ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 2 (73)





Ремаксол для печени -

время для жизни!



- Воздействует на основные механизмы развития повреждения печени:
 - митохондриальную дисфункцию
 - повреждение клеточных мембран
 - оксидативный стресс
- Активирует клеточное дыхание, повышает энергообеспечение
- Стимулирует синтез нуклеотидов и обменные процессы в клетках

Способствует увеличению текучести мембран гепатоцитов, восполняет запасы глутатиона



Инфузионный гепатотропный препарат



Ремаксол*



профессионализм человечность ответственность



Все о краевой клинической больнице читайте здесь

www.medgorod.ru

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, И. В. Чуваков д.м.н., профессор И. В. Демко д.м.н., профессор Ф. П. Капсаргин д.м.н., профессор Т. 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 Е. В. Михайлова, д.м.н., профессор Д. В. Черданцев

Фото Юрия Зимы, Сергея Головача, Валерия Тяпкина. 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. Июнь 2019 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Содержание

События2
80 лет назад краевая медицина встала на крыло4
Врачебные ошибки как результат некачественных
судебно-медицинских экспертиз20
Поддержка грудного вскармливания на педиатрическом участке – определяющий
фактор формирования здоровья23
Despusable value value and services as the service and services are services and services are services and services and services and services are services are services and services are services are services and services are services are services are services are services are services and services are services are services and services are se
Реализация компетентностного подхода в ходе проведения клинической производственной практики будущих провизоров25
Красноярскому краю нужен единый донорский отдел27
HEOБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ / CASUS EXTRAORDINARUS
TIEOBBINIOBEITIBINI CITTANI / CASOS EXTRAORDINAROS
Случай специализированной анестезиологической и хирургической помощи
возрастной пациентке с декомпенсированным пилоростенозом в условиях
отдаленной северной территории
Опыт лечения гигантской пахово-мошоночной грыжи6
Уникальный случай успешной реанимации пациента
с запредельной гипотермией
Опыт использования временной ЭКС в комплексной терапии тяжелых нарушений ритма сердца у больных в остром периоде инфаркта миокарда41
ритмо серддо у оольных в остром периоде инфоркто миокарда
ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ DUM / DOCEMUS, DISCIMUS
Опыт участия в благотворительной международной акции «Операция УЛЫБКА»
в республике Гондурас44
Анализ целесообразности выполнения диагностических коронарографий
в многопрофильном клиническом центре
ОТ ДУШИ / EX ANIMO
OT ATMINIO
Мир глазами медиков
Торакальный хирург Иван Хорошилов подарил краевой больнице 55 лет жизни56
1

СОБЫТИЯ

ПРОШЕЛ ФЕСТИВАЛЬ «САМОРАЗВИТИЕ – 2019»



Этот форум проводится уже во второй раз. Фестиваль родился из стремления с пользой отметить День медика. Вот и получилось совместить отдых за городом с тренингами личностного роста, да и неформальное общение радовало.

 Мы хотя бы здесь видим друг друга без халатов и униформы, – делились участники.

Фестиваль позволяет сделать паузу: в чудесную погоду (с ней нам везет второй год) просто улыбнуться друг другу, поделиться тем, что узнали на тренингах, поговорить о детях, о семье.

Кстати, о детях. На этот раз их было больше, чем в прошлом году. Специально для них все два дня работали тренеры и аниматоры, которые на время возвращали поколение гаджетов из виртуальной реальности в настоящую, где можно бегать, прыгать, соревноваться.

Темы тренингов, как и в прошлом году, на первый взгляд, никак не связаны между собой. Например, «Как мотивировать и управлять сотрудниками, развивая их», арома-тренинг «Мои эмоции», «Фокусы языка в переговорах», телесные практики для женщин с расслабляющей гимнастикой, «Как сформировать результативную команду», «Квантовая кинезиология для понимания себя и своей жизни». Но когда заканчивается первый день фестиваля, приходит понимание, что все на пользу, тренинги касаются каждого.

ТРИ ПРОФЕССОРА НАПИСАЛИ КНИГУ «ХРУПКИЙ МОЗГ»

Научно-популярная книга об инсульте создана профессором-нейрохирургом Павлом Шнякиным, профессором, рентгенэндоваскулярным хирургом Алексеем Протопоповым и профессором-неврологом Натальей Исаевой.

Инициатор написания — Павел Геннадьевич Шнякин. До «Хрупкого мозга» под руководством молодого профессора уже были изданы две книги, которые прогремели на всю страну, — о мониторинге социально значимых заболеваний и профилактике инсульта.



— Мы посвятили книгу своим родителям, а в сущности, всем людям, которые могут пострадать от сосудистой катастрофы, — представляет новое издание Павел Шнякин.

На презентации в конференц-зале газеты «Комсомольская правда» авторы «прошлись» по всем главам книги «Хрупкий мозг». Рассказали аудитории, что наследственность — не определяющий фактор для продолжительности жизни, гораздо важнее среда, отсутствие вредных привычек, достойное медицинское обслуживание. Профессор Протопопов рассказал о тромбоэкстракции — самом перспективном методе борьбы с ишемическими инсультами. В 2018 году врачи Регионального сосудистого центра провели 76 тромбоэкстракций — рентгенэндоваскулярным методом удалили тромбы из сосудов головного мозга своих пациентов.

— Это высокая технология, — говорит профессор Протопопов. — Сегодня тромбоэкстракция — далеко не банальное, очень сложное вмешательство. Но за ним будущее, ведь мы всегда понимали, что инсульт должен лечиться так же, как инфаркт, — нужно убрать препятствие, перекрывающее сосуд.

Ну, что ж, надеемся, что прекрасная книга трех профессоров краевой клинической больницы сыграет важнейшую просветительскую роль, а возможно, станет настольной в каждой семье.

КАРДИОЦЕНТР ПОЛУЧИЛ СЕРТИФИКАТ ISO 9001

Напоминаем, первой в крае подтверждение высокого уровня оказываемой медицинской помощи получила Красноярская краевая клиническая больница. Теперь в регионе есть еще одно лечебное учреждение, соответствующее международным стандартам качества, и это прекрасно.

От души поздравляем каждого из 700 сотрудников кардиоцентра, ведь сертификат ISO-9001 свидетельствует о том, что каждый работник — от технического до административного звена — четко знает и выполняет свои обязанности.

Помимо качества медицинской помощи аудиторы оценивают условия пребывания пациентов в клинике, их удовлетворенность получаемой помощью и отношением персонала. По всем пунктам Красноярский кардиоцентр соответствует международным стандартам качества.

В КАРДИОЦЕНТРЕ ВОССТАНАВЛИВАЮТ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ИЗ СОБСТВЕННЫХ ТКАНЕЙ ПАЦИЕНТА

Достаточно большое количество пациентов кардиохирургов сталкиваются с дисфункцией аортального клапана. Одним из методов реконструктивной операции на аортальном клапане является операция Шигеюки Озаки.

Хирурги Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Красноярска успешно применяют операцию Озаки, выкраивая новые створки для аортального клапана из собственного перикарда пациента. Операцию высшей категории сложности удалось успешно выполнить не только 12 взрослым пациентам, но и троим детям.

Специфика операции Озаки в том, что в зависимости от геометрии клапана, антропометрических данных человека индивидуально

рассчитывается площадь и форма каждой створки клапана. Ширина и высота «выкройки» около 13 миллиметров, толщина — примерно миллиметр. Этот метод подходит пациентам, у которых по каким-либо причинам не желателен прием антикоагулянтов, — пожилым или, наоборот, молодым людям, женщинам, которые планируют в последующем иметь детей.

В СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА ИНСУЛЬТОВ ЗАРАБОТАЛ НОВЫЙ МОДУЛЬ

Модуль для региональной телемедицинской системы (РТС) называется «Диспансерное наблюдение».

Мониторинг инсультов в Красноярском крае ведется с 2015 года. К системе регионального мониторинга уже подключены кабинеты профилактики инсульта консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы и КБ № 20 им. Берзона. В ближайшем будущем в систему будут интегрированы Лесосибирская, Ачинская межрайонные больницы, а также вновь создаваемые кабинеты профилактики инсульта.

Диспансерный мониторинг необходим для регистрации факторов риска инсульта, тяжести неврологического дефицита, прогноза повторного инсульта, фиксации даты следующего визита пациента, а также для анализа динамики состояния на амбулаторном этапе.

В карту больного заносятся данные о посещении поликлиники по месту жительства, преемственности в лечении, жалобы, результаты лабораторных исследований, реабилитационные мероприятия.

ВИКТОРИЯ МИХАЙЛИНА – ЛУЧШАЯ МЕДСЕСТРА КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ!



Профессиональный конкурс среди медработников среднего звена проходит в краевой больнице традиционно в первой декаде мая.

Конкурсантки должны были представить презентации рабочих мест — как они выглядят сегодня и какими хотели бы видеть в будущем, пройти практический, теоретический, интеллектуальный и кулинарный конкурсы.

Дополнительные баллы участницам принесли команды болельщиков. Им также предлагались задания, за которые выставлялись оценки в пользу той или иной конкурсантки. Совпадение или нет, но первое место заняла участница, за которую болела самая дружная, энергичная и подготовленная команда болельщиков, — медицинская сестра ожоговой реанимации Виктория Михайлина.

Второе место в конкурсе у Яны Гойколовой, медицинской сестры отделения анестезиологии-реанимации № 3, третье место у Людмилы Мещеряковой из отделения сочетанной травматологии.

УРА, МЫ ЧЕМПИОНЫ!



Краевая больница выиграла XI краевую спартакиаду медработников.

В финале спартакиады, состоявшемся 7-8 июня, с перевесом в одно очко наши спортсмены обошли юную сильную команду КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Причем шокировали соперников уже на старте турнира, одержав победу в традиционно выигрышном для университета плавании. В команде вуза был даже мастер спорта международного класса, но наши ребята Валерий Тяпкин, Илья Стрелков, Павел Симонов, Кирилл Лахмай оказались сильнее и выиграли эстафету вольным стилем.

Выиграли эстафету наши бегуньи: невролог Дарья Волынская, инфекционисты Елизавета Бойцова и Юлия Гусева, медицинская сестра ОАР № 5 Виктория Рахматулина.

Отличились и футболисты — ни одного проигрыша в турнире!

В шахматах мужчины завоевали третье место (Александр Вохмин, Алексей Антипов, Александр Афанасьев), женщины— второе (Ирина Корючкова, Наталья Ясакова).

Вторыми отстрелялись наши мужчины, на 1-й и 2-й ступени пьедестала почета оказались бегуны.

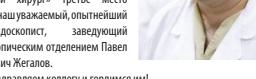
В командном зачете по всем заявленным видам спорта — футболу, волейболу, настольному теннису, стрельбе, плаванию, бегу, шахматам — спортсмены краевой больницы выступили ровно, боролись до конца, болели так, что все завидовали, и вырвали долгожданную победу.

На втором месте наши извечные соперники — будущие доктора, на третьем — Ачинский филиал краевого центра охраны материнства и детства.

Поздравляем чемпионов! Вы — честь и слава краевой больницы! Пусть Красноярский край знает, что в ведущей клинике региона работают медики в отличной физической форме.

ПАВЕЛ ЖЕГАЛОВ – ОДИН ИЗ ЛУЧШИХ ЭНДОСКОПИСТОВ РОССИИ

В 2019 году на конкурс лучших врачей России поступило 596 работ по 29 номинациям. От нашего края участвовали 18 претендентов, четверо из них стали победителями. В списке призеров в номинации «Лучший хирург» третье место «взял» наш уважаемый, опытнейший врач-эндоскопист, заведующий эндоскопическим отделением Павел Сергеевич Жегалов.



Поздравляем коллегу и гордимся им!

80 ЛЕТ НАЗАД КРАЕВАЯ МЕДИЦИНА ВСТАЛА НА КРЫЛО

Огромный Красноярский край с низкой плотностью населения не может существовать без крылатой медицинской помощи сегодня, не мог существовать и 80 лет назад. Именно тогда, 14 июня 1939 года, по приказу Наркомздрава РФ открылась краевая санавиастанция. Восемь лет она была самостоятельной единицей, а в 1947 году вошла в состав краевой клинической больницы.

В 1954 году, после прошедшего в Красноярске Всесоюзного съезда организаторов здравоохранения, санавиастанция ККБ № 1 была переименована в отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи.

Первым заведующим назначен ветеран войны, хирург Петр Елизарович Зайцев. В 1946 году его сменил на долгие годы еще один ветеран Великой Отечественной войны Вениамин Львович Аронов. Он возглавлял санавиацию до 1986 года.

В 1986 году Аронова сменил анестезиолог-реаниматолог Владимир Клементьевич Медведь, с 2002 по 2005 год руководил кардиолог Александр Витальевич Масленников.

Уже 14 лет крылатое отделение ККБ возглавляет анестезиолог-реаниматолог Константин Александрович Барышников.

В 1940-1950 годы санитарные задания выполнялись на самолетах По-2, Ан-2, в середине 50-х годов появились вертолеты Ми-1.

Дольше всего для выполнения санитарных заданий использовались Як-12.

В 80-е годы для санзаданий стали использоваться самолеты Л-410. В последующем к ним присоединились вертолеты Ми-8.

Сегодня на помощь пациентам вылетают Eurocopter, Robinsson, самолеты Cessna Grand Caravan, Hawker, оборудованные реанимационной аппаратурой. В наземных условиях используются автомобили

> скорой помощи типа «Газель» и «Фольксваген».

> С первых дней работа санавиастанции была организована круглосуточно. Дежурили диспетчеры, медицинские сестры и фельдшеры. До 1963 года в штате санавиастанции, кроме диспетчеров и заведующего, состояли хирург, гинеколог, педиатр. Затем в штат были введены узкие специалисты.

> На протяжении истории существования санавиации здесь работали талантливые специалисты: хирурги Кокорина, Тиганик, Пакшин, Крашенинников, нейрохирург Барышев, акушеры-гинекологи Яковлева, Гордеюк, Хоменко, педиатры Афанасьева, Петухова.

САНАВИО

ЗАМ.НАРКОМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

TOB. BEBEP

Убедительно и настойчиво прошу удовлетворить наши гребования по организации авиостанций в г.Красноярске и Игарке в самое ближайшее время.

На начальника авиостанции мы выдвигаем врача Зайцева Петра Елизарьевича, хирурга, стаж работы с 1923 года, рабогающего в крае 15 дет зав.хирургическим отделением гор. больницы. Зав. Крайздравом (Степанов) 1938 год. (ф.р.1384 оп.1 Д 30 Л.241 ГАКК).

В течение 35 лет бессменным неврологом санавиации был Игорь Хрипач. Многие годы в отделении работали медицинские сестры Еремина, Лохова, Крижан и другие замечательные сотрудники.

Сестринским коллективом более 15 лет руководит старшая медсестра Елена Островская.

В отделении работают высококвалифицированные специалисты, анестезиологи-реаниматологи Евгений Сивков, Исрафиль Хакимов, Илья Житков, хирурги Николай Попандопуло, Дмитрий Владимиров, Сергей Бородин, акушеры-гинекологи Подопригора, Прокопенко.

Круглосуточную оперативную работу санавиации обеспечивает диспетчерская служба: медицинские сестры и фельдшеры Панфилова, Котельникова, Муран, Шалимова, Бердник.

Помимо штатных сотрудников неотложную медицинскую помощь населению Красноярского края оказывают более 30 врачейсовместителей из специализированных отделений краевой больницы: Владимир Мацкевич, А. В. Степаненко, А. В. Донов, Денис Махотин, Игорь Иващенко, Ильдар Усманов, Л. Н. Селезнева, С. И. Антонов, Дмитрий Заманов, Елена Лихошерст, И. Н. Изместьев, В. Ф. Лохман, Павел Жегалов, В. И. Ермаков, Ольга Реди, А. П. Квашнин и

Отделение ЭПКМП краевой больницы крупнейшее в России — с восемью филиалами санавиации в отдаленных северных территориях Красноярского края: Дудинке, Хатанге, Туре, Байките, Ванаваре, Туруханске, Енисейске, Богучанах. Краевая санитарная авиация в год обслуживает более трех тысяч пациентов.

В биографии отделения есть немало исторических событий.

приказ № 32

По Красноярскому Крайздравотделу or 27.02.4Ir. г.Красноярск

Зав.Красноярским горздравотделом г.Звереву, врачей, работающих в Красноярской І-ой гор. больнице Сухевскую А.Г. и Баширову В.А. перевести с 28.02.41г. на основную работу в

Зав. Крайздравотд. Тыщенко (ф.р.1384 оп.1 Д 62 Л.88 ГАКК)





РЕШЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО СОЛЕТА ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ 28 ФЕВРАЛЯ 1942г.Г.КРАСНОЯРСК

о штате краевой санавиации.

Учитывая большую работу санавиации по обслуживанию населения, проведения хирургических операций в районах у допризывников, исполком крайсовета решил:

Разрешить Крайздравотделу содержать при краевой санавиации разъездного врача со ставкой 600 руб. и хирургическую сестру со ставкой 350 руб.с I-го января I942г.

Зам.председателя исполкома крайсовета

/К.Тверской/

Секретарь исполкома крайсовета

/П.Власов/

В 2002 году сотрудники отделения принимали активное участие в оказании медицинской помощи пострадавшим в катастрофе губернаторского вертолета в Ермаковском районе.

В 2007 году специалисты красноярской санавиации первыми и пока единственными в России эвакуировали двух пациентов из посел-ка Хатанга (1800 км от Красноярска) на реанимобиле «Фольксваген». «Фольксваген» преодолел это расстояние на борту грузового Ил-76.

Только за последние несколько лет санавиация оказывала помощь при авиакатастрофах, крупных ДТП с большим количеством жертв, на пожарах в Хакасии и так далее.

Для обеспечения оперативности оказания экстренной медицинской помощи населению в санавиации с января 2011 года развернуты круглосуточные выездные бригады реанимационного, нейрохирургического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля.

В 2012 году на территории больницы введена в эксплуатацию вертолетная площадка. Это позволило максимально сократить время доставки пациентов с борта вертолета в краевую больницу и другие ЛПУ.

Санавиация очень популярна у СМИ, потому что красива и эффективна, вызывает сильные эмоции у зрителя и читателя. О санавиации много пишут и снимают, поэтому у редакции «Первой краевой» не оставалось выхода: в подарок на 80-летие отделение должно было получить эксклюзивную информацию, которая нигде никогда не публиковалась. На помощь пришли архивы — музея истории медицины и краевого государственного архива. Кое-что из никогда ранее не виденного нам удалось обнаружить.

Дарим нашей дорогой санавиации документы и живые воспоминания причастных — врачей и пилотов. Только факты, ничего больше. Но они вызывают восхищение и огромное уважение ко всем, кто уже 80 лет летает и выезжает на помощь пациентам.

Материалы подготовили Ирина Мишанева, Елена Семенова





Приказ от 8/X-40

В соответствии с приказом по Наркомздраву РСФСР за № 582 от І августа с/г приказываю: А) заведующему Красноярским горздравом обязать руководителей лечебных учреждений беспрепятсвенно выделять специалистов вызываемых по требованию Крайздрава и санитарной авиастанции для оказания экстренной медицинской помощи Б) завед. Хак. обладравотделом, завед. райгорздравом в целях избежания бесцельной траты государственных средств и максимального повышения эффективности использования санитарных самолетов обеспечить следующий порядок вызова специалистов на самолете из г. Красноярска: вызов консультанта на самолете производить после предварительной консультации со специалистом на месте. Вызов должен быть подписан заведующим райздравотделом или заведующим (главным врачом) больницы с указанием предварительного диагноза заболевания и места нахожления больного. Широко оповестить все лечебные учреждения о порядке вызова самолетов.

Завкрайздрава

Тыщенко 4/X-40

ЮБИЛЕЙ

НЕОБЫЧНЫЙ ПОЛЕТ 1945 ГОДА

Воспоминания заслуженного пилота СССР Александра Нечаева

13 декабря 1945 года в санитарную авиацию поступил срочный вызов эпидемиолога в факторию Кузьмовка Байкитского района, где вспыхнула эпидемия тифа.

Начальник санавиастанции Вениамин Аронов и командир авиаотряда Виктор Терехов срочно организовали вылет санитарного самолета сэпидемиологом Ф. В. Красовским. Задание было поручено выполнить летчику Нечаеву, то есть мне.

Аварийная посадка

13 декабря на самолете C-2 с врачом Красовским и авиатехником Устюговым мы вылетели из Красноярска в Ярцево, где произвели посадку, потому что уже темнело.

Заночевали в Ярцевской ЦРБ, а утром вылетели на Подкаменную Тунгуску и произвели посадку на площадке Сумароково для дозаправки.

Заправив самолет (сами остались голодные: негде было поесть), мы взяли курс на Кузьмовку. Но, отлетев от Сумароково 100 км, на высоте 600 метров над тайгой мы поняли, что отказал двигатель (заклинило поршень третьего цилиндра, и он сорвал цилиндр).

Почувствовав ужасную тряску самолета, я повернул вправо, в сторону реки Подкаменная Тунгуска. Сбавил обороты двигателя и начал медленно снижаться. Нам удалось дотянуть до реки и сесть около берега. По центру река была в ледяных торосах. Как удалось совершить посадку на неработающем двигателе — я удивляюсь до сего времени.

Мы осмотрели самолет, и я чуть не упал: третьего цилиндра и поршня не было, шатун согнут в полудугу. Решили за хвост затянуть самолет на берег и привязать, чтобы его не разбило ветром, но не смогли его сдвинуть с места: лыжи пристыли ко льду.

Тогда мы оставили самолет и пошли пешком по реке в том же направлении, ибо обратно идти 100 км, а к намеченной цели — 90.

С этого момента началась наша веселая жизнь.

Несгибаемые

Мы шли голодные, мороз 40 градусов, бездорожье, снег то по пояс, то по колено, полыньи, под снегом наледь. Все не в нашу пользу.

В первые сутки мы прошли совсем немного— 5-7 км. Застала темнота, мы выбрались на правый берег крутой и лесистый. Топора нет, хороший костер не разведешь. Нижние сучья тонкие, горят, как порох. Мы





всю ночь не спали, утром двинулись в путь. Шли сутки без сна, потом ослабели, устали, ничего не хотелось, только спать, то есть умереть.

На третьи сутки, во второй половине дня, мы стали друг от друга отставать, поджидать, силы текли, слабость брала верх.

Впереди шел я, поджидал Устюгова, замыкал цепочку Красовский. Перед заходом солнца я сказал:

 Если будем ждать друг друга, терять силы, погибнем вблизи цели. Кто приходит к цели первый, спасает других.

Все согласились.

С километр мы прошли вместе, затем снова растянулись в цепочку. Мы страшно ослабели. Выкопали с Устюговым у берега ногами яму в снегу для спасения от хиуса и легли. Сколько мы спали, не помню, но, очнувшись, я не почувствовал пальцев на правой ноге. Вытащил ногу из унта и начал оттирать палец. Разбудил Устюгова и сказал, что будем идти без остановки или погибнем.

Устюгов тоже обморозил ноги, но ничего не чувствовал пока. Красовский к нам так и не подошел.

Вскоре я выстрелил вверх последнюю ракету, но нам ответила ти-

Очень медленно, устало мы шли дальше до половины долгой зимней ночи.

Тем временем, как выснилось потом, Красовский не смог нас догнать. Он на берегу пытался разжечь костер, сжег чемоданчик книг (он учился заочно), но ничего у него не получилось.

Часа в три ночи мы с Устюговым заметили на берегу искры, вылетавшие из трубы жилья. Мы вначале не поверили, думали, мерещится, но потом чуть ли не бегом туда пошли. Увидели сруб на берегу, маленькую охотничью избушку, из трубы дым.

Встретил нас перепуганный охотник Доронин. Конечно, отогрел. Выяснилось, что у Устюгова отморожены на ногах пальцы, охотник стал оттирать их снегом. Я тоже пытался оттереть обмороженное лицо, но сил не было — бросил.

Охотника послали с нартами навстречу врачу, а я собрался дальше, в Кузьмовку. за 10 километров.

Но пока Доронин оттирал пальцы Устюгову и готовился к походу, я уснул. Не реагировал, когда предлагали еду, хотел только спать.

Охотник уехал за врачом, а я проснулся и пошел в Кузьмовку. Уходя, понял, что с пальцами у Устюгова беда — они стали толстые, черные...

Когда я добрался в Кузьмовку, обратился в поселковый Совет за помощью. Но единственная лошадь была на дровозаготовке, в тайге, а когда вернулась, ездок никак не соглашался ехать к охотнику: боялся бездорожья и ночных зверей. Да и лошадь по глубокому снегу в упряжке не пойдет.

Я больше не мог спорить, потому что еще больше обморозил лицо и вконец ослаб. Жители намазали мне лицо и ноги гусиным салом и поместили в местную больницу на ночлег.

А в это время Доронин нашел Красовского, напоил его горячим чаем с молоком, разжег костер, к которому, по словам врача, за пять метров нельзя было подойти.

Охотник Красовского отогрел, уложил на нарты и доставил в избушку. Оказывается, Красовский был одет в меховой костюм, а сверху еще меховой комбинезон, потому и не мог далеко идти.

Вскоре в избушку подошла лошадь с ездоком. Устюгова и врача привезли в Кузьмовку и положили в больницу.

На следующий день Красовский удалил Устюгову большой палец из-за боязни гангрены.

Через несколько дней из Красноярска в Кузьмовку прилетели два самолета— один с двигателем для моего C-2, второй привез бензин и авиатехника В. Мисака.

Обратным рейсом мы отправили в Красноярск Устюгова и Красовского. Там Устюгову удалили обмороженный большой палец на другой стопе.

Спасаем самолет

Замена двигателя у моего C-2 была сложной, долгой и едва не закончилась трагически, ведь нам пришлось преодолеть те же проклятые 90 км, но при еще более сильном морозе — около 50 градусов.

Вначале, еще до прибытия самолетов из Красноярска, я хотел привезти самолет в Кузьмовку на оленях. Вызвал по рации Байкитский райком КПСС и запросил 14 пар оленей: местные жители сказали, что такое количество оленей смогут взять самолет на буксир.

Два проводника эвенка, мужчина и женщина, поехали со мной на оленях к самолету. Попали в наледь, полозья у нарт обмерзли, очистить нечем, кормить животных нечем, олени нас едва дотянули к самолету. Ночевали мы в чуме, а в нем еще холоднее, чем на улице.

Пробовали зацепить самолет за нарты и дернуть, но олени не лошади, дружно взять не могут. Прыгали-прыгали, а самолет ни с места.

Все, что мы сделали, — закрепили самолет и двинулись обратно.

Но олени через 10 км ослабли и стали. Пришлось распрячь их, отпустить в тайгу. Мороз трещит, а мы смогли двинуться только через 10 часов: ловили оленей по тайге. Я уже думал, что опять придется идти 80 км пешком. Двое суток мы добирались до избушки Доронина, я опять обморозил лицо и ноги, но, к счастью, с нами был спирт, и он позволял снять озноб и согреться. Кое-как, после непродолжительного отдыха мы добрались до Кузьмовки.

Когда прилетели два самолета из Красноярска, мы добрались к моему санитарному самолету по воздуху. Разбили лагерь, с нами было двое подсобных рабочих, мы приступили к работе по установке нового двигателя.

До ночи успели снять сломанный двигатель, легли спать. Но ночью авиатехник Мисак из-за неосторожного обращения с лампой поджег палатку, и мы вылетели на снег, в 56-градусный мороз. Остались без отопления в дырявой палатке.

Едва дожили до утра, согрели чаю, приступили к установке двигателя. Лампа погасла, а без подогрева, голыми руками работать невозможно, и мы решили улететь в Кузьмовку, ждать оттепель.

Но когда стали запускать на исправных самолетах двигатели, не могли запустить целый день, лампа ведь не горит.

Собрались в сгоревшей холодной палатке и решили: если не запустим хотя бы один двигатель, пойдем пешком 90 км в Кузьмовку. Для меня это был бы уже третий раз, а товарищи пришли в ужас.

Это было действительно отчаянное положение: помощи ждать неоткуда. Пошли мы опять к самолету, и в полночь случилось чудо — завелся мотор на двухместном самолете.

Глухой ночью без костров и старта я совершил два рейса в Кузьмовку, вывез рабочих, авиатехника и пилотов Киселева и Карпова. Мы были рады, как никогда, что выбрались живыми. Помогла молодость.

А рядом с моим самолетом на Подкаменной Тунгуске остался еще один самолет, который тоже надо было выручать, но уже в оттепель. Рисковать никто не стал.

А мы возвратились домой только через два месяца: борьбу со вспышкой тифа никто не отменял.

Наша справка

Кто есть кто

Командир С-2 **Александр Нечаев** — заслуженный пилот СССР, ветеран Великой Отечественной войны. С 1942 года, с 19 лет, служил в прославленном 105-м отдельном гвардейском Паневежском полку ГВФ.

Прошел войну на ПО-2. Тихоходный биплан был ночным бомбардировщиком, разведчиком-корректировщиком, связным и санитарным самолетом. Гитлеровцы были уверены, что на По-2 летают пилоты-виртуозы, и за каждый сбитый «небесный тихоход» назначали премию 2 тысячи марок и давали железный крест. На самом деле, на «кукурузниках» летали почти дети. Во вражеский тыл, к партизанам, с посадками на неосвещенные площадки, над самыми головами вражеских зенитчиков, прячась от «Мессершмиттов» у самой земли.

У Нечаева была редкая для летчика медаль «Партизану Великой Отечественной войны» за 110 полетов с посадкой в тылу врага.

Стоит ли удивляться, что упорный Нечаев проявил настоящий фронтовой героизм в сибирской тайге, в жестокий мороз, спасая людей и свою бесценную машину.

В санавиации он служил на Як-12 и Ан-2, впоследствии перешел на Ли-2, Юнкерс-52, Ил-14, Ил-18. Предлагали освоить и вертолет, но Нечаев ответил:

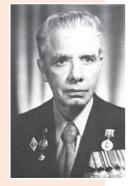
– У вертолета крыльев нет, и я летать на нем не буду.

Примечательно, что кроме невероятного, смертельно опасного «приключения» в декабре 1945 года крылья Нечаева никогда не подводили. Счастливчик.

Врач-эпидемиолог Федор Красовский родился в 1916 году.

Ветеран войны, потом работал эпидемиологом в крайздравотделе, более десяти лет являлся руководителем опорной базы Всесоюзного центра по гриппу в Красноярске.

На момент аварии ему не было и 30 лет. Жаль, что нельзя узнать, где он потом брал медицинские учебники, — это был страшный дефицит. Примечательно также, что на вызов по тифу он вообще летел с учебниками, — это вам не в айфоне гуглить.



г. мосява. 6 Росмиздрав санангоститва. Тов. л я и и.

Нам укрерждено несть самонетов для Грасноярска и два для Абакана. В наличин имеется 4 в Красноярске и 1 в Абакане, при чем все самонеты требуют ремонта и в данный момент на ходу один в Красноярске и один в феакане.

Новых самолетов обещают два, но пола выделено только один. Работа станции в связи с недостатком самолетов ограничивается. Есть случам не обеспечения вылетов из за недостатка самолетов.

Пропу срочно внешаться и помочь черва УГВТ.

Кроме того в числе пилотов только два 3-го власса, остальные 4-го и согласно положения не имеют права перевоени пассажиров, а тем более обслуживать Санавиациъ.

За последнее время по вине пылотов было две аварии, при чем один самолет с прачем-зирургом разбился и выбыл на папитальный ремент. Врачи напутаны этими случании и отназываются летать.

Прому вменаться и в это деле. Просить УГВО обязать подполновника Зайцева начальника красповрского управления ГВО о выделения полноценных импотов или переаттестации иметирова. Сим говорят, что дела с переаттестации имогов 4-го класса в 3-й находятся в Управ. ГВО в москве, но разрешение попроса задерживается:

Прошу ускорыть это.-

вав. кралодравом-



Приказом Минэдрава СССР № 259 от 29 мая 1947 года краевая станция санавиации была переведена на базу краевой клинической больницы №1.



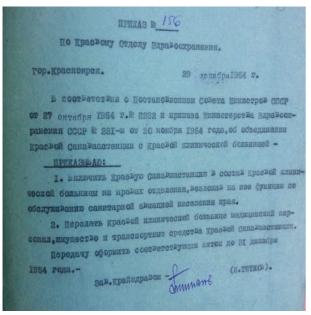


Пелагея Киндаева, ветеран ВОВ, жена Вениамина Аронова, летала в районы как офтальмолог. Фото 1945 года, Порт-Артур, Китай



Рабочая санитарная лошадка ПО-2





Приказ № 93/км по Краевому Отделу Здравоохранения

22 марта 1954 года

В целях оказания практической помощи на месте в проведении специализированных консультаций коренному населению Эвенкийского национального округа

Приказываю:

Направить бригаду врачей специаличетов в Эвенкийский национальный округ в составе:

профессор Пшоник

доцента, гл. педиатра края Перетокину $\mathbf{M.\,M.}$

ассистента терапевтической клиники Грохотову С.Г.

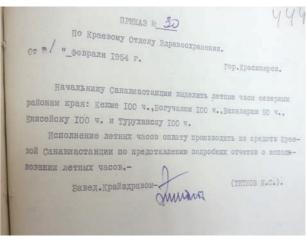
хирурга Сологуба В.К.

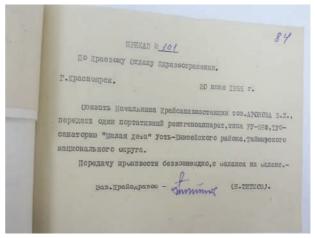
начальника Краевой санитарноавиационной станции тов. Аронова В.Л. врачей Данцер Р.Г., Сабангулову Ф.В.,

Аболину Срок командировки с 23 марта по I апреля 1954 г.

Завед. Крайздравотделом Титков Н.С.









Отчет по санитарно-авиационной станции за 1957 год

В штате: І начальник, І врач, З медицинские сестры, І санитарка, 2 пофера.

За отделением закреплено 6 самолетов, І машина.

Налет часов за год - 3249, вылетов -955.

На вылетах проведено II8 операций, приняты І роды, З переливания крови, загипсовано 5 переломов. Проведено 136 консультаций, 53 из них - амбулаторно. Сделана 981 прививка от клещевого энцефалита, проведено почти 8000 профосмотров, 150 рентгенов, 10 учреждений обследовано, проконсультировано 545 стационарных больных.

Эвакуировано 583 человека, из них из Красноярска в район — 265, из района в Красноярск - 318.

профиля.

Вылеты обслуживали 29 хирургов, из них I2 - врачи института, 6 больницы, II - районных, которые специализировались в Красноярске Из II8 операций на вылетах 76 срочные, 42 - плановые. Оперировали - Кокорина, Аронов, Кутихин, Чохотовская, Вальтер, Дралюк, Гладухов.

По профилю «терапия» совершено 76 вылетов, 60 - срочные. 566 больных проконсультированы.

В районах работали 22 врача. Ведущие борт-терапевты Косток, Соловьева,

В 1957 году 89 раз в районы вылетали невропатологи (Мокшина, Шецер, Шмуловская, Хотьновская), из них -75 экстренных вылетов, плановых -I4.

По ЛОР-патологии врачи вылетали 27 раз, из них 7 раз Павлов.

К детям было 85 вылетов, чаще всего летали Крутянская и Зырянова. К гинекологическим больным вылетали 43 раза (Осипова, Куликова, Якобсон, Баруткина), проведено 30 операций. Еще летали окулисты (20 раз), фтизиатры, психиатры, судебные медики, рентгенологи, санстанция, Доставлено крови — 187 кг, сухой

плазмы - 21 кг, бакпрепаратов 2033

Объяснительная записка от В.Л. Аронова



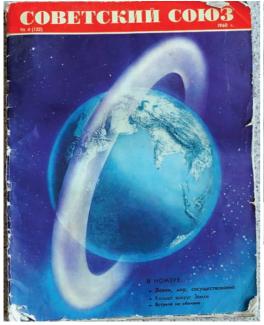
Санавиастанция располагается в комнате 24 кв.м., с двумя Из 583 пациентов 2II — хирургического телефонами. Дежурит бортсестра, есть спецсчет на городской АТС для связи с районаями, соединяют вне очереди. Телеграф тоже вне очереди. Врачи едут на аэропорт на машине марки ЗИМ.

> В Игарке, Туруханске, Ярцево, Енисейске, Богучанах и Кежме есть свои авиаотряды, они вылетают по району. Работаем по договору с авиаотрядом №188 Красноярского управления ГВФ по лимиту летных часов. Еще три отделения санавиации обслуживают Таймыр, Дудинку, Туру Хакасию, Туву.

Наши самолеты — четыре ЯК-І2Р, АН -3, вертолет МИ-І. ЛИ-2, ИЛ-І2 работают в северных районы края.

В плане было 3300 часов налета, налетали 3249 часов 41 минуту. Остаток средств использован для полетов в отдаленные районы края. Умерли 6 прооперированных больных (2,6%).

Причины смерти - ободная язва желудка, непроходимость, ЧМТ, ножевое ранение, рак, огнестрел. В 1957 году помогли Тюменской области - в 400 км к западу от Туруханска вывезли роженицу. Жалобы: в Каратузах, Сухобузимо до сих пор нет взлетно-посадочной полосы.





В журнале «Советский Союз» была опубликована статья о врачебном подвиге замечательного борт-хирурга Анны Кокориной, которая впервые в СССР прооперировала пациентку прямо в небе, на борту вертолета.
Женщина с внематочной беременностью осталась жива.

менщина с внематочной оеременностью осталась жива. Об Анне Кокориной писали не только советские СМИ, но и пресса стран СЭВ



В конце 1950-х парк санавиации пополнился самолетом ЯК-12. Этот самолет служил медицине более 40 лет.



Борт-невропатолог Игорь Хрипач отдал санавиации больше четверти века

Отделение экстренной и плановой консультативной помощи — отчет за 1965 год

Отделение занимает 2 комнаты с 3 телефонами. Обеспечена внеочередная связь с районами.

На балансе отделения 9 самолетов, I вертолет, 3 машины.

На санаивацию работают 25 врачейконсультантов. В штате Аронов, Кокорина, рентгенолог Яковлева, невролог Хрипач, нейрохирург Барышев, педиатр Шапурин.

За год обслужено I688 вызовов. 94 отказа: 5 из-за погоды, 88 - необоснованных.

Эвакуировано больных по заявке из района без консультации на месте — 338, перевезено больных их города в район — 146.

Всего вылетов — I275. 3524 часа 45 минут налета. Из них неотложка — 2073 часа 23 минуты. Проведено 705 операций, I79 переливаний крови, 570 оперативных вмешательств, консультаций 20 897.

В 1965 году вылетали:

292 раза - хирург, 5I - ruhekonor, 18 - окулист, 16 - ЛОР,8 - терапевт, по 3 раза фтизиатр, эпидемиолог. На машинах врачей выезжало - 131, поездом - 64, рейсовым самолетом - 170. Всего проведено 389 экстренных операций, плановых - 317. Из 705 прооперированных умерло семь. Причины смерти: травма шейного отдела ПС, ЧМТ, два самострела, акуперский сепсис, прободение язвы; ДТП, сочетанная травма. Транспортировано всего 482 больных, из них 313 - в Кырск, 146 - в районы (безденежные больные и люди из дальних районов).

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ САНАВИАЦИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ЗА 25 ЛЕТ (1939-1964 гг.)

71 307 часов

налет всего

22 118

вызовов всего

20 416

из них выполнено

10 239

вылетов врачей

11 273

сделано операций в районах 7654

литра – перелито крови

34 352

проконсультировано стационарных больных

110 105

проконсультировано больных амбулаторных

114 076

осмотрено человек на профосмотрах 9 3 4 9

эвакуировано больных

Транспортировано:

76,3 тонны

грузов

3,8 тонны

консервированной крови

965 кг

кровезаменителей, сухой плазмы

37 тонн

бакпрепаратов

Список старейших врачей отделения санавиации (составлен от руки Вениамином

(составлен от руки вениамином Львовичем Ароновым)

- 1. Петр Елизарьевич Зайцев, к.м.н., хирург, первый начальник санавиастанции.
- 2. Александра Георгиевна Суховская, хирург.
- 3. Михаил Моисеевич Ховес, хирург.
- 4. Александр Евгеньевич Олофенский, хирург.
- 5. Анна Андреевна Кокорина, хирург, заслуженный врач РСФСР.
- 6. Владимир Бантов, профессор-хирург.
- 7. Юрий Моисеевич Лубенский, профессор-хирург.
- 8. Галина Денисовна Воробьева, хирург.
- 9. Федор Моисеевич Кригер, хирург.
- 10. Клавдия Семеновна Крутянская, педиатр.
- 11. Мария Семеновна Зырянова, педиатр.
- 12. Николай Степанович Чепурин, окулист.
- 13. Вива Степановна Чепурина, окулист.
- 14. Пелагея Дмитриевна Киндаева, окулист.
- 15. Игорь Андреевич Хрипач, невропатолог.
- 16. Евдокия Георгиевна Козякова, невропатолог.
- 17. Александр Алексеевич Благодаров, гинеколог.
- 18. Казимира Эдуардовна Графинская, судебномедицинский эксперт.





● 18 августа 1973 г.● КРАСНОЯРСКИЙ ПИЛОТ

НА БОРТУ-ВРАЧ



пуса краевой больні-цы находінуєє станціца санітарной канаціян, которая была органі-которая была органі-которая была органі-которая была органі-потра санацій ямела в своем штатном распісання лиць начальніка, друх врачей и двух медії-цинских сестер. Неве-лик был я бюдкет. А

полеты по крак совер-шоли всего лишь два самолета По-2. Сейчае возможно-сти медиков неизмери-ком выше, Станции "ввиационной помощи есть в Абакане, Туре, Дудии-ке. Весь край охваты-вают своими маршру-тами летчини и врачи сантарной авиации. В върос и годовой медиков, зифестей пере-ностый рентечваппа-рат, электрекардио-рационный рентечваппа-рат, выстрекардио-нения в простоя про-мения провежения про-мения провежения про-мения провежения про-станта про-вежения про-ражения про-нения про-нения про-ражения про-ражения про-ражения про-ражения про-ражения про-ражения про-нения про-про-нения про-нения про-н

нинского института, известные врачи нашего города.
Когда в опасности кизиь человека, делается все возможное, а для его спасевия—порой и невозможное.
Ивапиать семь лет

тувари и невозложное.

г Двадиать семь лет руководит станцией В. Л. Аронов — опытый врач, прошедший по полям Велякой Отечественной войны и закончивший свой ратный путь в Порт-Артуре.

Долгие годы трудят-ся рядом с ним мед-

РЕПОРТАЖ

дирах самолетов Ан-2 А. Коншине и В. Горленко и о другах пилотах, не считающихся со временем, если этого требуют обстановка. Под крылом нашего самодета — бескрайне сибирсыне леса с желтеющими пятнами хлебных полей и стогами сена, над нами — тижелые серые облага. Время полета переходит за час. Идем на синжение.

В районгой больний синжений бескратов облага предаприму две дваут, каланфицирован на периатр. она быстро разбирается в обстановке, осматри в а стольных детей, двет советы лечащему врачуу.

Но нужко с пешить:



ной авнации садиться на такие площадия, чтобы спасти являм человека. Кто бы взядся на поминть руководителям, например, Упрекого, Большеулуйского и немоторых других районов о постановления нараевого комитета ИПСС и врай неполкомов, тре говорителя (предерждения) по пределжения приничную поседочную площадку для савитария для савитария, подъеза к ней — сплощиме ухабы. А ведь здесь возят к самолету гликелобольных. Когда мы веркулись на санавивстанцию оказалось, что вылетал не только педиятр, были еще и другие полеты с врачом на борту. С чувством исполненного долга принетенние пыти отдыхать, а на станции санитарий авнации принимала делурство почных поимания принимала делурство почных поиманиям, от подейнет выходных и поиманиям по подейнет выходных и поиманиям по подейнет выходных и поиманиям, от подейнет выходных и поиманиям подейнет выходных и полеторы.

В чумаченно, на станурство полеторы по подейнет выходных и размуство по по за запринет разворящения в полеторы. В пределяющения в полеторы на пол

ва; грузят больного; И. П. Николаев — командир санавиакол-лектива за штурвалом. Фото автора,



сестры Н. П. Еремина и А. П. Рогачева.

Но не только самолетом и верголетом поладнот и своим ващиситам врачи станции.

Для обслужив а ни и я
близателящих районов приходится высажать и на
приходится высажать и на
на автомациям высажать и на
на автомациям высажать и на
на автомациям.

—2 автуста 1973 года. Задание на нолет
А 1091 по маршруту
Красноярск — Вярипоссы — В ол ь ш о й
Улуй — Красноярск
Врач-педиатр Нина Михайловна Афанасьева.
Требуется ее срочная
консультация, а момет быть, и экстренная помощь семимесячной девочке.

В аэропорту нас

В аэропорту нас уже ждет Ан-2. Само-лет готов — четко ра-ботает диспотчерская служба аэропорта, всет-да тесно связанная с санавнастанцей.

санавиастанцией.

Командир самолета В. Поиченуев. Но сегодия с низи лети командар звена санитариой авнации И. П. Николаев — у него право подбора посадочной площадки с воздуха.

Это большое доверие опыту детной рабовича. Гриццать лет он за штурвалом само-















13

«СКОРАЯ» НА КРЫЛЬЯ



КАБИНЕТЕ краевой санавиастанции не умолесли вдруг на какое-то время здесь наступает тишина. она кажется неестественной.

— Срочно отпоавляйте кровь в Мотыгино.
— Заозерный просит ней-

рохирурга...

Тюхтет на проводе. Тяжело браев ребенок!

Фамтный . бротоеннаго Нина Михайловна Афанась-ева берет трубку. Подробно спрашивает о состоянии маленького больного. советы. Она только что вер нулась из Боготола. нулась из роготола. И вполне возможно, что через несколько часов ей вновь придется отправиться в путь. А дорога врача никогда не бывает легкой.

Начальник санавиастанини Вениамин Львович Аронов вызывает заведую-

отделением краевой больницы № 1 Валерия Дмитриевича Зябликова. Его ждут в Рыбинском районе на кон-сультацию к тяжелобольно-му. Уже оформлены необхо-лимые документы. Экипаж самолета готов к полету. Санитарная машина без про-медления доставляет Вале-рия Дмитриевича на аэрод-ром. Отсюда же в районные больницы края отправят консервированную коовь. Ее, тщательно упакованную, передает летчикам ельдшер Ольга Фелоровна Жилина.

Каждый день в санавиа-станцию приходят множество телеграмм, акстренные вызовы. И многие ведущие специалисты края по заданию станции выдетают на операции, консультации. Это такие профессора Красноярского медицинского института. как Ю. М. Лубеннейрохирургическим ский. Ж. Ж. Рапопорт.

Л. Роднянский. Им пряходилось неоднократно бывать в Шарыпово. Ачинске, Норильске и других населенных пунктах.

Если обратиться к тистике, то даже она может многое сказать людям. Например, только за 1974 год из Красноярска в разные точки края специалисты всевозможных профилей медицины выдетали 879 раз. На работу в нелом затрачено около 1.400 дней.

Но истинную цену этой напряженной статистике лучше всех знают, конечно, воачи. Вениамин Львович Аронов уже третье десятилетие возглавляет санавиаводилось спешить на экстренные вызовы. Однажды рениые вызовы. даже оперировали в вертолете: условия сложнейшие. но жизнь человеку спасли несмотря ни на что. Опыт-ный врач, он умело руково-дит действиями своих подчиненных, решает множество вопросов с оайонными специалистами. На снимке вы видите один из рабочих моментов: бортфельдшер моментов: бортфельдшер О. Ф. Жилина принимает очередной заказ по теле-фону. В. Л. Аронов занят разбором пришедших теле-

Вортнейрохирург А. Барышев листает журнал операций. Это своеобразный аневник деятельности сан-авиастанции. Много странии заполнено рукой Анатолия

Бигеньевича. Однажды поступил экстренный вызов из Паотиван-ского района. Редкий слу-чай— вывих шейного отде-

ла поэвоночника. Пострадав-ший в крайне тяжелом сос-тоянии: оказались парасс тоянии: оказались паради-зованными руки и ноги. Не подоспей помощь вовремя, и человек мог бы на всю жизнь остаться калекой. Но Анатолий Евгеньевич понлетел быстро и оказал квахифицированную помощь. Кроме того, на его счету де-сятки сложных операций.

И здесь хочется остановиться вот на какой дета-ли. Нейрохирургов в коае пока не так эж много. Барышеву, напримен, то и де-ло звонят из районов, про-сят консультаций. Звовят, как правило, на санавиа-станцию. Тогда дежурные вызывают машину, едут за вызманот машину, едут за Анатолием Евгеньевичем домой, привозят его в больницу, и он берет трубку)... Согласитесь, целепо. То же самое с педиатом Н. М. Афанасьевой. Несмотря на многочисленные просьбы врачей, городская телефоната сего заме не самое. ная сеть даже не сделала попытки установить специалистам домашние телефоны, хотя это не прихоть, а ост-безанмость. Ведь рая необходимость. порой исход болезни. порой вскод болезни, не-счастного случая решают минуты. Может быть, ру-ководство ГТС наконец пой-мет это. Хотелось бы получить деловой ответ, без ссыномеров н. т. д. Решение найти можно, если подойти к делу заинтересованию.

вой санавиастанции кипит работа. Ее сотрудники дер-жат под наблюдением от-сомную тероиторию — от Кызыла до Севесчого Ледовитого океана. И в любое время они сделают все, чтобы помочь людям, поцав-

шим в белу. Л. ЗАХАРОВА

Фото автора.







Отделение экстренной и плановой медицинской помощи Отчет за 1980 год

Отделение оснащено полностью - ЭКГ, все хирургические инструменты, перевязочный и нейрохирургический набор.

На балансе отделения: санитарный автомобиль M-24, УАЗ, четыре самолета АН-2, Л-410, вертолет МИ-2, МИ-3. Врачи ездят на вызовы, кроме авиатранспорта и санитарных автомобилей, поездом и маршрутными автобусами.

Посадочные площадки есть во всех районах края.

В штате отделения 6 врачей и 6 медсестер.

Отделение оснащено тремя телефонами. Врачи пользуются аварийным каналом ATC, второй правительственной очередью.

Если нелетная погода в Красноярске, на помощь больным летают врачи из других городов края.

За 1980 год обслужен 4 601 вызов, произведено 573 рейса самолетами и вертолетами отделения, рейсовыми самолетами – 1089, наземным транспортом обслужено 263 вызова. 290 вызовов обслужены борт-врачами. 865 вылетов были экстренными. На месте проведена 131 операция. В сравнении с 1979 годом вызовов больше на 6,2%.

Кто летал в районы

Педиатр: 68 вылетов - 195 больных Ревматолог: 13/44 Гематолог: 14/54 Пульмонолог: 9/20 Аллерголог: 7/21 Инфекционист: 28/116

За год диагностированы

Детский невролог: 6/29

стафилококковые деструкции - 32, токсические пневмония - 13, сепсис - 20, кишечка - 18, менингоэнцефалит - 7, заболевания почек - 6, лейкозы - 8, остеомиелит - 6.

Бюджет санавиации за 1980 год составил 395 000 рублей. Израсходовано 400 тысяч. В пересчете с советских рублей на российские это около 90 млн. рублей. Внимание! Сегодня бюджет санавиации 776 миллионов рублей, из них 660 — краевой бюджет, 116 — федеральный.









ВЫДЕРЖКИ ИЗ ОТЧЕТА ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КРАЯ ЗА 1982-1984 гг.

...Для санитарных полетов используются самолеты АН-2, Л-410, вертолеты, предоставляемые Аэрофлотом, с которым Минздрав СССР заключил генеральный договор. На основании этого договора крайздравотдел ежегодно заключает локальный договор с территориальным управлением Аэрофлота.

Расчеты за полеты производятся по безналичному расчету по предъявлении налета часов. Контроль за использованием средств, выделяемых для полетов, производится финансовым отделом крайздравотдела и заведующим санавиацией. Так, за 1982-1984 гг. проверено расходование денежных средств в Дудинке, Туре, Туруханске, Кежме, Енисейске, Богучанах.

...Санавиастанция имеет две санитарные машины днем и одну ночную.

Ежегодно санавиастанция выполняет более 5 тысяч заявок (вызовов).

В период с 1982 по 1984 год поступило 13 604 вызова. Из них выполнено санитарными самолетами 6 098 (44,8%), наземным транспортом — 2 142 (15,7%), рейсовыми самолетами — 5 025 (36,9%). 209 вызовов не выполнено из-за нелетной погоды и отмены вызовов самими районами (1,5%).

Для транспортировки крови и плазмы сделан 851 вылет (6,2%). Общий налет часов — 15 092.

Оказана помощь 22 368 больным. Борт-врачи вылетали 634 раза. Проведено 7 094 операции. Хирургическая активность колеблется от 20 до 40%. На один вылето-выезд приходится от 0,5 до 0,8 операции и от 3,2 до 3,8 больного.

Проведено консультаций 59 335 больным.

По терапевтическим специальностям на один вылето-выезд приходится 3,3 больного (у невропатолога — 6). Манипуляционная активность — 30% (люмбальные, торакальные, плевральные и другие пункции)

Участилась транспортировка больных: со 141 в 1982 году до 362 в 1984 году. Это связано с расширением реанимационных мероприятий и проведением интенсивной терапии пациентам с ожоговой болезнью, инфарктом миокарда, нейроинфекциями и т.д.

...Особая трудность в оказании специализированной помощи больным из районов Крайнего Севера, что связано с неустойчивой радиосвязью и нерегулярностью выполнения авиарейсов в зимний период.

...Эффективность помощи анализируется по медицинским картам: по хирургическому профилю за 1982-1984 годы выздоровление 50%, улучшение 43-45%, без перемен 5-7%, ухудшение 1%, летальность 1%.

По терапевтическому профилю: выздоровление 50-51%, улучшение 42%, без перемен 4-5%, ухудшение 1%, летальность 1-1,5%.

По педиатрическим специальностям: выздоровление 50-52%, улучшение 40-42%, без перемен 6-8%, ухудшение 1%, летальность 1%.

Зав. санавиастанцией В. Л. Аронов

H-в слу вся 1СКБ-1
«Красноярский рабочий» • 7 июля 1989 года
шив. № 220

КРЫЛЬЯ ПОМОЩИ

ОТДЕЛЕНИЮ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОИ ЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИСПОЛНИЛОСЬ 50 ЛЕТ клини-

Михаил Д., рабочий Карабульского леспромхоза, заболел неожиданно. Еще в пятницу, вернувшись с работы, себя хорошо, хлопотал по хозяйству. А в субботу резко подскочила температура, суороту резко подскочила температура, помутилось в голове, начал заговаривать-ся. Жена поняла, что дело худо, побежа-ла за врачами. Так и оказался сильный, тридцатидвухлетний рабочий в реанимационном отдолении Богучанской онном отдолении Богучанской центральной районной больницы. Диагноз богучанских врачей был страшен: гнойный менингит. Состояние больного, который к тому времени уже был без сознания, убеждало: местный реаниматолог сможет поддерживать в Михаиле жизнь очень мелодго.

Отделение санавиации в краевой больнице было образовано 14 июня 1939 года. С чего начинали начальник Петр Елизарьевич Зайцев и бортхирург Александра Григорьевна Суховская? Да практически с нуля. Бортхирург был вынужден быть универсалом, уметь сделать любую операцию в любых условиях. Да и условият с какие были в те времена...
О прошлом станции санавиации лучше всего расскажет заслуженный арач РСФСР Анна Андреевна Кокорина, проработавшая здесь ровно сорок лет. Инте-

РСФСР Анна Андреевна Кокорина, проработавшая здесь ровно сорок лет. Интересен, кстати, путь, которым Анна Андреевна пришла в медицину. Ей, как дочери «врага народа», дорога в мединститут была закрыта. Но она очень хотела лечить и в 1938 году написала письмо... Сталину, дав первую клятву гиппократа человку, репрессировавшему ее отца. Трудно понять логику «отца народов», но он дал указание — зачислить Анну в Ир-кутский медицинский институт без экзаиенов, обеспечить стипендией и общежи-ием. Уже в декабре 1942 года Кокорина получила диплом о высшем медицин-ском образовании — занятия шли тогда по 10 часов в сутки, без каникул. Потом в Ростове выучилась на хирурга и рабо-тала в прифорнтовой полосе — бомбежпокалеченные... ки, больные, вернулась в Красноярск.

Что привело ее в санитарную авиацию? Наверное, привычка не лечить, а бороть-ся со смертью. Брать в самый последний момент ответственность на себя. Работать в экстремальных ситуациях, когда под рукой нет даже самого необходимо-

— Сколько я их сделала, вылетов? Да кто это может подсчитать... Но некоторые помню до сих пор и помнить буду, наверное, всю жизнь, В 1947 году полетели мы з Пит-Городок, что в Северо-Енисейском районе. Лететь туда сомной было некому, полетела одна. Прилетели, гляжу — больная тяжелая, надо оперировать, а в больнице только старик фельдиер да молоденькая медсестра. рик фельдшер да молоденькая медсестра. Поставила фельдшера за ассистента, мед-сестру за анектезиолога, сама — за нее и за себя, за хирурга. Только начали оперировать вскрыла живот — оттуда

одна в трех лицах, три часа вместо од-

ного. Все обошлось. А то еще помню А то еще помню случам. Трилетели ночью в поселок Поваренкино, что в Тюхтетском районе. Девочка — тяжелейшая: запущенный перфоративный аппендицит, срочно нужна операция, промедление смерти подобно. Электроосвещения в больнице не было, лишь керосительно новые лампы. А у меня для наркоза — один эфир. Сами понимаете, только чиркни спичкой... И без операции не обой-тись, и оперировать невозможно. Стою, соображаю, как быть? И вдруг мимо окон «операционной» проехала какая-то вольно ярким светом, Эврика! Выскочила на улицу, попросила водителя развернуться фарами к окну. Так и проопери-ровала девочку. Она выжила, Вообще во всяких переделках прихо-

бывать: 'спускаться с вертолета по лестнице, оперировать в эвенкийском

От себя добавлю — Анне Андреевне пришлось однажды делать операцию... в вертолете. Транспортировала из Новосевертолете. Гранспортировала из Новосе-повского района в Красноярск тяжелую больную. В Ми-2 той стало плохо; пропал пульс, резко упало артериальное давление. Кокорина приказала посадить вертолет в чистом поле и прямо в сало-не сделала операцию. Этот случай в об-щесоюзной практике до сих пор прецедентов не имеет.

...В этот день на Богучанскую ЦРБ прямо-таки обрушились напасти. Пока все реанимационные силы больницы были брошены на спасение Михаила Д., стало хуже восемнадцатилетней Жанне Щ., лежавшей в реанимационном отделении с сильнейшим токсикозом беременности...

Конечно, нынешние условия нашей работы несравнимы с теми, в которых пришлось работать Анне Андреевне Ко-кориной. — сказал Владимир Климентьевич Медведь, нынешний заведующий от-делением санавиации, показав глазами на современный телетайп, установленный прямо у него в кабинете. — Сегодня в нашем распоряжении два вертолета Ми-2 и самолет Л-410 Аэрофлота. В больнице 39 «узких» специалистов, которых мы, в случае необходимости, привлекаем к вылетам. Да и в штате самой станции легам. Да и в штаге самои станции ченовек. Гораздо лучше, чем раньше, оборудованы районные больницы края, так что с экстремальными ситуациями наши врачи сталкиваются гораздо реже. Но и объем работы, конечно же, вырос. В месяц мы делаем до 150—260 вылетов. А проблем по-прежнему, увы, хватает.

До сих пор у нас нет самолета, оборудо-ванного медицинскими приборами. В случае транспортировки носилки с тяже-лобольным приходится ставить прямо на пол. Необходим специализированный самолет, который был бы прикреплен к станции. А сейчас как получается? Аэро-флот на хозрасчете. Мы платим ему 800

тались ему должны, и нынче приходится экономить на вылетах: ездить на поездах, машинах. Да и на машине особо не разъ-едишься — на наш УАЗ-452 выделяется всего 40 литров бензина в сутки. Честно скажу — достаю талоны на бензин всеми правдами и неправдами. Ради жизни боль-

ных иду, можно сказать, на преступление.
— И еще больной вопрос, — продолжает
Владимир Климентьевич. — Оклады. Став-Владимир Климентъевич. — Оклады. Став-в месяц, — 120 рублей. А ведь он рабо-тает в исключительных условиях, как и все наши врачи. Приходя утром на рабо-ту, они даже не могут предполагать, в какой точке края окажутся к вечеру, где заночуют, где пообедают, да и пообеда-

Словно в подтверждение слов Медведя нетерпеливо, с короткими звонит телефон. интервалами

 Алло, Богучаны? Слушаю, Да. Ото-иноларинголога и гинеколога. Понял, Выпетают

Беседу пришлось прервать. Вместе с врачами на помощь далеким, незнакомым Жанне и Михаилу решил поспешить и

ваш корреспондент.
...Менее получаса заняла на «скорой помощи» дорога до Черемшанки. И еще полтора — в уютном салоне Л-410. Молодой врач-оториноларинголог Алексей Анатольевич Мядзель дремал — эвонок матольевич мядзель дремал — звонок из Богучанской ЦРБ застал его выходящим из операционной, где он только что сделал сложную операцию, Времени на отдых не было — только переодеться.

О чем-то задумалась, глядя на проплы-вающие внизу облака, гинеколог Тамара вающие внизу облака, тинеколог тамара Андреевна Гордеюк. Для нее, как и для Алексея Анатольевича, этот внезапный полет — один из очень многих, За иллюминатором блеснула полоской

фольги Ангара. Здесь, на ее берегу двое людей из последних сил борются со смертью. Считанные минуты понадобились

того, чтобы богучанская «скорая» доставила нас от трапа самолета до райболь-

Мядзель осмотрел Михаила, обмениваясь с местными врачами лишь им одним понятными терминами,

— Нужна операция. Готовьте больного — я готов. — И потихоньку мне: — Очень плохи дела. Это операция от-

Пока Алексей Анатольевич вместе бригадой богучанских медиков оперировал Михаила, в ординаторской держала совет с местными врачами Т. А. Гордеюк. Жанне нужно помочь в родах, но где: в Красноярске или тут?

- Тяжелый случай. Не могу я ее здесь — Тяжелый случаи. Не могу и ее здесь оставить. Нет, я ничего не хочу сказать плохого о местных врачах — это знающие, опытные специалисты. Но все-таки в краевой больнице мы сможем сделать для нее больше. Да и у меня на душе бу дет спокойнее.

Часа через полтора операция была за-

- Шансов, конечно, мало, — поделился вогой Алексей Анатольевич. — Но

тревогой Алексей Анатольевич. — Но больше ничего сделать нельзя. Домой, в Красноярск, возвращались поздно вечером, Вместе с Жанной, Тамаре Андреевне и Алексею Анатольевичу к восьми утра на работу. Куда-то им предстоит лететь завтра?

Когда этот материал готовился к печа-к, я позвонил в Богучаны. Михаил Д жив, хотя состояние его по-прежнему тя-желое, О Жанне Т. А. Гордеюк сооб-щила: роды прошли успешно, больная никаких опасений не вызывает.















Печальные страницы санитарной авиации



Аварийная посадка самолета Cessna, в котором летел на вызов заведующий отделением Константин Барышников. Все остались живы Авария Eurocopter. На борту анестезиологреаниматолог Исрафиль Хакимов. К счастью, врач уцелел





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(МИНЗДРАВ РОССИИ)
Рахмановский пер., д. 3.25, стр. 1, 2, 3, 4, Москва, ГСП-4, 127994
1e3.:(495) 628-44-53, факе: (495) 628-50-58
14.06.Jof8 %: (47-5) 52.6

Министру здравоохранения Красноярского края

Б.М. Немику

Главному врачу ГКБУЗ «Краевая клиническая больница»

Е.Е. Корчагину

Уважаемые коллеги!

Департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации и проектный офис направления «Санитарная авиация» федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощью поздравляет Вас и Ваших коллег с 80-летним юбилеем службы санитарной авиации в Красноярском крае и Днем медицинского работника.

Своевременность оказания экстренной медицинской помощи — один из

Своевременность оказания экстренной медицинской помощи — один из ключевых инструментов сохранения здоровья и жизни человека. Учитывая географические особенности Красноярского края, низкую транспортную доступность ряда районов, климатические условия и плотность населеная, обеспечить своевременность оказания экстренной медицинской помощи без использования авиации невозможно.

С 2017 года Красноярский край принимает участие в реализации проекта «Развитие санитарной авиации». Сегодня в крае работает новая авиационная техника, оснащенная высококлассным медицинским оборудованием. Спасены тысячи жизней красноярцев, санитарная авиация активно участвовала в медицинском обеспечении XXIX Всемирной зимней универсиады 2019.

медицинском обеспечении XXIX Всемирной зимней универсиады 2019.
Благодаря усилиям и самоотверженному труду настоящих профессионалов, огромный опыт работы санитарной авиации в крае не только сохранен и преумножен, но и активно передается коллегам по всей России.

Департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной

Департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности желает всей службе дальнейшего процветания и развития на благо Красноярского края, а коллективу — здоровья, успехов и благополучия!

Директор Департамента

C expansement,

О.И. Гусев







ПРАВОВОЙ ВОПРОС

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕКАЧЕСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Н. Г. Зайцев КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Здоровье и жизнь граждан — один из основных элементов, защищаемых Конституцией РФ. Каждый из нас имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. На этом основано подавляющее большинство судебных исков к медицинским организациям в связи с развитием осложнений при оказании медицинской помощи.

Согласно ст. 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. При этом важно, что ответственность медицинских работников наступает как за неправомерные действия, так и за бездействие.

100% гарантий нет

Медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на всей территории РФ, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Но, несмотря на наличие стандартов и порядков оказания врачебной помощи, при осуществлении врачебной деятельности в отношении конкретного пациента безусловная гарантия получения качественного результата отсутствует.

Для ответственности медицинских работников необходимы три фактора:

- конкретное ухудшение здоровья пациента как результат противоправных действий или бездействия со стороны медицинского персонала.
- причинно-следственная связь между противоправным поведением конкретных медицинских работников и наступившим вредом;
 - вина причинителя вреда.

Противоправность всегда предполагает нарушение конкретных норм права, требований закона, а при оценке деятельности врача, среднего медперсонала — несоблюдение конкретных инструкций, методик, порядков и стандартов, установленных для диагностики и лечения.

Именно с учетом порядков врач определяет необходимость проведения того или иного вида обследования, назначения того или иного препарата. При этом индивидуальные особенности строения человеческого организма имеют существенное значение и порой требуют принятия решений, которые не всегда соответствуют стандарту.

При анализе ситуаций по требованию возмещения ущерба в связи с медицинским вмешательством речь довольно часто идет либо об осложнениях лечения, неизбежных даже при самом точном исполнении стандартов и методик (при ограниченных медицинских ресурсах), либо об осложнениях, вызванных неправильными действиями, решениями врача (дефектом медицинской помощи).

Несмотря на наличие множества нормативных правовых актов в сфере здравоохранения, отрегулировать абсолютно все вопросы взаимодействия врача и пациента невозможно, но надлежащий уровень оказания медицинской помощи может гарантировать система контроля качества оказания медицинской помощи.

0 наличии такой системы в медицинской организации можно говорить, если:

- все производственные процессы четко регламентированы, изложены ясно и однозначно в письменной форме;
- определена ответственность всех участников процесса оказания медицинской помощи, в том числе руководящего персонала, что установлено должностными инструкциями;
- обеспечены условия для выполнения установленных требований: обученный и аттестованный персонал, необходимые помещения и площади, соответствующее оборудование и системы обслуживания, расходные материалы, изделия, инструментарий, лекарственные средства, наличие для каждого исполнителя алгоритма действий, регулярное обучение персонала правильному выполнению инструкций и методик, алгоритма действий;
 - организован контроль качества в медицинском учреждении.

Практически все нарушения со стороны медицинских работников связаны с обеспечением прав пациентов. Важно, чтобы в каждой медицинской организации был разработан конкретный организационно-правовой документ, регламентирующий обязанности персонала по реализации этих прав.

Ознакомление с этим документом всех медицинских работников, а также возможность в любой момент обратиться к нему при сложных ситуациях обеспечат правильность действий медперсонала, предотвратят не только возможное нарушение и последующие жалобы и обращения, но и ответственность медицинского работника, если жалоба будет иметь место.

Врачебная ошибка – не всегда ошибка

При анализе ситуаций по требованиям возмещения ущерба в связи с оказанием медицинской помощи наибольшие противоречия вызывает правовая квалификация врачебных ошибок.

В первую очередь нужно подчеркнуть, что термин «врачебная ошибка» отсутствует в законодательстве. Это понятие не юридическое, а исключительно медицинское. Позиции авторов по понятию «врачебная ошибка» противоречивы. Допускается применение термина «врачебная ошибка» при любом отрицательном результате врачевания, в том числе при соблюдении стандартов и методик.

Но ведь если была оказана врачебная помощь надлежащего содержания, с учетом имеющихся симптомов, данных анамнеза и результатов обследования, при квалификации осложнений, неблагоприятных результатов лечения не может идти речи о дефекте медицинской помощи, а значит, о врачебной ошибке, влекущей юридическую ответственность.

Также в случаях, когда объективно существующие обстоятельства оказали влияние на развитие осложнений в ходе врачебного вмешательства, недопустимо вести речь о вине врача в неблагоприятном исходе врачевания. Это может быть характер и тяжесть заболевания, поздние сроки начала лечения, возраст пациента, сопутствующая патология и другие причины.

Таким образом, далеко не все дефекты оказания медицинской помощи могут называться врачебной ошибкой и служить основанием для финансовых санкций против медицинской организации. И важнее всего при оценке ситуации определиться с наличием или отсутствием вреда здоровью пациента в результате действий (бездействия) медперсонала.

Когда экспертиза несовершенна

К сожалению, порой врачебные ошибки фиксируются заключением судебно-медицинской экспертизы, проведенной специалистами недостаточного экспертного уровня, а иногда эксперты необъективно и невнимательно исследуют медицинские документы.

Ряд примеров, имевших место в судебной практике Красноярского края, наглядно показывает необходимость совершенствования организации и проведения судебно-медицинских экспертиз.

Дело № 1

В основу судебного решения по исковому заявлению пациента С. были положены именно ошибочные выводы экспертов о некачественной медицинской помощи, оказанной специалистами краевой клинической больницы.

В Ермаковскую ЦРБ поступил пациент с желудочным кровотечением. В анамнезе у пациента резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру — операция проведена пять лет назад.

Поскольку в Ермаковской ЦРБ не было своего эндоскописта, в больницу по санавиации и в связи с угрожающим состоянием больного вылетели эндоскопист и хирург краевой клинической больницы.

По результатам ФГС в желудок пациента для остановки кровотечения был введен зонд Блэкмора.

Пациенту выставлен диагноз синдром Маллори-Вейса — кровотечение из нижней части пищевода, кардиального отдела желудка, и специалисты вернулись в Красноярск.

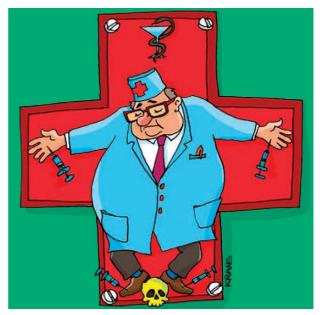
К сожалению, через двое суток кровотечение у больного С. возобновилось. На место, в Ермаковскую ЦРБ, прилетела еще одна бригада санавиации из ККБ. Пациента прооперировали. Согласно протоколу операции, зафиксирован источник кровотечения — из зоны гастроэнтероанастомоза (шва от операции пятилетней давности). Пищевод и кардиальный отдел желудка не кровили.

В дальнейшем судебно-медицинские эксперты сделали ошибочный вывод о том, что еще в первый прилет хирург ККБ неверно установил источник кровотечения и не оказал пациенту надлежащую медицинскую помощь. По мнению экспертов, пациента сразу надо было брать на операционный стол, потому что «установка зонда Блэкмора лишь кратковременно купировала кровотечение».

Это категорически ошибочное мнение. Во-первых, зонд Блекмора предназначен только для остановки кровотечения из кардиального отдела желудка и пищевода, а новое кровотечение имело место у пациента из двенадцатиперстной кишки.

Во-вторых, после установки зонда кровотечения не было почти двое суток, а при наличии крови в желудке обязательно имелись бы выделения по зонду.

Почему же выводы экспертов противоречили реальным обстоятельствам оказания медицинской помощи?



В качестве экспертной организации по делу пациента С. определено 000 «Научно-исследовательский институт судебной экспертизы», не имеющее ни лицензии на судебно-медицинскую деятельность и экспертизу качества медицинской помощи, ни специалистов в области судебно-медицинской экспертизы с соответствующим уровнем подготовки.

В состав комиссии экспертов не были включены необходимые специалисты:

- врач-гастроэнтеролог, хотя именно с заболеванием желудочнокишечного тракта пациент поступил в Ермаковскую РБ, а в последующий период длительно лечился в ГБ № 6 Красноярска;
- врач-невролог и врач-ортопед, несмотря на то, что истец в качестве осложнений указывал на утрату способности к передвижению (заболевание конечностей).

При оценке уровня подготовки экспертов судом не учтено, что привлеченный в качестве эксперта профессор П., имея ординатуру по специальности «хирургия», вообще никогда не работал хирургом и с 1996 года занимается вопросами сестринского дела

Эксперт В., директор частной экспертной организации, также не имел требующегося уровня подготовки, дающего право заниматься вопросами судебно-медицинской экспертизы. Сертификат, представленный экспертом В. в суд, был просрочен.

Таким образом, ни В., ни П. не могли быть привлечены в качестве экспертов для проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам указанного дела, поскольку уровень их квалификации должным образом не подтвержден.

Соответственно, заключение судебно-медицинской экспертизы, положенное в основу судебного решения, не могло быть признано допустимым доказательством, но судами всех уровней это учтено не было. Решение оставлено в силе и определением Верховного суда РФ.

Лишь через несколько лет удалось провести повторную судебномедицинскую экспертизу, которая сделала однозначный вывод: медицинская помощь больному С. на всех этапах была оказана надлежащим образом.

Дело № 2

Не менее интересным является решение Сосновоборского городского суда о взыскании морального ущерба и средств на содержание

двоих детей до 18 лет в связи со смертью в приемном отделении городской больницы гражданина Б.

Гражданин был доставлен в больницу бригадой скорой помощи после полуночи в состоянии алкогольного опьянения. Медицинская помощь ему не оказывалась, поскольку объективные данные — температура тела (36,6), артериальное давление (130/80), частота сердечных сокращений (76) и дыхательных движений (18) соответствовали норме. Нарушений витальных функций не было.

Доставленный был помещен в палату приемного отделения для сна. Через три часа обнаружен медсестрой уже в состоянии клинической смерти.

По результатам вскрытия — в крови 8 промиле этанола, в моче — 6,6 промиле. По заключению судебно-медицинской экспертизы смерть наступила в результате алкогольного отравления. При этом эксперты указали, что на момент доставления в приемный покой имелись признаки тяжелой алкогольной интоксикации, «умеренная кома».

Со ссылкой на стандарт оказания медицинской помощи при алкогольном отравлении эксперты сделали вывод о прямой причинной связи между наступившей смертью и отсутствием медицинской помощи: не проведено промывание желудка и другие медицинские манипуляции, капельное введение лекарственных средств.

По запросу медицинской организации получен ответ из Федерального центра Судебно-медицинской экспертизы Минздрава РФ за подписью главного внештатного врача-токсиколога Минздрава РФ. Из ответа следует, что, несмотря на 8 промиле в крови (это, безусловно, смертельная концентрация алкоголя), показатели гемодинамики и дыхания находились в пределах нормы, угроза жизни отсутствовала, необходимости госпитализации в палату интенсивной терапии не было.

Смерть могла наступить от внезапной остановки сердца из-за алкогольной кардиомиопатии, развившейся вследствие хронического алкоголизма. Такая причина смерти может иметь место даже на фоне проводимой терапии.

В ходе проведенной дополнительно экспертизы качества медицинской помощи экспертами указано, что диагноз алкогольное опьянение выставлен верно, но одновременно отмечено отсутствие ацетальдегида в крови пациента Б. Это означает отсутствие фермента алкогольдегидрогеназы: распад алкоголя в таких условиях не происходит.

Экспертами учтены и стандарты оказания скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, где отражено, что диагностика острого алкогольного отравления может иметь место только при наличии признаков угнетения сознания до глубокой комы, гипотензии, гипотермии, нарушения ритма сердца, угнетения дыхания. А в руководстве по судебно-медицинской экспертизе отравлений сказано, что о степени опьянения судят на основании клинических проявлений опьянения, причем опасно исходить только из данных о содержании алкоголя в крови.

Основой медицинского заключения о наличии или отсутствии алкогольного опьянения служит клиническая картина, выявленная при врачебном наблюдении. Для тяжелой степени опьянения характерно помрачение или потеря сознания, рефлекторные реакции очень вялые или вообще отсутствуют, температура понижается, кожа бледнеет, становится влажной и холодной, артериальное давление понижается, пульс урежается, дыхание поверхностное, замедленное.

На степень опьянения влияет концентрация ацетальдегида в крови. При одних и тех же концентрациях алкоголя в крови повышенное содержание ацетальдегида сопровождается более выраженной картиной опьянения.

Повторная экспертиза пришла к выводу, что имела место быстрая смерть на фоне употребления большой дозы этилового спирта при парадоксальном отсутствии клинических признаков отравления, требующих медицинского вмешательства.

Дело № 3

Один из примеров, когда реанимационные мероприятия, по мнению экспертов, явились причиной смерти пациента, — гражданское дело по иску семьи работника полиции М. к подразделению скорой медицинской помощи.

В рабочий день в 14.00 сотрудник полиции М. приехал в рабочий кабинет, где его самочувствие стало ухудшаться. Коллегам, а затем и прибывшим сотрудникам скорой помощи М. высказал жалобы на плохое самочувствие и сильные боли давящего характера в загрудинной области с иррадиацией в левую руку и лопатку.

Также М. сообщил, что в 13 часов 30 мин. перенес стресс и физические нагрузки, в результате которых и появились боли за грудиной.

Сотрудники скорой медицинской помощи зафиксировали: кожные покровы бледно-розовые, сознание ясное (по ШКГ 15 баллов), зрачки D=S, нистагмов нет, очаговой и менингеальной симптоматики нет, частота дыхательных движений 18 в минуту, ЧСС 69 уд. в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., SPO2 96%, на ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 69 уд. в минуту, сегмент ST — на изолинии, зубец T — положительный.

Был выставлен диагноз острый коронарный синдром, с обезболивающей целью внутривенно введен раствор морфина гидрохлорида 1% 1 мл. Для блокирования тромбообразования введен внутривенно раствор гепарина и дана таблетка аспирина 0,25.

В 15.10 у пациента возникла фибрилляция желудочков. Силами прибывшей дополнительно специализированной бригады скорой медицинской помощи начата сердечно-легочная реанимация, выполнялась повторная электродефибрилляция с нарастанием энергии разряда. В связи с развившейся асистолией вводился раствор адреналина гидрохлорида 0,1% 1 мл и раствор атропина сульфата 0,1% 1 мл.

В 15.51 констатирована биологическая смерть.

Указанный диагноз острый коронарный синдром работниками скорой медицинской помощи был поставлен с учетом симптомов и обстоятельств произошедшего, указанных как непосредственно пациентом, так и его коллегами. Но по результатам вскрытия было диагностировано, что смерть наступила в результате... отравления морфином.

Согласно акту исследования трупа, при вскрытии количество содержания морфина в крови составило 0,46 мкг/мл, в желчи — 0,34 мкг/мл, в моче — 1,29 мкг/мл. Этого никак не могло быть при введении с целью обезболивания 1 мл морфина гидрохлорида.

Согласно судебно-медицинскому исследованию, выполненному Красноярским краевым бюро судебно-медицинской экспертизы, наркотическое вещество поступило в организм М. в течение 24 часов до момента смерти путем инъекций или через желудочно-кишечный тракт.

При этом важно, что одновременно с морфином в крови М. был обнаружен кодеин. При опросе же ни пациент М., ни его коллеги ничего об употреблении лекарственных средств врачам скорой помощи не сообщили.

Таким образом, о вредных привычках М. медикам ничего известно не было, но вывод экспертов о том, что введение морфина пациенту было противопоказано, все же повлиял на судебное решение в пользу иска родственников умершего о взыскании морального ущерба в связи с причинением вреда здоровью.

В апелляционном определении Красноярского краевого суда указано, что «совокупность представленных сторонами доказательств подтверждает наличие прямой причинно-следственной связи между оказанием сотрудниками КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи» медицинской помощи и наступлением смерти М.».

К сожалению, в данной ситуации правильные, по существу, действия медицинских работников в сложившейся ситуации не обеспечили улучшение состояния М. по не зависящим от них причинам. Состояние М. ухудшилось по причине, возможность которой они даже не могли предполагать, ведь помощь оказывалась на рабочем месте сотруднику полиции(!). Разве можно было представить, что полицейский способен умереть от передозировки наркотических средств?

По результатам проведенной независимой экспертизы качества медицинской помощи сделаны следующие заключения.

Выбранная сотрудниками скорой медицинской помощи тактика и объем интенсивной терапии верные и соответствуют Стандарту оказания помощи больным с острым коронарным синдромом без подъема ST, а также требованиям приказа министерства здравоохранения Красноярского края № 135-орг «Об утверждении региональных стандартов оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом».

Все применяемые сотрудниками скорой медицинской помощи препараты входили в состав укладки выездной бригады скорой медицинской помощи.

Морфина гидрохлорид был введен в терапевтической дозе с целью обезболивания. Указанная доза 1 мл не может вызывать токсического эффекта.

Высокие концентрации морфина в биологических материалах свидетельствует о том, что накануне имело место употребление М. морфиносодержащих препаратов. Острый коронарный синдром у М. мог развиться внезапно, с учетом имевших место физической нагрузки и эмоционального стресса. Отсутствие в ходе гистологического исследования признаков некроза миокардиоцитов не исключает наличие острого коронарного синдрома и возможность внезапного развития данного состояния.

При частом употреблении опиатов к ним развивается высокая толерантность. Терапевтическая доза, введенная сотрудниками скорой помощи, существенно не повлияла и не могла повлиять на уровень концентрации морфина в биологических жидкостях.

Выявленное в ходе гистологического исследования состояние поджелудочной железы (признаки геморрагического панкреатита) могли быть причиной болей в желудке, о наличии которых сообщила вдова умершего. Данное заболевание могло быть связано с хроническим употреблением морфиносодержащих препаратов, но симптомы в виде загрудинных болей с иррадиацией в левую лопатку и руку для геморрагического панкреатита не характерны.

Смерть М. наступила от спазма коронарных артерий, на что указывают данные микроскопического исследования. Спазм коронарных артерий является вариантом ОКС. Учтено же судом было только заключение судебно-медицинской экспертизы.

Выводы

Изложенные факты и обстоятельства свидетельствуют о том, что законодательство в части проведения судебно-медицинских экспертиз по медицинским делам несовершенно. Необходимо ввести особые требования к уровню подготовки и практического опыта экспертов именно по вопросам оказания медицинской помощи

Экспертному учреждению для такого рода экспертиз необходимы одновременно лицензии на судебно-медицинскую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи.

ПЕДИАТРИЯ

ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ – ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Т. О. Ульянова, Е. В. Будникова, М. Ю. Маслова, Е. П. Горбылева, А. В. Иванова КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»

Активное внедрение современных методов успешного становления, поддержки и расширения практики грудного вскармливания (далее — ГВ) в практику лечебных учреждений началось в 1999 году, когда было возрождение профилактической направленности в работе участковой педиатрической службы. К тому времени педиатры в большинстве своем занимались лечением и реабилитацией больных детей, забывая о том, что определяющим звеном отечественной педиатрической специальности является ее профилактическая направленность. Распространенность ГВ в городских детских поликлиниках не превышала 20-30% среди детей старше шести месяцев.





Сложившуюся ситуацию следовало рассматривать как чрезвычайную, и ее необходимо было менять. Для этого была разработана программа по расширению практики ГВ. Стратегической целью программы явилось привлечение к участию учреждений родовспоможения и детства в Глобальной инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», т. е. внедрение в работу учреждений десяти основных принципов успешного грудного вскармливания, опубликованных в совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ (1989).

Внедрение отдельных принципов успешного грудного вскармливания позволило увеличить долю детей до 40%, находящихся на ГВ более шести месяцев уже к концу 2000 года.

Учитывая положительный опыт работы кабинета «Здоровый ребенок» по расширению практики грудного вскармливания, в 2001 году был организован Красноярский городской организационно-методический центр грудного вскармливания.

Цель организации центра заключалась в популяризации ГВ среди населения, профессиональной подготовке медицинских работников женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник, отделений второго этапа выхаживания новорожденных Красноярска современным методам ведения лактации, координирования деятельности учреждений здравоохранения города по внедрению основных принципов успешного ГВ в повседневную медицинскую практику.

КГБУЗ «КГДБ № 8» в 2005 году приступило к внедрению десяти основных принципов успешного грудного вскармливания в работу участковой педиатрической службы. Медицинские работники прослушали или изучили курс ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию» с учетом специфики работы поликлинического звена. В результате освоения данного информационного материала и практических навыков медицинские работники начали использовать новые технологии становления и поддержания практики грудного вскармливания: кормление ребенка не по режиму, а по требованию ребенка, обязательные ночные кормления; отказ от использования пустышек; отказ от регулярного допаивания водой в период исключительно грудного вскармливания, отказ от процедуры «контрольного кормления», отказ от антенатальной подготовки молочных желез к кормлению грудью, а, наоборот, о подготовке женщин к кормлению грудью.

При подготовке женщин к грудному вскармливанию особое внимание обращается на физиологию запуска и поддержании лактации, о преимуществах грудного молока и грудного вскармливания, о недостатке или негативных последствиях искусственного вскармливания. Систематическое получение новой информации по вопросам грудного вскармливания на конференциях, семинарах, круглых столах позволило значительно сократить долю детей, лишенных грудного молока. В частности, при лактостазах и маститах не только не убирается грудное вскармливание, а мы стали рекомендовать более часто прикладывать ребенка к груди.

При лечении кормящих грудью матерей по поводу того или иного заболевания очень редко ребенок переводится на искусственное вскармливание. Информирование родителей, членов их семей о преимуществах и доступности грудного вскармливания, оказание им помощи и поддержки в сложных и особо сложных ситуациях позволило сформировать у родителей положительное мнение о профессионализме участковой службы, в том числе по вопросам вскармливания летей.

В 2016-2018 годах на педиатрическом участке № 14 поликлиники № 3 число детей первого года жизни находилось в пределах 30, ежегодно от 66,7 до 78,3% детей первого года жизни получают грудное молоко более шести месяцев. Однако достаточно много детей лишаются грудного молока в возрасте

до трех месяцев (17,8%) и возрасте до шести месяцев (9,5%) не всегда по строгим медицинским или социальным показаниям.

Одной из основных причин лишения ребенка грудного молока в первые месяцы является докорм искусственными смесями в родовспомогательных учреждениях. На педиатрическом участке из 84 детей, выросших до 12 месяцев, за три года 21 (25%) ребенок получал докорм, когда это не только отрицательно сказывается на успешности становления лактации, но и является пусковым механизмом формирования атопических заболеваний.

Анализ по политике грудного вскармливания за последние три года показал, что поддержку по становлению и поддержанию практики грудного вскармливания получает 96,4% матерей в детской поликлинике, в родовспомогательных учреждениях 79,8%, в центре грудного вскармливания 32,1%.

Работа с беременными и женщинами, вскармливающими детей грудью, не только значительно сократила долю детей, лишенных грудного молока, особенно в первые недели и месяцы жизни, но и отражается на качестве здоровья детей. На участке за время работы по расширению практики и продолжительности грудного вскармливания значительно сократилось количество детей, обращающихся по заболеваемости.

Железодефицитная анемия встречается почти в 2 раза реже у детей, находящихся на грудном вскармливании. Значительно реже среди этих детей диагностируется пищевая аллергия. Кишечные инфекции и острые расстройства пищеварения встречаются у детей, получающих грудное молоко более шести месяцев. в 2 раза реже.

Заболеваемость ОРВИ и отитом практически регистрируется с одинаковой частотой. Однако у детей, находящихся на ГВ, данные заболевания протекают легче и не дают осложнений. Также за последние годы значительно сократилось число госпитализированных — с 32,3% в 2016 году до 21,4% в 2018-м.

Учитывая огромную значимость расширения практики и продолжительности грудного вскармливания как фактора формирования качества здоровья с первых дней жизни и на предстоящие годы, следует также отметить, что в семьях, которые преодолевали трудности с продолжением грудного вскармливания, значительно улучшался психологический климат. Этот вид профилактической работы решает не только медицинские, но и социальные вопросы.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ БУДУЩИХ ПРОВИЗОРОВ

Ж. Е. Турчина, С. Н. Ноздрина, Н. П. Вахрушева, О. Я. Шарова КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого ФСНКЦ ФМБА России

Аннотация

Представлен опыт проведения клинической производственной практики у студентов 2-го курса очной формы обучения по специальности 33.05.01 «Фармация» на кафедре сестринского дела и клинического ухода.

Ключевые слова: производственная практика, компетенции, дневник практики, студент.

Производственная практика (ПП) — неотъемлемая и очень важная составляющая часть подготовки студента медицинского университета. Организация проведения производственной практики среди студентов является актуальной проблемой современного образовательного процесса.

Перед производственной практикой ставятся такие задачи, как обучение студента мануальным навыкам, навыкам общения с пациентами, формирование контакта с врачами и средним медицинским персоналом, знакомство с особенностями работы медицинского учреждения. При прохождении летней производственной практики в медицинском коллективе происходит оценка психологической готовности студента к работе с больными [4].

На кафедре сестринского дела и клинического ухода (СД и КУ) с 2011 года в связи с переходом на ФГОС ВПО, согласно учебным планам студенты специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» активно проходят ПП, о чем сотрудники кафедры неоднократно отмечали в своих научных публикациях [1, 2, 5].

В частности, краевая клиническая больница является базой проведения ПП для студентов многих курсов и специальностей КрасГМУ.

Студенты по специальности «Фармация» согласно ФГОС ВО 2016 г. также проходили ПП — Клиническая практика «Медицинская ознакомительная практика», которая проходила непрерывно в январе учебного года — 24 часа (4 дня по 6 часов) практической работы и 12 часов самостоятельной работы, итого 36 час. Практика проходила на



базе стационара лечебно-профилактического учреждения, а именно Федерального Сибирского научно-клинического центра ФМБА России.

Учебно-методические документы (индивидуальное задание на ПП, дневник производственной практики, распределение обучающихся по базам) сотрудники готовили согласно приказу Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383 «Об утверждении положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» [3].

В университете издан внутренний приказ по организации проведения данной практики. Рабочая программа практики составлена и представлена в электронном модуле на сайте университета в закладке «УМКД» — Фармация, очная форма обучения.

Цель клинической производственной практики — обучение будущих провизоров практическим навыкам общего и частного клинического ухода за больными, а также оказания первой доврачебной помощи при различных неотложных ситуациях.

Задачи клинической производственной практики:

- Формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.
- Приобретение знаний структуры организации терапевтической службы и устройства лечебно-профилактического учреждения, соблюдения санитарно-гигиенического режима.
- Обучение студентов клиническому уходу за больными терапевтического профиля в качестве помощников младшего и среднего медицинского персонала.
- Обучение студентов оказанию первой доврачебной помощи больным при возникновении неотложных состояний.

Практические навыки, которые вынесены в рабочую программу ПП, можно разделить, на наш взгляд, на четыре группы:

- 1. Практические навыки в работе помощника младшего медицинского персонала (смена нательного и постельного белья).
- 2. Практические навыки в работе помощника палатной медицинской сестры (измерение температуры тела, измерение артериального давления, исследование пульса).
- 3. Практические навыки в работе помощника процедурной медицинской сестры (инъекции).
- 4. Практические навыки, связанные с оказанием первой доврачебной помощи при неотложных состояниях (боль в сердце, обморок, гипертонический криз), которые могут возникнуть в любых условиях в работе будущего провизора (аптеке, транспорте).

Часть практических навыков студенты отрабатывали в симуляционном классе кафедры, а также в импровизированном процедурном кабинете на муляжах (инъекции). На кафедре имеется достаточное количество симуляторов для работы со студентами: интерактивные манекены взрослого пациента в человеческий рост для отработки практических навыков по личной гигиене, неотложной доврачебной помощи (рис. 1); тренажеры для проведения всех видов инъекций; наборы для профилактики и обработки пролежней.

Дело в том, что студенты очной формы обучения в большинстве случаев не имеют базового среднего медицинского профессионального образования: медсестра, фармацевт, учитывая также, что у студентов не было предшествующих подобных практик. Несомненно, на первом этапе возникали технические трудности, и симуляционное обучение являлось важной составляющей практического обучения.

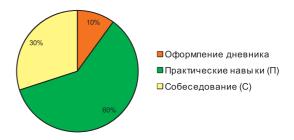
На каждый практический навык сотрудниками кафедры разработаны чек-листы, т.е. подробный алгоритм проведения манипуляции. Актуальность разработки чек-листов связана с некоторыми особенностями: для снижения речевой нагрузки студента при выполнении практических навыков, чтобы студент максимально сконцентрировал внимание на технике выполнения навыка, тем самым облегчая роль преподавателя, принимающего итоговый зачет; а также для более качественной оценки практического умения, следуя строго по алгоритму, как указано в чек-листе.

Результаты практической работы фиксируются в дневнике ПП. В приложении к дневнику студент фиксирует каждый день своей работы с указанием количества освоенных практических навыков, что отражено в таблице 1.

Таблица 1 Приложение № 1 к дневнику производственной практике — Фармация, очная форма обучения

Дата	Содержание выполняемой работы	Количество манипуляций	Подпись преподава- теля
10.01.2019	Пример заполнения дневника Сегодня первый день практики. Ознакомился с организацией терапевтического стационара, режимами работы терапевтического стационара (опишите его структуру, профиль пациентов, которым оказывается медицинская помощь, на сколько коек рассчитано, особенности соблюдения санитарно- эпидемического режима). Изучение обязанностей младшего и среднего медицинского персонала. Изучил структуру симуляционного и процедурного кабинетов кафедры, ознакомился с симуляторами. Выполнил: Заполнение медицинской документации сестринского поста. Транспортировка больного.	4	

Контроль работы студентов осуществляют преподаватели кафедры (СД и КУ), которые имеют часы в индивидуальном плане на данный вид учебной работы. Итоговая оценка по ПП выставляется на дифференцированном зачете по рейтинговой системе, в которую входят оформление дневника, собеседование, практические навыки № 3, что отражено на рис. 2.



(Д*10%) + (Π*60%) + (C*30%) R=100%

Рис. 2. Составляющие рейтинга для производственной практики.

Итог клинической производственной практики (медицинской ознакомительной практики) - формирование следующих компетенций, которыми обучающиеся должны обладать согласно ФГОС ВО 2016 г.: способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); готовностьиспользовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7); способность и готовность реализовывать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4); способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5); способность к оказанию консультативной помощи медицинским работникам и потребителям лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата (ПК-13); готовность к проведению информационно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности (ПК-14), (ДПК-1); готовность к оказанию первой помощи при неотложных состояниях.

Таким образом, реализация компетентностного подхода в обучении будущего провизора позволит ему грамотно, осмысленно осуществлять фармацевтическую и медицинскую деятельность, а также способствовать решению многих профессиональных задач.

Литература

- 1. Основные направления организации производственной практики на клинической кафедре в медицинском вузе [Электронный ресурс] / Ж.Е. Турчина, Н.Ю. Гришкевич, О.Я. Шарова [и др.] // Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание. 2014. № 1. URL: 0 (дата обращения: 22.05.2019).
- 2. Оптимизация производственной практики на младших курсах в медицинском вузе [Электронный ресурс] / Ж.Е. Турчина, О.Я. Шарова, Т.М. Осипова [и др.] // Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание. 2015. № 1. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1622 (дата обращения: 23.05.2019).
- 3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383 «Об утверждении положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_190917/ (дата обращения: 27.05.2019).
- 4. Роль производственной практики «Помощник процедурной медицинской сестры» в подготовке компетентного специалиста / Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, А.Б. Куликова // Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании», посвященной 75-летию Красноярского государственного медицинского университета. Красноярск, «Вузовская педагогика». 2017. С. 120-126.
- 5. Турчина, Ж.Е. Оптимизация учебного процесса на клинической кафедре медицинского вуза в связи с переходом на ФГОС ВПО [Электронный ресурс] / Ж.Е. Турчина // Медицина и образование в Сибири. 2013. № 3. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=989 (дата обращения: 25.05.2019).

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ НУЖЕН ЕДИНЫЙ ДОНОРСКИЙ ОТДЕЛ

В мае в Красноярске состоялась необычная, историческая конференция.

Впервые в нашем городе собрались трансплантологи, чтобы поговорить о развитии донорства и трансплантация органов в Российской Федерации, в частности за Уралом.

Главным организатором форума стала краевая клиническая больница и министерство здравоохранения края, которое с первого дня полностью поддерживает все шаги по развитию трансплантологии в регионе.

В этом смысле красноярцам повезло. От наших коллег, приехавших из других краев и областей РФ, мы услышали жалобы на исполнительную власть, равнодушную к судьбе трансплантологии. К счастью, Красноярский край, его исполнительная и законодательная ветви власти едины в вопросах донорства и трансплантации органов — это дело необходимо развивать на благо наших земляков.

Поддерживает трансплантацию и «четвертая власть» — СМИ. Главный трансплантолог РФ Сергей Готье был поражен абсолютным отсутствием негативных публикаций в прессе на тему пересадки донорских органов.

Итак, конференция с высоким представительством в лице академика РАН, главного специалиста-трансплантолога Минздрава России, директора Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов им. ак. В. И. Шумакова, председателя Российского трансплантологического общества Сергея Владимировича Готье, с участием трансплантологов из восьми регионов РФ прошла в отеле «Хилтон» 23-24 мая.

Очень сжато, только важное и полезное, — о том, что говорили специалисты на форуме и что собой представляет трансплантология РФ в 2019 году.



Лист ожидания пополняем за счет гемодиализа

Первый доклад, конечно, прочел академик Готье.

На карте нашей огромной страны красные точки— центры трансплантации— редеют к востоку. Самый восточный город, где пересаживают донорские органы, — Якутск. Западнее Иркутск, а третий город справа налево— наш Красноярск.

Конечно, жители Дальнего Востока не лишены помощи со стороны российских трансплантологов, они прилетают на операции в Москву, Санкт-Петербург, но все же, по словам академика Готье, часто пользуются услугами китайских врачей.

56 регионов России с населением около 58 миллионов человек в донорстве пока не участвуют. 60 центров трансплантации действуют в 32 субъектах РФ.





В листах ожидания донорского органа по стране находятся 8500 больных.

Наблюдаются после трансплантации 14 000-14 500 реципиентов.

С 2008 (942 трансплантации) по 2018 год (2193 трансплантации) число операций выросло в 2,3 раза, а за последние три года — на 29%, с 1704 в 2016 году.

Посмертное донорство органов осуществляется в 29 субъектах РФ. Доля мультиорганных доноров с диагнозом смерти мозга составляет 67%. Среднее число изъятых и трансплантированных органов от одного донора в 2018 году составило 2,8.

В нашем крае 9,7 случая посмертного донорства органов на 1 млн человек — это третье место в стране.

В 2018 году в РФ функционировали 49 центров трансплантации почки в 32 субъектах РФ. Число пациентов в листе ожидания составляет 6 тысяч реципиентов — это 13,3% от числа пациентов на диализе (их в России 45 тысяч).

За 2018 год выполнена 1361 пересадка почки, из них более 100 — детям. 14,7% пересадок почки производятся от живых родственных доноров. Под постоянным медицинским наблюдением находится 10 000-10 500 пациентов с трансплантированной почкой.

В 2018 году в РФ функционировало 18 центров трансплантации сердца в 14 субъектах РФ. Число пациентов в листе ожидания составляет 700-800 реципиентов. За 2018 год выполнено 285 пересадок сердца, включая три комплекса сердце — легкие. Под медицинским

наблюдением состоят 1000-1100 пациентов с трансплантированным сердцем.

10 центров выполнили пять и более трансплантаций сердца в 2018 году, в том числе ККБ — 11 трансплантаций.

За десять лет в России количество трансплантаций сердца выросло в 11 раз: с 26 сердец в 2008 году до 285 в 2018-м.

Летальность потенциальных реципиентов уменьшилась почти в 12 раз — благодаря ЭКМО, позволяющему оказать сердцу механическую поддержку, дождаться донорского органа.

А самое главное — институт Шумакова с 2013 года в тройке мировых лидеров по пересадке сердца, а с 2018 года — первый в мире.

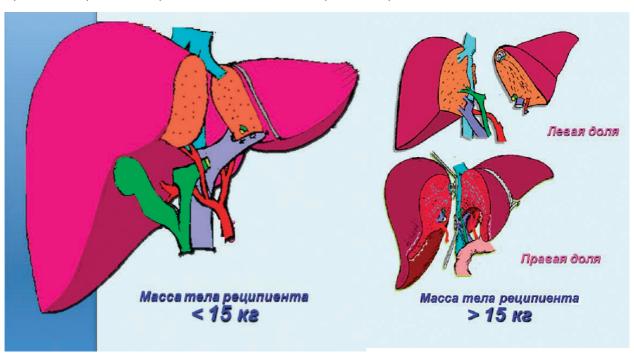
В листе ожидания на пересадку легких около 100 человек. За 2018 год в Москве и Санкт-Петербурге выполнено 28 пересадок легких, включая три пересадки комплекса сердце — легкие. Под медицинским наблюдением состоит 60-70 пациентов с трансплантированными легкими. В институте Шумакова выполнена первая успешная комбинированная трансплантация легких и печени 9-летнему ребенку с муковисцидозом.

В 2018 году в РФ функционировало 28 центров трансплантации печени в 19 субъектах РФ. Число пациентов в листе ожидания составляет 1700-1800. За 2018 год выполнено 505 пересадок печени, из них более 100 — детям. Под постоянным медицинским наблюдением находится 2400-2500 пациентов с трансплантированной печенью.

Реципиентами донорской печени становятся пациенты от 3 месяцев до 72 лет, массой от 5 до 120 кг. В институте Шумакова производится наибольшее число педиатрических трансплантаций печени в год среди центров Европы и США. Выживание больных — 95,7%. Необходимость в лечении за рубежом отсутствует.

Сергей Готье особо отметил важность лапароскопической резекции части печени у родственного донора. Классический разрез «мерседес» не обеспечивает такой ранней реабилитации, хорошей визуализации, косметического эффекта.

В институте Шумакова проведено уже 84 лапароскопических изъятия фрагментов печени у родственных доноров. Из них 78 — левый латеральный сектор, 3 — левая доля, 1 — правая доля, 1 — левый латеральный сектор + почка, 1 — левая доля + почка.





Трансплантация и дети

Проблему детского донорства в своем докладе осветила профессор кафедры трансплантологии и искусственных органов Сеченовского университета Ольга Цирульникова.

С одной стороны, еще не было случая фиксации смерти мозга у ребенка и обращения к родителям с просьбой дать разрешение на эксплантацию донорских органов. С другой — проблема детской трансплантации не так тяжела, как кажется.

Трансплантацию почек и печени решают взрослые доноры. Безвыходная ситуация только с сердцами для реципиентов весом до 30 кг, для маленьких детей. Ее можно решить только за счет детского посмертного донорства.

Трансплантация сердца детям 9-17 лет от взрослых доноров производится ежегодно. В 2018 году было 7 таких операций.

Потребность в пересадке сердца детям — 100-150 в год, легких — 10-15 в год, почек — 300-400 в год (пересаживают до 150).

У детей часто используется родственная трансплантация. Ее преимущества в идеальном качестве трансплантата, меньшей частоте кризов отторжения, возможность преодоления ABO-барьера.

В РФ удовлетворена потребность в пересадке детям почек и печени, отсутствует необходимость в лечении за рубежом.

Производится мультиорганная трансплантация: печень + почка (от родственного или посмертного донора), печень + поджелудочная железа, трансплантация фрагмента тонкой кишки.

Для детской трансплантологии крайне важно:

- адекватная оценка педиатрами прогноза заболевания, т.е. раннее выявление показаний к трансплантации;
- исключение из практики детских хирургов порочных, калечащих операций, например, диагностических лапаротомий для установления диагноза цирроза печени;
- адекватная подготовка к трансплантации: выявление и лечение инфекций, нутритивная поддержка, исключение кортикостероидов, вакцинация;



— организация педиатрических отделений в трансплантационных центрах, ведь реальных препятствий к трансплантации детям печени, почки, кишки нет.

Что у нас, в Красноярске

Напоминаем, трансплантология в нашем городе стартовала в марте 2014 года с пересадки почки в краевой клинической больнице. Донорскими базами, кроме ККБ, стали КБ № 20 им. Берзона и ГБСМП им. Карповича. В 2017 году мы получили еще две донорские базы — МРЦ Ачинска и Канска.

По данным национальных клинических рекомендаций, исходя из численности населения, ежегодная расчетная потребность в трансплантации на территории края составляет: 110 трансплантаций почек, 50 трансплантаций печени и 50 трансплантаций сердца.

Наблюдается ежегодное увеличение донорской активности на территории края, рост количества эффективных доноров. Так в 2014 году количество эффективных доноров составило 4 донора, а в 2018 году - 16 доноров. В крае активно развивается мультиорганное донорство, растет количество изъятых органов у одного эффективного донора.

На сегодняшний день в КГБУЗ ККБ в активном листе ожидания на трансплантацию почки находится 59 пациентов, трансплантацию печени 17 пациентов и трансплантацию сердца 12 пациентов.

На сегодняшний день выполнено 62 аллотрансплантации трупной почки, пациентам с хронической болезнью почек, терминальной стадией. Годовая выживаемость почечного трансплантата составила 86%, 3-х летняя выживаемость 82,2%. Общая летальность составила 4,8%. Средний койко-день пациента после трансплантации почки составил 26. Организовано амбулаторное наблюдение пациентов после трансплантации в поликлинике КГБУЗ ККБ, отделениях нефрологии и гемодиализа.

Трансплантация печени выполнена 18 пациентам с терминальным поражением печени. Среди реципиентов преобладают пациенты



с циррозами печени в исходе вирусных гепатитов, холестатическими заболеваниями печени и нерезектабельным альвеококкозом. Летальность в раннем п/о периоде составила 11,1%.

27 декабря 2017 года успешно выполнена ретрансплантация трупной печени пациенту с первично нефункционирующим трансплантатом. Годовая выживаемость реципиентов трансплантата печени составила 88,9%. Средний койко-день пациента после трансплантации печени составил 41. Организовано амбулаторное наблюдение пациентов после трансплантации в поликлиники КГБУЗ ККБ и хирургическом отделении №2.

Ортотопические трансплантации сердца в краевой клинической больнице производятся третий год.

А КАК У НИХ?

Новосибирская область

Донорская служба представлена тремя лечебными учреждениями

С 1988 года проводится трансплантация почки — от посмертных и родственных доноров.

Трансплантация сердца осуществляется с 2007 года, в том числе сочетанная — сердце + печень.

Трансплантация печени проводится с 2010 года — от посмертного и родственного донора, педиатрическая (в том числе сочетанная — печень + почка).

С 2010 года пересаживают трупную роговицу.

Потребность в донорских органах:

30-35 — сердце (летальность в ЛО 2-4/год);

40-45 — печень (летальность в ЛО 4-6/год);

50-60 — почки (на диализных видах ЗПТ более 700 человек);

более 100 — роговица.

Проблемы субъективные:

- неготовность специалистов осуществлять дополнительную работу во внерабочее время;
 - недостаточное/неэффективное администрирование).

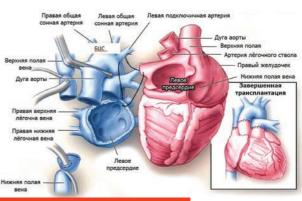
Проблемы объективные:

– опасение жалоб родственников, проверок следственных органов, судебных разбирательств.

В 2018 году трансплантировано 37 органов, из них 12 органов — фрагменты от живых доноров.

10% реципиентов – дети.

С 2007 по 2019 год в НМИЦ Мешалкина 79 пациентам выполнена ортотопическая трансплантация сердца.



Бикавальная методика трансплантации сердца

За период с октября 2016 по май 2019 года в краевой клинической больнице выполнено 18 ортотопических трансплантаций сердца.

Критерии отбора реципиента:

- снижение толерантности к физической нагрузке, ФВ < 30%;
- сохранение признаков СН при назначении максимально переносимой терапии и ресинхронизации;
- невозможность хирургической коррекции;
- более двух госпитализаций с декомпенсацией СН за полгода;
- возраст до 65 лет включительно;
- готовность к сотрудничеству;
- согласие и поддержка членов семьи;

В 77 случаях пациенты страдали ХСН (26 — ИБС, 51 — ДКМП); в одном случае была ангиосаркома сердца, в одном случае — альвеококкоз (одномоментная пересадка сердца и печени).

Результаты:

- 60 пациентов из 77 (77,9%) выписаны из отделения после трансплантации;
- 15 случаев из 79 (19%) ранней послеоперационной летальности;
- 81% годовая выживаемость пациентов после трансплантации сердца;
- 5 случаев из 60 (8,3%) летальность в отдаленном периоде по причине хронического отторжения трансплантата;
- 3 случая (5%) гибель пациента от прогрессирующей болезни коронарных артерий;
 - 1 случай (1,6%) гибель от вирусной пневмонии;
 - 2 случая (3,3%) гибель от онкологии.

Средняя выживаемость за 12 лет — 81,6%.

Нижегородская область

Первая трансплантация почки проведена в марте 2006 года. Трансплантация печени от посмертного донора проведена в 2009 году.

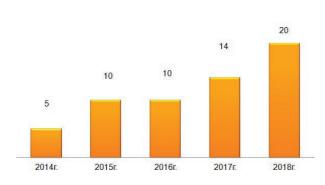
В 2016 году – трансплантация поджелудочной железы.

В 2017 году — трансплантация сердца.

За 15 лет в области проведено 290 трансплантаций почки (из них 113 родственных), 97 трансплантаций печени (22 родственных) и

5 трансплантаций поджелудочной железы.

Из проблем отмечают равнодушное отношение региональной администрации к программе трансплантации донорских органов.



Всего в ККБ выполнено 62 трансплантации почки

- отказ от вредных привычек;
- готовность прибыть в трансплантационный центр.

В списке ожидания — 13 пациентов. Недожившие из листа ожидания — 5 пациентов.

После ОТС в раннем периоде больные получают:

- иммуносупрессивную терапию;
- такролимус;
- микофеноловую кислоту;
- метилпреднизолон.

Проводится профилактика цитомегаловирусной инфекции валганцикловиром.

Возраст реципиентов — от 27 до 63 лет; 17 мужчин и одна женщина. У 9 пациентов (CRT-D) в качестве «моста к трансплантации сердца», у двоих устанавливалась система ЭКМО как «мост к трансплантации».

Челябинская область

Первая пересадка почки от живого родственного донора (родная сестра) произошла в августе 2009 года. В мае 2016 года проведена 100-я трансплантация почки. На сегодняшний день их трансплантировано 135.

В области 1100 человек на гемодиализе.

В листе ожидания на аллотрансплантацию почки 184 человека.

Возраст потенциальных реципиентов от 18 до 65 лет. Соотношение мужчин и женщин — 62/38%. Средняя продолжительность диализа до аллотрансплантации — около четырех лет. Максимальный срок диализа до аллотрансплантации почки — 11,8 года.

В 2018 году проведено 10 трансплантаций, из них две родственных.

Выживаемость три года составила 94%.

Иркутская область

Донорских баз в области пять. Расстояние от центра трансплантации органов до нескольких донорских баз более 100 км.

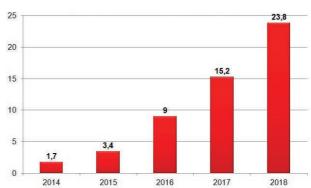
Первая трансплантация почки от живого родственного донора произведена в 2003 году.

Первая трупная трансплантация — в 2008 году.

С 2003 по 2018 год проведено 176 операций, из них 25,7% — пересадка от родственников.

Выживаемость трансплантата: 1 год — 100%, 3 года — 87,9%, 5 лет — 75,8%.

Ведущей причиной прекращения функции почечного трансплантата в отдаленном периоде явилось некупированное отторжение. В группе реципиентов родственной почки 1/3 пациентов признались, что неоднократно нарушали режим приема иммуносупрессивных препаратов.



Число трансплантаций органов на 1 млн населения Красноярского края

1	2	3	4	5	6	7
жен	жен	муж	жен	муж	жен	жен
35	34	44	32	34	43	35
76	60	85	90	74	75	69
170	165	185	175	185	175	176
ОНМК	ОНМК	ЧМТ	ОНМК	Отрав. метано-м	ОНМК	ОНМК
	35 76 170	жен жен 35 34 76 60 170 165	жен жен муж 35 34 44 76 60 85 170 165 185	жен жен муж жен 35 34 44 32 76 60 85 90 170 165 185 175	жен жен муж жен муж 35 34 44 32 34 76 60 85 90 74 170 165 185 175 185 OHMK OHMK UMT OHMK OHMK	жен жен муж жен муж жен 35 34 44 32 34 43 76 60 85 90 74 75 170 165 185 175 185 175 OHMK OHMK OHMK OHMK OHMK OHMK

Фракция выброса составляла от 20 до 33%.

Во всех случаях проводилась трансплантация сердца по бикавальной методике.

Средняя продолжительность операции — 6 часов 4 минуты.

Средняя продолжительность искусственного кровообращения — 2 часа 21 минута.

Сформирован лист ожидания трансплантации почки — 47 человек и печени — 22 человека.

Первая пересадка печени в Иркутской области — ноябрь 2018 года.

Кемеровская область

Работают три центра трансплантации органов.

Под наблюдением находится более 420 пациентов с функционирующим трансплантатом, срок наблюдения до 28 лет.

Годичная выживаемость почечного трансплантата колеблется от 87,5 до 92%.

На гемодиализе в области 700 пациентов, в листе ожидания почки — 96 пациентов.

В 2013 году впервые пересажены сердце и печень. На сегодня 32 трансплантации сердца. В листе ожидания 42 пациента.

Всего пересадок печени 14, в листе ожидания 34 пациента.

Алтайский край

Первая почка от посмертного донора пересажена в июне 2013 года, и уже через два месяца — родственная пересадка от живого донора.

Трансплантация печени стартовала в июле 2016 года.

Характеристика доноров:

- 47 лет средний возраст;
- 56% мужчин, 44% женщин;
- у 97% смерть мозга наступила от ОНМК, у 3% от опухоли ГМ.
- В 76% производятся мультиорганные заборы органов, в 24%—почки.

Выживаемость донорской почки 1 год — 94%, 0,5 года — 83%.





Средняя продолжительность трансплантации сердца— 48 минут. Средняя продолжительность ишемии трансплантата— 3 часа 7 минут.

Средний койко-день в реанимации — 12 (от 4 до 19).

Средний койко-день до выписки — 39 (от 28 до 70).

Результаты трансплантации сердца в краевой больнице:

- один пациент умер через полтора месяца в больнице от желудочковых нарушений ритма;
 - один пациент умер от позднего отторжения через год;
- 16 пациентов живут, регулярно наблюдаются. У всех пациентов сохраняется высокая толерантность к физическим нагрузкам.

Таким образом, на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» эффективно работает центр трансплантологии и органного донорства. Отмечается ежегодное увеличение количества эффективных доноров, количества трансплантаций почек, печени и сердца.

На базе ФСНКЦ ФМБА России с 2015 по 2018 год трансплантировано 64 донорских органа. Передано в другие трансплантационные центры 84 органа.

Всего за три года пересажено 45 донорских почек, 12 печени, 6 сердец.

Мультиорганные изъятия составляют 54,2%. Среднее количество органов, полученных от одного донора, — 2,7.

Трансплантация сердца в ФЦССХ стартовала в 2017 году. В листе ожидания перед запуском программы находилось 13 человек. Летальность в нем в 2017 году составила 3 пациента, в 2018 году — 2, в 2019 году — 1.

Первая трансплантация сердца выполнена в июле 2017 года. На сегодня проведено семь операций по пересадке донорского сердца. В планах увеличение количества пересадок сердца до 12 в год, трансплантация сердца у детей (более 30 кг), имплантация LVAD.

В целом красноярские трансплантологи обозначают следующие проблемы, которые, по их мнению, необходимо решить в ближайшее время:

- создание единого донорского координационного отдела;
- создание единого «прозрачного» листа ожидания;
- расширение пула донорских стационаров за счет МРБ Красноярского края, повышение активности донорских стационаров;

- пропаганда донорства на территории края;
- дальнейшее увеличение количества трансплантаций органов, в том числе за счет родственных трансплантаций;
 - расширение межрегионального взаимодействия;
- совершенствование организации помощи пациентам, перенесшим трансплантацию органов, с целью увеличения продолжительности жизни.

Немного лирики

71-летний Сергей Владимирович Готье прилетел в Красноярск после 11-часовой операции по пересадке легких.

Мало того что академик без намека на усталость отработал всю официальную программу форума, он еще и посетил краевую больницу, где ознакомился с нашей системой менеджмента качества, затем 40 минут отвечал на вопросы радио «Комсомольская правда» и завершил пребывание в Красноярске банкетом в собственную честь.

О Готье можно говорить много и в самой превосходной степени, но речь не только о личных качествах великого доктора — эта чрезвычайная выдержка, терпение, выносливость стайера присущи всем трансплантологам. Практически все операции — пересадка почки, печени и сердца — длятся долго, не отпускают внимание хирургов и анестезиологов ни на секунду. Это высший пилотаж, сумасшедшее нервное напряжение. И все ради запуска чужого органа в организме реципиента — как бы по щелчку, по мановению руки. Все ради чуда, когда чужое становится родным и продлевает человеку жизнь, порой на десятилетия.

Мы спросили академика Готье: возможно ли в будущем выращивание органов из клетки, чтобы избежать морально-юридических проблем трансплантологии?

— Возможно. Но это будет не скоро, — ответил директор института имени Шумакова.

Значит, надо радоваться тому, что есть. И, судя по темпам развития трансплантологии в Красноярском крае, нас ждут новые технологии и еще сотни спасенных людей.

Подготовила Елена Семенова

Heodinkhobehhbut Casus extraordinarus CAYYAU

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ - РЕАНИМАЦИЯ

СЛУЧАЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЗРАСТНОЙ ПАЦИЕНТКЕ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ В УСЛОВИЯХ ОТДАЛЕННОЙ СЕВЕРНОЙ ТЕРРИТОРИИ

А. И. Грицан, И. Ю. Овчаренко, А. Г. Губарев, Т. П. Борисов, Т. В. Губарева КГБУЗ «Северо-Енисейская центральная районная больница» КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Представлен клинический случай лечения пациентки, проживающей в отдаленной северной территории Красноярского края, который наглядно демонстрирует зависимость прогноза и исхода заболевания от ранней диагностики и принятия правильных тактических решений при первичном обращении больного в медицинское учреждение.

Оказание эффективной специализированной анестезиологической и хирургической помощи при декомпенсированной хронической хирургической патологии у возрастного пациента на современном этапе возможно только в условиях существования системы оказания медицинской помощи столь тяжелой категории хирургических больных.

Ключевые слова: анестезиологическая помощь, хирургическая помощь, пилоростеноз, нутритивная поддержка.

Вступление

Север Красноярского края — Енисейский, Северо-Енисейский районы — территории со сложными природными и географическими условиями. Оказание медицинской помощи в этом регионе усложняется не только наличием многочисленных природных препятствий (реки, леса), но и значительным удалением населенных пунктов от регионарного центра — 750 км и более.

Значительная роль в оказании травматологической и хирургической помощи жителям отдаленных районов принадлежит отделению плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (санитарная авиация) КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Но тяжелые климатические условия, отсутствие асфальтированных дорог, железнодорожных сообщений отдаляют специализированную медицинскую помощь, увеличивают риск осложнений и сроки выздоровления.

Самостоятельная транспортировка не всегда возможна: обычный авиаперелет доступен не всем группам населения по экономическим и метеорологическим причинам.

Представляем клинический случай оказания специализированной медицинской помощи возрастной пациентке с выявленным пилоростенозом.

Клинический случай

Женщина 85 лет доставлена в хирургическое отделение с жалобами на слабость, недомогание, головокружение, тяжесть в области эпигастрия, частую рвоту непереваренной пищей через 3-4 часа после приема, а также на похудение на 20 кг в течение полугода.

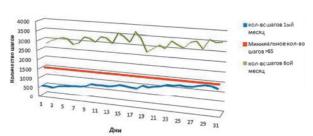
R-графия: эвакуация из желудка отсутствует, бариевая взвесь образует горизонтальный уровень. Желудок с содержимым расположен в малом тазу. Пассаж бария в ДПК отсутствует.

Через четыре часа R-картина без динамики, бариевая взвесь образует горизонтальный уровень.

Диагноз декомпенсированный стеноз пилородуоденальной зоны. Декомпенсированная дилатация желудка. Алиментарная кахексия. Гипотрофия средней степени.

Выполнено дообследование: ФГДС, рентгенография ОГК, ОБП, УЗИ брюшной полости, малого таза и почек, ЭКГ, ЭХО КГ. УЗИ БЦА и УЗИ ВНК. Все доступные КЛД (РАК, б/х анализ крови, ОАМ).

Оценка активности



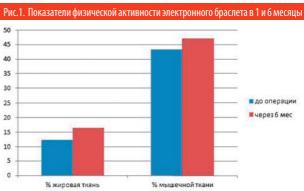


Рис. 2. Процентные показатели жировой и мышечной массы за 6 месяцев

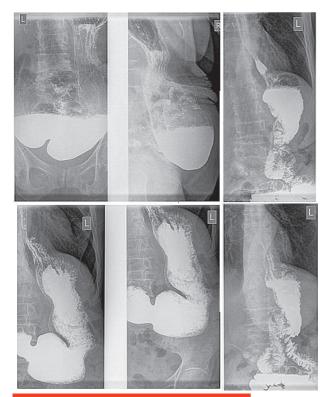


Рис. 3. Рентгенография желудка с барием до и после операции

Учитывая вышеизложенное, тяжесть состояния, прогрессирующую гипотрофию, географическую отдаленность района и отсутствие дорожной транспортной доступности в межсезонный период, после консультации в телефонном режиме через САС со специалистами ККБ Красноярска, консилиумом было решено после интенсивной подготовки провести хирургическое лечение в условиях Северо-Енисейской районной больницы.

Перед оперативным вмешательством в условиях палаты интенсивной терапии хирургического отделения в течение пяти суток пациентке проводилась интенсивная консервативная терапия, направленная в большей степени на коррекцию нутритивного статуса (сбалансированное парентеральное питание 20 ккал/кг + сиппинг 500 мл гиперкаллорической смеси «Нутриэн стандарт» 1 раз в сутки), коррекцию волемических, электролитных и метаболических нарушений. Гастропротекция. Инфузионная терапия. Профилактика ВТЭО. Симптоматическое лечение. Консультации смежных специалистов.

После предоперационной подготовки, в условиях сочетанной анестезии (продленная эпидуральная анестезия, уровень Th8-Th9 с инфузией 0,25% раствор Бупивакаина 5-8 мг/час; общая анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ) пациентке выполнена резекция желудка по Бильрот II.

В послеоперационном периоде пациентка экстубирована в первые сутки. В соответствии с современными российскими и европейскими стандартами и рекомендациями пациентка получала мультимодальное лечение острой послеоперационной боли: продленная эпидуральная анальгезия 0,25% раствором Бупивакаина, НПВС.

Также пациентка получала антибактериальную, инфузионную терапию, симптоматическое лечение, нутритивную поддержку — парентеральное питание раствором Кабивен, учитывая гидробаланс, энергопотребности основного обмена (по Харррисону-Бенедикту), прогностический индекс гипотрофии, патологические потери, связанные с объемом и характером операции.

Выраженность болевого синдрома по модифицированной лицевой шкала боли, зрительной аналоговой шкале — ВАШ: в первые сутки после операции боль описывалась от минимальной до отсутствия боли. Болевой синдром не сковывал движения пациентки и не компрометировал сон.

На вторые сутки эпидуральный катетер удален, болевой синдром носил минимальный характер, что позволяло пациентке начать вертикализацию, активизацию.

На третьи сутки начато энтеральное питание через назогастральный зонд изокаллорическими смесями.

На пятые сути переведена на самостоятельное питание.

На шестые сутки переведена в хирургическое отделение.

Пациентка выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии.

По результатам прижизненного патологоанатомического гистологического исследования резецированной ткани желудка: морфологическая картина рубцовых изменений.

Состояние оценено в отдаленном периоде через полгода: качество жизни улучшилось. Пациентка стала вести более активный образ жизни, динамика оценена с помощью электронного фитнес-браслета. В первый месяц на фоне адекватного питания активность достигла верхней границы нормы для лиц >65 лет с ограничением физической нагрузки — это 1500 шагов в сутки. А к шестому месяцу этот показатель достиг удовлетворительных значений — почти 3500 шагов в сутки.

Улучшение нутритивного статуса: пациентка поправилась на 7,5 кг, по показаниям и калипера, формульного расчета, процентное содержание жировой и мышечной массы приблизилось к удовлетворительным значениям.

Таким образом, из-за сложности транспортировки больных (отсутствие асфальтированных дорог, железнодорожных сообщений) с подобного рода далеко зашедшим хроническим заболеванием, оказанная на ранних сроках специализированная медицинская помощь





Рис. 4. Фото телосложения пациентки с разницей в 6 месяцев (фото в полный рост до операции отсутствует, пациентка практически не поднималась с постели)

в условиях отдаленных северных территорий является оптимальным медико-социальным и экономическим решением.

Литература

- 1. Данцигер Д.Г. Искусственное питание при оказании специализированной медицинской помощи больным / Общая реаниматология. — 2006, II; 3. — C. 52-57.
- 2. Мельников П.В. Роль энтерального питания в подготовке больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью к радикальным операциям: дис. . . . канд. мед. наук. М., 2014. 137 с.
- 3. Нутритивная поддержка в хирургической клинике. Стандартные алгоритмы и протоколы: Руководство для врачей. М., 2010. 28 с.
- 4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Том 3. Учение о нервной системе, органах чувств и органах внутренней секреции. / Р.Д. Синельников. М. Издательство «Медицина», 1974. 399 с.

- 5. Малрой М. Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство / Пер. с англ.; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. 301 с.
- 6. Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published.
- 7. Chrubasik S., Chrubasik J. Регионарная анестезия и анальгезия в послеоперационном периоде. Анестезиология и реаниматология. 2000; 6:48-52. data. Brit. J. Anaesth. 2002; 89(3):409-23.
- 8. Ситник А.Г., Родослав Л.С., Левин М.Б., Арбузов Д.Ю., Фельдман А.В., Буднюк А.А., Бутенин А.А. «Методы устранения острой боли» http://rsra.rusanesth.com/publ/metodyi-ustraneniya-ostroj-boli.html
- 9. Дикун Т.В., Леваненко А.А., Кузьмич Н.В., Ясюкевич В.А., Брагинец А.С. Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после резекции желудка // «Молодой ученый». 2018. 14.
- 10. Рябков И.А., Томнюк Н.Д. О выборе метода резекции желудка // Фундаментальные исследования. 2007. № 12-3. С. 539-540.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ

О.В. Первова, С.Н. Масленников, Д.И. Гилаева, В.А. Шапкина, И.В.Блау, И.А.Прусов, Д.И.Карнаухов КГБУЗ «Краевая клиническая больница» КрасГМу им. проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого

Грыжи встречаются у 3% населения земного шара и составляют 8-20% больных хирургических отделений общего профиля. В мире ежегодно по поводу грыж выполняется более 20 миллионов хирургических вмешательств — это 10-15% всех проводимых операций. Эти вмешательства занимают второе место в России, а в Европе и Америке — первое.

Организация планового оздоровления больных с грыжами в нашей стране нуждается в значительном улучшении, поскольку соотношение плановых и ургентных операций составляет 6:1, в то время как в Европе и США — 50:1 в пользу плановых операций.

Только своевременное плановое оперативное вмешательство, направленное на ликвидацию грыжи, возвращает больного к полноценной жизни. Несвоевременное же обращение приводит к развитию осложнений, прогрессивному увеличению размеров грыж, выраженному снижению качества жизни пациентов, а также увеличивает риски хирургического вмешательства.

Основой патогенеза грыж является теория «анатомических предпосылок», согласно которой грыжа возникает вследствие несоответствия внутрибрюшного давления и резистентности брюшной стенки.

Исследования последних лет убедительно показали, что основными факторами образования грыж являются врожденная или приобретенная патология соединительной ткани в виде ее недифференцированной дисплазии, в основном за счет нарушения образования и разрушения коллагена и изменения его свойств.

В норме образование коллагена и его разрушение находится в состоянии равновесия. На стороне грыжевого выпячивания скорость процессов разрушения коллагена превышает его синтез — преобладание незрелого 3-го типа коллагена над 1-м типом.

Низкая прочность соединительнотканных структур брюшной стенки выявлена у 80-82% грыженосителей.

Серьезной хирургической проблемой являются гигантские грыжи, сопровождающиеся выраженным дефектом мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки с «потерей домена» 25% и более.

При лечении гигантских грыж весьма проблематична реконструкция передней брюшной стенки — сложно вернуть прямые мышцы в центральное положение. Также высоки риски повышения брюшного давления, развития абдоминального компартмент-синдрома, рецидива грыжи.

Особенно сложны пахово-мошоночные грыжи, где задействованы желудочно-кишечный тракт и мочеполовая система.

Предлагаем вашему вниманию успешный опыт лечения гигантской пахово-мошоночной грыжи на базе отделения абдоминальной хирургии ККБ.

Клинический случай

43-летний пациент психоневрологического интерната 0. обратился в отделение абдоминальной хирургии с жалобами на гигантское выпячивание левой пахово-мошоночной области, выраженные тянущие боли, невозможность самообслуживания.

По словам родственников, грыжа приобретенная, диагностировалась с трех лет.

Сопутствующая патология — олигофрения, сахарный диабет II типа, аортальная недостаточность I степени.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Пониженное питание — похудел за последние 5 месяцев на 40 кг. Положение







пассивное. Телосложение астеническое. Кожные покровы чистые, сухие, бледно-розовые. Отеки отсутствуют. Варикозное расширение вен нижних конечностей не определяется.

Statuslocalis: язык чистый, влажный, выраженное слюнотечение. Живот при пальпации: мягкий, доступен глубокой пальпации.

В пахово-мошоночной области слева гигантских размеров (35х20х20 см) образование. Пальпировать размеры пахового канала не представляется возможным ввиду полного его разрушения.

В грыжевом мешке слышна перистальтика кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги.

Стул регулярный, оформленный, нормальной консистенции.

В лабораторных пробах умеренный лейкоцитоз, легкая анемия, в моче следы крови, белка.

Пациенту проведено плановое оперативное вмешательство в три этапа:

- грыжесечение гигантской невправимой пахово-мошоночной грыжи слева, орхэктомия слева;
- верхне-срединная лапаротомия с погружением содержимого грыжевого мешка в брюшную полость, вскрытие влагалищ прямых мышц живота с установкой сетчатого эндопротеза в позицию sublay, дренирование межапоневротического пространства;
- протезирующая пластика пахового грыжевого дефекта слева (типа Лихтеншейна), дренирование мошонки слева.

Доступы: пахово-мошоночный и верхне-срединная лапаротомия.

Паховый этап операции

Произведен пахово-мошоночный доступ слева длиной до 16 см выше и параллельно паховой связке, вскрыт паховый канал. Листки апоневроза наружной косой мышцы живота с дефектом около 10 см в диаметре, грыжевой мешок выполняет все пространство увеличенной до гигантских размеров мошонки (45х30х30 см), содержит весь органокомплекс брюшной полости.

Семенной канатик и левое яичко гипотрофичны. С учетом их выраженной компроментации выполнена левосторонняя орхэктомия.

Грыжевой мешок: содержимое — все подвижные органы брюшной полости начиная с желудка, заканчивая толстой кишкой, большой сальник. Сальник фиксирован плоскими спайками к брюшине грыжевого мешка. Сращения разделены с помощью монополярной диссекции.

Визуализирован паховый канал — задняя стенка последнего полностью разрушена, грыжевой дефект составляет 10х8 см.









Абдоминальный этап операции

Выполнена верхне-срединная лапаротомия: отмечен выраженно увеличенный желудок (до 2,5 л) с элементами деформации (н/3 желудка находится в грыжевом мешке пахово-мошоночной грыжи. Петли тонкой и толстой кишок без видимой патологии, большой сальник истончен.

Выполнена пробная апроксимация краев апоневроза — имеется некоторое натяжение последнего.

С учетом перемещенного в брюшную полость большого объема внутренних органов, ранее находившихся в патологической грыжевой полости, для профилактики абдоминального компартмент-синдрома вскрыты влагалища прямых мышц живота, без натяжения ушиты задние листки апоневроза нитью PDS-1.

На сформированное ложе установлен сетчатый эндопротез размерами 30x30 см, выкроенный по размерам (15x30 см), фиксирован к апоневрозу непрерывным швом нитью пролен 2-0.

Над сеткой установлен вакуум-дренаж Блейк-дрейн, фиксирован на коже в правом нижнем углу срединной раны.

Пластика пахового канала

Грыжевой мешок иссечен, ушит непрерывным швом нитью викрил 2-0.

Ревизия пахового канала, остатки оболочек левого яичка иссечены, гемостаз, выделен апоневроз наружной косой мышцы живота, подготовлено ложе для аугментации сетчатого эндопротеза для укрепления задней стенки пахового канала.

Выполнена пластика задней стенки пахового канала типа Лихтенштейна: сетчатый эндопротез размерами 15х15 см фиксирован нитью пролен 2-0 к лонному бугорку, пупартовой связке, поперечной фасции и внутренней косой мышце живота. Апоневроз наружной косой мышцы живота ушит непрерывным швом нитью PDS-2-0.

Остаточная полость левой мошонки дренирована перчаточным выпускником в нижней точке.



швы на послеоперационные раны, ре-

зиновые выпускники в подкожно-жировую клетчатку, асептическая повязка.

В послеоперационном периоде у больного заживление швов первичным натяжением, но на протяжении недели сохранялся отек тканей левой мошонки. Это послужило основанием для выполнения второго хирургического вмешательства.

Пациенту проведена ревизия мошонки. Выявлены множественные полости с фиброзными стенками с двух сторон, яичко справа интактное, в процесс не вовлечено. Общий объем экссудата из полостей около 200 мл. Принято решение о резекции мошонки в пределах здоровых тканей.

Швы сняты на 7-е сутки после операции, заживление первичным натяжением, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Больной принят под опекунство сестры, в психоневрологический диспансер больше не возвращался – живет в семье.

За 9 месяцев после операции прибавил в весе. Проявились вторичные половые признаки, адаптировался к навыкам самообслужи-

Выводы

Операции по поводу гигантских грыж остаются технически сложными и высоко травматичными. Для успешного лечения данной категории больных важным является точная диагностика, выбор оптимальной тактики оперативного вмешательства и последующего

Даже крупные клиники не всегда берутся помочь этой категории пациентов, но в краевой больнице накоплен опыт успешного лечения гигантских грыж - как вентральных, так и паховых.



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

УНИКАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТА С ЗАПРЕДЕЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИЕЙ

Охлаждение человеческого организма приводит к прогрессивному угнетению сердечной деятельности, вплоть до ее остановки.

Остановка дыхания происходит при охлаждении дыхательного центра продолговатого мозга до 24-25°C, остановка кровообращения – при охлаждении сердца до 25-28°C. Вместе с тем, гипотермия оказывает защитное действие на головной мозг за счет торможения обменных процессов и повышения его устойчивости к гипоксии.

Остановка сердца происходит в диастоле, ей нередко предшествует фибрилляция желудочков. Восстановить сердечную деятельность можно только после повышения его температуры. В то же время на фоне быстрого отогревания из-за быстрого повышения потребления кислорода всеми тканями развиваются тяжелая гипоксия и метаболический ацидоз, которые приводят к фибрилляции желудочков.

Необходимо отметить, что тяжелая гипотермия обычно наблюдается на фоне тяжелого алкогольного опьянения или наркотической интоксикации.

При реанимации пациентов в состоянии гипотермии необходимо придерживаться следующих правил:



- при сохраненной сердечной деятельности отогревание должно производиться медленно (укрыть теплыми одеялами, не применять внешних источников тепла);
- при сохраненном дыхании проводится ингаляция кислорода, при угнетенном спонтанном дыхании применяются дыхательные аналептики:
- при глубоком угнетении дыхания пациенту показаны интубация и ИВЛ.

Особое внимание уделяется купированию мышечной дрожи с помощью барбитуратов, сульфата магния, потому что при ознобе резко возрастают потребности организма в кислороде, а следовательно, возникает опасность развития фибрилляции желудочков.

При остановке кровообращения на фоне закрытого массажа и дефибрилляции сердечной мышцы возможны такие методы повышения температуры, как поверхностное согревание, промывание желудка теплой водой, инфузия подогретых растворов.

В условиях специализированного отделения наиболее радикальным средством является открытый массаж сердца в потоке теплого физиологического раствора (заливается в торакотомную рану) или использование аппарата искусственного кровообращения с теплообменником.

Представляем вашему вниманию случай успешной реанимации пациента с запредельным охлаждением тела до 24–26 градусов в краевой клинической больнице.

Клинический случай

22 апреля 2019 года в 7.45 в приемно-диагностическое отделение бригадой «скорой помощи» был доставлен 54-летний пациент Ш.

Пациент осмотрен в реанимационном зале приемно-диагностического отделения мультидисциплинарной бригадой специалистов (нейрохирург, хирург, травматолог, анестезиолог-реаниматолог). Известно, что пациент был найден во время утреннего обхода охранником на территории промышленного предприятия в бессознательном состоянии. Судя по всему, он пролежал на земле в течение нескольких часов, подвергся сильному общему переохлаждению. Кроме того, не исключается факт получения пострадавшим черепно-мозговой травмы (ссадина в лобной области). Состояние больного расценивалось как крайне тяжелое.

Тяжесть обусловлена выраженным общим переохлаждением организма с развитием полиорганной недостаточности. Жалобы не предъявлял в силу тяжести состояния.

Из осмотра анестезиолога-реаниматолога Дмитрия Мицукова:

пациент контакту недоступен, сознание – кома I.

На обращенную речь реакции нет, уровень сознания по шкале Глазго 8, судороги отсутствуют, зрачки D=S, сужены, прямая фотореакция сохранена, содружественная фотореакция сохранена.

Выраженный гипертонус в мышцах конечностей.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц. Роговичный рефлекс вызывается, кашлевой рефлекс снижен.

Кожные покровы мраморно-цианотичные, холодные на ощупь. Осаднение кожных покровов в лобной области.

Микроциркуляция неудовлетворительная, симптом бледного пятна более 5 секунд.

Температура тела не определяется ни электронным, ни ртутным термометром. На кожных покровах не тают снежинки.



Дыхание самостоятельное, через естественные дыхательные пути. Аускультативно проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено в нижних и средних отделах с обеих сторон. По характеру ближе к везикулярному с жестким оттенком. Выслушиваются единичные проводные хрипы.

Проходимость верхних дыхательных путей страдает из-за гипертонуса мышц дна полости рта и нижней челюсти. Диспноэ смешанный тип, патологический тип дыхания брадипноэ. ЧДД 12-14 в минуту.

Сатурацию пульсоксиметрическим датчиком определить невозможно из-за выраженных нарушений микроциркуляции.

Учитывая крайне тяжелое состояние пациента, наличие дыхательной недостаточности, требующей проведения ИВЛ, а также признаки нарушения проходимости дыхательных путей, пациенту обеспечен венозный доступ и выполнена оротрахеальная интубация. Начато проведение респираторной поддержки ИВЛ аппаратом NewPortWave 100% кислородом в режиме СМV через оротрахеальную интубационную трубку.

Гемодинамика нестабильная, проводилась инотропная и вазоактивная поддержка адреналином через инфузомат, терапия сбалансированными растворами кристаллоидов («Стерофундин»), активное согревание больного с помощью термоодеяла и тепловой «пушки» при постепенном повышении температуры подаваемого воздуха от 37 до 40 градусов по Цельсию.

Спустя 5-7 минут после интубации трахеи и перевода больного на ИВЛ, в 08.05, произошла остановка кровообращения по типу асистолии с кратковременным (10-15 секунд) предшествующим эпизодом фибрилляции желудочков.

Началась сердечно-легочная реанимация.

Дмитрием Мицуковым и его коллегой Дмитрием Кривковым проводился непрямой массаж сердца, ИВЛ 100% кислородом, электрическая дефибрилляция разрядами по 360 кДж.

Одновременно пациенту вводились: SolAdrenalini 0,1% 32 ml, SolAtropini 0,1% 2 ml, Prednisoloni 180 mg, Cordaroni 300 mg, Sol. Natriihydrocarbonate 4% 400 ml, иное Sol. Sterofundini 2000 ml, Sol. Plasmaliti 1000 ml, Sol. Glucosi 40% — 60 ml, Sol. Natriichloridi 0,9% — 250 ml

Через 15 минут реанимационных мероприятий появился нитевидный пульс на периферических артериях, но ритм сердца после разряда дефибриллятора восстанавливался всего на 10-15 секунд, затем вновы наступала фибрилляция.

Удлинение периодов синусового ритма произошло только на втором часу реанимации: одна, две, затем пять минут. Окончательно сердечная деятельность восстановлена на 120-й минуте реанимационных мероприятий после 24-го разряда дефибриллятора.

Кисходу реанимации: ЭКГ ритм синусовый, с единичными суправентрикулярными экстрасистолами, АД 185/115 мм РТ. ст., ЧСС 80-82 уд./ мин.,

респираторная поддержка ИВЛ 100% кислородом транспортным респиратором через оротрахеальную интубационную трубку. SpO2 не определяется периферическим пульсоксиметрическим датчиком. Температура тела 34 градуса.

Кардиотоническая поддержка адреналин 0,9-1 мкг/кг/мин.

Сознание больного кома I, медикаментозная седация, на обращенную речь реакции нет.

Учитывая тяжесть состояния больного, наличие синдрома полиорганной недостаточности с развитием остановки кровообращения и последующим проведением комплекса мероприятий по сердечно-легочной реанимации, пациент для дальнейшего активного наблюдения и лечения с диагнозом общее переохлаждение, ЗЧМТ, ссадина лобной области, постреанимационная болезнь в 10.20 был переведен в ОАР № 1.

В первые часы после перевода в реанимацию по шкале SAPS вероятность смерти в больнице оценивалась в 96%.

Пациент обследован.

МСКТ головного мозга – наружная гидроцефалия.

R-графия легких — эмфизематозны, определяется уплотнение легочной ткани по типу матового стекла и консолидации, вероятнее всего, за счет гиповентиляции.

УЗИ внутренних органов — диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Очаговое образование печени (по эхокартине гемангиома). Не исключается мелкий конкремент левой почки.

В первые сутки нахождения в реанимационном отделении пациенту проводилась вазопрессорная, кардиотоническая поддержка. Температура тела возросла от 34 до 36.5 градуса.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 60 в минуту, АД 127/95 мм рт. ст., ЦВД 30 мм водн. ст.

Отмечалась положительная динамика в виде уменьшения дозы кардиотонической поддержки. На фоне проводимой седации пациент стал реагировать на обращенную речь, выполнял простые инструкции.

Sp02 99-100%, ЧСС 67-90, АД 124/94-109/65 мм рт. ст., ЦВД: 60 мм водн. ст.

На вторые сутки утром переведен на самостоятельное дыхание через оротрахеальную интубационную трубку и через два часа на фоне ясного сознания, адекватного дыхания, удовлетворительного дренирования мокроты экстубирован.

Осмотрен неврологом — на момент осмотра очаговой, общеневрологической, менингеальной симптоматики нет.

Пациент живо общается, читает стихи, интеллект не нарушен.

На третьи сутки переведен в общехирургическое отделение.

На седьмые сутки выписан в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита, без проблем со стороны внутренних органов и костно-мышечного аппарата.

Выводы

История спасения пациента Ш. достойна внимания медицинского сообщества не только как эксклюзивная клиническая ситуация, но и как пример невероятных резервов человеческого организма, и как еще одно доказательство: за жизнь больного врачи должны бороться до конца.

Успешный исход пациента Ш. с глубокой гипотермией — аргумент в пользу установке: Nobodyisdeaduntilwarmanddead (пациент не умер, если он не умер теплым). Именно следованием этому правилу объясняются удивительные клинические случаи успешной реанимации пациентов с запредельным переохлаждением.

Подготовила Елена Семенова

РЕАНИМАЦИЯ

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРЕМЕННОЙ ЭКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Л. К. Рейхерт КГБУЗ «Ачинская МРБ»

Цель работы

На основе клинических наблюдений и практического применения временной электрокардиостимуляции установить позитивные факторы воздействия на состояние пациентов в динамике. Рассмотреть ЭКС как метод терапии резерва при неэффективности лекарственного лечения и электроимпульсной терапии (дефибриллятор).

Методы и тактика ведения пациентов

Первый пациент, 73 года. Поступил с диагнозом ИБС острый крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной стенки, нижней стенки левого желудочка. ГБ III ст., риск IV, СН IIБ, III ф.кл. по NYHA. Сахарный диабет 2-го типа.

Проведена КАГ (Ca++. Сбалансированный тип кровообращения миокарда. Диффузные изменения коронарных артерий. Протяженный стеноз 1/3-ср/3 ПМЖВ до 80%. Протяженный стеноз 1/3-ср/3 ОВ до 80%. Окклюзия ср/3 ПКА с заполнением из ЛКА).

Установлен стент «Promus Element» в ПКА и ЗМЖВ.

Заключение: просвет артерии восстановлен: кровоток TIMI: III.

Назначено лечение: дезагреганты, нитраты, диуретики, сатины, иАПФ. В связи с брадикардией — ЧСС 53 удара в минуту — в-блокаторы не назначались.

На 5-е сутки возник пароксизм желудочковой тахикардии, в 11.40 проведена электрокардиоверсия разрядом 100 Дж, восстановлен



синусовый ритм. В 16.00 повторно возник пароксизм желудочковой тахикардии, проведена электрокардиоверсия разрядом 100 Дж, восстановлен синусовый ритм.

На следующий день возник пароксизм трепетания предсердий.

Проводимая противоаритмическая терапия: кордарон внутрь 600 мг/сут. + кордарон в/в 450 мг.

На ЭКГ регистрируется СА блокада с остановкой синусового узла более 5 сек., с приступом Морганьи-Адамса-Стокса. Установлен временный ЭКС. Навязан ритм с ЧСС 100 уд./мин. с дальнейшей ЧСС 76 уд./мин. Пациент чувствует себя удовлетворительно. Болей нет.

В этот же день подан в операционную. Проведено стентирование ПМЖВ и ОВ. Заключение: просвет артерии восстановлен.

ЭКС проводилась в течение суток.

Состояние пациента улучшилось. Гемодинамика стабильная. Ритм синусовый.

Для дальнейшего лечения переведен в кардиологическое отделение, откуда выписан в удовлетворительном состоянии.

Второй пациент, 64 года. Поступил с диагнозом ИБС, острый повторный крупноочаговый ИМ передне-перегородочной стенки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. ГБ III ст., риск 4. Синдром дислипидемии. СН II ст., III ф.к. по NYHA. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. СД 2 тип, ожирение II ст.

Проведена КАГ (Ca++, дегенеративные изменения коронарных артерий, стеноз ср/3 ПМЖВ 50-60%. Субокклюзия ср/3 ПКА (артерия малого диаметра).

Ранее находился на лечении по поводу язвенной болезни. Переведен в ОРиТ, поскольку во время лечения многократно возникали пароксизмы фибрилляции предсердий. Проводилась терапия: кордарон 600 мг/сут., ИАПФ, статины, блокаторы протонной помпы.

На ЭКГ желудочковая тахикардия с ЧСС 220 ударов в мин. Произведена ЭИТ с разрядом 100 дж. Назначен кордарон 600 мг/сут. внутрь + кордарон 450 мг в/в +, беталок 5 мг в/в. Возникли многократные рецидивы ЖТ, которые были купированы ЭИТ разрядом 200, 250 дж. Состояние тяжелое, нестабильное.

На следующий день повторные пароксизмы ЖТ, которые были купированы ЭИТ, увеличена доза метопролола. Отмечались неустойчивость ритма, частые рецидивы ЖТ. Установлен временный ЭКС с навязанным ЧСС 100 в минуту с дальнейшей ЧСС 76 ударов в минуту. Состояние стабилизировалось. Через двое суток ЭКС удален. Рецидивов ЖТ не отмечалось. В дальнейшем наблюдается положительная динамика. Продолжен прием кордарона + ВАВ.

Для дальнейшего лечения и наблюдения переведен в кардиологическое отделение.



Третья пациентка, 63 года. Поступила с диагнозом ИБС. ОИМ передне-перегородочной стенки, боковой стенки от персистирующая форма фибрилляции желудочков. Желудочковая экстрасистолия. СН II А, III ФК по NYHA. Ожирение III ст.

Из анамнеза известно, что двумя днями ранее перенесла ОИМ передне-перегородочной стенки.

Проведена КАГ — окклюзия ПМЖВ, восходящий стеноз дист/3 ОВ 60-75%. Рекомендована реваскуляризация в условиях ФЦССХ.

Ухудшение самочувствия ночью: возобновились ангинозные боли, вызвала БСМП. На ЭКГ — подъем STV1-V6, доставлена в АМРБ. Проводилась стандартная терапия ИМ.

В последующие сутки повторные пароксизмы фибрилляции желудочков. Ритм восстановлен проведением кардиоверсии. Противоаритмическая терапия: кордарон внутрь, в/в + БАБ.

Еще через трое суток многократная фибрилляция желудочков. Лечение ЭИТ разрядом 100, 200 дж. Ритм восстановлен, но спустя несколько часов регистрируется AV-блокада с ЧСС 32 уд./мин. В экстренном порядке установлен временный ЭКС, навязан ритм с ЧСС 100 уд./мин. С последующей ЧСС 76 уд./мин. Далее фибрилляции желудочков не возникало. ЭКС удален через 5 суток.

Через неделю транспортирована санитарным транспортом в ККБ № 1 в кардиохирургическое отделение. После проведенного АКШ выписана домой.



Выводы

У пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий в основе аритмий лежит неустраненная при первичном чрезкожном вмешательстве ишемия. После проведения полной реваскуляризации риск развития жизнеугрожающих аритмий значительно уменьшается.

Таким образом, временная ЭКС, являясь резервным методом лечения, позволяет стабилизировать сердечный ритм в случае отсутствия эффекта от антиаритмической терапии и улучшает прогноз для жизни у пациентов с тяжелыми нарушениями ритма на фоне острого инфаркта миокарда.

Литература

- 1. Голицын С.П., Майков Е.Б. и др. Желудочковые аритмии у взрослых. Клинические рекомендации. — МЗ РФ. — 2016. — с. 42-58.
- 2. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M etal. ACC/AHA/ESC. 2006. Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Circulation 2006. v. 114 p. e385-e484.
- 3. Нестеренко Л.Ю., Ковешникова М.Н., Бакалов С.А. и соавт. Факторы, определяющие эффективность длительной антиаритмической терапии при жизнеугрожающих желудочковых аритмиях. Фарматека. 2005. N° 8. c.41.
- 4. Bayes de Luna A., Coumel P., Leclercq J. Ambulatory sudden cardiac death: mechanisms of production of fatal arrhythmia on the basis of data from 157 cases. Am. Heart J 1989 v. 117 p. 151-159.
- 5. Bigger J.T. Identification of patients at high risk for sudden cardiac death. Am J Cardiol. 1984 v. 54 14 p. 3D-8D.
- 6. Epstein AE, Dimarco JP, Ellenbogen KA et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities Circulation 2008 v. 117 p. e450-e408.
- 7. Schwartz P.J., Stramba-Badiale M., Crotti L. et al., Prevalence of the congenital long-QT syndrome. Circulation. 2009. 120(18). p. 1761-7.
- 8. Crotti L., Celano G., Dagradi F. et al. Congenital long QT syndrome. Orphanet J Rare Diseases. 2008. 3:18.
- 9. Brugada P., Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome: a multicenter report. J Am CollCardiol. 1992. 20. p. 1391-1396.
- 10. Postema P.G., Wolpert C., Amin A.S. et al. Drugs and Brugada syndrome patients: review of the literature, recommendations, and an up-to-date website (www.brugadadrugs.org). Heart Rhythm. 2009. 6(9). p. 1335-41.
- 11. Голицын С.П., Бакалов С.А., Нестеренко Л.Ю. Аритмогенная дисплазия правого желудочка: современные подходы к диагностике и лечению. Сердце. 2005. № 4. c. 197.
- 12. Arbelo E., Josephson M.E. Ablation of ventricular arrhythmias in arrhythmogenic right ventricular dysplasia. J Cardiovasc Electrophysiol. 2010. 21. p.473-86.



Noka urum, Dum docemus, discimus yrumck

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЫТ УЧАСТИЯ В МЕЖДУНАРОДНОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ АКЦИИ «ОПЕРАЦИЯ УЛЫБКА» В РЕСПУБЛИКЕ ГОНДУРАС

 $A. \ \Pi. \$ Телятников КГБУЗ КМДКБ № 5

Социально-экономическая ситуация в странах Центральной и Южной Америки, Центральной и Юго-Восточной Азии, Африки не позволяет части населения с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области получать бесплатную медицинскую помощь.

Более 30 лет международная благотворительная организация «Operation Smile», организованная в 1982 году пластическим хирургом Биллом Маги и его женой, медсестрой и социальным работником Кэти Маги, регулярно проводит в этих странах акции по бесплатному хирургическому лечению врожденных расщелин верхней губы и неба.

С 5 по 10 мая 2019 года в городе Комаягуа (Республика Гондурас) прошла очередная «Operation Smile». Акция была локализована на базе многопрофильного лечебного учреждения Regional Hospital Santa Teresa.

В состав международной команды волонтеров вошли четыре пластических и челюстно-лицевых хирурга из России, ЮАР, Эквадора, Мадагаскара, четыре врача-анестезиолога из России, ЮАР, Швеции, Гондураса, врачи-педиатры из США, Швеции, Мексики. Средний медицинский персонал был представлен местными специалистами.

В первый день акции был проведен скрининг пациентов. После заполнения первичной медицинской документации пациенты направлялись на осмотр к хирургу, где принималось решение о хирургическом лечении согласно принятым в «Operation Smile» протоколам качества и приоритетам.

Приоритет № 1 — дети с расщелиной губы от 6 месяцев, весом не менее 6000 г.

Приоритет № 2 — дети с расщелиной неба от 9 месяцев, весом не менее 6000 г.

Приоритет № 3 — дети с расщелиной губы и неба, старше 6/9 месяцев.

Приоритет № 4 — дети с вторичной деформацией губы и неба, ранее оперированные в рамках акции.





Приоритет № 5 — пациенты с другой патологией, которую возможно прооперировать в рамках акции (гемангиомы, рубцовые деформации, полидактилии).

На заполнение документации, благодаря удобно составленным медицинским картам, тратилось не более двух минут.

Информационное согласие родителей заверялось подписями двух хирургов. Неграмотные родители оставляли в карте отпечаток пальца.

Пациентам, не подходящим под вышеперечисленные критерии (юный возраст, гипотрофия и т.д.), было рекомендовано обратиться во время проведения следующей акции.

Далее отобранные пациенты осматривались врачами-анестезиологами и педиатрами.

Благодаря скоординированной работе специалистов, скрининг прошли 120 пациентов. Исходя из вышеперечисленных приоритетов, на хирургическое лечение было отобрано 60 детей.

В конце первого рабочего был составлен операционный план на все дни акции. При составлении плана учитывались возраст ребенка и тяжесть патологии. Дети наименьшего возраста с тяжелой патологией планировались первоочередно. Было организовано три операционных стола, из расчета пять операций в день, один хирург и один анестезиолог на стол.

Ежедневно один из хирургов и анестезиологов был «флоттирующим» (плавающим), выполняя функцию дублера, при необходимости ассистента, координатора между предоперационным, операционной и послеоперационным подразделениями.

Комплектация операционных, начиная с наркозно-дыхательной, следящей аппаратуры и заканчивая расходными материалами, осуществлялась силами «Operation Smile». Вся аппаратура, учитывая местную специфику, была оснащена независимыми источниками питания и могла автономно функционировать в течение двух часов. Для операционной бригады при отключении электроэнергии были предусмотрены автономные хирургические лампы и налобные светильники.







Как оказалось, потребность в независимых источниках электроэнергии возникала постоянно.

Последующие четыре дня акции были посвящены хирургии. После завтрака с 6.00 до 6.20 проходил тим-митинг (аналог общебольничной планерки), на котором коротко обозначались задачи текущего рабочего дня, подводились итоги предыдущего. При необходимости тим-лидеры команд хирургов, анестезиологов, педиатров доводили до участников акции рабочую информацию.

В 8.00 начинался операционный день. Дети, подготовленные к операции, находились в палате под наблюдением педиатра и психолога. В игровой манере им объяснялись предстоящие процедуры, начиная с масочного наркоза.

Перед началом операции все участники операционной бригады озвучивали предстоящие манипуляции, начиная с имени ребенка, возраста, веса, диагноза, наличия/отсутствия сопутствующей патологии и заканчивая названием операции. Техническим фотографом проводилась обязательная фотофиксация пациента до и после операции. В случае расщелины неба обязательно использовалась измерительная линейка.

После тампонады ротоглотки оперирующий хирург уведомлял об этом анестезиолога, на операционный стол помещалась сигнальная табличка о наличии тампона, которая убиралась только после удаления тампона и устного уведомления об этом анестезиолога хирургом. Операция на твердом/мягком небе заканчивалась обязательным прошиванием кончика языка, для профилактики асфиксии.

По окончании операции ребенок переводился в послеоперационную палату, где он начинал получать раннюю медикаментозную терапию под наблюдением специалистов. Послеоперационное нахождение в стационаре занимало до пяти суток.

Все операционные дни прошли стандартно, интраоперационных, ранних послеоперационных осложнений зафиксировано не было.

Успешные результаты акции (60 прооперированных детей за четыре дня) стали возможны вследствие четкой организации процесса отбора, предоперационной подготовки пациентов, строгого соблюдения разработанных стандартов качества.

Несомненным бонусом участия в акции являлась возможность интенсивной работы в команде специалистов, обмен опытом, взаимопомощь в сложных клинических случаях.



АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КОРОНАРОГРАФИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

В. С. Заверач, Е. В. Самохвалов, С. А. Устюгов, Г. В. Матюшин, А. В. Протопопов КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Актуальность

Ежегодно в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярска выполняется около 6 тысяч диагностических коронарографий в рамках утвержденного государственного задания по проекту борьбы со смертностью от болезней системы кровообращения. Обоснованность назначения этого диагностического теста, являющегося «золотым стандартом» диагностики ИБС в популяционно значимых объемах, является важнейшим звеном в понимании основ клинической и экономической составляющей системы кардиологической помощи пациентам в Красноярском крае, так как отражает функционирование всех этапов здравоохранения — от первичного амбулаторно-поликлинического звена до специализированной и высокотехнологичной помощи.

Цель

Определить обоснованность назначения коронарной ангиографии. Предложить возможные варианты повышения эффективности выполнения инвазивного диагностического исследования.

Задачи

Проанализировать данные пациентов, направленных на диагностическую коронарографию.

На основании полученных данных оценить целесообразность назначения коронарографий согласно международным критериям.

Оценить результаты выполненных коронарографий.

Интерпретировать полученные результаты в рамках данных литературы.

Методы исследования

Ретроспективный анализ сплошной выборки 488 электронных историй болезни пациентов, госпитализированных с целью проведения диагностической коронарографии с 15 марта по 15 апреля 2019 года.

Целесообразность назначаемых коронарографий была оценена на основании «Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization» American Collegeof Cardiology (ACC), актуальных клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC) и Российского кардиологического общества (РКО). Показания для коронарографии у пациентов были разделены, согласно классификации, как целесообразные (аppropriate), неопределенные (uncertain) и нецелесообразные (inappropriate). Больные были разделены на соответствующие категории по итогам выполненного анализа.

Результаты

Из 488 пациентов 339 (69,4%) были оценены как целесообразные, 101 (20,7%) — неопределенные, 48 (9,8%) — как нецелесообразные.

К нецелесообразным были отнесены пациенты с ФП и низким риском ИБС с известной коронарной анатомией без ухудшения клинической картины после предыдущей инвазивной диагностики — 3,68%; иными нарушениями ритма сердца, отмеченными у менее чем 1% пациентов; больные с сосудистой патологией, без предоперационных клинических факторов риска (ИБС, цереброваскулярные заболевания, креатинин ≥ 2 мг/дЛ) составляли 1%.

Пациенты с низкой предтестовой вероятностью ИБС и пациенты после реваскуляризации без описанного ухудшения клинического состояния выявлены в 4% от общего количества пациентов. В 1,2% историй болезни пациентов, оцениваемых в данном исследовании, имелись упоминания о выполнении на амбулаторно-поликлиническом этапе неинвазивных методов обследования. У 2% пациентов имелись результаты холтеровского мониторирования ЭКГ, подразумевавшие возможное наличие ишемических изменений.

В дальнейшей реваскуляризации нуждались 32% пациентов. У 6% были определены показания к хирургическому вмешательству — коронарному шунтированию (КШ), 26% пациентов было рекомендовано выполнение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Выводы

У подавляющего большинства пациентов, вошедших в исследование на основе сплошной выборки в течение месяца, показания к проведению коронарографии были определены как целесообразные. Наличие 9,7% пациентов с показаниями, оцененными как нецелесообразные, и низкий диагностический отбор больных на реваскуляризацию (2%) в категории неопределенных показаний свидетельствуют о несомненной возможности улучшения качества отбора пациентов в первичном звене здравоохранения.

Однако данный отбор затруднен отсутствием возможности выполнения и правильной интерпретации предварительного стресс-тестирования, вследствие критического состояния материально-технического и кадрового уровня оснащения учреждений здравоохранения края первого и второго уровней. Критерии «Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization» (AUCDC) должны быть использованы в алгоритме работы этих медицинских учреждений для повышения качества назначения диагностический коронарографии.

Введение

В 1958 году М. Sones впервые выполнил селективную коронарографию — диагностическую процедуру, которую, как считалось, невозможно выполнить безопасно для пациента [1]. По современным представлениям, метод предоставляет анатомическую информацию определения морфологических изменений, без идентификации физиологической значимости поражения коронарных артерий.

Ангиографические результаты не позволяют дифференцировать характер атеросклеротической бляшки, ее стабильность и истинные размеры атеромы, что ограничивает прогностическое влияние метода, например, для оценки развития острого инфаркта миокарда.

Несмотря на это, спустя 50 лет после первого выполнения коронарная ангиография признана бесспорным «золотым стандартом» клинической оценки коронарного атеросклероза и имеет три основные цели выполнения. Во-первых, оценить риск смерти и возможных коронарных осложнений путем характеристики наличия и степени поражения эпикардиальных сосудов; во-вторых, установить целесообразность чрескожной или хирургической реваскуляризации и, в-третьих, для оценки результатов лечения (медикаментозное, эндоваскулярное, хирургическое).

Коронарография является наиболее часто выполняемым рентгеноэндоваскулярным диагностическим вмешательством как в мире, так и в Российской Федерации [2]. Эта процедура получила настолько широкое распространение, что в одних только Соединенных Штатах Америки ежегодно проводится более 2 миллионов коронарографий [3]. В нашей стране в 2018 году было выполнено немногим более 480 тысяч коронарографий. Отмечается стремительный рост использования этого диагностического вмешательства с каждым годом [4].

С целью уменьшения разнородности практического использования, предотвращения недостаточного или чрезмерного применения, показания для выполнения коронарографии подвергались уточнению. Наиболее широким и актуальным руководством по рациональному использованию данного инвазивного метода диагностики является «Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization» созданный авторским комитетом, представляющим ведущие профильные сообщества США по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний [5].

Методы сбора первичных данных

Основная база данных, используемая в исследовании, была представлена системой электронных историй болезни qMS КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярска, в которой содержится информация о пациентах, в том числе данные по демографии, проживании, анамнеза в разрезе патологии сердца и сопутствующих заболеваний, информация о выполненных вмешательствах и их результаты. Так как используемая база данных не подразумевает указания цели направления на коронарографию, оценка производилась исключительно на основании описанных в электронный истории болезни: наличия симптоматики/ишемического эквивалента, комбинаций результатов оценки глобального сердечно-сосудистого риска у бессимптомных пациентов, результатов предтестовой вероятности ИБС у пациентов с наличием клиническивыраженного ишемического эквивалента, наличия и результатов неинвазивных методов (стресс-тестирование), наличия инвазивных коронарных диагностических и лечебных вмешательств и их результатов. Определения для этих и некоторых других элементов сопоставляли с дефинициями, используемыми «Appropriate Use Criteriafor Diagnostic Catheterization» [5].

Определения

Симптоматичность/ишемический эквивалент

Синдром боли в груди, ишемические отклонения на ЭКГ: совокупность любых клинических наблюдений, которые, по мнению врача, соответствуют проявлениям ИБС. Например, боль в груди, стеснение в груди, жжение в груди, боль в плече, боль в левой руке, боль в челюсти, недавно выявленные нарушения ЭКГ или другие симптомы/результаты, указывающие на ИБС.

Клинические проявления в отсутствие боли в груди (например, одышка при физической нагрузке или снижение/ухудшение толерантности к физической нагрузке), которые, как считается, согласуются с ИБС, также могут рассматриваться как ишемический эквивалент.

Клиническая классификация боли в груди:

- типичная ангинозная боль основана на триаде симптомов: загрудинная боль или дискомфорт; возникновение при физической нагрузке или эмоциональном стрессе; купирование боли при прекращении нагрузки/приеме нитроглицерина;
- атипичная ангинозная боль: загрудинная боль или дискомфорт при отсутствии одного пункта из характеристики определения типичной ангинозной боли;
- неангинозная боль: загрудинная боль или дискомфорт, которая включает в себя один или ни одного пункта из характеристики определения типичной ангинозной боли.

Предтестовая вероятность наличия ИБС

Методика расчета, связывающая характеристику боли в груди (типичная ангинозная боль, атипичная ангинозная боль, неангинозная боль), пол и возраст пациентов с вероятностью выявления обструктивных поражений коронарных артерий, например, шкала Diamond-Forrest и ее модификации (CADConsortium). Используемая в данном исследовании шкала предтестовой вероятности наличия обструктивной ИБС представлена в таблице 1.

Таблица 1 Предтестовая вероятность наличия ИБС для симптомных пациентов

Воз- раст (годы)	Пол	Типичная ангиноз- ная боль	Атипичная ангинозная боль	Неангиноз- ная боль	Отсутствие симптомов	
<39	М	Средняя	Средняя	Низкая	Очень низкая	
	ж	Средняя	Очень низкая	Очень низкая	Очень низкая	
40-49	M	Высокая	Средняя	Средняя	Низкая	
	ж	Средняя	Низкая	Очень низкая	Очень низкая	
50-59	М	Высокая	Средняя	Средняя	Низкая	
	ж	Средняя	Средняя	Низкая	Очень низкая	
>60	M	Высокая	Средняя	Средняя	Низкая	
	ж	Высокая	Средняя	Средняя	Низкая	
_						

Высокая: >90% предтестовая вероятность ИБС. Средняя: между 10 и 90% предтестовая вероятность ИБС. Низкая: между 5 и 10% предтестовая вероятность ИБС. Очень низкая: <5% предтестовая вероятность ИБС.

Оценка глобального сердечно-сосудистого риска

Стандартные методы оценки глобального сердечно-сосудистого риска, используемые в национальных руководствах. Например, Фрамингемская шкала, шкала SCORE.

Абсолютный риск определяется как вероятность развития сердечно-сосудистого осложнения (ССО) в течение определенного периода времени. Отчет ATP III оценивает абсолютный риск в течение следующих 10 лет. Риск ССО относится к 10-летнему риску любого тяжелого сердечно-сосудистого события (например, нефатального инфаркта миокарда или смерти от ИБС).

Низкий глобальный риск

Определяется возрастозависимым уровнем риска, ниже среднего. В целом низкий риск будет коррелировать с 10-летним абсолютным риском ССО <10%. Однако у женщин и молодых мужчин низкий риск может коррелировать с 10-летним абсолютным риском ИБС <6%.

Промежуточный глобальный риск

Определяется возрастозависимым средним уровнем риска. Средний риск будет коррелировать с 10-летним абсолютным диапазоном риска ССО от 10 до 20%. Для женщин и молодых мужчин может быть уместным расширенный диапазон промежуточного риска от 6 до 20%.

Высокий глобальный риск

Определяется возрастозависимым уровнем риска выше среднего. Высокий риск будет коррелировать с 10-летним абсолютным риском ССО>20%. Эквиваленты ССО (например, сахарный диабет, заболевание периферических артерий) также могут определять высокий риск.

Стресс-тестирование и риск результатов неинвазивного тестирования

Стресс-тестирование обычно используется как для диагностики (возможной/предполагаемой), так и для стратификации риска у пациентов с установленной ИБС. Используя критерии, определенные для традиционных тестов с физической нагрузкой

Результаты стресс-теста низкого риска: связаны с сердечной смертностью <1% в год.

Результаты стресс-теста промежуточного риска: связанные с сердечной смертностью от 1 до 3% в год.

Результаты стресс-теста высокого риска: связаны с>3% сердечной смертностью в год.

Оценка тредмил-теста по шкале (индексу) Дюка

Шкала Дюка рассчитывается следующим образом: время нагрузочной пробы по протоколу Брюса (или МЕТ) — 5 * (степень максимального отклонения сегмента ST в мм) — 4 * (индекс стенокардии при нагрузочной пробе). Индекс стенокардии имеет значение 0, если стенокардия не наблюдалась во время нагрузочной пробы, 1 — если стенокардия была зарегистрирована и 2 — если стенокардия была причиной прекращения нагрузочной пробы.

Если отклонение сегмента ST было меньше 1 мм, значение, вводимое в шкалу для отклонения ST, равно 0. Оценка обычно варьируется от -25 до +15. На основании этой шкалы баллов определяется группа высокого риска, которая имеет >/= -11 баллов (средняя ежегодная сердечно-сосудистая смертность более 5%), а также группа пациентов низкого риска ->/= +5 баллов (средняя ежегодная сердечно-сосудистая смертность 0,5%).

ЭКГ не интерпретируется:

ЭКГ с депрессией сегмента ST в покое (≥0,1 мВ), блокадой левой ножки пучка Гиса, предвозбуждением желудочков (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) или при навязанном ритме.

Гемодинамически незначимое поражение коронарных артерий:

Стеноз эпикардиального сегмента сосуда <70% либо <50% для ствола ЛКА и проксимальной части ПМЖВ, поражения сосудов, диаметром менее 2 мм [6].

Оценка пациентов

В ходе исследования было оценено 488 электронных историй болезни пациентов, госпитализированных с целью проведения диагностической коронарографии с 15 марта по 15 апреля 2019 года.

Для анализа были отобраны пациенты, госпитализированные в рамках двухдневного пребывания в стационаре, для выполнения диагностической коронарографии, которых было возможно оценить в рамках Критериев Целесообразного Выполнения Диагностической Катетеризации Коронарных Артерий (AUCDC). Данные критерии разделены на 7 широких категорий:

- предполагаемый или достоверный острый коронарный синдром;
- подозрение на ИБС: отсутствие предшествующих неинвазивных методов обследования (без предварительного чрескожного коронарного вмешательства, операций по шунтированию коронарных артерий или ангиограммы со стенозом ≥50%);
- подозрение на ИБС: предварительное неинвазивное стресстестирование (без предшествующего ЧКВ, КШ или ангиограммы со стенозом \geq 50%);
- вспомогательное инвазивное диагностическое тестирование у пациентов, проходящих диагностическую коронарную ангиографию;
- наличие известных обструктивных поражений коронарных артерий;
 - аритмии;
- предоперационная коронарная оценка для несердечной хирургии у стабильных пациентов.

Для каждой из этих категорий были выбраны наиболее часто встречающиеся клинические сценарии, оцененные по степени надлежащего использования коронарографии на три группы: целесообразные (appropriate), неопределенные (uncertain) и нецелесообразные (inappropriate) для проведения диагностической коронарографии.

Неопределенные (uncertain) сценарии выявлялись при недостаточности клинических данных или наличии разногласий относительно уместности показания, либо при отсутствии в литературе конкретных рекомендаций относительно уместности. Каждая оценка отражает приемлемость выполнения коронарографии, а не предпочтительность ее перед другими методами диагностики.

В дальнейшем данные критерии использовались для оценки пациентов. Этот процесс состоял в определении индивидуального сценария, подходящего пациенту, и оценки совокупности данных истории болезни. Используемая в данном исследовании методика оценки AUCDC подразумевала, что полный клинический анамнез и история обследований пациента собраны верно и в полном объеме квалифицированным клиницистом, таким образом, что клиническое состояние пациента можно считать действительным, соответствующему указанному в истории болезни.

Полнота и качество заполнения медицинской документации может искажать интерпретацию результатов. В результате каждый пациент, которому была выполнена диагностическая коронарография, был оценен как «целесообразный», «неопределенный» или «нецелесообразный» для проведения диагностической коронарографии.

В частности, для такой категории, как «Подозрение на ИБС: отсутствие предшествующих неинвазивных методов обследования (без предварительного чрескожного коронарного вмешательства, операций по шунтированию коронарных артерий или ангиограммы с ангиографическим стенозом ≥50%)», целесообразными для выполнения коронарографии были признаны лишь пациенты с таким клиническим сценарием, как «симптоматичный пациент с высокой предтесто-

вой вероятностью ИБС». Тогда как пациенты с другими клиническими сценариями (бессимптомные либо с низкой и средней предтестовой вероятностью) оценивались как неопределенные или нецелесообразные.

У пациентов с предшествующим неинвазивным тестированием коронарография считается целесообразной при наличии симптомов ИБС и промежуточной или высокой степенью риска либо неинтерпретируемыми и сомнительными результатами стресс-тестирования.

Пациенты после реваскуляризации, как метода ЧКВ, так и метода КШ, считаются целесообразными при ухудшении клинической картины, либо при результатах неинвазивного обследования, выявивших средний и высокий риск поражения коронарных артерий.

Пациенты, отказывающиеся от дальнейшего выполнения прямой реваскуляризации миокарда, не являющиеся кандидатами для проведения ЧКВ или КШ, или в тех случаях, когда нет уверенности в улучшении функционального состояния или качества жизни после реваскуляризации, не должны являться кандидатами и на выполнение коронарографии.

В категории «Аритмии» целесообразными считались пациенты, пережившие внезапную сердечную смерть, и пациенты с желудочковой тахикардией. Пациенты с неустойчивой желудочковой тахикардией и частой желудочковой экстрасистолой, при сохраненной функции ЛЖ и неясной этиологией после первоначальной оценки, относились к категории «неопределенные», независимо от клинической выраженности симптомов ИБС.

Пациенты с фибрилляцией/трепетанием предсердий не являлись кандидатами, целесообразными для назначения диагностической коронарографии. Показания для выполнения коронарографии при данной тахиаритмии не отличаются от показаний для выполнения у пациентов с ИБС. Это подтверждается и в актуальных клинических рекомендациях Американского Колледжа кардиологов [7] и Европейского кардиологического общества [8], согласно которым выполнение коронарографии не является необходимым у пациентов без признаков ИБС. Лишь пациенты с недавно возникшим трепетанием/фибрилляцией предсердий были оценены как «неопределенные» при наличии высокого риска ИБС.

Другие клинические сценарии, связанные с синкопальными состояниями, АВ-блокадой высокой степени или недавно возникшей блокадой левой ножки пучка Гисса, были оценены, как правило, нецелесообразными для коронарографии у пациентов с низким риском ИБС и неопределенными у пациентов с высоким риском ИБС.

Для пациентов с патологией клапанов сердца показаниями для выполнения коронарографии являются следующие признаки:

- анамнез ИБС;
- подозрение на ИБС;
- систолическая дисфункция ЛЖ;
- мужчины старше 40 лет;
- женщины в период менопаузы;
- наличие вторичной митральной регургитации.

Для пациентов, нуждающихся в некардиальной хирургии, диагностическая коронарография, как правило, считается нецелесообразной без наличия значительных факторов риска, либо пересадки органа, и не рассматривается в качестве рутинного метода диагностики ИБС. Для пациентов перед реконструктивной операцией на магистральных сосудах целесообразность выполнения коронарографии считается неопределенной. У пациентов с поражением сонных артерий, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, выполнение скрининга ИБС, включающее в себя и коронарографию, отмечено

лишь классом IIB и уровнем доказательств. Также в рекомендациях отмечено отсутствие влияния ИБС на исход операций на сосудах конечностей [9].

В используемых в нашем исследовании AUCDC у пациентов без предоперационных факторов риска (ИБС, сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, инсулинозависимый сахарный диабет, креатинин ≥2 мг/дЛ) выполнение коронарографии перед хиругической операцией на сосудах считается нецелесообразной. При наличии хотя бы одного фактора риска — неопределенной.

После оценки пациентов выполнялось отслеживание результатов коронарографии, по результатам которого выносилось заключение о состоянии коронарных артерий и дальнейшей тактике лечения. Варианты дальнейшей тактики были разделены на три категории: пациенты, которым была рекомендована консервативная терапия, пациенты, нуждающиеся в дальнейшей реваскуляризации методом чрескожного коронарного вмешательства (категория ЧКВ), и пациенты, которым рекомендовано кардиохирургическое лечение (категория КШ).

К категории консервативного лечения относились пациенты без ангиографической картины поражения коронарных артерий, либо пациенты с ангиографической картиной гемодинамически незначимых поражений коронарных артерий.

Количество пациентов в каждой категории с каждой оценкой было суммировано по всем сценариям, чтобы определить процент пациентов, которые были целесообразными, неопределенными и нецелесообразными. Также были суммированы результаты коронарографий в каждой из категорий.

Результаты

Из 488 оцениваемых диагностических коронарографий, выполненных в период с 15 марта по 15 апреля 2019 года, 339 (69,4%) были оценены как целесообразные (appropriate), 101 (20,7%) как неопределенные (uncertain) и 48 (9,9%) как нецелесообразные (inappropriate) (таблица 2).

Основное количество пациентов принадлежало к возрастной категории старше 60 лет, что при наличии симптоматики типичной ангинозной боли в большинстве случаев относило данных больных к категории «целесообразные». Большинство пациентов, вошедших в исследование, было мужского пола (60,9%).

К нецелесообразным относились пациенты со следующими клиническими сценариями: 19 (3,68%) — ФП низкий риск ИБС/известная анатомия без клинического ухудшения, 4 (<1%) — иные нарушения ритма, 5 (1%) — сосудистая патология без предоперационных клинических факторов риска, 20 (4%) — пациенты с низкой предтестовой вероятностью ИБС и пациенты после реваскуляризации, без описанного ухудшения клинической картины заболевания.

Согласно данным Критериев (AUCDC), пациенты, которым было выполнено стресс-тестирование, должны быть стратифицированы по шкале (индексу) Дюка на пациентов с низким, средним и высоким риском наличия поражений коронарных артерий. В нашем исследовании пациенты данную оценку не имели ни в одном из случаев выполненного стресс-тестирования. У 8 (1,6%) пациентов имелись результаты неинвазивных методов обследования и у 16 (3,27%) признаки ишемии по результатам холтеровского мониторирования ЭКГ.

По итогам коронарографий было выявлено 155 пациентов (31,7%), которым требуется дальнейшее проведение реваскуляризации: 127 (82%) рекомендовано ЧКВ, среди данных пациентов преобладали мужчины (86 пациентов — 68%), 28 (18%) — кардиохирурги-

ческое лечение (КШ). В группе кардиохирургического лечения также преобладали мужчины (19 пациентов — 68%).

Наличие в анамнезе коронарографии имелось у 22 (4,5%) пациентов. Для реваскуляризации из этой группы был отобран один пациент, уже имевший в анамнезе ЧКВ. 14 пациентов имели неизмененные коронарные артерии по результатам прошлой коронарографии, в результате повторного выполнения у этих пациентов изменений коронарных артерий также не было выявлено.

Среди 108 пациентов (22%), имевших в анамнезе данные о выполненной ранее реваскуляризации миокарда любым из методов (ЧКВ или КШ), необходимость в выполнении повторной реваскуляризации имели 39 пациентов (8%).

Таблица 2 Характеристика категорий показаний у пациентов, вошедших в исследование

Параметр	Кол-во больных, n (%)	Целесо- образные (Appropriate)	Heoпpe- деленные (Uncertain)	Нецелесо- образные (Inappropriate)
Возраст				
<40 лет	5 (1%)	2 (<1%)	2 (<1%)	1 (<1%)
40-60 лет	142 (29%)	80 (16,4%)	44 (9%)	18 (3,7%)
>60 лет	341 (70%)	257 (52,6%)	55 (11,3%)	29 (5,9%)
Пол				
Мужской	297 (60,9%)	228 (46,7%)	40 (8,2%)	29 (6%)
Женский	191 (39,1%)	111 (22,7%)	61 (12,5%)	19 (3,9%)
Реваскуляризация	155 (31,7%)	145 (29,7%)	10 (2%)	0
ЧКВ	127 (26%)	121 (24,8%)	6 (1,2%)	0
КШ	28 (5,7%)	24 (4,9%)	4 (<1%)	0
Не требуется	332 (68%)	194 (39,8%)	91 (18,6%)	48 (9,8%)

Обсуждение

Опубликованные международные исследования четко определяют прямую зависимость между выявлением пациентов с поражением коронарных артерий и количеством выполняемых диагностических коронарных ангиографий [10, 11].

Однако в практике применения коронарографии отмечена значительная межбольничная вариабельность частоты выявления поражений коронарных артерий [12]. В одном из первых исследований, посвященных частоте выявления поражения коронарных артерий, было отмечено, что во многом она была связана со стратегией выбора пациентов для выполнения диагностической коронарографии [13]. Вплоть до трети коронарографий могло не выполняться при использовании наиболее эффективных схем отбора пациентов [14].

У половины пациентов, проходивших диагностическую коронарографию, не было изменений коронарных артерий, 69,2% пациентов после инвазивной диагностики было рекомендовано медикаментозное лечение, кардиохирургическое лечение в 13%, и лишь 2,1% больных рекомендовано плановое ЧКВ. ЧКВ использовалось преимущественно при нестабильной стенокардии (37%) и ОИМ (34%), а коронарография проводилась по причинам помимо ИБС, например, перед операцией при клапанной патологии.

Следует отметить, что в ранних исследованиях преимущественным доступом для чрескожного диагностического вмешательства и при выполнении реваскуляризации был бедренный (91-93%) [15]. Плановая коронарография проводилась пациентам без значительных признаков ИБС, несмотря на то, что стресс-тестирование было выполнено у 45,5% пациентов. Ряд исследований показывает увеличение диагностического отбора на реваскуляризацию после коронарографии при использовании и, что более важно, при грамотной интерпретации результатов неинвазивных методов диагностики [7, 10].

Что касается безопасности вмешательства, то улучшение методики проведения и совершенствования инструментов для проведения коронарографии, возможность ранней активизации пациента (при рутинном использовании лучевого доступа) привели к тому, что совокупная частота фатальных и серьезных процедурных осложнений (развитие ИМ и инсульта, осложнений сосудистого доступа) значительно снизилась, но до сих пор существует (0,1-0,2%) [2].

Необходимость оптимизации использования инвазивной коронарографии, путем сбалансированного учета шагов на пути к ее назначению, стала целью разработки соответствующих критериев целесообразности использования методики. Критерии целесообразного использования АUCDC, используемые уже на протяжении 10 лет, применяются для уменьшения разнородности практического использования и повышения качества медицинской помощи.

Критерии AUC могут рассматриваться как метод контроля использования ресурсов и медицинских расходов, в особенности у методов визуализации сердца, где, по данным авторов из США, рост затрат в два раза выше среднегодового роста всех услуг. Такие критерии существуют для таких методов, как МСКТ-ангиография (МСКТА), ЧПЭХОКГ, стресс-ЭХОКГ, и др. [16, 17].

В 2012 году АСС при сотрудничестве с Обществом сердечно-сосудистой ангиографии и интервенции (SCAI) и другими специализированными обществами США по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний проведен обзор общих клинических сценариев (показаний), в которых часто рассматривается необходимость диагностической катетеризации сердца и коронарных артерий.

В результате этого обзора показания были распределены по степени надлежащего использования на три группы: целесообразные (полностью приемлемый и обоснованный метод при конкретном сценарии), неопределенные (метод может быть приемлем при конкретном сценарии, но необходима дополнительная информация) и нецелесообразные для выполнения диагностической катетеризации сердца и коронарных артерий.

На основании этого были опубликованы Критерии Целесообразного Использования Диагностической Катетеризации (Appropriate Use Criteriafor Diagnostic Catheterization). Создание этих критериев ставило задачу помочь повысить качество оказываемой медицинской помощи и экономическую эффективность. Кроме того, выявление «неопределенных» клинических сценариев открывает перспективы для будущих исследований [5].

В основе оценки целесообразности выполнения диагностической коронарографии у пациентов с признаками ИБС лежит классификация предтестовой вероятности по модернизированной шкале Diamond и Forrest. Несмотря на развитие неинвазивных методов диагностики, качественная клиническая оценка пациентов, в том числе с помощью оценки предтестовой вероятности ИБС, занимает ключевое значение, а повышение диагностической значимости зависело от грамотной интерпретации результатов неинвазивных методов диагностики [13, 18, 19, 20].

Низкий риск по шкале предтестовой вероятности, несмотря на клинику типичной стенокардии, как правило, не сопровождался снижением толерантности к физической нагрузке и снижением качества жизни [21].

Первые исследования, после опубликования критериев целесообразности, подтвердили их своевременность и ценность, продемонстрировав необходимость более рационального использования диагностической катетеризации коронарных артерий. У 24,9% пациентов в Нью-Йорке была выявлена категория «нецелесообразных» показаний, а 50% всех пациентов не подвергались стресс-тестированию. Подавляющее большинство этих пациентов (89%) были бессимптомными с низкими или промежуточными оценками глобального риска ИБС. Остальные 11% имели низкую предтестовую вероятность, несмотря на имеющуюся клиническую симптоматику [22].

Следует отметить влияние неклинических факторов, которые, по данным некоторых исследований, также оказывают влияние на частоту выявления поражения коронарных артерий при ИБС. Так, наличие интервенционного кардиолога для выполнения вмешательства, возможность выполнения в клинике всех видов реваскуляризации и отсутствие самообращений показали более частое обнаружение патологий коронарных артерий. Отмечено влияние различий в интерпретации результатов и дальнейшей тактике после неинвазивных методов обследования. Влияние стиля местной практики и финансовые стимулы также являются возможными причинами различия в частоте нахождения ИБС при коронарографии [18].

В нашем исследовании для оценки обоснованности назначаемых диагностических коронарографий вошли 488 пациентов, проанализированных методом сплошной ретроспективной выборки на протяжении месяца. Одним из ключевых источников, на котором основывалась оценка пациентов, являлись AUCDC ACC и ряд других профильных обществ.

Результаты нашего исследования показывают, что инвазивная ангиография у группы пациентов, оцененных как «целесообразные», с большей вероятностью диагностирует наличие необходимости в дальнейшей реваскуляризации. Преимущественно это относится к пациентам, у которых имелись данные о наличии острых инфарктов миокарда и нестабильной стенокардии в анамнезе. Приоритетность выполнения коронарографии у этих пациентов может увеличить частоту выявления поражений коронарных артерий в большей степени, чем при других клинических сценариях.

В ходе исследования нами было обнаружено, что почти 70% пациентов, которым выполнялась диагностическая коронарография, можно оценить как «целесообразные» для выполнения. Большинство из этих пациентов были мужского пола и старшей возрастной группы >60 лет. Наличие симптомов типичной ангинозной боли в большинстве случаев давало основание отнести этих пациентов в группу «целесообразные» и без выполнения неинвазивного тестирования. Следует учесть и тот факт, что в принятой клинической практике коронарография назначалась не только по причине ИБС, но и перед выполнением кардиохирургических и сосудистых операций, нарушениях ритма, кардиомиопатиях.

Низкий процент (2%) диагностического выхода (выявление пациентов, нуждающихся в дальнейшем выполнении реваскуляризации) в категории «неопределенные», по-видимому, подразумевает необходимость улучшения отбора пациентов данной категории для выполнения коронарографии. Этот отбор может быть затруднен отсутствием возможности выполнения и правильной интерпретации результатов предварительного стресс-тестирования.

В нашем исследовании количество таких пациентов было незначительным (до 3,3% пациентов с результатами неинвазивных исследований, по которым возможно заподозрить наличие поражения коронарных артерий). Это может быть напрямую связано с недостаточным для проведения нагрузочного тестирования материальнотехническим и кадровым оснащением медицинских организаций, осуществляющих направление пациентов на коронарографию.

По данным министерства здравоохранения Красноярского края, подобной аппаратурой располагают лишь 27 муниципальных образований, а общее количество станций для проведения стресс-тестов не превышает 40 аппаратов. Оценить техническое состояние этого медицинского оборудования и принципы его распределения достаточно проблематично. Очевидно, что в таких условиях, усугубляющихся отсутствием подготовленных кадров для проведения и интерпретации результатов тестирования, сложно ожидать высокой частоты неинвазивной диагностики у больных с подозрением на ИБС.

Наличие 9,8% пациентов, относящихся к категории «нецелесообразные» свидетельствует о возможности улучшения качества отбора пациентов для диагностической коронарографии в соответствии с AUCDC. Среди этой группы пациентов не было претендентов на дальнейшее выполнение реваскуляризации. Полученные нами данные по частоте обнаружения этой категории пациентов коррелируют с данными других исследований, посвященных этому вопросу.

В то же время стоит отметить, что даже выполнение стресс-тестирования и других методов предварительной диагностики не создает гарантию отсутствия обнаружения неизмененных коронарных артерий. Такой цели и не должно ставиться в повседневной реальной клинической практике. На сегодняшний день нет возможности отказаться от выполнения инвазивной коронарографии [23].

Обнадеживающие данные, позволяющие использовать МСКТ-коронарографию, пока не подтверждаются уровнями и классами международных и российских клинических рекомендаций, определяющих проведение КТ-коронарографии лишь у пациентов с низкой или промежуточной предтестовой вероятностью выявления ИБС, к тому же только при необходимом условии получения изображений хорошего качества.

Кроме того, метод КТ-ангиографии имеет большое количество ограничений, связанных с клиническими характеристиками пациента. В рандомизированных клинических исследованиях PROMISE и SCOT-HEART было продемонстрировано, что добавление метода МСКТА к стандартным протоколам ведения больных ИБС даже увеличивает частоту выполнения инвазивной коронарографии в ближайшем периоде наблюдения и не приводит к достоверным различиям применения метода в глобальном плане [24, 25, 26].

Также нет однозначного ответа, какой процент обнаружения неизмененных коронарных артерий считать допустимым, а какой процент указывает на низкое качество отбора и дифференциальной диагностики пациентов. Это во многом связано со спецификой построения сетевой работы по выявлению больных с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Douglasc соавторами [14] указывают, что в клинической практике вариабельность показателя обнаружения обструктивных поражений коронарного русла может достигать значительных интервалов — от 23 до 100%.

Важно понимать, что не все выполняемые ангиографии будут и должны выявлять значимые поражения коронарных артерий. Как и при любом диагностическом методе, всегда будет определенное количество «нормальных» результатов. Ценность для клинициста заключается не только в подтверждении диагноза, но и в его опровержении,

особенно у пациентов с высокой предтестовой вероятностью ИБС, что может привести к дальнейшему избеганию назначения ненужных схем терапии и тестирований.

В нашем исследовании встречались пациенты с повторным назначением коронарографий, несмотря на неизмененные коронарные артерии при первом исследовании. Изменения коронарных артерий не были выявлены и при повторном выполнении коронарографии, что оставляет открытым вопрос об обоснованности выбора кардиологами и терапевтами на местах диагностического метода.

Наличие пациентов в категории не нуждающихся в дальнейшем выполнении реваскуляризации, с поражениями коронарных артерий, хотя и оцененных как гемодинамически незначимых (стеноз <70%, либо <50% для ствола ЛКА и проксимальной части ПМЖВ, поражения сосудов диаметром менее 2 мм), свидетельствует о пользе результатов коронарографии у этих пациентов, при оценке прогнозирования возможных дальнейших сердечно-сосудистых неблагоприятных событий.

В международном многоцентровом регистрационном исследовании CONFIRM была наглядно продемонстрирована достоверная разница выживаемости пациентов различных клинических групп: без коронарного атеросклероза, с необструктивными поражениями коронарных артерий, без высокого риска ИБС и с высоким риском ИБС.

Из анализируемых предикторов смертности, наличие и выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий имела самое высокое прогностическое влияние на выживаемость, превосходя параметры состояния фракции выброса левого желудочка и клинические проявления заболевания [27].

Выполнение диагностической коронарографии как «золотого стандарта» диагностики поражений коронарного русла имеет решающее влияние на объемы реваскуляризирующих вмешательств, выживаемость и качество жизни больных в различных клинических группах [28, 29, 30, 31].

Улучшение отбора пациентов для ее выполнения на амбулаторнополиклиническом этапе — важнейшая и сложная задача повышения эффективности регионального здравоохранения, координирующая вопросы совершенствования кадрового обеспечения отрасли, повышения квалификации врачей кардиологов и терапевтов, улучшения материально-технического оснащения учреждений здравоохранения до уровня соответствия современным клиническим рекомендациям и систематизации клинико-экспертной работы и контрольных на уровне министерства здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования.

Литература

Семченко А.Н. Краткая история коронарной хирургии в событиях, лицах и датах. Екатеринбург: Издательские решения, 2016. 150 c. [Semchenko A.N. A brief history of coronary surgery in the events, persons and dates. Yekaterinburg, Ridero Publ.; 2016.150 p. (InRuss.)].

Алекян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная хирургия. Руководство в четырех томах. Москва: Литтерра. 2017 г. 2 том: 49–55.

Ryan TJ. The coronary angiogram and its seminal contributions to cardiovascular medicine over five decades. Trans Am ClinClimatol Assoc. 2002; 113:261-271.

Алекян Б.Г.

Patel R., et al. Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization//J. Am. Coll. Cardiol. -2012; 59:1995-2027.

Franz-Josef Neumann, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, European Heart Journal, Volume 40, Issue 2, 07 January 2019, Pages 87-165.

Craig T. January et.al. AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Jan 2019, 25873; DOI: 10.1016/j.jacc.2019.01.011.

Paulus Kirchhof, et al., 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, European Heart Journal, Volume 37, Issue 38, 7 October 2016, Pages 2893-2962.

Victor Aboyans, et al., ESC Scientific Document Group, 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO)The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS), European Heart Journal, Volume 39, Issue 9, 01 March 2018, Pages 763-816.

Batchelor WB, Peterson ED, Mark DB, et al. A comparison of U.S. and Canadian cardiac catheterization practices in detecting severe coronary artery disease after myocardial infarction: efficiency, yield and long-term implications. J Am Coll Cardiol. 1999;34(1):12-19.

Graham MM, Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, Tu JV, Norris CM. et al. Population rates of cardiac catheterization and yield of high risk coronary artery disease. CMAJ. 2005;173(1):35-39. doi: 10.1503/cmai. 1041444.

Bradley S.M., Maddox T.M., Stanislawski M.A., O'Donnell C.I., Grunwald G.K., Tsai T.T., Ho M., Peterson E.D., Rumsfeld J.S. Normal coronary rates for elective angiography in the Veterans Affairs Healthcare System: insights from the VA CART program (veteran's affairs clinical assessment reporting and tracking)//J. Am. Coll. Cardiol. — 2014; 63:417-426.

Ko DT, Tu JV, Austin PC, et al. Prevalence and Extent of Obstructive Coronary Artery Disease Among Patients Undergoing Elective Coronary Catheterization in New York State and Ontario. JAMA. 2013;310(2):163-169. doi:10.1001/jama.2013.7834.

Douglas P.S., Patel M.R., Bailey S.R., Dai D., Kaltenbach L., Brindis R.G., Messenger J., Peterson E.D. Hospital variability in the rate of finding obstructive coronary artery disease at elective, diagnostic coronary angiography//J. Am. Coll. Cardiol. — 2011; 58:801-809.

Dehmer G.J., Weaver D., Roe M.T., Milford-Beland S., Fitzgerald S., Hermann A., Messenger J., Moussa I., Garratt K., Rumsfeld J., Brindis R.G. A contemporary view of diagnostic cardiaccatheterization and percutaneous coronary intervention in the United States: a report from the CathPCI Registry of the National Cardiovascular Data Registry, 2010 through June 2011//J. Am. Coll. Cardiol. — 2012: 60:2017-2031.

Hendel RC. Utilization management of cardiovascular imaging pre-certification and appropriateness. JACC Cardiovasc Imaging. 2008 Mar; 1(2):241-8.

Fonseca R, Negishi K, Otahal P, Marwick TH. Temporal changes in appropriateness of cardiac imaging. J Am CollCardiol. 2015 Mar 3;65(8):763-773.

Wijeysundera H.C., Qiu F., Bennell M.C., Natarajan M.K., Cantor W.J., Smith S., Kingsbury K.J., Ko D.T. Impact of system and physician factors on the detection of obstructive coronary disease with diagnostic angiography in stable ischemic heart disease//Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. — 2014; 7:648-655.

Patel MR, Dai d, Hernandez AF, et al. Prevalence and predictors of non-obstructive coronary artery disease identified with coronary angiography in contemporary clinical practice. Am heart J. 2014; 167(6): 846-52).

Rio P, Ramos R, Pereira-da-Silva T, et al. Yield of contemporary clinical strategies to detect patients with obstructive coronary artery disease. Heart Int. 2016;10(1):e12–e19. Published 2016 Feb 18. doi:10.5301/heartint.5000224.

Michael P. Thomas, et al. When Is it Right to Be Wrong? Journal of the American College of Cardiology Vol. 63. No. 5. 2014: 427-429.

Hannan EL, et al. Appropriateness of diagnostic catheterization for suspected coronary artery disease in New York State. CircCardiovascInterv. 2014 Feb;7(1):19-27.

Andrew J M Lewis The age of diagnostic coronary angiography is over July 2017 Br J Cardio 2017:24:105-7.

Gibbons R.J. Comparison of ESC and ACC/AHA guidelines for the diagnosis and management of patients with stable coronary heart disease: Are the differences clinically relevant? An American perspective//J. Nucl. Cardiol. — 2018; 25:516-520.

Douglas P.S., Hoffmann U., Patel M.R., Mark D.B., Al-Khalidi H.R., Cavanaugh B., et al. Outcomes of anatomical versus functional testing for coronary artery disease//N. Engl. J. Med. 2015;372:1291-1300.

The SCOT-HEART Investigators. CT coronary angiography in patients with suspected angina due to coronary heart disease (SCOT-HEART): an open-label, parallel-group, multicentre trial//Lancet. – 2015; 385:2383-2391).

Chow B.J., Small G., Yam Y., Chen L., Achenbach S., Al-Mallah M., Berman D.S., Budoff M.J., Cademartiri .F, Callister T.Q., Chang H.J., Cheng V., Chinnaiyan K.M., Delago A., Dunning A., Hadamitzky M., Hausleiter J., Kaufmann P., Lin .F, Maffei E., Raff G.L., Shaw L.J., Villines T.C., Min J.K. CONFIRM Investigators//Circ. Cardiovasc. Imaging. — 2011; 4(5): 463-472.

Shin J., Ko E., Cha W.C., Lee T.R., Yoon H., Hwang S.Y., Shin T.G., Sim M.S., Jo I.J., Song K.J., Rhee J.E., Jeong Y.K., Choi J.-H. Impact of early coronary angiography on the survival to discharge after out-of-hospital cardiac arrest//Clin. Exp. Emerg. Med. — 2017; 4(2): 65-72.

Mathew V., Farkouh M.E., Gersh B.J., Rihal C.S., Reeder G.S., Grill D.E., Urban L.H., Kopecky S.L., Chesebro J.H., Holmes D.R. Early coronary angiography improves long-term survival in unstable angina//American Heart Journal. — 2001; 142(5), 768-774.

Berg J.M., Kelder J.C., Suttorp M.J., Verheugt F.W.A., Plokker H.W.T. Influence of Planned Six-Month Follow-Up Angiography on Late Outcome After Percutaneous Coronary Intervention A Randomized Study//J. Am. Coll. Cardiol. — 2001; 38:1061-1069.

Koh A.S., Chia S., Zaini S.M., Guo K.W.Q., Yeo K.K., Chua T.S.J., Koh T.H., Tan J.W.C. Impact of timing to coronary angiography in acute coronary syndrome on contemporary clinical practice//Am. J. Cardiovasc. Dis. — 2012; 2(3): 248-252.

Om Exanimo Om Oyuuu

МИР ГЛАЗАМИ МЕДИКОВ

Впервые региональный фотоконкурс, направленный на популяризацию и повышение уровня значимости профессий сферы здравоохранения, прошел в 2017 году в Томске и за два года шагнул за территорию СФО. В 2019 году Красноярский край поддержал эту инициативу. Организатором конкурса творческих работ стали министерство здравоохранения Красноярского края, Территориальный фонд ОМС Красноярского края, молодежное правительство Красноярского края. Мероприятие поддержали федеральные и краевые СМИ.

По итогу были определены победители:

- Зима Андрей Юрьевич, врач-рентгенолог КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона» - Гран-при за цикл из 24 работ.
- Зырянова Мария Николаевна, операционная медицинская сестра отдела заготовки крови КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1»—1-е место в номинации «Судьба, отданная людям».
- Одинокина Марина Александровна, врач-невролог, заведующая поликлини-кой КГБУЗ «Мотыгинская РБ» 1-е место в номинации «Династия».
- Зырянова Елена Валерьевна, заведующая противотуберкулезным отделением КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»— 1-е место в номинации «Мое призвание врач».
- Шешина Руслана Маратовна, врачметодист отделения медицинской профилактики, КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД» -1-е место в номинации «Спорт в медицине».

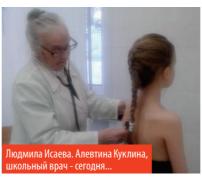
11 июня на торжественном мероприятии, посвященном Дню медицинского работника, победители были награждены. Но на этом конкурс не закончится. В течение всего лета на сайте министерства здравоохранения, в печатных и интернет-СМИ, на ТВ будут продолжены публикации историй о талантливых конкурсантах, их героях, будут опубликованы фотоработы. Кроме того, определятся победители в номинациях «Зрительские симпатии», «Выбор СМИ».

А редакция «Первой краевой» дополнит фотовыставку внеконкурсными работами нашего талантливого Дмитрия Терскова — гнойного хирурга, фотохудожника с необычным углом зрения.









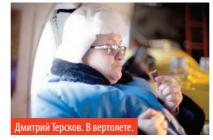
























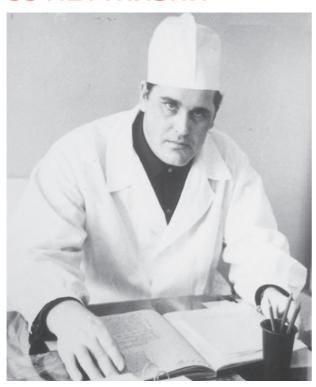




Елена Тришина. 1963 год. Бабушка Мария Полынкина, Нижний Амонаш, Канский район

СПАСИБО!

ТОРАКАЛЬНЫЙ ХИРУРГ ИВАН ХОРОШИЛОВ ПОДАРИЛ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ 55 ЛЕТ ЖИЗНИ



Торакальная хирургия — зона особого риска.

На внутригрудные операции хирурги решились только в конце XIX века, и поначалу с печальным результатом: пациенты погибали от операционного пневмоторакса. Только в 1930-е стали производиться резекции легких, а за пищевод и трахею долго никто не брался.

Торакальная хирургия в СССР стала развиваться после войны. В ККБ сложнейшие хирургические методики на грудной клетке внедряли профессора Дыхно и Розовский. Первое за Уралом отделение открылось в больнице в 1959 году. В 1967 году отделение торакальной хирургии стало частью легочно-аллергологического центра.

Вот в это отделение с первого дня и пришел работать молодой хирург Иван Хорошилов. До торакальной Иван Александрович работал в гнойной хирургии — тоже одной из самых трагических и летальных, но операции на органах грудной клетки были, есть и будут особо опасными, требующими смелости и мастерства.

— В 1960-е мы оперировали абсцессы, гангрены легких, выполняли пластику пищевода толстой кишкой. Оперировались гнойные перикардиты, проводилась пластика бронхов, удалялась вилочковая железа при миастении. Постоянными нашими пациентами были люди с опухолями легких, ведь тогда еще не было онкодиспансера, — рассказывает к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 2 им. проф. Дыхно Иван Хорошилов. — К нам поступали больные с травмами, огнестрелами. Любое вмешательство на органах грудной полости могло привести к медиастиниту, который был и сегодня остается смертельным осложнением. Выбор антибиотиков был невелик, но зато широко использовалась внутриартериальная доставка антибиотика под рентген-контролем.

Торакальной хирургией в то время активно занимался бывший ректор КГМИ Борис Граков. Он впервые в крае выполнил резекцию трахеи. Иван Хорошилов первым в крае внедрил пластику пищевода желудком.

С развитием эндоскопических технологий изменился подход ко многим нозологиям в торакальной хирургии. Почти прекратились операции при ахалазии кардии, при стенозах трахеи производится бужирование, эндоскопические операции, стентирование. Резко сократилось количество резекций трахеи и вообще больших операций. Сегодня, как и на других хирургических направлениях, в торакальной хирургии делается ставка на малоинвазивные операции.

Более полувека Иван Александрович наблюдал и ускорял эволюцию торакальной хирургии в нашей больнице. Более четверти века он заведовал отделением торакальной хирургии, и с самого начала 1980-х преподавал студентам медицинского вуза свое высокое мастерство.

Чистая жизнь. Достойная судьба. Плюс двое детей, которые служат краевой медицине.

Иван Хорошилов — Отличник здравоохранения РФ, ветеран КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Большой красивый человек, чью яркую русскую фамилию знают и уважают многие поколения врачей.

Правда, фамилия эта досталась семье Хорошиловых относительно недавно. Так часто случалось в Сибири: ссыльные прибалты, финны, карелы меняли свои трудные для русского уха фамилии на удобные, не привлекающие внимания. После смерти Сталина тысячи людей уехали на родину, но были и те, кто остался в Сибири, и служили верой и правдой родине новой. Как Иван Хорошилов, родившийся на прииске Золотой Бугорок за три месяца до Великой Отечественной войны. Его официальная биография безупречна: родился в семье рабочего, русский, родственников за границей нет.

Тайну своего происхождения Иван Александрович раскрывать не любит. И не надо. Мы и так благодарны — за все, что доктор Хорошилов сделал для пациентов, для студентов, для своих коллег за годы служения медицине, университету и краевой клинической больнице.

Подготовила Елена Семенова

