фоне проведения интенсивной терапии, проведения реабилитационных мероприятий в условиях отделения нейрохирургии удалось достигнуть регресса неврологического дефицита.

Пациентке проведен курс реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию походки, она стала уверенно ходить, мышечная сила вернулась в полном объеме. На 12-е сутки после операции выписана на амбулаторный этап.

Особенностью данных клинических случаев является труднодоступная локализация для хирургии с высоким риском нарастания неврологического дефицита, которого удалось избежать.

В обоих наблюдениях результаты гистологического заключения аналогичны: типичные менингиомы, что предполагает благоприятный прогноз.

К выводу можно добавить, что достаточно широко распространенный торакалгический синдром в амбулаторной практике невролога требует тщательного внимания при динамическом наблюдении, требует проведения визуализации (МРТ), особенно если пациент начинает предъявлять жалобы, обусловленные поражением спинного мозга (развивающиеся проводниковые, сегментарные расстройства).

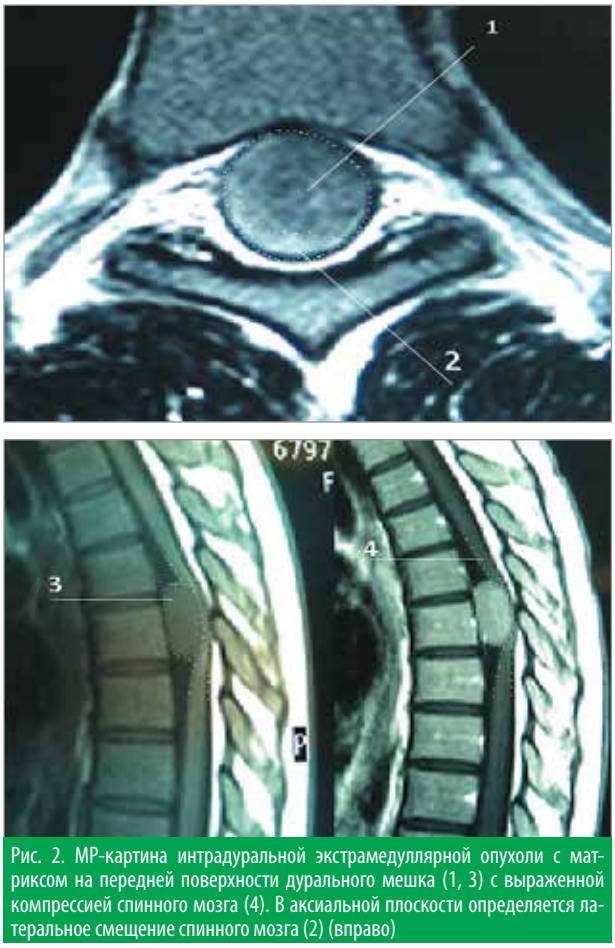


Рис. 2. МР-картина интрадуральной экстрамедуллярной опухоли с матриксом на передней поверхности дурального мешка (1, 3) с выраженной компрессией спинного мозга (4). В аксиальной плоскости определяется латеральное смещение спинного мозга (2) (вправо)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ (CVVH) И СПАРЕННОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ – АДСОРБЦИИ (CPFA) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

О. В. Ильина, М. И. Литвинов, Р. Б. Бигашев, К. А. Линев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Сегодня вызывает дискуссии тактика лечения пациентов с инфекционным эндокардитом, так как данное заболевание сочетает в себе проявления сердечной слабости с явлениями тяжелого сепсиса.

Для современного течения инфекционного эндокардита свойственно развитие множества осложнений, которые определяют ведущую органную патологию. Фатальными осложнениями инфекционного эндокардита являются: септический шок, респираторный дистресс-синдром, полиорганная недостаточность, острая сердечная недостаточность, эмболический синдром.

Авторы приводят описание клинического случая подострого инфекционного эндокардита с локализацией на аортальном и митральном клапанах, осложненного развитием тяжелого сепсиса/септического шока, тромбоэмболическим синдромом, полиорганной недостаточностью у пациента 34 лет. Своевременная диагностика, адекватная антибактериальная терапия, радикальное хирургическое вмешательство, применение методов экстракорпоральной гемокоррекции – продленной заместительной почечной терапии и сеансов спаренной плазмофильтрации адсорбции оказали влияние на положительный исход заболевания у данного пациента.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, продленная заместительная почечная терапия, спаренная плазмофильтрация-адсорбция (CPFA), септический шок, полиорганная недостаточность.

Больной П., 34 года, поступил в кардиологическое отделение ККБ с диагнозом инфекционный эндокардит, подострое течение, с локализацией на аортальном и митральном клапанах. Недостаточность аортального клапана III ст. Недостаточность митрального клапана III ст. Недостаточность трикуспидального клапана II ст. СН II Б ст (IV ФК NYHA). Постэмболическая окклюзия правого бедренно-подколенного сегмента, тромбоэмболия берцовых артерий слева вегетациями. Ишемия IV ст. по А. В. Покровскому. Гангрена 1-3-го пальцев правой стопы, 2-го пальца левой стопы.

При поступлении состояние больного тяжелое.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, сильную слабость, отечность голеней, чувство онемения нижних конечностей, боли и жжение в пальцах стоп, почернение пальцев стоп, слабость в ногах.

Данные объективного, инструментального и лабораторных исследований. Пациент кахектичен, ИМТ – 17,36. АД – 120/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум во всех точках, систоло-диастолический шум в точке АоК и т. Боткина. ЧСС – 120 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, в нижних отделах слева и справа сухие хрипы. У больного отмечается лихорадка до 38,5-38,9ºС, явления сердечной недостаточности с застоем по обоим кругам кровообращения, сухая гангрена пальцев стоп, снижение темпа диуреза, высокая лабораторная активность.

Данные ЭХО-КГ: инфекционный эндокардит с локализацией на АоК и МК и пристеночный в области ЛЖ. На АоК плотные, массивные вегетации различной интенсивности, аортальная недостаточность 3 ст., аортальный стеноз с градиентом 44 мм рт. ст. Объемная перегрузка ЛЖ, расширена полость ЛП. На МК вегетации плотные, митральная недостаточность 3-4 ст. Выражен Евстахиев клапан, на нем дополнительные эхосигналы повышенной эхогенности. Легочная гипертензия с СДЛА – 40 мм рт. ст.

Данные ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 120 в мин. ГЛЖ.

Данные рентгенографии органов грудной клетки: легкие расправлены, без видимых затемнений. Синусы свободные. Легочный рисунок обогащен. Тень сердца значительно расширена в поперечнике.

Данные ДС с ЦДК артерий нижних конечностей: окклюзионный тромбоз ПБА справа от устья с коллатеральным кровотоком на уровне дистальных отделов. Окклюзионный тромбоз ЗББА слева в сред-

ней трети с низкоамплитудным кровотоком на уровне дистальных отделов. По данным лабораторных исследований: повышение концентрации фибриногена до 6,4 г/л, повышение уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), снижение гемоглобина до 109 г/л, умеренный лейкоцитоз до 9,3х10/л, умеренный тромбоцитоз до 360х10/л, снижение уровня лимфоцитов до 15%, анизацитоз (+), повышение СОЭ до 67 мм/ч.

Учитывая тяжесть состояния, характер клапанного поражения, наличие тромбоэмболических осложнений, на 5-е сутки пребывания в стационаре больному проведена операция: аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование справа. Ампутация 1-3-го пальцев правой стопы. Ампутация 2-го пальца левой стопы. Протезирование АоК, пластика МК и ТК, после проведенной санации камер сердца.

Интраоперационно начата инотропная и вазопрессорная поддержка тремя препаратами в нарастающих дозах: адреналин 0,05-0,1 мкг/кг/мин.; мезатон 0,94-1,11 мкг/кг/мин; норадреналин 0,6-0,8 мкг/кг/мин. По завершении операции больной переведен в отделение кардиореанимации для дальнейшего лечения, на продленной ИВЛ, продолжающейся инотропной и вазопрессорной поддержке тремя препаратами в высоких дозировках.

В раннем послеоперационном периоде у пациента нарастали явления полиорганной недостаточности, обусловленные сердечной слабостью и септическим шоком (таблица 1). В связи с этим через 12 часов после проведения операции было принято решение проведении процедур экстракорпоральной гемокоррекции – спаренной плазмофильтрации-адсорбции (CPFA) и продленной вено-венозной гемофильтрации.

Таблица1

Исходные показатели гемодинамики, респираторные показатели, уровень инотронной поддержки, лабораторные показатели при поступлении пациента в ОРИТ из операционной и в первые сутки до начала проведения процедур экстракорпоральной гемокоррекции

Показатель	При поступлении из операционной	До начала экстракорпоральной гемокоррекции
АД ср	72,6	58,1
ЧСС	127	148
Адреналин	0,15 мкг/кг/мин	0,23 мкг/кг/мин
Дофамин	10,5 мкг/кг/мин	16,5 мкг/кг/мин
Норадреналин	0,8 мкг/кг/мин	0,97 мкг/кг/мин
PaO2/FiO2	267	145
РСТ	9,8	> 10
СРБ	234	324
Лейкоциты	20,1	25,6
Нейтрофилы	14	17
Тромбоциты	178	161
Температура тела	39,5	39,8
pH	7,32	7,31
BE	– 5,6	– 5,8
SVO2	76,8	58,1
Лактат	6,5	10,6
Креатинин	120	158
Биллирубин	56	118
Гематокрит	0,43	0,42
Диурез	≤ 0,5 мл/кг/час	≤ 0,3 мл/кг/час
APACHE II, баллы	28	32

Методика проведения экстракорпоральной гемокоррекции

Техническое обеспечение процедуры CPFA

Процедуры выполнялись на аппарате 4-насосный модуль Lynda (Bellco, Италия). Плазмофильтр MPS 05: мембрана – полиэфирсульфон, площадь поверхности – 0,45м^2, коэффициент просеивания – 800kD, Qpf – 15-20% от Qb (max – 30%). Сорбционная неселективная колонка Mediasorb: гидрофобная смола, объем заполнения – 140 мл, площадь поверхности – 700 м^2/г. Гемофильтр HFT 14: мембрана – полиэфирсульфон, площадь поверхности – 1,4м^2, Qb – 150-180 мл/мин., Qsub – 4 л/час, постдилюция.

Полиэфирсульфоновый фильтр плазмы с адсорбцией на неселективном гидрофобном картридже и синтетический высокопроницаемый полиэтилульфоновый гемофильтр для продолжительной гемофильтрации.

Техническое обеспечение продленной гемофильтрации

Процедуры выполнялись на аппарате 4-насосный гемопроцессор AQUARIUS (Edwards Lifesciences, Baxter).

Гемофильтр: AQAMAX F-12, мембрана – полиэфирсульфон, площадь поверхности – 1,2м^2, Qb – 150-180 мл/мин., Qsub 4 л/час, пре и постдилюция.

Пациенту были проведены последовательно две процедуры спаренной плазмофильтрации-адсорбции с интервалом 24 часа. Параллельно проводимым сеансам CPFA начато проведение продленной заместительной почечной терапии в виде продленной вено-венозной гемофильтрации (фото).

Сосудистые доступы

Больному были дополнительно установлены к уже имеющимся ЦВК двухпросветные диализные катетеры ARROW (в левую подключичную вену 12Fr x16 sm, в левую бедренную вену 12Fr x 20 sm).

Описание процедур экстракорпоральной гемокоррекции

Продолжительность первой процедуры CPFA оставила 6 часов, второй процедуры CPFA – 11 часов 20 минут, кровоток – 150 мл/мин, скорость потока плазмы – 30 мл/мин., замещение 100% постдилюция бикарбонатным субституатом «Аккусол К+4» в среднеобъемной дозе 24,2 мл/кг/час, при дозированной гепаринизации на уровне активированного времени свертывания крови 145-190 секунд.

Продленная вено-венозная гемофильтрация (CVVHF) проводилась на аппарате AQUARIUS, кровоток – 150 мл/мин, замещение бикарбонатным субституатом «Аккусол К+4» в среднеобъемной дозе – 45,5 мл/кг/час (29% предилюция и 71% постдилюция), со стартовой ультрафильтрацией 50 мл/час, при дозированной гепаринизации на уровне активированного времени свертывания крови 145-190 секунд. Длительность сеанса составила 79 часов.

2-е сутки послеоперационного периода. Пациенту параллельно проводятся две процедуры экстракорпоральной гемокоррекции: CPFA (спаренная плазмофильтрация-адсорбция) и CVVHF (продленная вено-венозная гемофильтрация).

Во время проведения сеансов экстракорпорального очищения крови пациенту проводилась обязательная коррекция дозы антибактериальной терапии, согласно имеющимся в клинике рекомендациям.

В ходе проведения сеансов экстракорпоральной детоксикации отмечается увеличение индекса оксигенации (PaO2/FiO2), что позво-

Таблица 2

Динамика гемодинамических и респираторных показателей на фоне проводимой терапии

Показатель/ Дата	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки	8-е сутки	10-е сутки	20-е сутки	48-е сутки	67-е сутки
АД ср мм рт. Ст.	64,9 – 82,02	85,4 – 102,12	87,8 – 106,82	89,8 – 110,5	89,2 – 102,02	72,6 – 100,56	88,98– 96,96	89,66– 101,22	84,34 – 87,8	88,34– 108,86	89,8 – 104,5	88,7 – 102,5
ЧСС	130 – 145	132-137	133-135	129-130	130-131	128 – 133	125 – 132	130 -120	116 -127	86 – 101	82 – 97	78 – 80
Адреналин мкг/кг/мин.	0,25	0,25	0,19	0,1	0,1	0,1	0,095	0,094	0,07	0,02	-	-
Дофамин мкг/кг/мин.	15,1	13,4	12,3	12,4	12,2	10,3	8,1	6,7	4,5	-	-	-
Норадреналин мкг/кг/мин.	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	-	-	-	-
PaO2/FiO2	265	306	374	360	440	445	435	432	470	479	-	-

Таблица 3

Динамика значений показателей прокальцитонина, лейкоцитов, нейтрофилов, тромбоцитов, срб, температуры тела на фоне проводимой терапии

Показатель/Дата	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки	8-е сутки	10-е сутки	20-е сутки	48-е сутки	67-е сутки
PCT	> 10	8	7	5	6	5	2	2	0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5
СРБ	324	215	175	134	132	99	102	75	58	34	17	6
Лейкоциты	21,5	20,5	17,8	15,2	12,0	11,8	10,1	12,4	11,2	9,8	7,6	6,5
Нейтрофилы	13	12	13	10,7	9,1	8,0	7,8	4,5	4,2	4,0	4,0	4,0
Тромбоциты	190	187	200	180	241	215	163	189	198	215	211	292
Температура тела	39,5	38,5	37,5	37,6	37,4	37,7	37,5	37,2	37,1	36,7	36,5	36,8

Таблица 4

Динамика значений показателей биохимического состава крови, кос, диуреза на фоне проводимой терапии

Показатель/дата	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки	8-е сутки	10-е сутки	20-е сутки	48-е сутки	67-е сутки
Общий биллирубин	110	92,4	73,1	80,1	81,3	50,4	51,2	50,8	40,1	32,4	18,4	15,5
Креатинин	146	71	82	147	158	132	147	119	111	92	49	51
pH	7,34	7,45	7,4	7,44	7,4	7,38	7,39	7,42	7,37	7,37	7,4	7,38
BE	-8,7	4,0	5,2	-4,1	-3,3	-2,6	-1,2	0,9	-0,9	-1	2,2	1,1
Лактат	5,7	2,0	1,8	1,7	1,8	3,3	2,0	2,3	2,1	3,1	2,1	1,0
SvO2	62.6	65,9	63,4	60,8	67,1	71,5	70,0	73,2	73,7	74,7	78,9	80,1
PaO2	138	242	194	198	178	178	154	237	212	187	118	123
Диурез (мл/кг/час)	< 0,3	< 0,5	0,5	0,53	0,65	0,5	0,5	0,63	0,79	1,0	1,2	1,5

ляет судить об улучшении оксигенирующей функции легких, что также подтверждено серией рентгенологических исследований. Отмечается существенное улучшение показателей гемодинамики и значительное снижение доз инотропной поддержки (таблица 2).

Однако полная отмена инотропной поддержки происходила достаточно медленно, на 41-е сутки после операции, что объясняется исходной тяжестью сердечно-сосудистой патологии, наличием осложнений, большим объемом, травматичностью и длительностью оперативного вмешательства, продолжительностью искусственного кровообращения и длительностью ишемии миокарда.

Об оптимизации течения инфекционно-септического процесса на фоне проводимой сочетанной антибактериальной, экстракорпоральной и инфузионной терапии свидетельствует снижение гипертермии, динамика значений прокальцитонина, уровня лейкоцитоза, нейтрофилов.

Однако элиминация эндотоксина из циркулирующей крови при уже запущенном каскаде воспалительных реакций не может привести к полному регрессу патологического процесса или этот процесс происходит достаточно длительно, поскольку присутствующие в крови биологически активные медиаторы продолжают поддерживать системную воспалительную реакцию (таблица 3).

На фоне проводимой терапии были достигнуты целевые значения среднего артериального давления (АД сред.) ≥ 65 мм рт. ст. и насыщение кислородом центральной венозной крови ≥65-70%, восстановление темпа диуреза ≥0,5 мл/кг/час, на фоне снижения потребности в применении вазопрессоров и адреномиметиков, уменьшение

Таблица 5

Динамика состояния пациента с балльной оценкой по шкале apache ii

Показатель/дата	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки	8-е сутки	10-е сутки	20-е сутки
PaO2/FiO2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Тромбоциты	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Биллирубин	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0
Гипотензия	16	16	16	12	9	9	8	6	6	6
Шкала Глазго	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Креатинин + диурез	7	4	3	3	3	4	4	4	3	1
Итого	29	25	21	17	16	16	16	15	10	7

артериальной гипоксемии (PaO2/FiO2) ≥ 300, постепенное снижение показателей уровня креатинина и биллирубина (таблица 4), стойкая нормализация температуры тела, снижение уровня лейкоцитов в крови и улучшение лейкоцитарной формулы, снижение с последующей нормализацией показателей СРБ и прокальцитонина.

О положительной тенденции в клинической картине заболевания и особенностях течения патологического процесса на фоне дополнительно проводимой экстракорпоральной терапии можно судить по динамике снижения тяжести по интегральной шкале APACHE II (таблица 5). Применение методов экстракорпоральной гемокоррекции в комплексе проводимой интенсивной терапией позволило максимально снизить риск неблагоприятного исхода у данного пациента.

В дальнейшем больной получал интермиттирующие и продленные сеансы ЗПТ (два сеанса продленной вено-венозной гемофильтрации длительностью от 8 до 24 часов, один сеанс интермиттирующей гемодиафильтрации продолжительностью 10 часов и один сеанс интермиттирующего гемодиализа длительностью 11 часов) до полного восстановления почечной функции, получал гепатопротекторы для нормализации функции печени.

Искусственная вентиляция легких проводилась в течение 20 суток с постепенным уменьшением параметров респираторной поддержки, полным отлучением от респиратора на 20-е сутки послеоперационного периода, деканюляцией пациента и окончательным заживлением трахеального свища вторичным натяжением в течение шести суток.

На 67-е сутки пребывания в стационаре пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. На момент выписки явлений декомпенсации сердечной недостаточности нет, полностью восстановлены почечная, печеночная функции. ЭХО КГ (динамика): КДР – 7,5, КСР – 6,1, ФВ – 45%, СДЛА – 35 мм рт. ст. Дополнительных ЭХО-сигналов на протезе не выявлено. Опорно-двигательная функция сохранена.

Резюме

Представленный клинический случай демонстрирует необходимость неотложной лечебной тактики, включая кардиохирургическую, применение методов экстракорпоральной гемокоррекции и продленной заместительной почечной терапии в раннем послеоперационном периоде, при остром инфекционном эндокардите, характеризующимся развитием осложнений (эмболия БКК, абсцесс фиброзного кольца).

В данном случае использование методов экстракорпорального очищения крови в комплексной интенсивной терапии инфекционно-септических осложнений способствовала стабилизации состояния пациента.

В процессе проведения сеансов отмечается увеличение индекса оксигенации, что позволяет судить об улучшении оксигенирующей функции легких, что также подтверждено рентгенологическими исследованиями, улучшение параметров гемодинамики (возрастание ср. АД и др.) на фоне снижения потребности в применении вазопрессоров и адреномиметиков.

Об оптимизации течения инфекционно-септического процесса на фоне проводимой сочетанной антибактериальной, экстракорпоральной и инфузионной терапии свидетельствует снижение гипертермии, динамика значений прокальцитонина, уровня лейкоцитоза, нейтрофилов.

В ходе проводимой терапии полностью восстановлены почечная и печеночная функции у данного пациента, полностью купированы тяжелые осложнения синдрома полиорганной недостаточности.

Литература

1. Болезни клапанов сердца. Г.И. Сторожаков, Г.Е. Гендлин, О.А. Миллер – М.: Практика, 2015-200 с.

2. Инфекционные эндокардиты: руководство/ Под. ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 368 с.: илл. (библиотека врача-специалиста).

3. Ю.Л. Шевченко, Ю.И. Гороховатский, О.А. Азизова, М.Н. Замятин. Системный воспалительный ответ при экстремальной хирургической агрессии. – М.: РАЕН, 2009. – 273 с.

4. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: практическое руководство /под. ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 352 с.

5. Руководство по экстракорпоральному очищению крови в интенсивной терапии. Под ред. Л.А. Бокерия, М.Б. Ярустовского. Издание 3-е, переработанное и дополненное. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ; 2016 г.: 804 с., цв. илл.

6. Сепсис в торакоабдоминальной онкохирургии/ И.В. Нехаев – М.: ИД «АБВ-пресс», 2011. – 208 с.: ил.

7. The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009)
Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)
Endorsed by the European Society of Clinical Microbyology and Infectious Diseases (ESCMID) and by the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer
European Heart Journal (2009) 30, 2369-2413
doi:10.1093/eurohеartj/ehp285.

8. Ruolo degli antigeni HLA-DR nella sepsi: COUPLED PLASMA FILTRATION ADSORPTION (CPFA) VERSUS EMOFILTRAZIONE AD ALTI VOLUMI (HVHF) Lentini P1, Nalesso F1, de Cal M1, Cruz D1, Brendolan A1, Crepaldi C1, Levin NW2, Castellino P3, Ronco C1 1Dipartimento di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Ospedale San Bortolo, Vicenza; 2RRI, New York, Abstract del 49° Congresso Nazionale SIN – Rimini 8-11 Ottobre, 2008.

9. Supporto epatico extracorporeo: LA PLASMA FILTRATION ADSORPTION DIALYSIS (PFAD) Nalesso F, Lentini P, Brendolan A, Crepaldi C, Cruz D, de Cal M, Garzotto F, Corradi V, Ronco C Dipartimento di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Ospedale San Bortolo, Vicenza, Abstract del 49° Congresso Nazionale SIN – Rimini 8-11 Ottobre, 2008.

10. Critical Care Medicine – September 2013 • Volume 41 • Number 9
Blood purification and mortality in sepsis: a meta-analysis of randomized trials
Feihu Zhou, MD, PhD; Zhiyong Peng, MD, PhD; Raghavan Murugan, MD, MS, FRCP; John A. Kellum, MD, MCCM.

11. Seminars in Nephrology, Vol 35, No 1, January 2015, p. 55-63. © 2015 Elsever Inc.
Extracorporeal Renal Replacement Therapies in the Treatment of Sepsis: Where Are We?
Lui G. Forni, MB, PhD, Zaccaria Ricci, MD, and Claudio Ronco, MD.

ВПЕРВЫЕ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ РОДИЛА ПАЦИЕНТКА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Пациенткам с терминальной стадией хронической болезни почек врачи обычно советуют воздержаться от беременности – слишком велики риски. Почки здорового человека работают без перерыва, очищая кровь от токсинов и других вредных веществ. Стандартные процедуры гемодиализа проводятся по 4 часа 3 раза в неделю – суммарно приблизительно в 14 раз меньше.

У женщин, находящихся на программном гемодиализе, часто отмечаются ановуляторные циклы и бесплодие. Частота беременностей у женщин детородного возраста, находящихся на диализном лечении, составляет около 0,3-1% в год.

Всю беременность пациенток преследует анемия, плод страдает от гипоксии – чем выше срок беременности, тем больше. Лишь 40% беременностей заканчиваются рождением живых младенцев.

Тем не менее, в Москве, например, к рождению детей от матерей, находящихся на программном диализе, уже привыкли.

Что касается Красноярска, в марте 2018 года в нашей больнице впервые родился живой ребенок у пациентки с терминальной ХБП.

Клинический случай

Пациентка К. 36 лет находится на заместительной почечной терапии с мая 2009 года. В анамнезе хронический гломерулонефрит с исходом в хроническую болезнь почек V стадии.

Беременность диагностирована в октябре 2017 года, на восьмом году диализной терапии. Пациентка отказалась прервать беременность.

Проведен консилиум в составе нефролога, акушера-гинеколога, уролога на базе краевой клинической больницы. Пациентке рекомендованы сеансы гемодиализа шесть раз в неделю.

Беременность протекала с осложнениями со стороны матери. Истмико-цервикальная недостаточность в 18 недель корригирована акушерским пессарием. В течение всей беременности отмечались анемия и гипертония.

1 марта 2018 года пациентка планово госпитализирована в краевую клиническую больницу с диагнозом беременность 30-31 неделя, преэклампсия умеренная.

Фоновый диагноз хронический гломерулонефрит, ХБП V ст., заместительная почечная терапия с мая 2009 года. Корригируемая нефрогенная анемия. Нефрогенная гипертония.

Консилиум в составе профессора, заведующего кафедрой урологии КрасГМУ Ф. П. Капсаргина, заведующего отделением хронического гемодиализа И. В. Кульги, заведующего отделением кардиологии № 1 Е. А. Рязанова, заведующей отделением нефрологии И. В. Матвеевой, заведующей отделением гинекологии Е. В. Дударовской, запланировал операцию на 2.03.2018 года: лапаротомию, кесарево сечение.

– Угроза для плода, развивающегося в агрессивной уремической среде, была очень велика, – говорит Елена Валентиновна Дударовская. – У пациентки нарастали явления гестоза – в течение недели повышалось неуправляемое артериальное давление до 175/115 мм рт. ст., тахикардия до 110 ударов в минуту, выраженные отеки нижних конечностей. Мы должны немедленно родоразрешить пациентку для спасения жизни – ее и особенно ребенка.

– Больная переносила все нормальные в данной ситуации сроки, – вторит коллеге заведующий отделением гемодиализа Игорь Владимирович Кульга. – Большинству беременных, находящихся на заместительной почечной терапии, не удается доносить ребенка до 30 недель.

Кроме акушерских проблем, у пациентки отмечались проблемы со стороны печени (повышение ферментов АЛТ и АСТ) и сердца.

По ЭХО-КГ – уплотнение аорты, створок аортального и митрального клапанов, недостаточность митрального клапана II степени, расширение полости левого желудочка, гипертрофия межжелудочковой перегородки, умеренное нарушение диастолической функции левого желудочка.

Диагностирована также минимальная легочная гипертензия, аневризма МПП без сброса (прогиб в полость ПП).

Кесарево сечение в краевой клинической больнице не то чтобы редкая операция – ежегодно в клинике рождаются около 40 детей, но организационно она сложная. В нашу больницу на такие роды обязательно приезжают коллеги из перинатального центра – неонатолог и детский реаниматолог, ведь дети рождаются от мам с тяжелой сопутствующей патологией.

Что касается пациентки К., здесь для первой в крае исторической операции кесарева сечения у больной на гемодиализе было все продумано до мелочей.

Бригада из перинатального центра готовилась к выезду, но врачей ждал неприятный сюрприз: в семь утра пациентка написала отказ от кесарева – решила вынашивать ребенка дольше.

С пациенткой провели беседу, пригласили профессора акушера-гинеколога А. Т. Егорову. К счастью, аргументы врачей были услышаны: пациентка подписала повторное согласие на операцию.

Через несколько часов пациентке под спинальной анестезией проведено кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру.

В ходе операции излились зеленые околоплодные воды.

Плод извлечен на седьмой минуте за головку. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте, соответственно, 3 и 6 баллов, асфиксии нет.

Пол плода женский, масса – 1500 гр., рост – 43 см.

Послеоперационный акушерский диагноз преждевременные роды I в 30 недель.

Девочка заинтубирована и увезена в реанимацию перинатального центра.

После кесарева сечения пациентка наблюдалась в отделении анестезиологии-реанимации. За период наблюдения – без отрицательной динамики.

На второй день после операции проведен сеанс гемодиализа.

Что касается новорожденной пациентки перинатального центра, состояние ее после рождения было очень тяжелым.

– Нам удалось справиться с угрожающим состоянием ребенка, обусловленным респираторным дистресс-синдромом, – говорит педиатр реанимационного отделения № 4 перинатального центра Юлия Смирнова, – сегодня состояние девочки обусловлено гестационным возрастом, то есть это обычный недоношенный малыш. Ребенок переведен из реанимации в отделение патологии новорожденных.

Акушерам-гинекологам, педиатрам, нефрологам, урологам, анестезиологам-реаниматологам очень хочется, чтобы этот уникальный ребенок был здоров, ведь его жизнь – результат совместных усилий специалистов двух ведущих клиник Красноярского края.

Пока учим,

Dum docemus,

discimus

учимся

КАЧЕСТВО

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ В КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА». СТАНДАРТ УЧРЕЖДЕНИЯ

Назначение

Настоящий стандарт учреждения определяет правила и методы профилактики падений в КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Область применения

Требования настоящего стандарта учреждения распространяются на все отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», участвующие в оказании медицинской помощи.

Нормативные ссылки

Настоящий стандарт учреждения разработан на основании требований IPSG «Международные положения по обеспечению безопасности пациента».

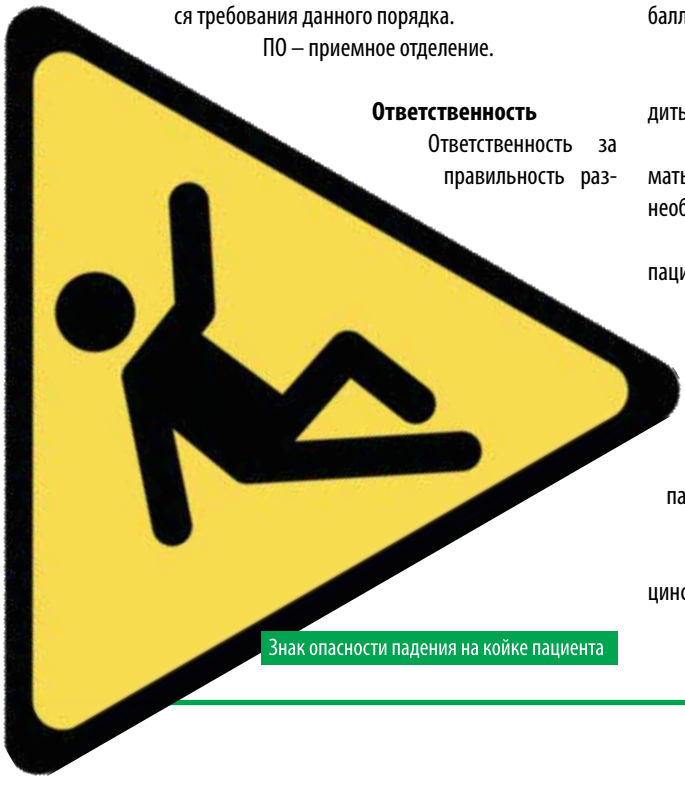
Сокращения и обозначения

В настоящем стандарте учреждения используются следующие сокращения и термины:

КГБУЗ ККБ – Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница».

Красный браслет – средство индикации пациента, который обозначает, что пациент подвержен риску падения. При оказании медицинской помощи с таким браслетом должны соблюдаться требования данного порядка.

ПО – приемное отделение.



Знак опасности падения на койке пациента

Ответственность

Ответственность за правильность разработки, внедрение и исполнение настоящего стандарта учреждения несет заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом.

Ответственность за выполнение требований настоящего стандарта учреждения возлагается на руководителей всех подразделений КГБУЗ ККБ.

Сотрудники КГБУЗ ККБ должны знать и выполнять требования настоящего стандарта учреждения.

Порядок профилактики падений

Падение пациента может вызвать серьезные травмы и нарушения, лечение последствий которых может быть очень долгим и затратным процессом, поэтому каждый сотрудник КГБУЗ ККБ должен проводить мероприятия, направленные на профилактику падений пациента.

Порядок профилактики падений представлен на схеме 1. (квалиграмма)

6.1. Порядок по профилактике падений

1. При экстренном поступлении пациента в приемное отделение (далее – ПО) медицинская сестра ПО оценивает риск падения пациента по шкале MORSE (Приложение 1).

2. В случае если риск падения умеренный или высокий (более 15 баллов), медицинская сестра ПО надевает красный браслет.

Санитар ПО сопровождает пациента до профильного отделения.

Пациент с умеренным/высоким риском в ПО всегда должен находиться под наблюдением медицинского персонала.

При транспортировке пациента на каталке необходимо поднимать все поручни. При остановке каталки/кресла-каталки с пациентом необходимо устанавливать ножной тормоз.

3. Медицинская сестра профильного отделения при поступлении пациента с красным браслетом знакомит его с местом нахождения:

– туалетной комнаты;

– воды;

– мусорных контейнеров;

– телефона;

– потенциально опасных порогов.

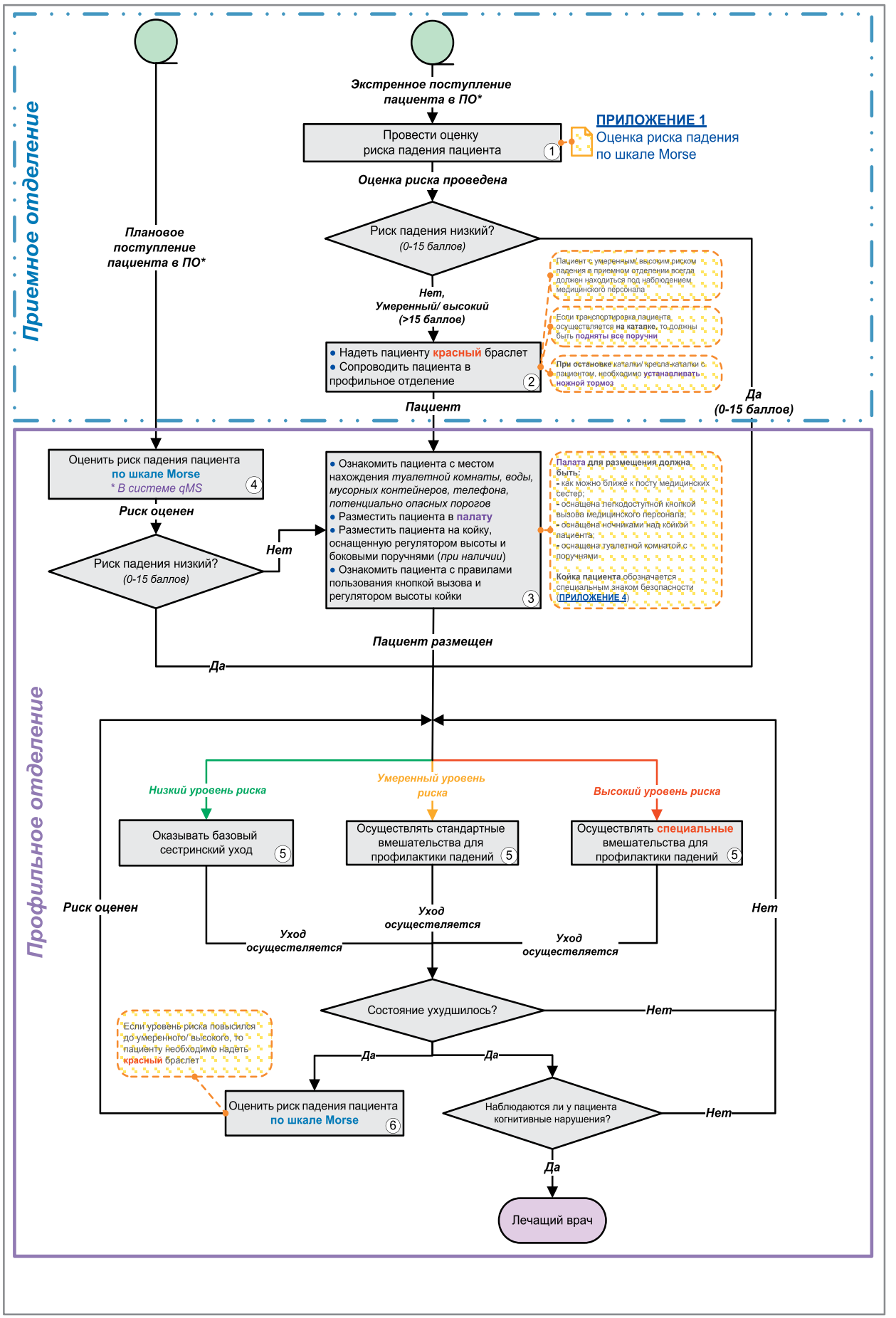
Пациента, подверженного риску падения, размещают в палату:

– как можно ближе к посту медицинских сестер;

– оснащенную легкодоступной сигнальной кнопкой вызова медицинского персонала;

– оснащенную ночниками над койкой пациента;

– оснащенную туалетной комнатой с поручнями.


Приемное отделение
Профильное отделение
Плановое поступление пациента в ПО*
Экстренное поступление пациента в ПО*
Провести оценку риска падения пациента 1
ПРИЛОЖЕНИЕ 1
Оценка риска падения по шкале Morse
Оценка риска проведена
Риск падения низкий? (0-15 баллов)
Нет, Умеренный/ высокий (>15 баллов)
Да (0-15 баллов)
Пациент с умеренным, высоким риском падения в приемном отделении всегда должен находиться под наблюдением медицинского персонала
Если транспортировка пациента осуществляется на каталке, то должны быть подняты все поручни
При остановке каталки/ кресла-каталки с пациентом, необходимо устанавливать ножной тормоз
• Надеть пациенту красный браслет
• Сопроводить пациента в профильное отделение 2
Пациент
Оценить риск падения пациента по шкале Morse * В системе qMS 4
Риск оценен
Риск падения низкий? (0-15 баллов)
Нет
• Ознакомить пациента с местом нахождения туалетной комнаты, воды, мусорных контейнеров, телефона, потенциально опасных порогов
• Разместить пациента в палату
• Разместить пациента на койку, оснащенную регулятором высоты и боковыми поручнями (при наличии)
• Ознакомить пациента с правилами пользования кнопкой вызова и регулятором высоты койки 3
Палата для размещения должна быть:
- как можно ближе к посту медицинских сестер;
- оснащена легкодоступной кнопкой вызова медицинского персонала;
- оснащена ночниками над койкой пациента;
- оснащена туалетной комнатой с поручнями.
Койка пациента обозначается специальным знаком безопасности (ПРИЛОЖЕНИЕ 4)
Пациент размещен
Да
Низкий уровень риска
Умеренный уровень риска
Высокий уровень риска
Оказывать базовый сестринский уход 5
Осуществлять стандартные вмешательства для профилактики падений 5
Осуществлять специальные вмешательства для профилактики падений 5
Риск оценен
Уход осуществляется
Уход осуществляется
Уход осуществляется
Нет
Состояние ухудшилось?
Нет
Да
Да
Если уровень риска повысился до умеренного/ высокого, то пациенту необходимо надеть красный браслет
Оценить риск падения пациента по шкале Morse 6
Наблюдаются ли у пациента когнитивные нарушения?
Нет
Да
Лечащий врач

У каталки обязательно должны быть подняты бортики

Пациента желательно размещать на койку, оснащенную регулятором высоты и боковыми поручнями (при наличии такой кровати в отделении).

Койка, на которую размещается пациент, обозначается специальным знаком безопасности (Приложение 4).

Медицинская сестра профильного отделения знакомит пациента с правилами пользования:

– кнопкой вызова;

– регулятором высоты койки.

Если пациент находится в лежачем положении, медицинская сестра должна опустить его койку до максимально низкого уровня.

Если пациент хочет встать, койка должна быть поднята на высоту, с которой пациент может встать без применения дополнительных усилий.

4. При плановом поступлении пациента в профильное отделение медицинская сестра оценивает риск падения пациента по шкале MORSE (Приложение 1) в системе qMS.

5. При наличии риска падения пациента медицинская сестра обеспечивает уход за пациентом, выполняя следующие мероприятия:

– пациент должен находиться на койке со всеми поднятыми поручнями;

– обеспечивать легкодоступность личных вещей, т.е. пациент может воспользоваться личными вещами, не совершая лишних телодвижений;

– обеспечивать достаточную площадь вокруг пациента, т.е. ничего не должно препятствовать свободному перемещению пациента;

– обеспечивать нахождение возле койки пациента вспомогательных средств передвижения;

– перед уходом из палаты спрашивать пациентов о том, нужно ли им что-нибудь.

6. Если состояние пациента в течение периода госпитализации не ухудшается, то медицинский персонал продолжает осуществлять мероприятия в соответствии с уровнем риска падения пациента.

Если состояние пациента ухудшилось или зафиксировано падение, то медицинская сестра повторно проводит оценку риска падения пациента по шкале MORSE (Приложение 1) в системе qMS и осуществляет дальнейшие действия в соответствии с п. 5 настоящего порядка.

Старшая медицинская сестра отделения обеспечивает постоянный запас красных браслетов в отделении. Красные браслеты хранятся на посту медицинской сестры.

Если у пациента наблюдаются когнитивные нарушения, медицинская сестра сообщает лечащему врачу о выявленных нарушениях для принятия мер.

Медицинский персонал профильного отделения должен ежедневно проверять:

– работоспособность сигнальных кнопок вызова медицинского персонала;

– функционирование поручней и ограничителей движения на койках и каталках, а также исправность и наличие поручней в туалетных комнатах;

– достаточность освещения отделений, палат.

6.2. Действия при обнаружении падения пациента или потери равновесия пациента:

При обнаружении пациента, подверженного риску падения, или при обнаружении падения пациента необходимо:

– оценить состояния пациента, если пациент без сознания, то вызвать реанимационную бригаду;

– выяснить, в каком отделении пациент проходит лечение (спросить пациента или прочитать на браслете);

– вызвать медицинскую сестру из отделения, где пациент проходит лечение;

– не оставлять пациента без присмотра до прихода медицинской сестры или врача из отделения;

– зарегистрировать инцидент.

6.3. Обязанности технических служб

1. Специалисты технической службы обязаны производить периодическую проверку целостности лестничных проемов, порогов, переходов, дорог.

2. В случае сообщения медицинским персоналом профильного отделения о неисправности кнопок вызова медицинского персонала, поручней и ограничителей движения на койках и каталках, поручней в туалетных комнатах или при обнаружении недостаточности освещенности отделений и палат, специалисты технических служб должны в кратчайшие сроки устранить выявленную неисправность.

3. Специалисты технической службы должны следить за тем, чтобы в КГБУЗ ККБ пороги, лестницы, ступени, поверхности разного уровня и так далее были заметны, то есть выкрашены в цвет, отличный от цвета покрытия.

6.4. Обязанности младшего медицинского персонала

1. Младший медицинский персонал должен поддерживать чистоту в отделениях КГБУЗ ККБ и в палатах пациентов.

2. При проведении мытья пола младший медицинский персонал должен:

– использовать предупреждающие знаки «Осторожно! Мокрый пол»;

– осуществлять мытье пола небольшими участками, протирая их сразу насухо.

краевая клиническая больница основана в 1942

Оценка риска падения пациента по шкале Морзе

Дата: «__» _____ 20__г.

Ф.И.О. пациента:	Палата № _____
Дата рождения: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	

Критерии оценки		Баллы
Случаи падения пациента	☐ Падений не было	0
	☐ Падения были	25
	☐ Пациент упал впервые	
Сопутствующие заболевания	☐ Нет	0
	☐ Есть	15
Использование вспомогательных средств передвижения	☐ Постельный режим/ помощь	0
	☐ Костыли/трость/ходунки	15
	☐ Придерживается за мебель/стены	30
Проведение внутривенной терапии	☐ Нет	0
	☐ Да	20
Функция ходьбы	☐ В норме/ постельный режим/обездвижен	0
	☐ Слабость	10
	☐ Нарушена	20
Оценка т.е оценка пациентом собственных возможностей и ограничений	☐ Оценивает объективно свое	0
	☐ Переоценивает свои возможности/ Забывает о своих ограничениях	15

Суммая баллов

Уровень риска	Сумма баллов	Действия
Низкий	0 - 15	Базовый сестринский уход
Умеренный	15 - 45	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий	> 46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

Критерии оценки риска по шкале Морзе	
Случаи падения пациента	
*Если пациент упал впервые, то количество баллов сразу же возрастает до **25***	
0	Пациент никогда не падал за всю историю болезни
25	Были случаи падения пациента
Сопутствующие заболевания (>1 диагноза со слов пациента/по данным медицинской карты)	
0	В медицинской карте пациента не зарегистрировано более одного диагноза
15	В медицинской карте пациента зарегистрировано более 1 диагноза
Использование вспомогательных средств передвижения	
0	Пациент ходит без вспомогательных средств (даже если с помощью медсестры), использует инвалидную коляску или ведет постельный режим и не встает с кровати совсем
15	Пациент использует костыли, трость или ходунки
30	Пациент передвигается, придерживаясь за мебель или стены
Внутривенная терапия	
0	Отсутствует внутривенный аппарат или внутривенный катетер
20	Наличие внутривенного катетера, проведение любой внутривенной процедуры, наличие дренажа и так далее
Функция ходьбы (манера ходьбы)	
0	Функция ходьбы у пациента в норме. Манера ходьбы у пациента считается нормальной, если он идет с поднятой головой, руки свободно висят по сторонам, а шагает не запинаясь
10	Функция ходьбы ослаблена. Пациент ходит, сутулясь, но может поднимать голову во время ходьбы, не теряя равновесия. Шаги короткие и шаркающие.
20	Функция ходьбы нарушена. Пациент с трудом встает со стула, или пытается подняться, опираясь на подлокотники, или подпрыгивая с него. Голова опущена, взгляд пациента направлен вниз. Так как пациент плохо держит равновесие, придерживается за мебель, сопровождающего человека или вспомогательное средство передвижения и не может передвигаться без помощи.
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений	
*Психическое состояние пациента измеряется исходя из его собственной оценки своих способностей передвижения. Для этого нужно задать вопрос пациенту: **«Вы способны дойти до ванной комнаты один или вам нужна помощь?»***	
0	Ответ пациента согласуется с предписанными рекомендациями в плане лечения. Состояние пациента расценивается как «нормальное»
15	Ответ пациента не согласуется с рекомендациями в плане лечения. Если ответ пациента неправдоподобен, тогда считается, что он переоценивает свои возможности и может забыть о своих ограничениях.

ВЫРЕЖИ И СОХРАНИ

Как не допустить падения пациентов

краевая клиническая больница

Будьте внимательны!

Вы можете предотвратить падение пациента, соблюдая эти простые правила

- Поднимайте бортики на кроватях и каталках
- Контролируйте, чтобы личные вещи пациента лежали на расстоянии вытянутой руки от него
- Помогайте пациенту вставать с кровати/кресла-каталки или садиться на них
- Обучайте пациента и его родственников профилактике падений
- Не оставляйте пациента на каталке без присмотра
- Обеспечьте, чтобы кнопка вызова персонала находилась рядом с пациентом
- Обеспечивайте пациента вспомогательными средствами ходьбы
- Обозначайте места после влажной уборки помещения
- Фиксируйте колёса на каталке при остановке
- По возможности устанавливайте койку на более низком уровне
- Оценивайте риск падения пациента ежедневно

Если вы обнаружили, что пациент потерял равновесие или упал...

- Оцените состояние пациента; если пациент без сознания, то вызовите реанимационную бригаду
- Выясните, в каком отделении пациент проходит лечение или прочитайте на браслете
- Вызовите медицинскую сестру или врача из отделения, где пациент проходит лечение
- Не оставляйте пациента без присмотра до прихода медицинской сестры или врача из отделения
- Зарегистрируйте инцидент

Увидели опасность падения?
Трещины, выбоины в полу, оторванный линолеум, скользкий/мокрый пол?

Скорее сообщите об этом в информационную систему мониторинга инцидентов:

- портал ККБ;
- медицинская система qMS;
- мобильное приложение Viber +7 (983) 506-92-32

Как избежать падения

краевая клиническая больница

Уважаемые пациенты!
Соблюдайте эти правила, чтобы избежать падения!

- Используйте кнопку вызова, если вам нужна помощь, но вы не можете встать самостоятельно
- Протирайте очки как можно чаще и всегда надевайте их при ходьбе
- Зажигайте свет ночью, когда собираетесь вставать с кровати
- Будьте внимательны и осторожны, когда идёте по влажному полу после уборки
- При вставании с кушетки или кровати медленно переходите из положения лёжа в положение сидя, затем вставайте
- Носите подходящую обувь с нескользящей подошвой с фиксированной пяткой
- При шаткой походке просите медсестру помочь встать с кровати
- Будьте внимательны и осторожны, когда ходите на костылях или на ходунках
- Если вы испытываете слабость, беспокойство, головокружение, то позовите на помощь
- Фиксируйте тормоз на кресле-каталке при усаживании в него или вставании с него

Будьте внимательны, когда спускаетесь или поднимаетесь по лестнице:

Держитесь за перила | Не читайте документы | Не пользуйтесь телефоном

ДИАГНОСТИКА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ УЗ-ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ, БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ЛИМФОУЗЛОВ

Е. В. Лебедева, д.м.н., проф. С. И. Жестовская, Е. В. Еремина, С. П. Литвинова, Э. Г. Тоначев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница» КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность

Благодаря применению контрастных препаратов в лучевой диагностике (КТ, МРТ, УЗИ) появилась возможность получения информации о специфических симптомах заболеваний различных органов и систем. Побочные действия рентгеноконтрастных веществ (острые, кожные, нефропатии и т.д.) являются предметом разработки и усовершенствования контрастов, внедрения новых технологий.

В развитии ультразвуковой диагностики в европейских и других странах с 2008 года значительная роль принадлежит методикам контрастного усиления, которые, повышая качество исследования и обеспечивая получение новой информации, снижают лучевую нагрузку и не обладают нефротоксичным действием.

С 2013 года использование эхоконтрастных препаратов разрешено в России. Практически все органы и системы могут быть обследованы методами контрастной эхографии. Использование ультразвуковых контрастов открывает новые перспективы в диагностическом алгоритме образований шеи. Динамическое ультразвуковое исследование с контрастным усилением (ДКУУЗИ) направлено на оценку перфузии.

В клинической практике наиболее часто при ультразвуковом исследовании области шеи изменения представлены опухолевыми и воспалительными образованиями с вовлечением различных анатомических зон, таких как большие слюнные железы, лимфоузлы и область сосудистого пучка.

Примеры доброкачественных образований: врожденные пороки развития, кисты, гемангиомы, лимфангиомы, липомы, фибромы, аденомы слюнных желез.

Воспалительные образования: сиаладениты, абсцессы, карбункулы, флегмоны мягких тканей, лимфадениты.

Злокачественные образования: саркомы, киста-рак, лимфомы, нейроэктодермальные опухоли, метастатические лимфоузлы, гемобластозные лимфаденопатии.

Трудность дифференцировки выявленных образований шеи обусловлена сложностью строения анатомической зоны, многообразием нозологического ряда, отсутствием специфической клинической картины.

Цель

Определить и обосновать применение УЗИ с контрастным усилением (ДКУУЗИ) в алгоритме методов лучевой диагностики при обследовании пациентов с образованиями шеи, больших слюнных желез, лимфоузлов.

Материалы и методы

Самым распространенным контрастным препаратом является SonoVie (применяется в 99% случаев). Это контраст нового поколения, в котором микропузырьки заполнены газом (гексафторидом серы), заключенным в фосфолипидные мембраны. Специфические физические свойства микропузырьков создают значительное различие между акустическими сопротивлениями тканей, что приводит к усилению отражения ультразвуковой волны от зоны их локализации.

Средство не выходит за пределы кровеносного русла – размеры микропузырьков препятствуют их выходу из сосуда, они свободно попадают в капилляры и распределяются в организме, как и эритроциты.

Преимущество ДКУУЗИ – возможность непрерывного изучения очага поражения в течение всего периода исследования в режиме реального времени. Это отличает УЗИ с контрастированием от КТ и МРТ, при которых сканирование происходит лишь в отдельные моменты времени.

Контраст вводится внутривенно в дозе 1,7-2,4 мл. Динамика притока и оттока контрастного вещества (wash-in и wash-out) позволяет оценить перфузию в паренхиме органов, которая, как правило, изменяется при очаговых поражениях.

Обсуждение

Европейской федерацией по ультразвуку в медицине и биологии (EFSUMB) разработаны рекомендации по проведению ДКУУЗИ при исследовании органов брюшной полости, молочных желез, предстательной железы (эффективность подтверждена многочисленными экспериментами). Для УЗИ с контрастом образований шеи, БСЖ, ЛУ рекомендаций нет.

Показания к ДКУУЗИ образований шеи, БСЖ, ЛУ: дифференциальная диагностика злокачественных, доброкачественных образований шеи, БСЖ, ЛУ в клинической практике.

Перед проведением ДКУУЗИ пациент обязательно подписывает информированное согласие, разработанное профессором Жестовской.

Преимущества ДКУУЗИ:

– контрастный препарат находится только в сосудистом русле;

– безопасность, хорошая переносимость;

– нет лучевой нагрузки;

– исследование легко выполняется, занимает около 5 минут;

– возможность наблюдать все сосудистые фазы в реальном времени;

– количественная оценка перфузии (построение кривых интенсивность-время).

Результаты исследования

На базе отделения ультразвуковой диагностики КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Краевой онкологический диспансер» за 2016-2017 гг. проведено около 150 ДКУУЗИ. Из них 23 с образованиями шеи, БСЖ, лимфоузлов.

В структуре морфологических заключений: 4 лимфомы, 4 метастаза плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи, 1 метастаз рака щитовидной железы в ЛУ шеи, 2 мукоэпидермоидного рака БСЖ, 2 случая инвазивного роста плоскоклеточного рака в поднижнечелюстную железу, 1 метастаз в мягкие ткани шеи, 2 плеоморфные аденомы, 2 опухоли Вартина, 3 врожденные сосудистые мальформации, 1 гемангиома, 1 липома.

Клинический случай

В сентябре 2016 года к челюстно-лицевым хирургам ККБ обратилась пациентка 66 лет с опухолевидным образованием на левой боковой поверхности шеи. После обследования в консультативно-диагностической поликлинике краевой больницы пациентка с подозрением на лимфаденит госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии, где нами проведено ультразвуковое исследование.

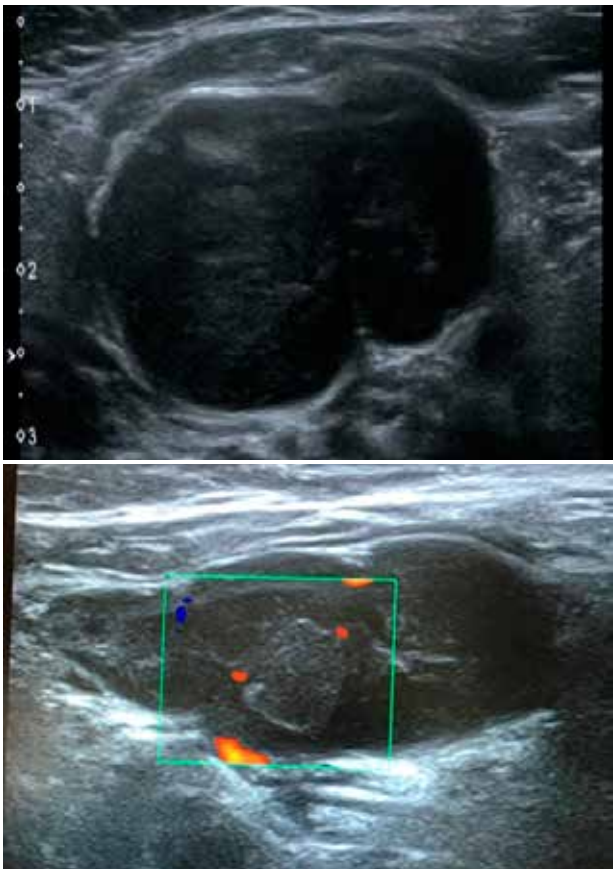


Рис. 1, 2. Эхограмма, В-режим, режим цветного доплеровского картирования. В группе измененных лимфоузлов шеи слева визуализируется увеличенный узел размерами до 4,3х2,0х2,8 см, без дифференцировки на слои, пониженной эхогенности, в центре узла тканевая структура р. 0,9х0,7 см, средней эхогенности, при ЦДК с единичными локусами кровотока

По эхокартине (рис.1, 2) нами заподозрено лимфопролиферативное поражение бокового ЛУ шеи слева. С целью оценки кровотока измененного лимфоузла решено провести ДКУУЗИ.

Заключение по результатам ультразвукового исследования с контрастом: опухолевое поражение поверхностного бокового шейного лимфоузла с лимфаденопатией околоушных, шейных лимфоузлов.

Патогистологическое исследование операционного материала: морфологическая картина неходжкинской лимфомы. Иммуногистохимическое исследование: иммуноморфологическая картина диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы, non-GCBтип.

Ниже приведены эхограммы В-режим, ДКУУЗИ при различных патологиях (рис. 4-7).

Рис. 3. Эхограмма, ДКУУЗИ, режим двойного экрана. К 10-12-й секунде гиперконтрастное неоднородное накопление в тканевом компоненте ЛУ (с пиком на 17-18-й сек.), с нечеткими контурами, уточнен размер образования в ЛУ 1,34х1,0х1,2 см

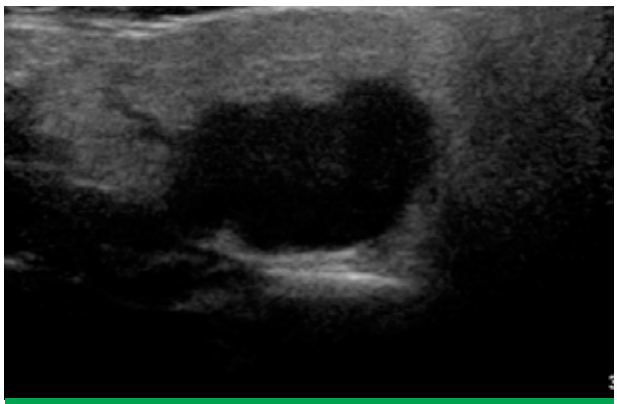


Рис. 4. Эхограмма плеоморфной аденомы, В-режим. Гипоэхогенное однородное образование в левой ОСЖ, с неровными контурами

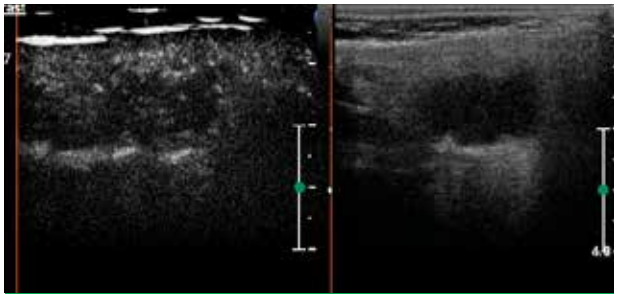


Рис. 5. Эхограмма плеоморфной аденомы ДКУУЗИ, режим двойного экрана. Гипоконтрастное неоднородное накопление (относительно окружающей ткани ОСЖ), размеры совпадают с размерами в В-режим

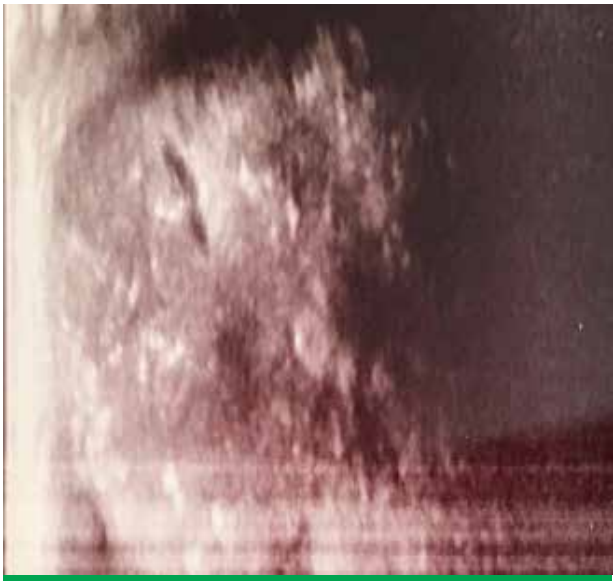


Рис. 6. Эхограмма инвазивного роста плоскоклеточного рака в поднижнечелюстную железу. Гетерогенное объемное образование, с нечеткими контурами, с жидкостными участками и микрокальцинатами

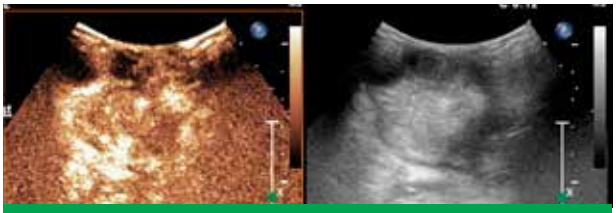


Рис. 7. Эхограмма инвазивного роста плоскоклеточного рака в поднижнечелюстную железу, ДКУУЗИ, режим двойного экрана. Гиперконтрастное, неоднородное накопление, контуры нечеткие

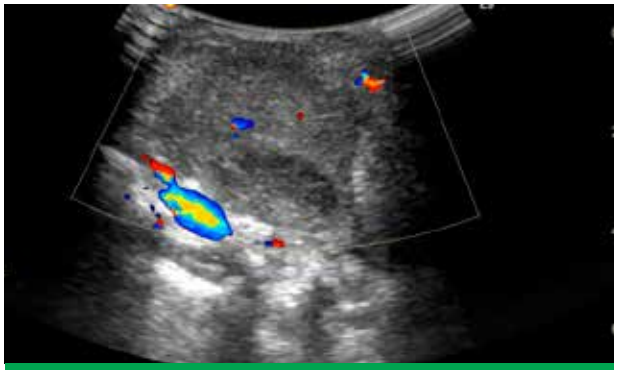


Рис. 8. Эхограмма MTS в мягкие ткани шеи. В-режим с ЦДК. Повышенной эхогенности, достаточно однородное, с нечеткими контурами образование, в ЦДК с единичными локусами кровотока

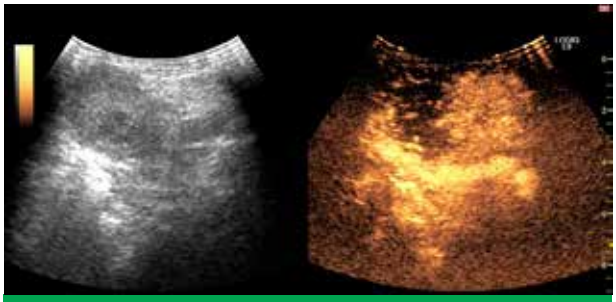


Рис. 9. Эхограмма MTS в мягкие ткани шеи. ДКУУЗИ, режим двойного экрана. Гиперконтрастное, неоднородное накопление, контуры нечеткие, с участками некроза в левой половине образования, которые не контрастируются

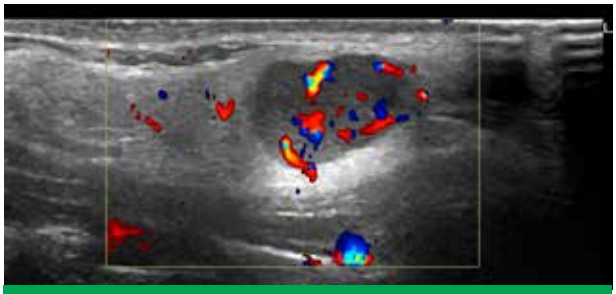


Рис. 10. Эхограмма опухоль Вартина, В-режим с ЦДК. В ОСЖ гипоэхогенное, васкуляризированное образование с четкими контурами

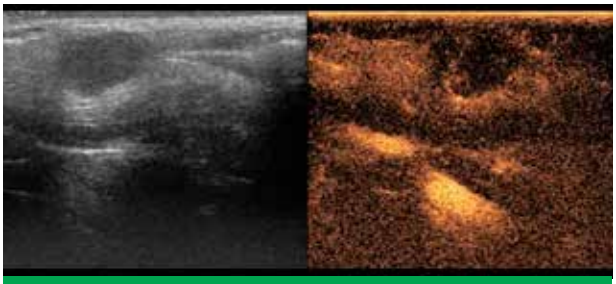


Рис. 11. Эхограмма опухоль Вартина. ДКУУЗИ. Гипоконтрастное, однородное накопление, с четкими контурами, размеры совпадают с В-режимом

Выводы

Динамическое ультразвуковое исследование с контрастным усилением представляется информативным методом при поиске и дифференциальной диагностике опухолей различных локализаций.

Применение контрастов в УЗИ придает методу большую клиническую значимость, возможность исследовать перфузию опухоли, уточнить контуры, степень распространенности процесса.

Проведение ДКУУЗИ возможно при динамическом наблюдении пациентов с подтвержденной очаговой патологией, особенно в группе больных, не переносящих йодсодержащие контрастные препараты.

Литература

1. Ультразвуковая диагностика заболеваний головы и шеи / Х.-Ю. Велькоборски, П. Йеккер, Я. Маурер [и др.]; пер. с нем. В. Ю. Халатов. – М.: МЕДпресс-информ, 2106. – 176 с.

2. Надточий, А. Г. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области / А. Г. Надточий // SonoAceUltrasound. – 2010. – № 21. – С. 79-88.

3. Устинова, С. В. Теория и практический опыт в ультразвуковой диагностике патологии слюнных желез // SonoAceUltrasound. – 2014. – № 26. – С. 57-62.

4. Трофимова, Е. Ю. Ультразвуковое исследование лимфатических узлов / Е. Ю. Трофимова // SonoAceInternational. – 2008. – № 18. – С. 59-64.

5. EFSUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Use of Ultrasound Elastography / D. Cosgrove, F. Piscaglia, C. F. Dietrich [et al.] // Endo heute. – 2013. – № 26. – P. 56.

6. Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis / A. Itoh, E. Ueno, E. Tohno [et al.] // Radiology. – 2006. – Vol. 239. – P. 341-350.

7. An EFSUMB introduction into Dynamic Contrast-Enhanced Ultrasound (DCE-US) for quantification of tumour perfusion / C. F. Dietrich, M. A. Averkiou, J.-M. Correas, [et al.] // Ultraschall in der Medizin 2012. – 33. – P. 344-351.

8. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением: терминология, технические и методологические аспекты / Н. Н. Ветшева, Е. П. Фисенко, Ю. А. Степанова [и др.] // Медицинская визуализация. – 2016. – № 4. – С. 132-140.

9. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / под ред. В. В. Митькова. – 2-е изд. – М.: Издательский дом Видар-М, 2011. – 712 с.

10. Ahuja, A. Practical Head and Neck Ultrasound / A. Ahuja, R. Evans. – Cambridge: Cambridge University Press, 2000. – 188 p.

11. Сенча Е. А. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением в диагностике опухолей щитовидной железы / Е. А. Сенча // REJR. – 2017. – № 7 (3). – С. 44-52.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРЛИПРЕССИНА С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ В ХИРУРГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В. В. Ишутин, Д. Г. Мицуков, В. В. Новокрещенных, В. А. Смирнова, В. А. Шнайдер, А. В. Хлебников, Д. А. Зайцев, Н. В. Ходюня, Е. Ю. Ефимова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Проблема создания «сухого» операционного поля при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости является одной из актуальных в современной абдоминальной хирургии. Целью данной работы было оценить в клинических условиях эффективность и безопасность применения селективного вазоконстриктора терлипрессина в плане уменьшения объема операционной кровопотери при хирургических вмешательствах на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны (печень, поджелудочная железа, селезенка).

Для этого были сформированы две группы больных (контрольная и исследуемая), сопоставимых по основным клиническим характеристикам, которым были выполнены резекции печени и поджелудочной железы, а также спленэктомия. Исследовали величину операционной кровопотери, уровень гемоглобина, а также характер проведенной трансфузионной терапии, гемодинамический профиль, динамику некоторых биохимических показателей (лактат, BE, pH, ScvO2).

Для уменьшения кровопотери пациентам исследуемой группы вводили терлипрессин в дозе 1000-2000 мкг внутривенно по схеме. Было показано, что наряду с хирургической техникой применение терлипрессина является важным фактором в уменьшении величины операционной кровопотери и гарантом более стабильного течения операционного периода у рассматриваемой категории больных.

БЫЛО ПОКАЗАНО, ЧТО НАРЯДУ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРЛИПРЕССИНА ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В УМЕНЬШЕНИИ ВЕЛИЧИНЫ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ И ГАРАНТОМ БОЛЕЕ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У РАССМАТРИВАЕМОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, резекция печени, панкреатодуоденальная резекция, спленэктомия, снижение операционной кровопотери, терлипрессин.

Введение

Снижение объема кровопотери при операциях на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) является одной из актуальных проблем в современной абдоминальной хирургии. Это связано, во-первых, с расширением показаний к хирургическому лечению при соответствующих заболеваниях органов верхнего этажа брюшной полости, а во-вторых, с увеличением объема, травматичности и инвазивности выполняемых оперативных вмешательств [1].

Трудно переоценить вклад в снижение операционной кровопотери (ОК) мануальных хирургических приемов [2] и таких технических инноваций, как ультразвуковой скальпель, аргоноплазменная коагуляция, аппарат LigaSure [3], а также местных гемостатиков на основе фибрина и химически модифицированной целлюлозы.

Также следует помнить, что при возникшем массивном кровотечении необходимо осуществлять как комплекс гемостатических мероприятий, так и восполнение потерянного плазменного и глобулярного объема, что во многих случаях является весьма непростой задачей из-за развития ДВС-синдрома и коагулопатии разведения [4].

Все это побуждает к поиску и внедрению в клиническую практику фармакологических средств, превентивно снижающих величину ОК. В доступной нам литературе имеются сведения, что применение синтетических аналогов вазопрессина (например, терлипрессина) дает такую возможность вследствие редукции кровотока в бассейне чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, а также в портальной системе печени и в русле порто-кавальных анастомозов [5, 6]. Кроме того, практически полезными могут оказаться и системные гемодинамические эффекты, свойственные фармакологическим препаратам рассматриваемой группы [7, 8].

Цель

Оценить в клинических условиях эффективность и безопасность применения селективного вазоконстриктора терлипрессина (ТП) в плане уменьшения ОК при оперативных вмешательствах на органах ГПДЗ (печень, поджелудочная железа, селезенка).

Материалы и методы

Проанализировано течение операционного периода у 50 пациентов, разбитых на две группы по 25 человек в каждой (контрольная (КГ) и исследуемая (ИГ), которые были в плановом порядке оперированы на органах верхнего этажа брюшной полости. Все оперативные вмешательства были отнесены к группе высокого и очень высокого хирургического риска: резекция печени (РП), гемигепатэктомия (ГГЭ),

панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и спленэктомия (СЭ) [9]. Премедикация включала в себя в/м введение промедола (0,3 мг/кг), атропина (0,01 мг/кг), димедрола (0,3 мг/кг) и диазепама (0,15 мг/кг).

Осуществлялся мониторинг в объеме измерения артериального (АД) и центрального венозного (ЦВД) давления, регистрации ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрии (SpO2) и капнографии (ETCO2). Индукция в наркоз выполнялась в/в введением пропофола (2 мг/кг), фентанила (2 мкг/кг) и тракриума (0,6 мг/кг). Пациентам обеих групп проводилась низкопоточная анестезия на основе севофлюрана (1-1,5 MAC) [10], фентанила (4-6 мкг/кг/час) и тракриума (0,3-0,4 мг/кг/час), которая в случае возникновения массивной кровопотери, сопровождающейся значимой гемодинамической нестабильностью, дополнялась инфузией кетамина (0,5-1 мг/кг/час).

Кроме того, всем больным ИГ за 30-40 минут до начала операции начинали в/в капельное введение ТП в дозе 1000 мкг. При продолжительности оперативного вмешательства более четырех часов повторно вводили еще 1000 мкг препарата. Для удобства представления материалов исследования операционный период был условно разбит на три этапа.

Первый (Э1), приходившийся на выполнение хирургического доступа. Второй этап (Э2), рассматриваемый как наиболее травматичный, и совпадающий по времени с удалением анатомического препарата и окончательной остановкой кровотечения. И, наконец, третий (Э3), знаменующий собой ушивание операционной раны. На каждом из этапов изучали параметры системной гемодинамики, а также ряд метаболических показателей (лактат (Lac), BE, pH, ScvO2).

Кроме того, оценивали общий объем ОК, количество трансфузированной во время операции эритроцитарной массы (ЭМ) и свежезамороженной плазмы (СЗП), а также уровень гемоглобина (Hb) на каждом из этапов операции. Дополнительно отмечали частоту аппаратной реинфузии аутокрови (АР) с помощью аппарата «C.A.T.S plus» и случаи интраоперационного применения инотропной поддержки (ИП) гемодинамики норадреналином.

Результаты и обсуждение

Общая характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика участвующих в исследовании больных

Критерий	КГ	ИГ
Пол, мужчин, %	15 (60%)	17 (68%)
Пол, женщин, %	10 (40%)	8 (32%)
Возраст, годы	39,4±7,8	43,2±9,3
ИМТ, кг/м2	23,2±3,4	21,8±2,5
Класс по ASA	2,1±0,6	2,3±0,4

Упомянутые выше данные свидетельствуют о том, что все участвующие в исследовании пациенты были сопоставимы друг с другом по основным характеристикам. Обращает на себя внимание, что основной контингент больных был представлен соматически сохранными людьми относительно молодого, трудоспособного возраста, что делает проблему их хирургического лечения, а также дальнейшей реабилитации и социализации еще более актуальной для медицины.

В таблице 2 отображена структура выполненных оперативных вмешательств у пациентов обеих групп с анатомической точки зрения.

Таблица 2

Анатомическая характеристика выполненных оперативных вмешательств

Вид операции	КГ	ИГ
РП, %	9 (36%)	10 (40%)
ГГЭ, %	3 (12%)	5 (20%)
ПДР, %	9 (36%)	7 (28%)
СЭ, %	4 (16%)	3 (12%)

Из представленных в таблице данных следует, что основную долю в структуре проведенных операций составили РП и ПДР. Также следует выделить случаи СЭ при наличии «большой селезенки» вследствие эхинококкоза, хронического миелоидного лейкоза и неходжкинской лимфомы, при которых имеет место выраженная гипертрофия органа с развитием обширной добавочной сосудистой сети и депонированием в ней значительного объема крови. Сведения об общей величине ОК, характере заместительной трансфузионной терапии (ТТ) и частоте АР приведены ниже в таблице 3.

Таблица 3

Оценка ОК и структура проведенной ТТ

Показатель	КГ	ИГ
Объем ОК, мл	1585,8±476,3	892,5±358,6*
Объем ЭМ, мл	683,2±238,6	412,7±185,2*
Объем СЗП, мл	736,4±253,7	578,3±204,8*
Частота АР, %	3 (12%)	1 (4%)

Примечание: * — различие достоверно по сравнению с КГ; $p<0,05$.

В ходе исследования было показано, что интраоперационное применение ТП у пациентов ИГ достоверно уменьшало общий объем ОК по сравнению с таковым в КГ. Особенно эффективной медикаментозная редукция кровопотери оказалась при проведении ГГЭ и СЭ при наличии «большой селезенки» (снижение ОК на 28,3 и 22,6% соответственно). Соответственно, объем использованных в операционном периоде трансфузионных сред (ЭМ и СЗП) в ИГ был достоверно меньше, чем в КГ, при идентичности применяемой хирургической техники и сопоставимых показателях исходного уровня Hb (см. ниже).

В свою очередь, снижение трансфузионной нагрузки на ретикулоэндотелиальную систему заведомо скомпрометированных печени и селезенки, клубочковый аппарат почек и альвеоло-капиллярную мембрану легких у пациентов ИГ, очевидно, давало им дополнительные преимущества в плане дальнейшей функциональной реабилитации после перенесенного оперативного вмешательства.

В пользу предлагаемой технологии кровесбережения свидетельствует и более низкий процент случаев АР в ИГ против КГ (4 и 12% соответственно). Редукция ОК и, как следствие, сокращение времени на ее восполнение и достижение окончательного хирургического гемостаза, обусловили также статистически значимое уменьшение продолжительности операции в ИГ (278,5±32,3 мин. против 312,8±38,6 мин. в КГ; $p<0,05$).

Таблица 4

Динамика некоторых биохимических, метаболических показателей и гемоглобина на этапах операции

Показатель	Э1		Э2		Э3	
	КГ	ИГ	КГ	ИГ	КГ	ИГ
Hb, г/л	118,4±13,8	113,2±11,5	71,3±12,41	80,8±9,61*	90,5±9,912	99,3±11,812*
Lac, ммоль/л	2,23±0,63	1,95±0,86	2,72±1,07	2,43±0,95	4,18±0,7412	3,35±1,0212*
BE, ммоль/л	−1,7±2,2	−2±2,8	−2,9±2,5	−3,1±2,3	−6,4±2,012	−5,0±2,612*
pH	7,41±0,1	7,4±0,07	7,38±0,08	7,37±0,07	7,35±0,12	7,36±0,1
ScvO2, %	69,7±7,2	72,3±8,6	65,5±10,7	67,8±9,4	68,3±11,5	70,7±6,9

Примечание: 1 – различие достоверно относительно Э1 внутри группы; p<0,05.
2 – различие достоверно относительно Э2 внутри группы; p<0,05.
* – различие достоверно относительно КГ; p<0,05.

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей системной гемодинамики на этапах операции

Показатель	Э1		Э2		Э3	
	КГ	ИГ	КГ	ИГ	КГ	ИГ
АДср., ммHg	92,4±18,7	87,8±15,6	62,5±14,813	74,1±16,313*	83,6±17,2	90,3±18,4
ЧСС, в 1 мин.	84,8±15,5	88,4±18,3	116,3±20,713	102,6±17,813*	91,2±18,7	82,6±21,2
ЦВД, ммH2O	54,6±23,8	67,3±25,4	10,5±21,613	25,7±27,413*	65,3±25,8	78,2±28,5

Примечание: 1 – различие достоверно относительно Э1 внутри группы; p<0,05.
3 – различие достоверно относительно Э3 внутри группы; p<0,05.
* – различие достоверно относительно КГ; p<0,05.

Нельзя не отметить и более выраженную на фоне применения ТП положительную динамику некоторых биохимических и метаболических показателей, а также уровня Hb в ИГ по сравнению с КГ, что нашло отражение в таблице 4.

Так, уровень Hb по завершении основного этапа операции (Э2) был достоверно ниже исходного у пациентов обеих групп, что вполне объяснимо, учитывая характер и травматичность выполненных вмешательств. В то же время в ИГ его уровень значимо превосходил таковой в КГ, что, вероятно, обусловлено как более низкой ОК, так и менее выраженным «эффектом разведения» вследствие меньшего объема инфузионной терапии, необходимой для поддержания системной гемодинамики.

В конце оперативного вмешательства (Э3) концентрация Hb в обеих группах также не достигала предоперационного уровня, но была достоверно выше у больных ИГ, несмотря на меньший объем перелитой ЭМ. Аналогичным образом вели себя показатели лактата (Lac) и дефицита оснований (BE), но достоверная разница их значений как внутри каждой из групп, так и при межгрупповом сравнении была выявлена лишь на завершающем этапе операции (Э3), так как данные метаболические параметры обладают определенной физиологической инертностью.

Что касается величины pH и ScvO2, то не было отмечено существенной динамики упомянутых показателей на протяжении всех этапов исследования, что, с одной стороны, можно объяснить физиологической компенсацией за счет работы буферных систем, а с другой – адекватно проводимой инфузионно-трансфузионной терапией (ИТТ), респираторной и гемодинамической поддержкой.

С величиной ОК, а также с некоторыми особенностями фармакологии ТП связана и реакция системной гемодинамики в интраоперационном периоде (таблица 5).

Очевидно, что наиболее выраженный эпизод гиповолемии, приводящий к артериальной гипотензии и связанной с ней компенсаторной тахикардии, совпадал по времени с пиком ОК на втором (Э2) этапе операции. В то же время и в этом случае пациенты ИГ демонстрировали более значимую гемодинамическую стабильность по сравнению с КГ, что может быть объяснено как меньшим объемом ОК, так и наличием у ТП собственной вазопрессорной активности, благодаря которой увеличивается венозный возврат и повышается системное сосудистое сопротивление. Это подтверждается и меньшим числом случаев применения ИП норадреналином у пациентов ИГ в сравнении с КГ – 2 (8%) против 4 (16%).

Заключение

Решающим фактором снижения ОК при оперативных вмешательствах на органах ГПДЗ является хирургическая техника, подкрепленная соответствующим материально-техническим обеспечением. В

то же время появление в нашем арсенале доступных к применению в клинической практике синтетических аналогов вазопрессина (в частности, ТП) дает реальную возможность анестезиологу вместе с хирургом активно участвовать в снижении ОК, создавать последнему «сухое» операционное поле, способствуя тем самым улучшению результатов хирургического лечения.

Редукция ОК, в свою очередь, позволяет добиться более стабильного течения операционного периода, сократить время операции и объем переливаемых препаратов донорской крови и плазмы, а также уменьшить частоту применения кардиотоников и вазопрессоров, что, несомненно, будет способствовать более оптимальной реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

Полагаем, что включение ТП в протокол периоперационного ведения пациентов, оперируемых на органах ГПДЗ, является не только желательным, но и обязательным условием.

Литература

1. Seven hundred forty-seven hepatectomies in the 1990s: an update to evaluate the actual risk of liver resection / J. Belghiti, K Hiramatsu, S Benoist [et al.] // Journal of the American College of Surgeons. – 2000. – Vol. 191, № 1. – P. 38-46. doi: 10.1016/S1072-7515(00)00261-1.

2. Liver hanging maneuver: an anatomic and clinical review / S. Gaujoux, R. Douard, G. Ettorre [et al.] // American Journal of Surgery. – 2007. – Vol. 193, № 4. – P. 488-492.

3. К вопросу о методологии применения современных электротермических систем / К. В. Пучков, В. В. Иванов, А. В. Осипов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 213-214.

4. Ledgerwood A. M. Coagulation challenges after severe injury with hemorrhagic shock / A. M. Ledgerwood, W. Blaisdell // Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2012. – Vol. 72, № 6. – P. 1714-1718. doi: 10.1097/TA.0b013e318245225c.

5. Хоронько Ю. В. Медикаментозная редукция кровопотери терлипрессином при операциях органов брюшной полости // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. – Т. 20, № 2. – С. 99-103.

6. Vasopressin improves survival in a porcine model of abdominal vascular injury / K. H. Stadlbauer, H. G. Wagner-Berger, A. C. Krismer [et al.] // Critical Care Medicine. – 2007. – Vol. 11, № 4. – P. 81-82.

7. Профилактика печеночной недостаточности при обширных резекциях печени / В. Э. Хороненко, Ю. С. Донскова, Д. С. Баскаков [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2014. – Т. 59, № 4. – С. 33-38.

8. Опыт клинического применения терлипрессина при онкологических операциях на печени / В. Э. Хороненко, В. В. Варварин, Д. С. Баскаков [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 44-48. doi: 10.17116/onkolog20176144-48.

9. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management // European Journal of Anaesthesiology. – 2014. – № 31. – P. 517-573.

10. Овезов А. М. Анестезиологическое обеспечение резекций печени // Альманах анестезиологии и реаниматологии. – 2005. – Т. 5, № 5. – С. 34-35.

ТЕХНОЛОГИИ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРЕМЕДИКАЦИИ НЕУЛЕПТИЛОМ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

В. В. Вишневский
КГБУЗ ККОКБ имени профессора П. Г. Макарова

Сталкивались ли наши коллеги-анестезиологи с пациентами, состоящими на учете у психиатров? Наверняка да.

По разным причинам эти пациенты принимают по назначениям те или иные психотропные препараты. Будучи квалифицированными специалистами, психиатры рекомендуют за 12, а то и за 24 часа до операции и наркоза отменять эти лекарства.

В нашей практике наблюдались дети, которым психиатрами назначался неулептил (он же – перициазин, проперицизин) по поводу синдрома гиперактивности.

Имея за спиной семилетний опыт работы с неолептилом и порядка 6 тысяч случаев применения препарата (правда, не в педиатрической и даже не в анестезиологической практике), автор взял на себя смелость использовать неулептил в качестве премедикации (пять случаев) и при купировании постнаркозного психомоторного возбуждения у детей (четыре случая).

Во время преднаркозного осмотра детей и тщательного сбора анамнеза у родителей выявлено три случая получения детьми неулептила по назначению психиатра. Срок лечения составлял 3-8 месяцев, дозировка – 1 мг на 10 кг массы тела 2-3 раза в день с рекомендациями отмены вечернего приема перед днем операции.

Дети в возрасте 5, 6 и 7 лет, госпитализированные с родителями или опекунами по причине сопутствующей психиатрической патологии, поступили на лечение по поводу косоглазия.

При беседе с родителями автор не только не отменял, но и рекомендовал в день операции прием утренней дозы неулептила, при этом увеличивая ее в полтора раза, то есть не 2, а 3 капли, или не 3, а 5 капель (1 капля = 1 мг).

Что же побудило автора к использованию неулептила в качестве премедикации?

Можно направить читателя к официальной инструкции по применению препарата [2], но для краткости резюмирую:

– неулептил – нейролептик из пиперидиновых производных фенотиазина;

– он противопоказан детям до трех лет;

– оказывает умеренный антипсихотический эффект без стимулирующего компонента;

– обладает адреноблокирующим, спазмолитическим, парасимпатолитическим, противорвотным, гипотермическим действием, блокирует серотонинергические и дофаминергические рецепторы D2, а также гистаминовые H1-рецепторы;

– потенцирует активность наркотических и ненаркотических анальгетиков, снотворных средств;

– оказывает отчетливый седативный эффект;

– уменьшает агрессивность, возбудимость, расторможенность;

– обладает снотворным действием;

– в связи с избирательным нормализующим влиянием на поведение неулептил получил название «корректор поведения»;

– у детей старше трех лет средняя суточная доза составляет от 0,1 до 0,5 мг на 1 кг массы тела, таким образом, минимальная терапевтическая доза может быть «безопасно» пятикратно превышена;

– T1/2 (период полувыведения) – от 12 до 30 часов. Элиминация продуктов метаболизма весьма продолжительная. Выводится почками, с желчью и каловыми массами.

Таким образом, все, что мы применяем при стандартной премедикации (холинолитики, антигистаминаты, нейролептики), содержится в неулептиле.

Но что удивительно: даже с учетом абсолютных противопоказаний (закрытоугольная глаукома, задержка мочи на фоне заболеваний предстательной железы, болезнь Паркинсона, агранулоцитоз, порфирия в анамнезе, сопутствующая терапия леводопой, гиперчувствительность к перициазину) и относительных противопоказаний (с осторожностью у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почечной и/или печеночной недостаточностью, у пожилых больных) применение неулептила в анестезиологической практике никем не изучалось.

По крайней мере, в доступной литературе автору не удалось найти ни одной работы по применению неулептила как средства премедикации или в наркозном и постнаркозном периоде, а наш скромный опыт – пять и четыре случая – не дает возможности представить даже сравнительную статистику. Тем не менее, если эти случаи имели место быть, необходимо дать им хотя бы «впечатлительную» оценку.

Препарат в виде сиропа давался детям перорально по каплям из пипетки-дозатора, без разведения, в дозе, полуторакратно превышающей привычные 2-3 мг, а двум девочкам 11 (халязион) и 13 лет (миопия), с крайней степенью эмоциональной лабильности, массой 27 и 34 кг соответственно, по 5 и 6 мг, т.е. в пределах 2 мг на 10 кг массы, за 1-3 часа до поступления в операционную. Сладковатые капельки с привкусом мяты дети принимали без колебаний и с удовольствием.

Через 20-30 минут дети успокаивались, становились сонливы и даже засыпали. При этом понимали обращенную речь, открывали глаза, отвечали на вопросы, выполняли инструкции, по просьбе вставали и спокойно шли в операционную, самостоятельно ложились на стол.

Далее проводилась индукция севораном, венепункция, установка ларингеальной маски. В трех случаях переход на пропофол (15 мг/кг/ч) и в двух – сочетание севорана с пропофолом.

Хирурги начинали операцию, производили субтеноновую анестезию и дальнейшие манипуляции на мышцах. Продолжительность операции и наркоза составляла 15-35 минут.

От назначения наркотических анальгетиков автор намеренно отказывался в трех случаях. Анальгетики нестероидного ряда назначались в конце операции в виде ифимола из расчета 11-15 мг на кг массы внутривенно микроструйно в трех случаях. В одном случае в послеоперационном периоде потребовалось дополнительное обезболивание таблетированным кетаролом.

Как уже упоминалось, делать статистические сравнения на пяти случаях не имеет смысла. На первый взгляд, однако, течение наркоза с премедикацией неулептилом не имело значимых различий с таковым при стандартной премедикации.

Отрицательным моментом применения неулептила в премедикации, по мнению оппонентов, можно считать продолжительный постнаркозный сон. Поэтому поначалу пациенты переводились в палату пробуждения, однако в дальнейшем, при стабильной гемодинамике, адекватной самостоятельной вентиляции и симметричных рефлексах перевод производился в палату профильного отделения, где ребятишки просыпались в привычной обстановке, рядом с мамой. Послеоперационных психомоторных реакций не наблюдалось.

Кстати, послеоперационные психомоторные реакции у детей при традиционной премедикации – явление нередкое. Зачастую они купировались назначением димедрола, сибазона, аминазина или других нейролептиков внутримышечно.

> ЧЕРЕЗ 20-30 МИНУТ ДЕТИ УСПОКАИВАЛИСЬ, СТАНОВИЛИСЬ СОНЛИВЫ И ДАЖЕ ЗАСЫПАЛИ. ПРИ ЭТОМ ПОНИМАЛИ ОБРАЩЕННУЮ РЕЧЬ, ОТКРЫВАЛИ ГЛАЗА, ОТВЕЧАЛИ НА ВОПРОСЫ, ВЫПОЛНЯЛИ ИНСТРУКЦИИ, ПО ПРОСЬБЕ ВСТАВАЛИ И СПОКОЙНО ШЛИ В ОПЕРАЦИОННУЮ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ЛОЖИЛИСЬ НА СТОЛ

С назначением неулептила в таких случаях оказалось проще. Он входит в перечень Методических рекомендаций [1].

В нашей практике четырем пациентам трех-, пяти- и четырехлетнего возраста (двое детей) для купирования послеоперационного психомоторного возбуждения уже после перевода в профильное отделение был дан неулептил в дозе ≈ 2 мг на 10 кг массы тела (3-5 капель). Спустя 5-7 минут дети успокаивались и через 10 минут засыпали. Таким образом, потребность в парентеральном введении транквилизаторов отпала: не было необходимости колоть ребенка, дополнительно травмируя его психику. Вероятность аспирации 1/10 – 1/20 мл практически нулевая – сироп мгновенно растекается по слизистой оболочке полости рта и всасывается в кровь.

Литература

1. Принципы анестезии у детей с церебральным параличом. Методические рекомендации. Часть 2. Департамент здравоохранения правительства Москвы. 2012 г. Стр. 14-15.

2. Регистр лекарственных средств России. 2017 г.

Ex animo

От души

ВЕЛИКИЕ

ПАМЯТИ ГИРИЧА

Дело одного из самых талантливых врачей Красноярского края живет в его учениках по всему миру

В прошлом номере журнала опубликована статья невролога Максима Попова «Психосоматика – миф или реальность?»
URL: http://www.medgorod.ru/sites/default/files/magazin/pervaya_kraevaya_no_667_web.pdf

Только после выхода журнала за номером 67 нам напомнили имя выдающегося красноярского психиатра, который разработал уникальную безлекарственную методику лечения психосоматических заболеваний.

Это Ярослав Петрович Гирич. Профессор психиатрии. Человек-эпоха. Человек-легенда. А может быть, обыкновенный гений.

Во всяком случае, сотрудники кафедры психиатрии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого говорить о Гириче буквально отказались и настороженно отнеслись к возможной публикации. Видимо, потому что у каждого из сотрудников кафедры, у каждого психиатра – свой Гирич.

Наверное, это называется «эффект присутствия»: Гирич по-прежнему с ними, со своими учениками – даже спустя десять лет после смерти учителя. Больше всего на свете эти люди боятся оскорбить его память.

Но говорить о Гириче нужно, потому что он один такой – был, есть и будет. Человек безмерно харизматичный, по-детски добрый, немного застенчивый, любимец студентов многих поколений, врач, который не просто лечил – исцелял. Например, были случаи излечения от функционального бесплодия, желчнокаменной болезни, астмы. Гирич успешно лечил эпиболезнь – урежалось количество приступов, иногда пациента снимали с противосудорожных препаратов.

К счастью, согласие на публикацию мы получили от единственного сына Ярослава Петровича – Николая Гирича, который сегодня живет в Германии и работает врачом.

Он рассказал нам о своем отце – «человеколюбивом мизантропе» – так с нежностью назвал учителя один из учеников.

Военное детство

Официальная биография Ярослава Гирича начинается сухо: «Родился 17 ноября 1942 года, в 1966 году окончил лечебный факультет Красноярского медицинского института».

На самом деле, за датой рождения начинается жуткая трагедия военного ребенка, появившегося на свет на оккупированной немцами территории в селе Луковичи Волынской области.

В конце войны украинские националисты зверски расправились с его мамой как с «неполноценной» жительницей Великой Украины. По скудным рассказам очевидцев, бандеровцы разрубили ее на части.

Маленькому Ярославу и его бабушке чудом удалось спрятаться. Ценой своей жизни мама спасала как своего сына, так и свою мать. Чудовищная смерть матери, конечно, оказала влияние на всю жизнь мальчика.

Беда не ходит одна: через непродолжительное время отца Ярослава Петровича – Петра Ивановича Гирича арестовал НКВД. По какой статье и что инкриминировалось деду, Николай Гирич не знает, дома эта тема была закрыта для обсуждения.

Можно предположить, что это был один из многочисленных арестов мужчин, оставшихся на оккупированной территории. В 1944 году их сажали в лагеря тысячами.

Петр Гирич отбывал остаток срока в Красноярском крае. Видимо, поэтому Ярослава перевезли из Украины в Красноярск.

Спустя некоторое время после освобождения Петр Иванович вернулся на Украину, где вскоре умер. Особых связей между отцом и сыном не было. Фактически с двухлетнего возраста мальчика-сироту растила и воспитывала бабушка по материнской линии.

В школе Ярослав Петрович учился очень хорошо, хранил свои похвальные грамоты «за отличную учебу» с изображением Сталина и Ленина.

Талантлив во всем

В Красноярский государственный медицинский институт юный Гирич поступил сразу и окончил со средним баллом 4,7. Для студента – сына врага народа это был подвиг.

Все время учебы в институте и после его окончания Ярослав постоянно где-то подрабатывал. На первых годах работал сторожем, на старших курсах – медбратом.

До приезда в Сибирь родным языком для Гирича был украинский. Ярослав Петрович освоил русский, затем польский, немецкий, румын-

Молодой врач в Атаманово

Студенческие годы

ский, английский. Он был настоящим полиглотом. Знание языков помогало в профессиональном и научном плане при работе с иностранной литературой, особенно во время учебы в московской аспирантуре.

Гирич всегда много читал. Дома у него была большая библиотека. По воспоминаниям Николая, там были труды философов – Камю, Ницше, Шопенгауэра, Мережковского, Соловьева. Книги не просто стояли на полке, а были проштудированы подробно, с пометками между строк и на полях, и аккуратно занесены в картотеку, которая постоянно пополнялась, даже несмотря на появление компьютера и принтера.

И конечно, в библиотеке находились книги Леси Украинки, Тараса Шевченко, Адама Мицкевича. Он очень многое мог процитировать. Гирич никогда не забывал своих корней. Во время семейных праздников надевал вышиванку, звучала украинская музыка. Любимая пластинка у него была – западноукраинские песни в исполнении трио Маренич.

А еще в эти дни Ярослав Петрович брал в руки свой старый альт или скрипку и мог долго и неплохо музицировать. Причем игре на скрипке он научился самостоятельно, что еще раз доказывает – талантливые люди талантливы во всем.

Ярослав Петрович в детстве. Красноярск, 1950-е

Кстати, к семейным праздникам, помимо общепринятых Нового года и 8 Марта, относилась и Пасха.

В жизни Гирич был достаточно скромным человеком, умел довольствоваться малым. В пище был абсолютно непривередливым, хотя при случае любил вкусно покушать. Из одежды предпочитал джинсы и кроссовки.

Как такового хобби, кроме работы, у него не было. Неплохо разбирался в живописи, фотографировал.

– Отец имел своеобразную для того времени политическую позицию, несколько отличавшуюся от генеральной линии партии, – рассказывает Николай Ярославич. – В партию никогда «не лез». Я с раннего детства помню, как он по ночам включал свой переносной радиоприемник VEF и настраивал его на «Голос Америки». А еще у нас никогда дома не было телевизора. Отец имел по этому поводу очень четкую позицию, что телевизор – «средство оболванивания, пропаганды и просто пустая трата времени». Со временем я по достоинству оценил его мысль.

После распада Советского Союза и отмены светлого коммунистического будущего Гиричу не пришлось метаться в поисках новой удобной политической религии, но, тем не менее, патриотом Ярослав Петрович был всегда. Он негативно воспринял эмиграцию единственного сына, да и вообще – долгое время между ними были разногласия.

– У нас с отцом были диаметрально противоположные взгляды по некоторым вопросам, но незадолго до его смерти мы приходили к определенным компромиссам, – говорит Николай Гирич. – Однако жизнь оставила наши отношения такими, какими они должны были остаться…

Ярослав Петрович был очень сложным, многогранным и многоуровневым человеком. Как бы к нему – как к врачу или преподавателю – ни относились его коллеги, пациенты и окружение, это была личность нестандартная и яркая. Даже для людей из близкого окружения профессора Гирича многие стороны его жизни остаются тайной. Он сознательно старался не «выделяться».

Нельзя было предсказать, где Гирич готов идти на компромисс, а при каких условиях достижение компромисса невозможно. Но в целом все, кто знал Ярослава Петровича, отмечают главное: он был закрытым, но по главной сути – очень добрым человеком.

А еще коллеги помнят забавный лексикон профессора. Лицо он называл «мурлеточкой», вялый у него был – «млявый», к студентам обращался – «деточки, чадушки», говорил: «Послушайте старика», и кормил студиозусов бутербродами.

Гирич скучал по родной Украине. По праздникам всегда надевал вышиванку и очень любил песни трио Маренич

Дети Николая Гирича родились уже после смерти Ярослава Петровича. Они никогда не были знакомы со своим знаменитым дедом, но в память о нем, помимо фотографий и писем, в доме Николая хранятся наручные медицинские часы отца и некоторые монографии.

Дело жизни

На кафедре психиатрии КГМИ Ярослав Петрович Гирич проработал с 1971 по 2007 год, до самой смерти от инфаркта.

В 1971 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клиника реактивной депрессии у детей и подростков».

В 1998 году в НИИ психического здоровья Томского научного центра Гирич защитил докторскую диссертацию на тему «Разработка и оценка эффективности психогигиенических и профилактических программ на модели алкоголизма».

Он был единственным профессором наркологом за Уралом. Разработанные Гиричем методы экспериментально-психологического исследования личности при алкоголизме и алкогольных делириях, новые формы учета больных алкоголизмом внедрены в практическое здравоохранение.

Но навечно вписал себя Ярослав Петрович в историю психиатрии исследованиями в области психосоматики и «конвейерными» лечебными безлекарственными технологиями при хронических заболеваниях человека.

Психосоматикой Гирич увлекся после защиты кандидатской диссертации. Сложность состояла в том, что приходилось заниматься на стыке различных медицинских и научных дисциплин. Это требовало глубоких знаний не только по своей, узкой специальности, но и по внутренним болезням, акушерству и гинекологии, наркологии.

В результате Ярослав Петрович разработал методику комплексного немедикаментозного лечения хронических заболеваний внутренних органов, которая известна сегодня, как «Массаж Гирича».

Примечательно, что при жизни Ярослава Петровича на кафедре психиатрии обучение методике Гирича было поставлено на поток. Азы изучали студенты, интерны, врачи-психиатры и врачи-наркологи.

Гирич обучал своей методике и иностранных студентов по линии Красного Креста.

Суть метода в том, что путем бережного мануального воздействия на сухожильные рецепторы мелких и крупных суставов, а также точечного воздействия на глубокие группы мышц, достигалось прерывание патологических импульсов от больного органа в головной мозг и обратно. Таким образом, «разрушался» доминирующий патологический очаг в головном мозге, который поддерживал вегетативный блок – основную причину хронизации психосоматики.

Завершался массаж суггестией с формированием установки на выздоровление. Гирич снимал эмоциональный блок, нейтрализовал детские психотравмы.

Методика Гирича чрезвычайно эффективна при дегенеративных заболеваниях позвоночника, перинатальных поражениях нервной системы, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, органов малого таза, кожных заболеваниях, сердечно-сосудистых, неврологических заболеваниях.

В массаже Гирича нет никакой магии, «нечистой кармы», волшебных точек и «забитых чакр» - только наука, вернее, несколько наук сразу: медицина, биология, этология (наука о поведении).

На методике Ярослава Петровича защищены несколько диссертаций. Одна из последних – докторская диссертация ученицы про-

В общежитии № 4 КГМИ

Скрипка была любовью Ярослава Петровича. Освоил он ее самостоятельно

фессора, нынешней заведующей кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО Марины Альбертовны Березовской.

Врачи помнят Ярослава Петровича как выдающегося клинициста, но самое главное, все, кто его знал, вспоминают удивительное ощущение от нахождения рядом с уникальным, неповторимым человеком.

Гирича называют «дедой Славой», помнят его доброту, чудачества, чувство юмора, логику, эрудицию.

Гирича больше нет. Он ушел слишком рано для ученого, клинициста, наставника. Это невосполнимая потеря для психиатрического сообщества.

В 2017 году исполнилось 75 лет со дня рождения большого врача. Эту дату медицинский университет широко не отмечал. Кто знает – может, это и хорошо, потому что Ярослав Петрович не любил официоза и пафоса, а пациенты и ученики профессора и так никогда не забудут.

Елена Семенова

От автора

С Ярославом Петровичем Гиричем познакомилась в совсем юном возрасте. Не поступила в медицинский институт, работала санитаркой в лечкомиссии. Гиричу, пациенту кардиологии, соседи по палате сказали, что здесь работает девушка с Западной Украины. Он очень обрадовался и сразу заговорил со мной по-украински, а потом по-польски.

Гирич был голубоглазый, худощавый, с янтарными четками в руках. Он казался странным – такой пронзительный, прямо пронизывающий взгляд. Но я помню четкое веселое ощущение, что это необычный человек, и радость от этого помню. Еще помню, как мы на пару пели украинские и польские старинные песенки.

А вот в студенчестве не повезло – Гирич у меня не преподавал.

Из монографии «Маленьких деспотов бить?!»

Советы профессора Гирича Марии Ивановне по воспитанию маленькой Оленьки

И не будет тетя Маша бояться генетики. Не так уж она всесильна. Прабабушка от гипертонического криза умерла в 60 лет, бабушка – в 50, мама – в 40. Риск тяжело заболеть, да и рано умереть – высок. Не будем винить бабушку, маму. Спасибо, что на свет произвели. Займемся средой. Средой психологической.

Начнем до появления Оленьки на свет. Не будем в это время решать мировые проблемы. Не станем по пустякам кричать на мужа. Он ведь о семье думает. Чаще погладим свой животик. Вместе с мужем. И поговорим с крошкой через эту стеночку. Тоже вместе с мужем. И крошка в «злой» матке находиться не будет. Потом болезнью не аукнется…

…Родила – надо сидеть дома. Хотя бы годик. Крошку лишний раз на руки возьмем, к себе прижмем, приласкаем, улыбнемся. Хотя бы первые шесть месяцев. Крошка поймет – мама здесь, мама рядом, все хорошо. Грудью постараемся кормить до годика. Крошка благодарна будет. Потом болезнью не аукнется.

Начнет в 2-3 годика писать в постель – примем как должное. Ведь потом перестанет. Начнет в 4 годика капризничать, вести себя плохо. Лучше, если Олю приструнит папа («сексуальный партнер»), а Сережу – мама. Тогда крошку не напугаете. Она не будет считать родителей опасными. Потом болезнью не аукнется.

И не будем выгонять мужа-пьяницу. Хотя бы первые 3-5 лет. Он ведь не постоянно пьет. Он делает и хорошее. Не будем спешить отделяться от бабушки с дедушкой. Хотя бы первые 3-5 лет жизни. Ведь они крошку обучают. Крошка видит и усваивает разные формы поведения. Будет из чего потом выбрать.

С трех годиков чадо определим в садик. И не станем бояться простуды. И не станем бояться злых мальчишек. В садике все спрашивают: «Почему?». И чадо будет спрашивать. А спросит – и само над ответом подумает. Будет взрослеть, умнеть…

…В семь годиков пошлем в школу. Но не забудем одновременно определить в секцию, кружок. Чтобы регулярно посещал, обучался. Умнее станет. Во взрослой жизни пригодится. И не будем бояться, что перетрудится, надорвется.

А в 10-12 лет займемся обучением плотно. И в школе, и в секции. Нужно учиться работать. Упросите, уговорите, заставьте… И это всего лишь до 14 лет. Потом чадо само дозреет до взрослой жизни.

Получится хорошо. Проверили. Доказали. Уменьшится вероятность становления тяжелых болезней, которые считали беспричинными. Иногда на 10%, иногда на 40%, иногда и того больше. А разовьется болезнь – так позже, протекать будет легче.

Вот и все советы.

ПУТЕВЫЕ ЗАМЕТКИ ВРАЧА

ЛЫКОВЫ И МЫ

(печатается с сокращениями)

И. П. Назаров
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Мы ехали на поезде из Красноярска до Абакана. Состав экспедиции: писатель Лев Черепанов (руководитель), художник Эльвира Мотакова, врач Николай Гудыма и автор этих заметок. Николая Михайловича как врача интересовали медицинские проблемы. Вспоминаю, что в 1980-м меня удивило, что Лыковы не использовали в рационе поваренную соль.

Медицинское обследование Лыковых в прошлый раз было затруднено нашим коротким пребыванием у них (два дня) и, конечно, тем, что старообрядчество резко ограничивает контакт с «мирскими» людьми. Пальпация, перкуссия, аускультация, не говоря уже об инструментальных методах и анализах, были неприменимы. Пришлось ограничиться чисто внешним восприятием и выяснением анамнеза.

В то время главе семейства Лыковых, Карпу Осиповичу, было 84 года, сыновьям: Саввину – 55 лет, Дмитрию – 44 года, дочерям: Наталье – 50 лет и Агафье – 39 лет. Этот возраст был записан мной со слов самих Лыковых.

Выглядели они на 10-15 лет моложе. Рост у всех ниже среднего: самый высокий – Карп Осипович (примерно 156-158 см), самая низкая – Агафья (148-149 см). Телосложение правильное, пропорциональное. Отмечалась подвижность и гибкость движений, как у гимнастов или акробатов. Например, Карп Осипович доставал с земли упавший предмет, не сгибая ноги в коленях. Походка у всех свободная, раскованная, у дочерей несколько семенящая. Вероятно, так легче ходить по горам.

Клинических признаков гипонатриемии не отмечалось.

Передние зубы у всех Лыковых были сохранены, на них – отложение камней (зубы они не чистили).

Речь у Карпа Осиповича правильная, понятная, у остальных Лыковых речевая артикуляция несколько нарушена – не было разговорной практики.

В психическом состоянии Лыковых отклонений не отмечалось. При нас Лыковы ходили босиком при температуре -3-5 градусов, в легкой конопляной одежде, копали картошку голыми руками из-под снега. Они рассказывали, что болели в основном от травм и «надсады», иногда бывали «нарывы», «простуды», болели зубы.

Лечатся Лыковы травами: живолозник (жимолость), черника – «от живота», брусничник – «от головы», крапива – «от надсады и ударов», подорожник и «желтоцвет» – «от нарывов».

Когда Карп Осипович сопровождал нас из нижней избы в верхнюю, и дорога шла в крутую гору, он свободно разговаривал, а мы обливались потом.

Ели Лыковы дважды в сутки и принимали довольно много пищи за один раз. Стол их состоял из картошки «в мундире», похлебки из горстки пшеницы, репы и нечищеной картошки. Рыбу (хариус) употребляли не часто, вареную и сушеную; мясо очень редко, когда в ловчую яму удавалось поймать марала или лося. Они ели кедровые орехи и пили кедровый сок – толченые орехи с водой. Хлеб – смесь муки и толченой картошки. Чай не пили, воду употребляли некипяченую. Табак и спиртные напитки у них не в ходу – под запретом. Бани не имеют, мыла не знают, лишь иногда споласкивают руки водой – чисто символически.

…Когда умерли Дмитрий, Саввин и Наталья (в октябре-декабре 1981 года), их похоронили в «колодах», выдолбленных из дерева. Соседи-геологи предлагали таблетки больным Саввину и Наталье, но дед Карп сказал, что каждый живет столько, сколько ему отпустил Бог.

По словам Агафьи, Дмитрий перед смертью отказался от причастия. Что это? Протест?

В последнее время в семье Лыковых появились разногласия. Дед жаловался, что его не слушаются сыновья. При посещении геологов Дмитрию не хотелось уходить от людей. У геологов все Лыковы уже

Справка «ПК»

Игорь Павлович Назаров, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого с 1987 по 2009 год, около 30 лет общался с известной на весь мир семьей Лыковых.

Первая встреча со староверами, прожившими в саянской тайге в полном уединении с 1930-х, произошла еще в 1980 году, когда были живы все пятеро Лыковых – отец и четверо его детей. Затем, после смерти двоих братьев и сестры от неизвестной инфекции, был долгий период общения с Карпом Осиповичем Лыковым и его младшей дочкой Агафьей. А потом Агафья осталась одна, и Игорь Павлович часто ее навещал, помогал, чем мог, в основном как врач.

Путевые записки профессора Назарова написаны еще в 1990-х, но пока не издавались отдельной книгой, они размещены только в интернете. Это объемный труд, электронную версию которого семья Назаровых в начале 2018 года любезно передала в Музей истории медицины краевой клинической больницы.

Сегодня мы представляем вам отрывки из первой главы книги Игоря Павловича о старообрядцах Лыковых. Это всего две недели августа 1983 года. Но, как нам кажется, эти зарисовки передают не только характер отца и дочери Лыковых, их удивительный быт допетровской эпохи, но и гуманность, человечность, профессионализм профессора Назарова.

спали на кроватях, а не на полу. Свободно ходили по поселку. Дмитрию особенно нравилось смотреть, как работает лесопилка.

При очередном посещении геологов Карп Осипович даже посмотрел цветной телевизор, махнул рукой и сказал: «Баловство одно».

По рассказам геологов, у Лыковых за последние годы побывали уже многие люди. Кто-то в посылке прислал «Сикстинскую мадонну» Рафаэля (вырезка из журнала). Агафья внимательно посмотрела и сказала: «Не нашей веры», – и не взяла.

Геологи рассказывали, как ждали Карпа Осиповича в его избе. Наконец, появляется старик, несет полкуля кедровых шишек и ворчит: «Вот привязался, целый день за мной ходит». Это он про медведя.

…Новая встреча с Лыковыми была радушной. Агафья вспомнила, что мы были у них «осенью». Карп Осипович запомнил Льва Степановича как «писаря Леонтия», а меня как врача по имени Георгий.

Как и три года назад, сразу нас начали потчевать картошкой, кедровым орехом.

Разговаривали с Лыковыми, читали письма, которые присылают со всех концов Союза по такому адресу: Юг Сибири, Красноярский край, г. Абакан, село Абаза, Таежный тупик, Лыкову Карпу Осиповичу.

На письма отвечает Агафья, выводя крупным почерком старославянские буквы. Прошу ее написать что-нибудь мне в записную книжку. Берет шариковую ручку и четко выводит: «Игорь Павлович Назаров месяца августа 4 день от Адама лета 7491 писава Агафья». Говорю: «Великая благодарность!» – и хвалю за красивый почерк.

Подарили Карпу Осиповичу большой нож, свечи. Взял.

Вечером хозяева приходили к нашему костру, угощали кедровым орехом. Когда несколько орешков упало на землю, Карп Осипович собрал все до единого: тяжело они им достаются.

По словам Лыковых, Дмитрий болел около недели, умер от простуды. Саввин болел тяжело около двух месяцев. Болела спина, был стул с кровью. Наталья простыла, перед смертью у нее было удушье.

Точно судить о характере болезни и причинах смерти Лыковых не представляется возможным, но у Дмитрия, похоже, было тяжелое воспаление легких. В эти же дни заболели остальные Лыковы, у них также отмечались симптомы поражения дыхательной системы: слабость, одышка, кашель, жар. Легче всех болел Карп Осипович, тяжелее – Наталья, у нее отмечалось кровохарканье. У Саввина присоединились явления воспаления кишечника и кровотечение из него (вероятно, геморрагический энтероколит). После смерти Саввина все его грязное белье, верхняя одежда были унесены подальше от избы и сожжены. Похоже, Лыковы понимали, что это источник заразы.

Игорь Павлович помогал Лыковым как врач

Отец и дочь (Агафья и Карп Осипович)

По моим наблюдениям, Карп Осипович в 1983 году несколько сдал, прибавилось морщин, согнулась спина. Предъявляет жалобы на частые боли в спине и внизу живота, ослабление слуха. Хотя на расстоянии около 15 метров он хорошо слышит легкий щелчок фотоаппарата. Видит Карп Осипович по-прежнему хорошо, свободно читает свои книги даже в полумраке. При волнении у него начинают трястись руки, появляется одышка до 28 раз в минуту, набухают вены на шее. Однако явных признаков легочной и сердечно-сосудистой недостаточности нет.

Агафья несколько пополнела. В последнее время поубавилась сила, стала быстро уставать, жалуется она на боли и припухлость в нижней трети левого предплечья, мышечную слабость, нарост на кости. Наблюдается у Агафьи также небольшая припухлость суставов, по утрам ломота в них, онемение. От обследования и нашей помощи отказалась.

…Подарил Карпу Осиповичу голубой фонарик. Попросил показать, как зажигать, понравилось. Сказал: «Это от солнца!». Спросил цену. Я сказал: «Два-три рубля». «Так не очень дорого», – констатировал дед. Оказывается, он уже в ценах разбирается. Агафья, как бы в обмен, подарила мне пару старых «мокасин» из маральей кожи.

Физическую нагрузку Лыковы переносят хорошо. При подъеме в крутую гору в течение 30 минут с грузом за плечами частота дыхания у Карпа Осиповича составляла 32 в минуту, у Агафьи – 24, а у членов нашей экспедиции колебалась от 36 до 40.

Агафья показала нам естественные плантации бадана. В голодные годы они собирали бадан, варили корень «в семи водах» и ели. Используют бадан они и для покраски одежды.

Агафья идет по тропе метрах в 30 от Вячеслава, который курит, и выражает неудовольствие: «Бесовское занятие это».

Едят Лыковы уже рис, гречку, особенно любят овсянку. Едят два раза в день. Когда тяжело работают, то в обед еще едят картошечку.

Наблюдали, как Агафья пекла хлеб. В него входит сушеная картошка с кукурузой, истолченная до муки, и пшеничная или ржаная мука в соотношении примерно 6:1. Хлеб у Лыковых бывает насущный (каждодневный) и праздничный, он белее и сделан бубликом.

…Вспоминаю, как утром Агафья вышла из избы, с умилением посмотрела на огромный бардовый мак и сказала: «За нось светок вырос». За ее спиной Карп Осипович солидно, на низкой ноте, констатировал: «Баской!».

…В разговоре слышим непривычные для нас слова и фразы. Например: «убрался, преставился» – умер, «погаркай» – позови, «крыльце» – низ спины, «на честь поставили» – хорошо угощали и

встречали, «женимый» – женатый, «мутят к своему» – продолжают говорить неправду, «огненная дурь» – водка.

Карп Осипович, рассказывая о хорошем человеке, говорит: «Водкой не зашибается, художеств за ним нет».

…На пашню Лыковы набросали веток березы и кедры. Вероятно, это неплохой способ удобрения. Например, одни и те же семена картошки Лыковы садят уже более 40 лет, а картошка такая же хорошая.

У Лыковых живут две кошки и кот (подарок геологов). Они котейкам очень рады. Раньше большую часть урожая растаскивали мыши и бурундуки, сейчас грызунов успешно уничтожают кошки. Интересно, что кошки самостоятельно путешествуют из одной избы в другую, а ведь это около восьми километров по тайге через горы и часто ночью.

.Узнав, что у меня разболелся зуб, Агаша мягко подтрунивает: «Врач, да исцелится сам». Многое помнит наизусть из Святого писания.

Самый большой грех – убийство, блуд, прелюбодеяние.

Спрашиваю: «Агаша, почему лес зеленый, береза белая?». Отвечает: «Бог сотворил на потребу».

…Из шести подаренных фломастеров («пишущие палочки») Агафья выбрала два – голубой и красный. Красным пишет заглавные буквы, остальные – голубым.

…Спрашиваем Агашу, играла ли она когда-нибудь в куклы. Смотрит со смущенной улыбкой, не понимает, о чем речь. Потом, вспомнив, радостно улыбается: «Клубок…». Комок жалости подкатывается к горлу. Жутко подумать – детства-то и не было.

…Агаша показывала яму для ловли марала или сохатого. На самой вершине горы, на перевале, вырыта большая яма (глубина 3 м, ширина и длина около этого). И это на скальной породе! Когда в яму попадает сохатый, его убивают сверху ножом, привязанным к длинной палке.

…Агафья, поясняя, почему она боится фотоаппарата, говорит: «Фотография – вражья хитрость. Святые пророки все описали и предвидели все». В унисон Агафье дед рассказывает: «У кошки родились котята. Василий Михайлович сфотографировал – они и померли».

Агафья продолжает: «Опасаться надо трех вещей: карточек (понимай – фотографии), присяги звериного образа, наипаче всего – душегубной печати». Насколько я понял, душегубная печать – это, к примеру, трудовая книжка или паспорт – «от них нет спокояния, они отнимают свободу».

…Агаша сегодня показала, как собирают шишки. Она подошла к кедру, сняла свои «мокасины», осталась в толстых, плетеных из конопли носках и за несколько секунд оказалась на верхушке. Скорость была просто ошеломляющая! Специальной палкой с рогулькой она начала сбивать шишки. Так же мгновенно она спустилась с кедра, как по гладкому шесту. За день Агаша слазила более чем на пятнадцать кедров и набрала два мешка шишек.

…Спросили разрешение у Карпа Осиповича нарисовать его портрет красками. Он вежливо, дипломатично отказался: «Здоровье-то у меня плохое. Сегодня здесь, а завтра там».

…Вечером у костра Агаша рассказывала, как ее мать учила грамоте. Начали обучать ее азбуке с четырех лет, а к семи годам она уже хорошо читала Псалтырь. Способности у Агаши явно большие. Николай Петрович написал и показал ей арабский счет до десяти – тут же это выучила.

…Вчера рассказал деду и Агаше, что можно оживить умершего человека. Дед спросил: «Всегда?». Я пояснил. Он явно не поверил.

…С реки я захватил с собой букетик белых неизвестных цветов, преподнес их Агаше, поздравив с божественным праздником. Она смущенно заулыбалась, покраснела. Пояснил, что если поставить в баночку с водой, то цветы простоят долго. Смущенная Агаша ушла с букетом

Игорь Назаров, 1980-е

в избу. А утром я увидел свой букетик с улицы, она поставила его на подоконник.

Сегодня выяснили, что Агаша раз в месяц моется теплой водой без мыла («по женской потребе»). Для этого она нагревает воду в ведре на костре и уходит мыться в лес. «Неловко одной-то. Ране-то с Натальей друг друга мыли, ловчее было», – говорит Агаша.

…Сегодня, наконец, Лыковы позволили подсчитать у них пульс и измерить артериальное давление. У Агаши АД 110/55 мм рт. ст., пульс 84 уд./мин. У Карпа Осиповича – 140/80 мм рт. ст., пульс 48-50 уд./мин. с единичными экстрасистолами.

Вечером у костра Агаша говорит: «Пожили бы еще. Уйдете – одни будем». За этой скупой фразой явно чувствуется искреннее сожаление.

Агаша одаривает нас орехами, шишками, просит взять картошку. Карп Осипович расспрашивает, есть ли у меня семья, и говорит: «Поклон им низкий передай». Агаша на прощание передает Эльвире Викторовне и мне бумажку, на которой красным фломастером написано: «Господи Иесусе Христе сын божий, помилуй мя грешного».

Карп Осипович и Агаша заготавливают для нас посохи в дорогу. При этом дед приговаривает: «Христианину нужно бороду, крест, лопатину длинную под поясом и посох».

Все готово. Карп Осипович и Агаша провожают нас до спуска с горы. Оглядываюсь и вижу на пригорке две фигурки, стоящие рядом с наклоненными друг к другу головами, как на старинных фотографиях. До свидания, добрые люди! Встретимся ли еще?

…31 августа. Самолета нет. Сидим у геологов. Мои товарищи и геологи интересуются, как я нахожу здоровье Карпа Осиповича и Агафьи. Отвечаю, что в настоящее время здоровье Лыковых следует признать вполне удовлетворительным, а способность их организма приспосабливаться к тяжелым условиям жизни – удивительной, демонстрирующей огромные биологические и психологические возможности человека. Лыковы не имеют, насколько я могу судить, болезней цивилизации – гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца, аллергии, но у них другие проблемы. Опасность для них представляет смена рациона питания, в первую очередь, включение в него поваренной соли, плюс поток новой информации и плохая психологическая совместимость с «мирскими» людьми.

Но вопрос жизни и смерти для них – как устоять против «новых» микробов и инфекций, невольно заносимых к ним людьми и даже через посылки и письма .

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

- КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
- Министерство здравоохранения Красноярского края
- Страховые компании Красноярского края
- Медицинские организации Красноярского края

Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru