

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 8 (69)

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



100 лет
Красноярской
скорой помощи

*Медицина
Красноярского края
в цифрах*

*Кабинет профилактики
инсульта в краевой
клинической больнице*

*День медика
отметили
саморазвитием*

июнь 2018 года

Ремаксол для печени – время для жизни!



Препарат инициальной терапии
при поражениях печени
различного генеза

- 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



ПРОИЗВЕДЕНО
ПО GMP

включен в перечень
ЖНВЛП

РЕКЛАМА. Рег. № ЛСР-009341/09 от 21.08.2017



Инфузионный гепатотропный препарат

ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

**КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Основан в 1998 году

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин —
главный врач

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., профессор С. Г. Вахрушев
Н.И. Головина
д.м.н., профессор И. В. Демко
д.м.н., профессор С. А. Догадин
д.м.н., профессор Ф. П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г. В. Матюшин
С. Л. Нефедова
к.м.н. Г. З. Низамеева
д.м.н. А. В. Протопопов
д.м.н. В. А. Сакович
В. М. Симакова
Е. В. Михайлова
д.м.н., профессор Д. В. Черданцев

А. Сурмачев, —
фотокорреспондент.
Используются материалы из музея
Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова — корректор

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

Тираж 999 экз.
Июнь 2018 г.

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

Содержание

Медицина красноярского края (статистика	4-5
События	6-7
Красноярская скорая обслужила 17 миллионов человек.....	8-11
Системе обязательного медицинского страхования четверть века	12-15
Новые технологии уборки в практическом здравоохранении	15-18
CASUS EXTRAORDINARUS НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ	
Профилактика инсульта в условиях специализированного ангионеврологического кабинета	20-23
Ведение больных с тяжелыми формами эндокринной офтальмопатии.....	24-25
Успешная тотальная паратиреоидэктомия у пациенток с терминальной хпн и вторичным гиперпаратиреозом	26-27
Случай длительного наблюдения за пациентом с почечным Трансплантатом	27-28
DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ	
Порядок действий в случае аварийной ситуации С целью профилактики гемоконтактных инфекций	30-33
Опыт диспансерного наблюдения пациентов с миастениями в кабинете нервно-мышечной патологии консультативно-диагностической поликлиники ккб	34-35
Возможности комбинированной противовирусной терапии С применением индуктора интерферогенеза циклоферона®, Пегилированного интерферона, рибавирина и метаболического корректора ремаксола® в лечении хгс	36-40
Частота различных стадий хронической болезни почек, Выявляемых при рутинном определении уровня креатинина Сыворотки крови	41-42
Выученная беспомощность: что это такое?	43-46
EX ANIMO \ ОТ ДУШИ	
Ж. Ж. Рапопорт: «помня о прошлом, стремиться в будущее»	48-52
50 Лет профессору черданцеву.....	53
Отпраздновали день медика и лето	54-56



Уважаемые работники здравоохранения Красноярского края!

Поздравляем вас с профессиональным праздником и благодарим за беззаветное служение людям!

Высоты медицины покоряются тем, кто трудится с полной отдачей. Это призвание требует большого сердца и ясного ума, предельной внимательности и ответственности.

В здравоохранении Красноярского края работают десятки тысяч профессионалов, верных высоким идеалам самой гуманной из профессий. Благодаря их слаженной работе и продуманному руководству отраслью, в регионе стабильно растет продолжительность жизни, все шире внедряются современные технологии медицинской помощи, развиваются передовые направления работы, совершенствуется инфраструктура и обновляется материально-техническая база. Мы стремимся сделать все, чтобы обеспечить здоровье и долголетие красноярцев.

Дорогие друзья! Вы достойно продолжаете лучшие традиции отечественной медицины. Ваш благородный труд – это важнейшая часть жизни нашего края, определяющая настоящее и будущее. Ваш опыт, знания и мастерство остаются надежным залогом благополучия и хорошего самочувствия земляков, умножают нашу общую уверенность в завтрашнем дне. Желаем вам мира, добра и новых успехов!

**Врио губернатора Красноярского края
Александр Усс,
председатель Законодательного Собрания края
Дмитрий Свиридов**



Уважаемые коллеги!

Я рад, что могу поздравить с Днем медицинского работника каждого врача, медицинскую сестру, санитарку во всех уголках нашего огромного Красноярского края.

Примите благодарность за ваш труд, за всех спасенных пациентов, за терпение, заботу и любовь к людям.

Уверен, что каждый из вас понимает, в каком направлении развивается современная медицина – в сторону повышения качества медицинского обслуживания, усложнения технологий, комфорта пациентов, увеличения продолжительности жизни.

Нас ждут великие дела, сложные задачи, которые можно решить только совместными усилиями, и я очень рассчитываю на каждого члена нашей большой команды.

Желаю вам стойкости, мудрости, профессиональных удач и большого личного счастья.

**Министр здравоохранения
Красноярского края
Виталий Денисов**



Дорогие мои сотрудники!

Поздравляю вас с Днем медицинского работника!

Тысячи слов сказаны о нашей профессии – о ее благородстве, безусловной пользе, необходимости, важности.

Хочу отметить, что работа врача и медицинской сестры еще и очень красива.

Я вижу, как спокойны ваши лица, как выверены ваши движения в самых сложных ситуациях.

Я знаю, какое удовольствие вы получаете, когда удается вырвать человека из болезни и смерти, какими вы бываете добрыми и чуткими к чужой беде, как нравится вам помогать людям, потому что, несмотря на кровь, боль, страдания, в нашем деле всегда больше оптимизма, веры и радости.

Желаю вам никогда не терять силу духа и профессиональную честь. Помните, что мы служим самой красивой профессии на земле.

Счастья вам.

**Главный врач
Егор Корчагин**

МЕДИЦИНА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Статистические данные за 2017 год

140 МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ВСЕГО, ИЗ НИХ:

- 86 больничных организаций,
- 30 амбулаторно-поликлинических учреждений
- 7 диспансеров
- 3 станции скорой медицинской помощи
- 2 центра крови
- 1 центр профилактики
- 1 детский санаторий
- 5 домов ребенка
- 5 медицинских организаций особого типа (КИМАЦ, СМЭ, ПАБ, ЦМК, Резерв)

10 535 ВРАЧЕЙ ВСЕГО, ИЗ НИХ:

- 7 387 – женщины
- 1 061 – работают на селе
- 416 – руководители
- 6 492 – врачи клинических специальностей
- 49,4% (5200) врачей – имеют категорию
- 97,8% (10308) – имеют сертификат
- 5 860 – поликлинические врачи, укомплектованность - 69%
- 4 048 – врачи стационаров, укомплектованность – 57,4%
- Укомплектованность всего физическими лицами:
- 63,3% – врачами
- 76,7% – медицинскими сестрами
- В крае 27 091 средний медработник

19 409 КОЕК ВСЕГО, ИЗ НИХ В КРАСНОЯРСКЕ:

- 4 683 – краевые койки (1 168 в ККБ)
- 3 786 – городские
- 165 – федеральные
- 748 – в Ачинске
- 522 – в Канске
- 518 – в Минусинске
- 994 – в Норильске

492 065 БОЛЬНЫХ ПРОЛЕЧЕНО В КРАЕ В 2017 ГОДУ

- 11,3 – средний койко-день
- 8,7 – в Красноярске
- 9,7 – в ККБ
- 298,4 – функция койки в ККБ

СПЕЦИАЛИСТЫ, РАБОТАЮЩИЕ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

НАИМЕНОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ	ЧИСЛО ВРАЧЕЙ
Акушеры - гинекологи	676
Аллергологи - иммунологи	14
Анестезиологи - реаниматологи	603
Бактериологи	44
Гастроэнтерологи	34
Гематологи	24
Генетики	6
Гериатры	3
Дерматовенерологи	149
Диетологи	5
Инфекционисты	132
Кардиологи	213
Кардиологи детские	23
Врачи клинической лабораторной диагностики	201
Колопроктологи	18
Лабораторные генетики	1
Мануальные терапевты	4
Неврологи	386
Нейрохирурги	50
Неонатологи	126
Нефрологи	21
Общей практики (семейные)	73
Онкологи	109
Онкологи детские	4
Ортодонты	29
Оториноларингологи	155
Офтальмологи	237
Патологоанатомы	86
Педиатры	983
По лечебной физкультуре и спор- тивной медицине	33
По рентгенэндоваскулярным ме- тодам диагностики и лечению	19
Профпатологи	15
Психиатры	209

НАИМЕНОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ	ЧИСЛО ВРАЧЕЙ
Психиатры-наркологи	86
Психотерапевты	29
Пульмонологи	35
Радиологи	25
Ревматологи	16
Рентгенологи	355
Рефлексотерапевты	9
Врачи скорой медицинской помо- щи	251
Стоматологи	957
Судебно-медицинские эксперты	163
Судебно-психиатрические экспер- ты	29
Сурдологи-оториноларингологи	14
Терапевты	1287
Токсикологи	6
Травматологи - ортопеды	174
Трансфузиологи	61
Врачи ультразвуковой диагности- ки	258
Урологи	84
Урологи-андрологи детские	9
Фармакологи клинические	40
Физиотерапевты	100
Фтизиатры	151
Врачи функциональной диагно- стики	206
Хирурги	421
Хирурги детские	54
Хирурги сердечно-сосудистые	48
Хирурги торакальные	20
Хирургия челюстно-лицевые	6
Эндокринологи	90
Эндокринологи детские	15
Эндоскописты	86
Эпидемиологи, дезинфектологи, паразитологи, вирусологи	40

СОБЫТИЯ

В КРАЕ НОВЫЙ МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Это Виталий Денисов, 44-летний доктор с большим руководящим опытом, поработавший на «северах» и в Красноярской поликлинике № 14.

Виталий Степанович уже побывал в краевой клинической больнице – вручил награды нашим лучшим врачам и медицинским сестрам на планерке, посвященной Дню медика.

Работники ККБ даже не удивились, что врачебная судьба руководителя отрасли связана с нашей больницей, ведь из наших стен вышли практически все лучшие доктора Красноярского края. Министр произвел приятное впечатление, потому что с искренней благодарностью вспоминал практический опыт, полученный в юности в ожоговой реанимации.



В АПРЕЛЕ ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

Управление качеством невозможно без поставленных долгосрочных целей, которые больница утвердила в 2016 году. Впервые ККБ запланировала развитие по пяти направлениям, касающимся менеджмента, финансов, персонала, имиджа учреждения и, конечно, пациентов, для комфорта и пользы которых все и задумывалось.

19 апреля в больнице состоялось совместное заседание Медицинского и Общественного советов по итогам реализации «Стратегического плана развития ККБ 2016–2019 гг.»

Это было динамичное заседание. Ответственные, пять заместителей главного врача, отчитались по плану и по ходу предложили его корректировку по некоторым пунктам.

По результатам заседания принята резолюция, включающая приоритеты по исполнению плана на 2018 год. Важный для больницы год, предшествующий Всемирной Универсиаде.

КНИГА ПРОФЕССОРА ШНЯКИНА И К ВЫИГРАЛА КОНКУРС УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ

Высокое качество полиграфии, «говорящие» иллюстрации, структурированный текст, конкретика – эта книга подарок врачам-неврологам, кардиологам, нейрохирургам, сосудистым и рентгенохирургам от настоящих профессионалов. Авторы – три доктора медицинских наук, кандидат медицинских наук и аспирант.

В книге отражены основные медикаментозные, оперативные, эндоваскулярные методы профилактики инсульта, осуществляемые в Региональном сосудистом центре, представлен опыт работы кабинета профилактики инсульта, а также примеры информирования населения о нарушении мозгового кровообращения.



Книгу отметили на самом высоком уровне: лично министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова вручила ректору КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого Ивану Артюхову приз для авторского коллектива с благодарностью за отличную работу и выигрыш в номинации «За лучшую практику учебно-методического сопровождения образовательных программ».

КРАНЫ СО СТРОЙКИ УЕХАЛИ

Прошел год со старта строительства нового хирургического корпуса краевой больницы.

На сегодня внутри башен монтируются перегородки и проводятся инженерные коммуникации, а в прачечной заканчивается внутренняя отделка.

Завершается монтаж индивидуального теплового пункта. Это важная энергосберегающая технология, позволяющая регулировать подачу тепла в помещения в зависимости от температуры воздуха на улице. По территории больницы продолжается прокладка тепловых коммуникаций.

В башнях разместятся операционные, новое приемное отделение с возможностью проведения экстренных операций «с колес», палаты с эффективной системой вентиляции воздуха, а также инженерно-хозяйственные объекты.

Утверждены интерьеры палат и режимных помещений. Они светлые, психологически комфортные и для пациентов, и для персонала, оснащенные специфическими отделочными материалами, гарантирующими качество и безопасность.

ПРОВЕЛИ ФЕСТИВАЛЬ САМОРАЗВИТИЯ



Для работы с нашими сотрудниками на загородную базу отдыха были приглашены более десяти бизнес-тренеров и психологов. Темы тренингов были самые разные: «Успешные переговорные стратегии и навыки», «Бой на деревянных ножах», «Дизайн интерьера своими

руками», «Аукцион эмоций». По ходу занятий тренеры приспосабливались к медицинской аудитории, приводили примеры из врачебной и сестринской практики.

Сотрудники ККБ словно заново увидели друг друга, общаясь за пределами повседневных обязанностей.

Участники эмоционально делились друг с другом впечатлениями. Даже скептики оценили новаторский формат обучения.

Руководство больницы внимательно следило за работой тренеров, реакцией персонала, присматривало специалистов, которые будут особенно полезны врачам и медицинским сестрам в будущем.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ОНКОДИСПАНСЕРА РАЗВЕНЧАЛ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКОЛОГИИ В РАЗВИТИИ РАКА

Андрей Модестов дал интервью популярному красноярскому сайту и рассказал, что в последние 20 лет онкозаболеваемость в крае выросла в два раза, а смертность – на 30%. Причина – в выявляемости рака на ранних стадиях. При этом ремиссии удастся достичь более чем в 50% случаев. Этот показатель постоянно растет.

В Красноярском крае снижается смертность от рака в трудоспособном возрасте – до 55 лет у женщин и до 60 лет у мужчин. Далее – нейтральная зона, а вот у больных старше 70 наблюдается рост смертности. Средний возраст заболевших 65-67 лет.

Тенденции к тому, что рак молодеет, онкологи не замечают. По мнению Андрея Модестова, впечатление о «молодом раке» может быть связано с распространением информации в соцсетях.

Самые часто встречающиеся виды рака у мужчин – трахеи, бронхов и легкого, предстательной железы, кожи, желудка и толстого кишечника. У женщин – молочной железы, кожи, шейки матки, толстого кишечника и тела матки.

Есть самые опасные виды рака с точки зрения быстротечности – это рак поджелудочной железы и рак мозга.

Андрей Арсентьевич отметил, что из онкомаркеров специфическим является только онкомаркер на рак предстательной железы. Куда более эффективен общий и биохимический анализ крови.

Андрей Модестов объяснил также, что «плохая экология», под которой подразумевают «загрязненный воздух» и мифические «выбросы», не влияет на статистику онкозаболеваний. Климат влияет – у красноярцев от жестких погодных условий напряжен иммунитет, питание влияет – фастфуд, залитый газировкой, ведет к застыванию пищевого комка. А вот «экология», по словам Модестова, – незначительный триггер.

КАРДИОХИРУРГИ ФЦССХ ПРЕДСТАВИЛИ УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Акция «День детского сердца» ежегодно проводится национальным центром сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева. Участники акции с помощью телемоста представляли свой опыт в хирургии детей с врожденными пороками сердца. В этом году красноярские кардиохирурги представили свой опыт лечения опухоли средостения.

Генетики при диагностике беременной обнаружили опухоль, которая сдавливала сердце нерожденного ребенка и не давала плоду



развиваться. Лечение началось еще внутриутробно. Удалось полностью убрать опухоль сердца. Девочка растет, развивается и в плане здоровья не отличается от своих сверстников.

Работу красноярцев высоко оценили специалисты центра имени А. Н. Бакулева. Директор центра, знаменитый Лео Бокерия сказал:

– Ваш ролик о помощи ребенку с опухолью средостения признан лучшим из всех представленных работ. Мы напечатаем вашу статью в журнале «Сердечно-сосудистая хирургия», это будет интересно для всех.

ЕВРОПЕЙЦЫ НАЗВАЛИ РАБОТУ РЕНТГЕНХИРУРГОВ ККБ ФАНТАСТИЧЕСКОЙ

На прошедшем в Париже курсе по реваскуляризации доклад молодого красноярского врача Никиты Литвинюка стал самым ярким на секционном заседании.

Клинический случай, представленный Литвинюком, сопровождался красноречивой реакцией председателей: «Wow!»... И через паузу: «Wow, fantastic!».

Такие эмоции вызвала история болезни 65-летнего пациента К., которого спасла HEART TEAM профессора Протопопова. Этот клинический случай уже выигрывал отечественный конкурс успешно решенных сложных ситуаций при проведении эндоваскулярных вмешательств, а теперь по достоинству оценен европейскими коллегами.

У больного К. аортокоронарное шунтирование осложнилось тромботической окклюзией сосудов. Во время экстренного стентирования коронарных артерий у него остановилось сердце. Присутствие в операционной кардиохирургов позволило быстро перейти от непрямого к прямому массажу сердца – они развели грудину и обеспечили доступ.

Отлично сделали свою работу анестезиологи: подключили аппарат ЭКМО – искусственные легкие и сердце. И, конечно, сработал высочайший профессионализм профессора Протопопова, который продолжил стентирование на открытом сердце. Эндоваскулярная операция на открытом сердце – в этом соль эксклюзивной клинической ситуации.

Сегодня больной готовится к еще одной операции и даже не знает, что его история болезни известна всему миру эндоваскулярных хирургов.

Профессор Протопопов поздравил молодых коллег и отметил:

– Ажиотажным вниманием участников конгресса пользовались заседания, посвященные лечению острого ишемического инсульта. В современных клинических рекомендациях внутрисосудистая тромбоэкстракция получила высший класс доказательств и пользы. В Красноярском крае началось активное внедрение технологии. Прогнозная частота тромбоэкстракций в городе в этом году достигнет более 100 на млн населения.

КРУГЛАЯ ДАТА

КРАСНОЯРСКАЯ СКОРАЯ ОБСЛУЖИЛА 17 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК

1 июля служба скорой медицинской помощи нашего города отмечает 100-летний юбилей

С. А. Скрипкин, В. Л. Кузаков

КГУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»

Служба скорой медицинской помощи необходима и важна в нашей жизни. От того, насколько быстро и качественно оказана первая помощь, зависит дальнейшее течение болезни, а нередко и жизнь больного.

Как все начиналось

Служба скорой помощи в Красноярске имеет свою историю.

8 января 1895 года на заседании Общества врачей Енисейской губернии один из его членов, Петр Николаевич Коновалов, предлагает организовать «ночные дежурства». Но в те годы в Красноярске работал только 21 врач. Из-за нехватки кадров не удалось обеспечить жителям губернского

города круглосуточную врачебную помощь.

Более 20 лет вопрос оставался открытым и для Общества врачей, и для местных властей. Общество просило у городского самоуправления выделить для ночных врачебных дежурств лошадь с кучером и стражником, но безрезультатно.

На помощь местным жителям приходит Красноярское

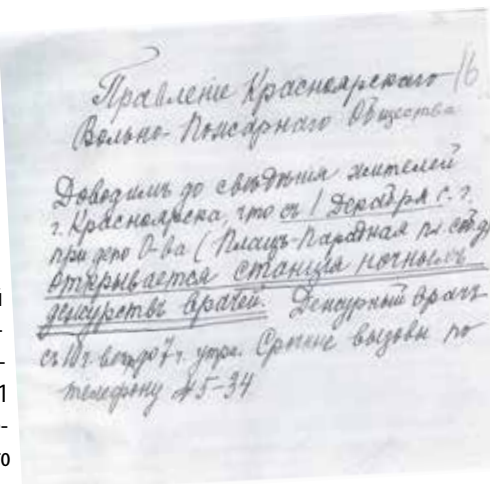
Петр Николаевич Коновалов

Вольное пожарное общество, которое в своем составе имело «санитарный отряд» для оказания врачебной помощи во время пожара. Правление общества обратилось к властям города с предложением об оказании населению скорой медицинской помощи в ночное время.

1 декабря 1916 года с разрешения Енисейского губернатора при пожарном депо была открыта станция ночных дежурств врачей. Объявление, помещенное в газете, извещало красноярцев, что располагается станция в собственном доме депо на Плац-Парадной площади (ныне Красная площадь).

На станции с 22 часов до 7 утра дежурили врач, нанятый Обществом, и извозчик. Срочные вызовы принимались по телефону, и служитель на лошади мог быстро доставить доктора к больному в любой район города. В среднем таких вызовов было до трех за ночь. Увы, попытка создания станции при пожарном депо закончилась неудачей из-за недостаточного финансирования. Помощь экстренным больным стала оказываться персоналом губернской земской больницы.

По данным врачебно-санитарной хроники Красноярска за 1917 год, в месяц было от 40 до 80 обращений.



Революционные события 1917 года еще на год отодвинули создание самостоятельной службы скорой медицинской помощи в нашем городе.

В начале 1918 года на заседании больничного Совета губернской земской больницы рассматривался вопрос о закрытии дежурного пункта по оказанию неотложной врачебной помощи, поскольку это вносило определенные

трудности в жизнь медицинского учреждения. На пункт часто поступали инфекционные больные, пьяные, пострадавшие, раненые, бродяги. Это причиняло беспокойство стационарным больным. С 1 апреля прием по экстренным случаям в губернской больнице прекращается, и вопрос об организации срочной медицинской помощи населению был поставлен на обсуждение Красноярской городской думы вне очереди.



Скорая помощь 1950-х



6 апреля 1918 года на думском заседании заслушан доклад заведующего медико-санитарным бюро города Знаменского «Об организации экспертной медицинской помощи в Красноярске». Он констатировал, что в Красноярске «организация экстренной помощи населению совершенно отсутствует» и что необходимо создать отдельный от других лечебных учреждений пункт оказания экстренной медицинской помощи: «Пункт, куда днем и ночью всякий свободно может обратиться с полной уверенностью, что помощь ему будет оказана».

Знаменский отметил, что врачебный персонал должен дежурить сутками, а ночной врач обязан оказывать помощь как привозным больным, так и выезжать на вызовы в районы города — кроме Николаевской слободы, которую необходимо выделить отдельно.

В помощь врачу определены сестра милосердия и два служителя — дневной и ночной. Кроме того, пункту скорой помощи нужен выезд, телефон и оборудование.

Внимание в докладе Знаменского уделялось еще одному члену медицинской команды — лошади: «Она должна быть хорошая, то есть спокойная, с хорошим ходом, сильная». А еще доктор Знаменский подчеркивал, что «врачебный экипаж должен быть крытый, рессорный (пролетка), зимой — сани с меховым одеялом. Кучер — трезвый и знающий город. Дежурному персоналу положен чай с сахаром и хлебом».

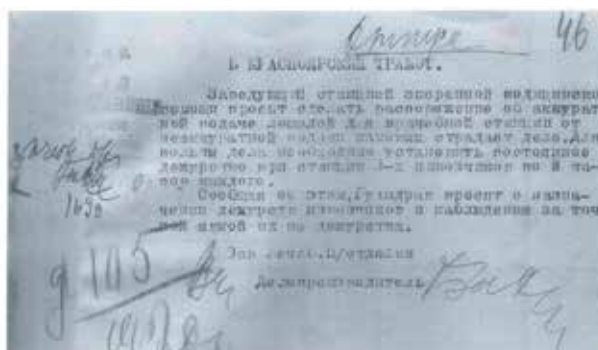
В обсуждении вопроса об организации экстренной помощи в Красноярске принимал участие глава города, большевик Яков Дубровинский, который в своем выступлении подчеркнул, что «оказание скорой помощи должно быть бесплатным и чтобы принцип бесплатности был ясным для населения. В ближайшем будущем необходимо будет установить дежурство фельдшерниц».

Городская дума единогласно постановила: «Проект организации экстренной помощи в Красноярске одобрить». Городская управа рас-

смотрела смету расходов на 1918 год: «Смета врачебно-санитарного отдела на содержание всех лечебных заведений равняется 373,465 рубля и значительно превышает смету прошлого года (1917) вследствие увеличения числа лечебниц открытием со 2 мая сего года кожно-венерической лечебницы и скорой медицинской помощи, и прибавки жалования медицинскому персоналу, утвержденной Советом профессиональных союзов».



Александр Ефимович Бургант



1970-е

Советская «скорая»: стремительное развитие

Станция экстренной помощи в Красноярске начала свою работу с 1 июля 1918 года. В этот период в Красноярске проживало 70 327 жителей. За полгода станция приняла 593 человека, на дому помощь была оказана 190 больным.

В первые годы не обходилось без трудностей. Станция не имела своего помещения и располагалась в двух местах — при губернской больнице и в городской лечебнице. Часто менялся персонал, не хватало медикаментов и перевязочных средств.

В 1918-1919 годах заведующим станцией экстренной помощи был Николай Михайлович Знаменский. После его назначения заведующим горздравотделом станцией руководили врачи Краснопевцева, Гаас, Буракова, Лотоцкий, Зеленский. В 1930-х годах эту функцию выполняли врачи Вашиков, Масунова, Топольян, Пансев, Тарасов.

В 1935 году станция получила первый автомобиль ГАЗ-2А.



Никита Иванович Коков с коллегами

До сентября 1922 года станция располагалась по улице Всесвятской, 40 (ныне – ул. Красной Армии, 36).

С 1939 года скорая помощь занимала комнату на первом этаже в городской больнице на Вейнбаума; в 1946 году по адресу: ул. Карла Маркса, 50; в 1947 году – по проспекту Сталина, 99, в госпитале инвалидов; в 1953 году – по ул. Горького, 27, а в 1955 году получила здание на проспекте Сталина, 35.

С 1946 по 1952 год главным врачом станции скорой медицинской помощи был фронтовик Александр Ефимович Бургарт. Во время войны он был врачом в партизанском отряде. Старшим фельдшером в те годы работала Татьяна Вениаминовна Троицкая. Она единственная в службе награждена орденом Ленина.

На пять подстанций скорой помощи (одна в Центральном районе, две – в Ленинском, две в Кировском районе) было три грузовых автомобиля и один легковой. Снабжение топливом держалось на уровне 65-70% от необходимого, поэтому до 20 дней в месяц транспорт простаивал из-за отсутствия бензина. Число вызовов за 1946 год составило 16 575. При этом 6071 вызов врачи обслужили пешком(!).

После перевода Бургарта на должность главного врача городской больницы руководителями скорой медицинской помощи были А. Н. Дьяченко, И. С. Павловская, Л. В. Дмитриева.

В ноябре 1954 года была открыта станция скорой помощи на правом берегу Енисея, и возглавил ее Г. В. Стреблянский. Две самостоятельные станции – правобережная и левобережная – существовали в Красноярске до 1965 года.

За это время, а именно в 1955 году, станция скорой медицинской помощи № 1 – левобережная, переехала в здание на проспекте Мира, 35. С 1960 по 1963 год руководила этой станцией Тамара Александровна Упилова.

В августе 1965 года произошло объединение обеих станций в единую городскую станцию скорой медицинской помощи. С 1963 по 1994 год главным врачом станции был Никита Иванович Коков, кавалер ордена «Дружбы народов».

К моменту объединения станция насчитывала 58 круглосуточных линейных бригад. Станции скорой и неотложной медицинской помощи была передана и неотложная помощь при поликлиниках.

Специализированная медицинская помощь начала развиваться в 1966 году, когда была организована первая кардиореанимационная бригада.



Сергей Анатольевич Скрипкин

Во исполнение решения коллегии МЗ РСФСР от 10.08.1976 «О состоянии организации и качества оказания скорой медицинской помощи населению г. Красноярска» в августе 1976 года было осуществлено объединение ГБСМП и ГССМП на единой бюджетной основе, и станция скорой медицинской помощи стала отделением больницы. С момента объединения было организовано единое автохозяйство санитарного автотранспорта горздравотдела с ремонтными мастерскими, радиофицированы все автомобили СМП, произведен монтаж единого диспетчерского центра «03», установлена прямая телефонная связь (транзиты) диспетчерского центра «03» с подстанциями СМП.

«Скорая» новой России

До 1994 года служба скорой и неотложной медицинской помощи Красноярска входила в состав БСМП на правах отделения. Громоздкость сложившейся структуры, неравномерность распределения бюджетных средств, с преимущественным их направлением на развитие стационарной службы привело к значительному ухудшению материально-технической базы службы скорой и неотложной медицинской помощи.

Приказом от 1 сентября 1994 года № 434 управления здравоохранения администрации Красноярска с 1 октября 1994 года служба ско-



Подстанция № 1



Подстанция № 2



Подстанция № 3



Подстанция № 4

рой и неотложной медицинской помощи выделена в самостоятельное медицинское учреждение с приданием ему статуса городской станции скорой и неотложной медицинской помощи.

С 1994 по 1999 год станцией скорой медицинской помощи руководил Аркадий Анатольевич Поздняков.

С 1995 года Красноярская станция скорой и неотложной медицинской помощи является базой по подготовке врачей-интернов по специальности «Врач скорой помощи», производственной практики студентов третьего и пятого курсов КрасГМУ, а также студентов медицинского колледжа по специальности «Фельдшер лечебное дело». Подготовка врачей скорой медицинской помощи на базе меакадемии началась в 1999 году. На циклах повышения квалификации проходят подготовку все врачи и фельдшера станции.

С 1999 года и по настоящее время службу скорой помощи Красноярска возглавляет Сергей Анатольевич Скрипкин, врач высшей категории, отличник здравоохранения, кандидат медицинских наук.

В 2002 году городская станция скорой и неотложной медицинской помощи переименована в муниципальное учреждение здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи» (постановление администрации Красноярска от 16.07.2002 № 475/1).

С 1 января 2014 года Городская станция скорой медицинской помощи перешла из муниципальной собственности в государственную собственность Красноярского края и переименована в Краевое государственное учреждение здравоохранения «Красноярская станция

скорой медицинской помощи» (распоряжение правительства Красноярского края от 13.12.2013 года № 918-р)

В состав скорой входят шесть подстанций в разных районах города. Круглосуточно медицинскую помощь оказывают 95 бригад, из них 19 специализированных. Ежегодно совершается до 450 тысяч выездов, и при этом медицинская помощь оказывается 430 тысячам человек.

За весь период работы службы была оказана медицинская помощь 17 миллионам человек.

Постоянно улучшается материально-техническая база службы. За последние годы построены четыре современные подстанции, две капитально отремонтированы. На станции работает 892 человека, в том числе врачей 181, фельдшеров 555 и медицинских сестер 55.

Как и много лет назад, медики «скорой» в любое время суток едут спасать жизни, когда слышат из диспетчерской: «Бригада, на вызов!».

Литература

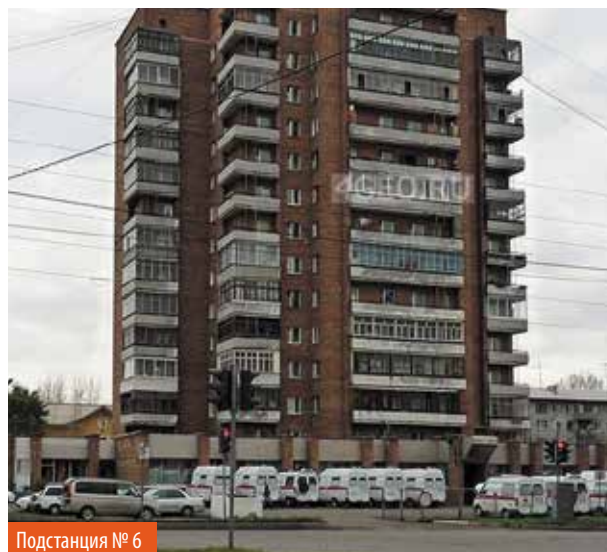
1. Журнал «Сибирское медицинское обозрение». Выпуск № 1. Том 21/2002. Сергеева И.В. Всегда спешат на помощь (Зарождение скорой помощи в г. Красноярске).

История Красноярского края. Том 3. «Медицина». Стр. 46-48. КГКУ «ГАКК». Фонд 161. Опись 1. Дело 878.

В.В. Чернышов, ведущий архивист КГКУ «ГАКК» «6 апреля 1918 года Красноярской городской думой принято решение об организации службы скорой помощи в городе Красноярске».



Подстанция № 5



Подстанция № 6

СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА

На сегодня ТФОМС Красноярского края застраховано около трех миллионов человек



Бессменный руководитель ТФОМС Красноярского края Сергей Козаченко

В 1990-е годы в новой России происходила реорганизация моно-польной государственной системы и создание бюджетно-страховой медицины.

В Красноярском крае появилась автономно действующая региональная система здравоохранения. Новую экономическую модель внедряли как представители исполнительной власти, так и опытные врачи-практики, в том числе работники краевой клинической больницы.

Какими бы тяжелыми для государства не выдались 1990-е, именно в это десятилетие закладывалась основа сегодняшней стабильности. Благодаря реформам трудного десятилетия, несмотря на бюджетный дефицит всех уровней, удалось уберечь здравоохранение от нищеты. Очень небольшие деньги не расплылись, оставались в отрасли и сохранили отечественное здравоохранение, пострадавшее на переломе эпох.

Рождение фонда

Днем рождения системы обязательного медицинского страхования Красноярского края можно считать 7 мая 1993 года, когда решением Малого Совета Красноярского краевого Совета народных депутатов № 127-М был создан Красноярский краевой фонд обязательного

медицинского страхования (КФОМС) для реализации государственной политики в области ОМС.

Была сформирована организационная структура системы ОМС в Красноярском крае — 16 филиалов и 50 представительств фонда, 14 страховых медицинских организаций (СМО). Проведена регистрация налогоплательщиков, организован учет и контроль поступления страховых взносов и платежей на ОМС.

За три первых года внедрена вневедомственная система контроля качества медицинской помощи, утвержден перечень финансовых санкций к медицинским организациям за несоблюдение технологий оказания медицинской помощи и снижения ее качества.

В 1994 году разработаны медико-экономические стандарты (тарифы) на медицинские услуги стационара и проведена аккредитация медицинских организаций. Для регулирования тарифной политики была создана Согласительная комиссия системы ОМС.

Разработана также базовая концепция информатизации системы ОМС края и стандарты информационного обмена для реестров счетов за оказанную медицинскую помощь. Для медицинских организаций разработан и внедрен программный комплекс «Реестр Стационар», обеспечивающий обмен данными о медицинской помощи, оказанной по программе ОМС между МО, СМО и КФОМС.

Итоги первой пятилетки существования фонда впечатляют: сформирована система ОМС в крае. 99,3% населения края получили страховые медицинские полисы, сбор страховых взносов на ОМС работающих и неработающих граждан с 75% в 1994 году увеличился в 1997 году до 90% к начисленной сумме.

От дефицита к ВМП

В последующие пять лет КФОМС стремительно развивался.

В 1999 году централизованы платежи за неработающее население, которые стали осуществляться за счет бюджета Красноярского края.

В 2000 году обеспечен сбор задолженности с неплательщиков и взыскания штрафных санкций. Впервые получен профицит бюджета краевого фонда ОМС, он составил 826 млн рублей. Эти денежные средства были направлены на финансирование целевых программ.

Именно фонд стал инициатором финансирования дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) с использованием целевых программ — сразу по нескольким профилям: кардиохирургия, ортопедия, детская онкогематология и другие. Профинансировано 19 целевых программ на сумму 425,8 млн рублей. ВМП оказана 14 254 гражданам.

Фондом также профинансирована целевая программа «Основные мероприятия по улучшению обеспечения медицинским оборудованием лечебных учреждений края» в размере 300 млн рублей.

В 2000 году медицинские организации края стали массово оснащаться компьютерной техникой, информационными системами с программным обеспечением для осуществления предметно-количественного учета лекарственных препаратов. Медицинские учреждения были обеспечены 880 комплектами вычислительной техники на сумму 31,4 млн рублей.

В 2001 году разработана и внедрена региональная система нормативно-правовой информации, что позволило унифицировать потоки данных между субъектами медицинского страхования в регионе.

С 1998 по 2002 год активная политика фонда по сбору недоимки и обеспечению профицита бюджета способствовала реализации целевых программ. В дальнейшем целевые программы обеспечили доступность дорогостоящей медицинской помощи населению края.

Забота о пенсионерах

В 2003–2004 годах разработана целевая программа адресной медицинской помощи для неработающих пенсионеров. В медицинские учреждения края было направлено 316,4 млн рублей, которую получили 3806 пенсионеров по старости. Красноярский край стал пилотной территорией в реализации постановления Правительства РФ «О дополнительном финансировании расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам».

Внедрено программное обеспечение для автоматического учета дополнительной диспансеризации, обмена данными с Пенсионным фондом РФ о медицинской помощи, оказанной неработающим пенсионерам.

В это же время введена в эксплуатацию система ведения регистра застрахованного населения Красноярского края (РЗН), что позволило поддерживать ежемесячную актуализацию базы данных.

Таким образом, в рамках реализации данных мероприятий малоимущие пенсионеры были обеспечены дорогостоящей медицинской помощью. В рамках информатизации здравоохранения Красноярского края были автоматизированы процессы статистического учета и анализа данных в системе ОМС.

Телефон доверия и посты качества

В 2009–2012 годах реализован успешный проект по внедрению метода программно-целевой индексации тарифов (ПЦИ), что позво-

лило обеспечить дорогостоящее лечение заболеваний, которые являются основными причинами смертности и инвалидности населения края. Лечение с применением метода ПЦИ получили 4630 пациентов края на сумму 306,2 млн рублей.

Обеспечена актуализация Регистра застрахованного населения в режиме реального времени между ТФОМС, СМО и Центральным сегментом РЗН.

Реализован ряд инновационных проектов:

– телефон доверия «Право на здоровье», круглосуточная бесплатная многоканальная (call-центр) телефонная линия 8-800-700-000-3.

Это был один из первых call-центров в системе ОМС РФ. В работе телефона доверия используется порядка 200 типовых вопросов-ответов по 13 темам в сфере ОМС и здравоохранения. Принципы работы, заложенные в 2009 году, сохраняются по настоящее время. Ежегодно телефон доверия обслуживает около 15 тысяч звонков. За девять лет работы обратилось около 120 тысяч граждан.

– Посты качества в медицинских организациях.

Фонд стал инициатором внедрения новой формы работы с застрахованными гражданами. Работа страховых представителей на постах качества организована в форме консультирования граждан и оперативного решения проблем, возникающих у гражданина в момент получения медицинской помощи. По данным на 2017 год, в крае работает 35 постов качества в 28 медицинских организациях. За девять лет работы на посты качества обратилось более 88 тысяч человек.

– Реализовано право неработающих граждан на выбор страховой медицинской организации.

С 1 ноября по 31 декабря 2010 года правом самостоятельного выбора СМО воспользовались порядка 900 тысяч неработающих граждан. Это 55% от общего количества неработающих граждан.

В четвертой «пятилетке» фонда запущены и эффективно реализуются проекты, направленные на повышение информированности граждан в вопросах получения бесплатной медицинской помощи.



На выставке ЕнисейМедика



Визит министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой

Личный кабинет и планирование госпитализаций

С 2014 по 2017 год в крае внедрена медицинская информационная система (РМИС). Следует отметить, что краевая клиническая больница лидировала в практическом применении медицинской информационной системы.

По данным на 2017 год, общее число медицинских организаций, участвующих в проекте, достигло 40 (30% от общего количества). Это клинические больницы, консультативные поликлиники Красноярска и межрайонные больницы края. Общее число пользователей МИС – более 15 тысяч специалистов, 2600 одновременно работающих, с начала эксплуатации создано более 1,9 млн электронных медицинских карт пациентов, заведено более 4 млн случаев обслуживания пациентов.

В 2015–2016 годах создан сервис по централизованной обработке реестров (ЦОР) в ежедневном режиме по всем видам медицинской помощи, оказываемой по программе ОМС. Организованы IT-сервисы для участников системы ОМС: мониторинг исполнения показателей (Oracle BI) – это дает возможность руководителям МО отслеживать в реальном времени исполнение государственных заданий. Создан личный кабинет медицинской организации, что обеспечивает возможность в реальном времени вести учет прикрепленного населения в МО.

В 2016 году разработан и реализуется проект «Личный кабинет здоровья», проект «Страховые представители» (СП). В крае работает 160 представителей 1-го и 2-го уровней. Через контакт-центры СМО и ТФОМС оказывается консультативная помощь. За 2016 год зафиксировано 50 тысяч обращений граждан.

В 2017 году в 30 пилотных медицинских организациях края запущен проект «Система планирования госпитализаций». Введение электронной очереди на плановую госпитализацию позволяет гарантировать дату госпитализации, сокращает средний срок ожидания госпитализации за счет упорядочения процесса.

Сегодня на площадке ТФОМС эффективно работает проектный офис по информатизации здравоохранения Красноярского края, реализуются клиентоориентированные проекты, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам.

«ЕнисейМедика»: все для пациента

В юбилейный, 25-й, год системы обязательного медицинского страхования ТФОМС показал красноярцам большую экспозицию на ежегодном форуме «ЕнисейМедика».

Ключевой темой специализированной выставки, прошедшей 15–17 марта в МВДЦ «Сибирь», стали пациентоориентированные технологии в работе здравоохранения в условиях ОМС.

Гости «ЕнисейМедики» принимали участие в круглых столах, организованных Территориальным фондом ОМС и посвященных актуальным темам: управление качеством медицинской помощи, эффективные способы оплаты, развитие информатизации в здравоохранении, формирование новой модели амбулаторно-поликлинической помощи населению края.

Одним из важнейших направлений здравоохранения является внедрение единых требований к качеству медицинской помощи и создание системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи.

Участники круглых столов акцентировали внимание на высокой значимости внутреннего контроля в медицинских организациях, поскольку его отсутствие препятствует обеспечению оказания медицинской помощи в надлежащих объемах, сроках, качестве и условиях.

Открывая заседание круглого стола, посвященного способам оплаты медицинской помощи, директор ТФОМС Красноярского края Сергей Витальевич Козаченко обратил внимание на то, что в целях обеспечения прав граждан на бесплатную, доступную и качественную медицинскую помощь ТФОМС Красноярского края уделяет особое внимание тарифной политике как системе эффективного управления ресурсами. Эта работа ведется постоянно, с 1993 года.

– Совершенствование порядка оплаты медицинской помощи проводилось в крае поэтапно. С 1 января 2017 года при оплате медицинской помощи в стационарных условиях применяется Федеральная модель КСГ, – подчеркнул Сергей Козаченко.

Во время круглого стола были подведены итоги внедрения КСГ, рассмотрены особенности и трудности нового способа оплаты и намечены пути решения по определению региональных подгрупп КСГ на основе технологий лечения, моделей пациентов, применяемых лекарственных препаратов и схем лечения.

На круглом столе, посвященном информатизации здравоохранения Красноярского края, как важного инструмента развития системы ОМС, был представлен опыт IT-инструментов в деятельности участников системы ОМС для решения актуальных задач. Это внедрение в МО электронной медицинской карты, электронных сервисов, автоматизация контроля качества.

В рамках реализации пациентоориентированной модели здравоохранения в 2016 году на территории края сформирован институт страховых представителей, создан контакт-центр, предусматривающий ведение единого электронного журнала обращений. Участники круглого стола обсудили вопросы организации, методологии и технических аспектов информационного сопровождения граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также эффективность деятельности контакт-центров.



На форуме был всесторонне рассмотрен новый проект «Бережливая поликлиника», который позволит отработать новую модель организации первичной медико-санитарной помощи населению. В основу проекта заложены принципы бережливого производства, открытая и вежливая регистратура, оптимальная маршрутизация пациентов, «зеленые коридоры» для пациентов, пришедших на диспансеризацию, переход на электронный документооборот.

Отметим, что консультативно-диагностическая поликлиника ККБ наиболее близка к идеальному воплощению проекта.

На выставочной площадке медицинского форума специалисты территориального фонда ОМС и страховые медицинские организации рассказывали о правах граждан в системе ОМС, принципах взаимодействия и оперативных механизмах решения проблем гражданина,

возникающих при получении бесплатной медицинской помощи, и роли страховых представителей.

За три дня выставку посетили 5,5 тысячи граждан.

Конечно, это очень малая часть застрахованных, которые всегда могут рассчитывать на помощь ТФОМС в вопросах оказания бесплатной медицинской помощи.

Территориальному фонду ОМС Красноярского края 25 лет.

Сегодня нельзя представить здравоохранение региона вне системы обязательного медицинского страхования.

Краевая больница поздравляет ТФОМС со славным юбилеем и желает всего самого наилучшего всем его сотрудникам.

КАЧЕСТВО

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УБОРКИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*А. П. Фокина, Н. Н. Киндсфатер, О. В. Копытина,
О. В. Афонькина, Т. С. Прадед, А. В. Чебодаева, А. А. Яковлева
КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»*

По данным мировой статистики, от 5 до 12% пациентов, поступающих в больницы и госпитали, рискуют получить внутрибольничные инфекции. Поэтому уборке помещений в медицинских организациях необходимо уделять самое серьезное внимание, ведь она напрямую влияет на жизнь и здоровье человека.

До октября 2017 года в больнице генеральные и текущие уборки помещений лечебных корпусов проводились с помощью традиционного «ведерного» метода с большим количеством уборщиц и санитарок, ветоши для мытья, дезинфицирующих средств, уборочного инвентаря и воды. Не исключался и человеческий фактор: это и неправильная дозировка количества дезинфицирующих средств, недостаточная обработка уборочного инвентаря, нерациональное использование мягкого инвентаря для мытья поверхностей.

Появление профессиональных подходов к уборке, а также опыт в этой сфере других медицинских учреждений помогли нам выйти на новый уровень уборки помещений со значительной выгодой для больницы.

В обиход к нам из Европы пришло слово клининг (от английского Clean — уборка), вместе с ним появились специальное оборудование и технологии.

Новая современная система профессиональной уборки (клининг) включает в себя функциональный, износостойкий и эргономичный инвентарь (мопы).

Мопы находятся в контейнерах с определенным количеством дезинфицирующего раствора. Контейнеры устанавливаются на многофункциональную тележку в комплекте с уборочным инвентарем.



Уборщица с помощью одной такой укомплектованной тележки может провести разовую уборку на 800 кв. м, при этом не поднимая полных тяжелых ведер с водой.

За соблюдением необходимого объема дезинфицирующих средств строго следят установленные автоматические дозаторы, которые исключают человеческий фактор в подготовке раствора для обработки поверхностей.

Единый подход к системе уборки и ее контроль позволяют поддерживать чистоту и порядок в больнице, исключая принцип «личных взаимоотношений».

Основные принципы и преимущества «беззведерной» уборки помещений:

- повышение качества уборки, исключаящее перекрестное инфицирование объектов;
- высокая производительность труда персонала, выполняющего уборочные работы;
- эстетика и гигиеничность уборочного процесса;
- эргономичность;
- оптимизация контроля безопасности госпитальной среды.

В 2014 году Министерством здравоохранения РФ были даны рекомендации о создании централизованных служб профессиональной уборки в учреждениях здравоохранения с целью оптимизации штатного расписания и улучшения качества уборки помещений стационара.



В нашем учреждении четыре корпуса, в которых размещены 13 клинических отделений, операционный блок, лаборатории, параклинические отделения, пищеблок и административные помещения.

Мы неоднократно выезжали в другие лечебные учреждения для обмена опытом, смотрели, рассчитывали и определялись.

Решили начать с малого – с одного из корпусов общей площадью 3 тыс. кв. м, где на пяти этажах находятся клинические отделения. Было принято решение сформировать равномерные по нагрузке участки площадью до 800 кв. м.

Так были сформированы маршрутные листы. Пример маршрутного листа представлен на рисунке 1.

Согласно этим маршрутам было сформировано три участка: 1 участок = 1 уборщик = 1 тележка. Затем на каждый участок были составлены технологические карты, которые содержали в себе информацию

МАРШРУТНЫЙ ЛИСТ
(участок 1 – 4 корпус)

I половина дня

" _ " _ 20 _ г. Ф.И.О.: _____

4 корпус 5 этаж
(3 гин. отделение)
с 08:00-11:00

№ п/п	Наименование помещения
1	палата 501
2	палата 502
3	палата 503
4	палата 504
5	палата 505
6	пост
7	каб. зав. отделением
8	палата 506
9	палата 507
10	каб. старшей мед.сестры
11	холл
12	палата 508
13	палата 509
14	палата 513
15	ординаторская туалет (ординаторская)
16	палата 512 (VIP палата) туалет (VIP палата)
17	палата 511
18	палата 510
19	коридор
20	туалет
21	душевая
22	туалет
23	душевая
24	душевая
25	туалет

4 корпус 4 этаж
(3 гин. отделение)
с 11:00-13:00

№ п/п	Наименование помещения
26	палата 401
27	палата 402
28	палата 414
29	палата 413
30	палата 404
31	коридор
32	холл
33	пост
34	палата 406
35	палата 412 (VIP палата) туалет (VIP палата)
36	коридор
37	туалет
38	душевая
39	туалет

Рис. 1. Пример маршрутного листа

о количестве используемых насадок (мопов) и количестве применяемого дезинфицирующего средства на различные виды уборок.

На момент внедрения клининга в больнице уже было пять тележек, для начального этапа формирования нового структурного подразделения этого было достаточно. Дополнительно были приобретены мопы, насадки и ручки для насадок, салфетки, специальные химические средства и дозаторы.

В июле 2017 года сформировано новое структурное подразделение – централизованная служба уборки (ЦСУ), руководителем которого стал специалист со средним медицинским образованием. Новая служба представляла собой форму инсорсинга (то есть использование внутренних ресурсов организации для новых целей и проектов) и имела в штате уборщиц служебных помещений. Создание инсорсинга позволило нам предоставить своим сотрудникам достойную оплату труда и высокотехнологичную работу.

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Фотография
1	Укомплектовать тележку	1 Закрепить ручки и держатели на тележке * Необходимое количество в соответствии с участком 2 Закрепить мешки: - для использованных насадок, внутри текстильного мешка; - для использованных салфеток, на раме тележки 3 Присоединить к совку пакет для сбора мусора класс «А» 4 Подвесить совок и сгон для мусора на крючок 5 Поместить в тележку: - чистые одноразовые перчатки; - емкости с моющими/ дезинфицирующими средствами; - чистые пакеты для мусора класс «А»	
2	Подготовить: - насадки; - салфетки	Выбрать необходимое количество насадок и салфеток * В соответствии с участком и цветовой кодировкой (Приложение А)	 
3	Уложить насадки в контейнеры (10 л*10шт)	1 Снять крышку с контейнера 2 Уложить насадки ворсом внутрь, петелькой наверх к себе * Согласно схеме Приложение Б * Цвет ярлыка насадки совпадает с цветовой отметкой на контейнере	
4	Уложить салфетки в ведро (6 л*40шт)	1 Снять крышку с ведра 2 Уложить салфетки ребром вверх * Согласно схеме Приложение Б * Цвет салфетки совпадает с цветовой отметкой на ведре	
5	Пропитать насадки дезинфицирующим раствором	1 Заполнить мерный стакан готовым раствором нужной концентрации * С использованием настенного дозатора, в соответствии с Приложением В 2 Накрыть перфорированным контейнером 3 Залить насадки готовым раствором и снять перфорированный контейнер * 8-образными движениями 4 Накрыть контейнер крышкой на 10 мин <i>Чтобы насадки равномерно пропитались</i> 5 Установить контейнер на тележку	 
6	Пропитать салфетки дезинфицирующим раствором	1 Заполнить мерный стакан готовым раствором нужной концентрации * С использованием настенного дозатора, в соответствии с Приложением В 2 Залить салфетки нужным количеством готового раствора * 8-образными движениями 3 Накрыть ведро крышкой на 10 мин <i>Чтобы салфетки равномерно пропитались</i> 4 Установить ведро на тележку	 
7	Провести гигиеническую обработку рук	1 Снять использованные перчатки согласно алгоритма и утилизировать в отходы класса А 2 Обработать руки кожным антисептиком	
8	Выдать/ получить документацию	1 ЧЕК-ЛИСТ «Проверка качества уборки» 2 Маршрутный лист * Согласно участку	Представлено в Приложении Г Образец представлен в Приложении Д
9	Сделать запись в журнале	Указать в журнале «Выдачи инвентаря» количество выданных салфеток и насадок	Представлено в Приложении Е

Рис. 2. Фрагмент инструкции по уборке

Отделение централизованной службы уборки было размещено в помещениях с учетом обязательного соблюдения поточности перемещения оборудования и персонала в нем.

После организационных мероприятий необходимо было обучить сотрудников нового структурного подразделения правилам проведения уборки с помощью нового инвентаря.

Рабочая группа в составе врача-эпидемиолога, главной медицинской сестры и специалиста отдела менеджмента качества проанализировала нормативную документацию, разработала инструкцию по

правилам уборки с помощью мопов. Пример инструкции представлен на рисунке 2.

После этого было проведено обучение каждого сотрудника всем правилам «безвредной» уборки.

1 октября 2017 года по четвертому корпусу нашего стационара поехали первые клининговые тележки.

Поэтапное внедрение клининга позволило нам с наименьшей нагрузкой на бюджет учреждения приобрести необходимое дополнительное оборудование. Затраты на приобретение дополнительного

Чек-лист «Проверка качества уборки»

Структурное подразделение: _____

Дата проверки: ____/____/20__ г.

Время проверки: ____:____

№ п/п	Критерий оценки	Результат	
		ДА	НЕТ
1	Состояние палат/ служебных помещений:		
	- горизонтальные поверхности чистые, без разводов	☐	☐
	- стены чистые, без видимых загрязнений	☐	☐
	- поверхность пола, плиточная чистая, без разводов	☐	☐
	- стеклянные и зеркальные поверхности чистые, без разводов	☐	☐
	- поверхность ортехники очищена	☐	☐
2	Состояние туалетных комнат:		
	- раковины и смесители чистые, без налета и пятен	☐	☐
	- душевые кабины/ ванны чистые, без налета и пятен	☐	☐
	- стены чистые, без видимых загрязнений	☐	☐
	- унитаз и писсуар очищены	☐	☐
	- поверхность пола, плиточная чистая, без разводов	☐	☐
	- туалетные ершики вымыты	☐	☐
	- мусорные мешки заменены	☐	☐
3	Состояние коридора:		
	- горизонтальные поверхности чистые, без разводов	☐	☐
	- стены, настенные фарфурки чистые, без видимых загрязнений	☐	☐
	- поверхность пола, плиточная чистая, без разводов	☐	☐
4	Состояние лестниц:		
	- перила чистые, без видимых загрязнений	☐	☐
	- стены, настенные фарфурки чистые, без видимых загрязнений	☐	☐
	- поверхность пола, плиточная чистая, без разводов	☐	☐

Примечание: _____

Проверяющий: _____ (подпись, печать) _____ (подпись)

Руководитель ЦСУ: _____ (подпись, печать) _____ (подпись)

Рис. 3. Чек-лист оценки качества уборки.

инвентаря были абсолютно оправданы. Первое, на что мы обратили внимание, — это большая экономия воды и дезинфицирующих средств.



Рассмотрим на примере уборки четвертого корпуса: площадь корпуса составляет 2088 кв. м. При использовании традиционного метода уборки, согласно установленным нормам, требуется 2000 л готового раствора. При использовании «безведерного» метода уборки, укомплектованного мопами, требуется 70 л на эту же площадь.

С 1 апреля 2018 года система профессиональной уборки охватила весь комплекс корпусов КГБУЗ «КМКБ № 4», за исключением помещений, к которым предъявляются особые требования уборки (например, реанимация, операционный блок, лаборатории, работающие с микроорганизмами III и IV групп патогенностью, пищеблок и др.). Для этих подразделений мы запланировали приобретение профессионального оборудования с индивидуальной комплектацией уборочного инвентаря согласно требованиям, предъявляемым для этих помещений.

Для объективной оценки работ по уборке помещений была организована система контроля качества по выполнению уборки помещений. С помощью чек-листов (рисунок 3) старшие медицинские сестры отделений (или в праздничные и выходные дни постовые медицинские сестры) оценивают работу каждой уборщицы отдела ЦСУ по определенным критериям. По результатам оценки в чек-листах руководитель отдела ЦСУ определяет качество выполненных работ. Также были разработаны чек-листы по удовлетворенности качеством уборки для пациентов. Такой взгляд со стороны дает наилучший результат оценки и контроля качества работы отдела ЦСУ.

Первые результаты, которые мы получили от внедрения внутреннего клининга в нашей больнице:

Гарантированная чистота помещений. Поскольку нет прикрепленного уборщика за каким-то одним отделением, уборка помещений стала более контролируемой, исчезла возможность «договориться».

Повысилось качество уборки за наименьшее время с учетом рационального перемещения по убираемым площадям и равномерного распределения нагрузки.

Достойная оплата труда. Сотрудники ЦСУ работают по графику полную смену, убирая до 1500 кв. м. Рост заработной платы с 12 до 25 тысяч рублей.

Экономия дезинфицирующих средств и потребления воды. Установлены дозаторы, которые в автоматическом режиме подают уже готовый рабочий раствор.

Улучшился уход за больными в отделениях. Младший медицинский персонал освобожден от уборки.

Значительное сокращение количества жалоб на качество уборки. В нашей больнице выделено 11 участков, которые профессионально убираются ЦСУ во всех четырех корпусах. В отделении работает 31 человек вместе с заведующим и комплектовщиком.

Выводы

В современной ситуации отечественного здравоохранения организация профессиональной уборки лечебных учреждений возможна и нужна.

Решить эту сложную задачу помогают понимание актуальных требований к уборке в медицинской организации, применение новейших достижений индустрии клининга и использование передового опыта коллег.

Секрет успешного внедрения и применения клининга в здравоохранении — системный подход при обучении сотрудников, подбор качественных технологий и эффективных методик уборки, понимание требований к обеспечению санитарно-гигиенического режима, скрупулезный расчет уборки каждого подразделения, подготовка необходимой внутренней регламентирующей документации, тщательное соблюдение алгоритма уборки и контроль ее качества.

Необыкновенный
Casus extraordinary
случай

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

И. Ю. Гордюкова, Н. В. Исаева, П. Г. Шнякин, Е. В. Ипполитова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Введение

Профилактика занимает ведущее место в предотвращении развития церебрального инсульта и оказывает ведущее значение в решении проблем повторных инсультов. В мире, по статистике, распространенность повторных инсультов достигает до 31% случаев в год [7, 8]. Частота развития в первый год наиболее высокая и составляет, по разным источникам, до 27% [8]. Повторный эпизод инсульта имеет наиболее тяжелую клиническую картину с высокой летальностью, превышающую до 1,5 раза первичный.

Церебральный инсульт ложится бременем на плечи родственников ввиду инвалидизации и низкого возврата пациентов к труду. Пути решения вопроса лежат через совершенствование организации поликлиник, внедрение отделений восстановительного лечения, повышение уровня знаний врачей первого звена о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и методах их коррекции, своевременного выявления генетической предрасположенности к тромбообразованию, наличию врожденных пороков и аномалий развития сосудов. Назначение рациональной медикаментозной терапии ввиду высокой стоимости препаратов. Повышение осведомленности населения о симптомах и факторах риска развития инсульта, преодоление модификации образа жизни у пациентов, повышение приверженности терапии.

Рассмотрен опыт организации медицинской помощи первичной профилактики инсульта в условиях диагностического центра Алтайского края. Центр создан на базе отделения стационарзамещающих лечебных технологий, который позволяет провести необходимый объем профилактических и лечебных мероприятий в течение одного дня и в одном месте, с оценкой риска развития инсульта и последующего мониторинга эффективности профилактических мероприятий [14].

В Санкт-Петербурге, на базе Городского консультативного центра № 1, в 1995 году организовано ангионеврологическое отделение. В состав отделения вошли кардиологическое отделение, диабетологический центр, гематолог, сосудистый хирург, эндокринолог, диагностические и лабораторные службы. Учитывая реорганизацию неврологической службы в РФ, предложено изменить организацию ангионеврологической службы Санкт-Петербурга.

Учитывая возможности сосудистого центра, расчетный объем работы может составить около 10 тысяч пациентов в год после острого периода инсульта, это от 40-50% от общего числа больных. Предложено организовать два-три центра в других районах города. Введение общего компьютерного мониторинга диспансеризации со ставкой статистика для оценки полноты проводимого лечения и приверженности пациентов к выполнению каждого из компонентов профилактики, а также для анализа заболеваемости и смертности в этой группе пациентов [15].

Организаторами здравоохранения все чаще предлагаются методы совершенствования медицинской профилактики путем открытия ангионеврологических отделений и центров.

В Красноярском крае на 2014 год регистрировалось до 15 тысяч инсультов в год, заболеваемость составляла в среднем 3,2 случая на 1 тыс. человек населения, смертность – 1,1 случая на 1 тысячу человек.

В марте 2017 в структуре Регионального сосудистого центра (РСЦ) краевой клинической больницы на базе консультативно-диагностической поликлиники организован специализированный кабинет профилактики инсульта. Основной идеей открытия данного кабинета являлось предположение, что организация помощи пациентам с перенесенным инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе имеет резервы для улучшения качества и доступности путем совершенствования подходов к первичной и вторичной профилактике инсульта и содействия снижению заболеваемости инсультом.

Задачами деятельности кабинета профилактики инсульта являются:

- преемственное и динамическое наблюдение пациентов в раннем восстановительном периоде инсульта;
- выявление лиц с высоким риском развития инсульта и разработка индивидуальной программы первичной и вторичной профилактики;
- ведение регистра пациентов на постгоспитальном этапе.

Целью написания статьи является оценка показателей работы кабинета профилактики инсульта за 6 месяцев, в период с марта 2017 по декабрь 2017 года.

Материалы и методы

Под наблюдением находились пациенты с перенесенным инсультом и транзиторной ишемической атакой (ТИА), направленные по выписке из отделения неврологии для больных с ОНМК РСЦ ККБ. После выписки из стационара, вне зависимости от прописки, пациенты преемственно направлялись на диспансерное наблюдение в кабинет по профилактике инсульта, при этом с каждым пациентом в стационаре лечащим врачом и медицинским психологом проводилась разъяснительная работа о важности дальнейшего наблюдения.

Использовался метод динамического наблюдения за пациентами с проведением клинического и неврологического осмотра, использованием шкал Ренкин, Ривермид, шкалы национального института здоровья США NIHSS. При необходимости пациенты направлялись на дополнительные обследования (липидный спектр, гемостаз, СМАД, холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗ ДС БЦА или МСКТ БЦА, нейровизуализация и др.) и консультации смежных специалистов (кардиолога, эндокринолога, сосудистого хирурга, нейрохирурга и др.).

Совместно с отделом автоматических систем управления (АСУ) была разработана форма электронного мониторинга пациентов на

базе программы QMS, заполняемая неврологом кабинета профилактики инсульта. Мониторинг включает основные параметры диспансерного учета с использованием дополнительных шкал оценки тяжести инсульта NIHSS, функциональной независимости по шкале Ренкин, оценки двигательной активности по шкале Ривермид (рис. 1). Ранее в работе врача невролога амбулаторно-поликлинического звена данные параметры не использовались в полном объеме, что затрудняло определение выраженности стойких нарушений, степени функциональной независимости от окружающих и оценки ограниченной жизнедеятельности.

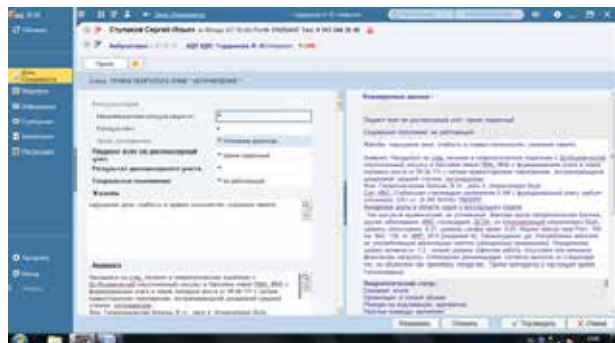


Рис. 1. Пример электронной формы амбулаторного мониторинга пациентов с ОНМК в кабинете профилактики инсульта

Статистический анализ полученной информации осуществлялся с применением пакета SPSS.

Результаты и обсуждение

В кабинет профилактики инсульта в период с марта по декабрь 2017 года из Регионального сосудистого центра направлено 338 человек, при этом на осмотр явилось только 254 человека (75,14%).

Количество мужчин составило 105 (41,33%), женщин 149 (58,66%). Возраст варьировал от 25 лет до 87 лет, Me 63,41 [P25 58,87-P75 70,49].

Наибольшее число составили пациенты с перенесенным ишемическим инсультом (189; 74,41%) и транзиторной ишемической атакой (ТИА) (54; 21,26%). Геморрагический инсульт среди обследованных больных выявлен у 11 (4,33%) человек (рис. 2).

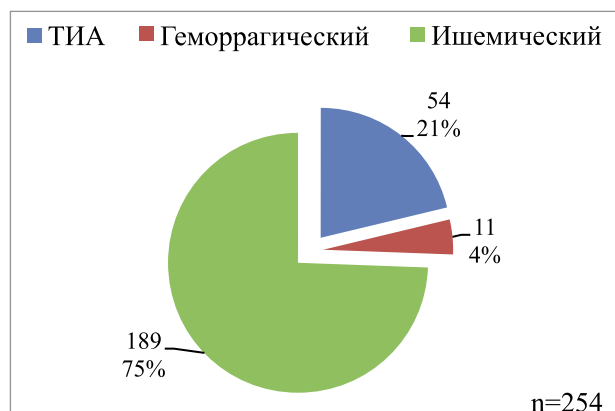


Рис. 2. Количество пациентов с ТИА, геморрагическим инсультом, ишемическим инсультом, находившихся под наблюдением (n=254)

Отмечено, что после выписки из стационара пациенты не сразу попадают на прием к специалистам поликлиники по месту жительства. Из 254 пациентов терапевтом по месту жительства осмотрено только 109 (42,91%) человек, кардиологом – 14 (5,51%), эндокрино-

логом – 5 (1,96%), неврологом – 2 (0,78%), другие пациенты остались без осмотра специалистов (рис. 3).

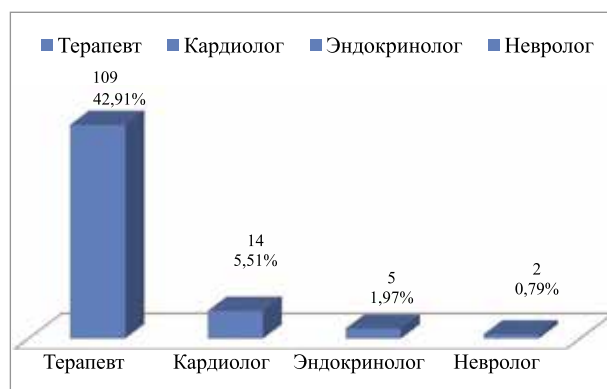


Рис. 3. Показатели посещаемости специалистов в поликлиниках по месту жительства

При первичном осмотре пациента проводится оценка факторов риска инсульта (рис. 4). Наиболее частыми являются гипертоническая болезнь (247; 97,24%), нарушение ритма сердца (69; 27,16%), более чем у половины пациентов наблюдалось сочетание ИБС и сахарного диабета (152; 59,84%). Отмечено, что курящих было 64 человека, что составило 25,2%. Гемодинамически значимые стенозы каротидных артерий выявлены у 29 пациентов, что составило 11,42%, из них число табакозависимых составило 17 человек (58,62%). Все пациенты со стенозами направлены к сосудистому хирургу для оперативного лечения.



Рис. 4. Частота встречаемости основных факторов риска инсульта

В исследуемой группе показатель риска развития инсульта распределился следующим образом: высокий – от 4 и выше баллов у 86 пациентов из 200, перенесших инсульт (43%), средний риск – 3 балла у 58 (29%), количество пациентов с низким риском развития инсульта – от 0 до 2 баллов – составило 56 человек из 200 (28%). Показатель рассчитывался по шкале оценки риска повторного инсульта Essen Stroke Risk Score (ESRS), где сумма баллов более 4% свидетельствует о высоком годовом риске серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

При первичном обращении преобладали пациенты с малым неврологическим дефицитом, что составило по шкале Ренкин с количеством баллов от 0–1 – 214 (58,87%) человек, с 2 баллами – 29 (11,42%) человек, с 3–4 баллами – 6 (2,37%) человек. По шкале Ривермид до 10 баллов оказалось у 12 (4,72%) человек, с 11 до 13 баллов – 75 (29,53%) человек, 14–15 баллов – 167 (65,75%) человек.

Одной из проблем, с которой пришлось столкнуться за указанный период работы в кабинете профилактики инсульта, была низкая осведомленность пациентов о необходимости регулярного приема медикаментозной терапии, прежде всего гипотензивной, антиагрегантной. Пациентам, прошедшим через специализированный ангионеврологический прием, скорректирована медикаментозная терапия, проведена профилактическая беседа о необходимости ее регулярного применения, ведении дневника измерений артериального давления. Следует отметить, что динамическое диспансерное наблюдение дисциплинирует пациентов. Так, при повторной встрече через три месяца пациенты становятся более обязательными и стараются соблюдать рекомендации врача.

Основные причины нерегулярного приема медикаментов пациенты связывают с низкой покупательной способностью, ожиданием очереди к терапевту и выписки препаратов по списку льготополучателей. Реже указывают на некоторое непонимание рекомендаций в выписке ввиду когнитивных нарушений, многие считают ненужным принимать препараты ввиду проведенного курса медикаментозного стационарного лечения, либо отказ от препаратов связан с временной стабилизацией АД.

В динамике повторно через три месяца осмотрено 121 (47,63%) человек из 254 (рис. 5). Остальные пациенты запланированы в сроки, предусмотренные диспансеризацией. Из группы осммотренных больных терапевта посетили по месту жительства 89 (73,55%), кардиолога – 26 (21,48%), эндокринолога – 14 (11,57%), невролога – 52 (42,97%) человек, что показывает увеличение процентного соотношения обращаемости пациентов в поликлинику по сравнению с острым периодом после выписки из стационара. Также замечено увеличение соблюдения рекомендаций в группе наблюдаемых и составило 97 (80,16%) человек. Данный показатель говорит о повышении приверженности к медикаментозной терапии и правильности выполнения рекомендаций, и как следствие отмечается более успешный результат профилактики инсульта.

За период наблюдения частота повторных инсультов составила 11 человек из 254 (4,33%). Этот показатель демонстрирует эффективность динамической преемственной диспансеризации больных, поскольку, по данным литературы, частота повторных инсультов составляет в среднем 20–25%.

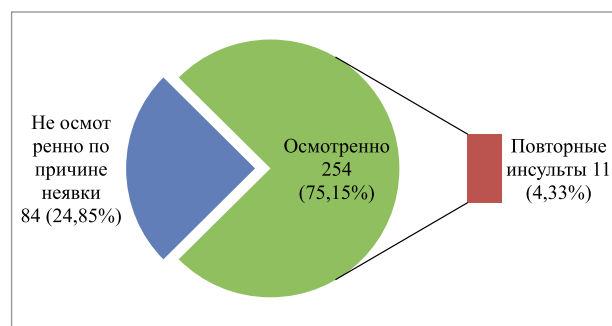


Рис. 5. Показатели диспансеризации пациентов с перенесенным ОНМК в кабинете профилактики инсульта

В первые три месяца после выписки из стационара повторно были госпитализированы пять пациентов (45,45%) из 11. Трое из них не соблюдали рекомендации. Все трое пациентов страдали гипертонической болезнью, у одного наблюдалась фибрилляция предсердий, у двоих ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет, один пациент не отрицал злоупотребление алкоголем. Причиной повторного инсульта у остальных двух пациентов, соблюдающих рекомен-

дации, были: в первом случае – пароксизм фибрилляции предсердий, во втором – гипертонический криз, данный пациент страдает также хронической ревматической болезнью.

Важным направлением работы невролога в кабинете профилактики инсульта является дообследование пациентов с инсультом молодого возраста для выявления его причин и, как следствие, определение возможности вторичной профилактики.

Приводим следующие клинические примеры

Пациентка, 24 года. В анамнезе установлена мигрень со зрительной и сенсорной аурой со среднетяжелыми частыми приступами. Заболевание началось внезапно с развития выраженной головной боли, тошноты, головокружения, шаткости при ходьбе. При проведении МРТ головного мозга диагностирован ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне с формированием очага в мосту мозга. Проведен курс базисной, нейрометаболической терапии, состояние улучшилось, неврологический дефицит полностью регрессировал.

С учетом молодого возраста, наличия в анамнезе мигрени, лакунарного характера ишемического очага, полного регресса симптомов на фоне нейрометаболической терапии, пациентка направлена в Красноярский краевой медико-генетический центр для сдачи крови на MELAS-синдром и болезнь Фабри. По результатам исследования выявлена мутация m.3697G>A в гене MT-ND1 в гетероплазмическом состоянии. Активность ферментов на болезнь Фабри находилась в пределах референсных значений, что позволило исключить данное заболевание.

По итогам обследования совместно с генетиками было выявлено наследственное заболевание – MELAS синдром, митохондриальный тип наследования. Пациентке рекомендован курс метаболической терапии, улучшающей митохондриальный обмен, в качестве профилактики повторного инсульта.

У ряда молодых пациентов причиной инсульта становятся мутации генов системы гемостаза. Одной из носительниц такой мутации оказалась пациентка 44 лет с двумя эпизодами ишемического инсульта. В коагулограмме обращал внимание повышенный уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) 5,6 мг % (в норме <5,0 мг %), повышение тромбинового времени 19 сек. (в норме 14–17 сек.), увеличение фактора Виллебранда до 207,8% (в норме 66,00–170,00%), уровень фибриногена составил 3,53 г/л при нормальных показателях (от 2,00–4,00 г/л). Исследование гомоцистеина в крови составило 11,40 мкмоль/л (при норме 5–12 мкмоль/л). Тест на РФМК признан маркером тромбинемии, что свидетельствует о наличии в крови значительного количества тромбообразовательных комплексов и имеет место подозрение на развитие тромбозов, тромбофилии и ДВС синдрома.

По результатам генетического исследования обнаружена мутация генов системы гемостаза – FGB (-455 G>A) G/A в гетерозиготной форме, ITGA2 (807 C>T) в гомозиготной форме, а также мутации ряда генов фоллатного цикла – MTHFR(129 A>C) A/C в гетерозиготной форме, MTR(2756 A>G) A/G в гетерозиготной форме.

Данный полиморфизм генов приводит к повышению в крови уровня фибриногена и способствует повышению скорости адгезии тромбоцитов, в результате чего возрастает риск артериальных и венозных тромбозов. Низкая активность ферментов фоллатного цикла приводит к гипергомоцистеинемии и оказывает повреждающее действие на эндотелий сосудов, что также способствует повышению тромбообразования.

По результатам обследования пациентке предложено продолжить прием антиагрегантной терапии с добавлением фолиевой кислоты и витаминов группы В1, В6 и В12 к основному медикаментозному лечению. В динамике через три месяца уровень гомоцистеина существенно снизился и составил 6,80 мкмоль/л., самочувствие и неврологический статус стабильные.

Аналогичные нарушения в системе гемостаза и фоллатного цикла были выявлены еще у трех молодых пациентов с перенесенным инсультом. В одном случае у пациента 43 лет выявлено сочетание генетической предрасположенности к тромбообразованию со стенозирующим атеросклерозом церебральных артерий, что существенно повышало риск повторного инсульта. Для каждого пациента разработана индивидуальная стратегия вторичной профилактики инсульта.

Приводим еще один пример наблюдения пациентки 42 лет. Длительно страдает гипертонической болезнью, с повышением АД до 200/100 мм рт. ст. адаптирована к 130/80 мм рт. ст. В анамнезе на протяжении последних двух лет перенесла три повторных инсульта, все по ишемическому типу. Ранее, в 2006 году, была выявлена аневризма восходящего отдела аорты, АН 3 ст., перенесла оперативное лечение по поводу протезирования аортального клапана и восходящего отдела аорты клапан содержащим кондуитом «Мединж – Васкутек» 25 с реимплантацией устьев коронарных артерий в НИИ им. Мешалкина. Причиной указанных нарушений в сердечно-сосудистой и цереброваскулярной системах у пациентки является синдром Марфана.

Другим значимым направлением деятельности кабинета профилактики инсульта является просветительная работа путем подготовки методических рекомендаций для врачей, буклетов и листовок для населения, проведение разъяснительных бесед с пациентами и их родственниками, взаимодействие со средствами массовой информации, популяризация здорового образа жизни.

Заключение

Анализируя работу в кабинете по профилактике инсульта, следует отметить, что в течение первых трех месяцев пациенты, как правило, попадают под наблюдение в общую поликлиническую сеть и редко возвращаются на повторный прием ангионевролога через три месяца. Поэтому считаем целесообразным наблюдение в кабинете профилактики инсульта в первые три месяца после перенесенного инсульта, в течение которых раннее специализированное диспансерное наблюдение является наиболее эффективным в плане отработки индивидуальных стратегий по вторичной профилактике инсульта, в том числе в плане отбора на каротидную эндартерэктомию, стентирование сонных артерий.

В дальнейшем при стабильном состоянии пациентов диспансерное наблюдение целесообразно продолжать в поликлиниках по месту жительства, при этом с целью сохранения преемственности и обратной связи с кабинетом профилактики инсульта желательно введение единого электронного мониторинга пациентов с ОНМК по разработанной нами форме во всех учреждениях амбулаторного-поликлинического звена.

Проведенное исследование показало целесообразность дальнейшей работы кабинета профилактики инсульта на базе консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы.

Анализ индивидуальных факторов риска инсульта, своевременная и ранняя их коррекция, непрерывное медицинское наблюдение за пациентами из групп риска более эффективно содействуют снижению числа повторных инсультов. Перспективами работы кабинета является более широкий охват пациентов, включая выпавших из

первичных сосудистых отделений города и края. Особое внимание и активный контроль необходимы пациентам со стенозами и нарушениями ритма сердца для своевременного направления на специализированные методы коррекции, а также уточнение причин развития инсульта в молодом возрасте.

Другой актуальной задачей является проведение регулярной санитарно-просветительной деятельности по модификации факторов образа жизни, в том числе в рамках проведения городского дня инсульта и взаимодействия со СМИ.

В Красноярском крае выстроена многоплановая работа по снижению заболеваемости и смертности от инсульта. При этом стоит отметить, что резерв дальнейшего снижения заболеваемости и смертности от инсульта лежит в русле первичной и вторичной профилактики.

Литература

- Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. 3-е изд., перераб. и доп. М.: [Б.и.]; 2010. 1288 с.
- Василевская О.В., Сафина Д.Д., Силантьева И.В. Причины неэффективности вторичной профилактики ишемического инсульта. Казанский медицинский журнал. 2012. 93 (5). 744-748.
- Вербицкая С.В., Парфенов В.А. Вторичная профилактика инсульта в амбулаторных условиях. Неврологический журнал. 2011. 1. 42-46.
- Гусев ЕИ, Мартынов М.Ю., Камчатнов П.Р. Ишемический инсульт. Современное состояние проблемы. Доктор.ру. 2013;(5):7-12.
- Крыжановский С.М., Можаровская М.А. Повторный ишемический инсульт: особенности тактики ведения пациентов. Consilium Medicum. 2012. 14 (9). 44-47.
- Мух Е.А., Назаренко Н.В., Лещенко В.А. Опыт организации медицинской помощи по первичной профилактике инсульта в условиях диагностического центра. Клиническая неврология. 2015. № 3. С. 9-13.
- Скворцова В.И. Комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи при сосудистых заболеваниях в Российской Федерации. Человек и лекарство. 2007;(4):5.
- Сорокоумов В.В., Богатенкова Ю.Д. Вторичная профилактика инсульта на третьем этапе реабилитации: содержание и организация. Учебные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2016. Т. № 3. С. 68-69.
- Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д., Чугунова С.А. Анализ эпидемиологических показателей повторных инсультов в регионах Российской Федерации (по итогам территориально-популяционного регистра 2009-2014 гг.). Consilium Medicum. 2016;18(9):12-16.
- Стаховская С.В., Котова С.В., ред. Инсульт: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2013. 400 с.
- Шнякин П.Г., Хало Н.В., Иполитова Е.В., Исаева Н.В., Прокопенко С.В., Протопопов А.В., Корчагин Е.Е., Головина Н.И., Грицан А.И., Можейко Е.Ю., Дралюк М.Г., Перстряков Ю.Я., Довбыш Н.Ю., Газенкамф А.А., Путилин А.В., Тюменцев Н.В., Николаева Н.М., Дранишников С.В., Азанов В.Г., Ланчинская Е.И., Медведева М.К., Ермакова И.Е., Литвинюк Н.В. Организация помощи больным с инсультом в Красноярском крае. Красноярск: Версо; 2015. 103 с.
- Afilalo J., Duque G., Steele R., Jukema J.W., deCraen A. J., Eisenberg M.J. Statins for secondary prevention in elderly patients: a hierarchical bayesian meta-analysis. Journal of the American College of Cardiology. 2008. 51. 37-45.
- Andersen K. K., Olsen T. S. The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. International Journal of Stroke. 2015. 10 (1). 99-104.
- Åsberg S., Henriksson K. M., Farahmand B., Asplund K., Norrving B., Appelros P. Ischemic stroke and secondary prevention in clinical practice. Stroke. 2010. 41. 1338-42.
- Cabral N.L., Muller M., Franco S.C., Longo A., Moro C., Nagel V., Gonçalves A.R. Three-year survival and recurrence after first-ever stroke: the Joinville stroke registry. BMC Neurology. 2015. 1. 2-7.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

М. А. Дудина, С. А. Догадин, О. В. Боровик, М. И. Новых
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) — аутоиммунное заболевание, тесно связанное с патологией щитовидной железы. В качестве тканей-мишеней наиболее часто выступают экстраокулярные мышцы, ретробульбарная клетчатка и мышцы век. В патологический процесс вовлекаются и другие ткани глаза — сосуды, веки, роговица, конъюнктива, зрительный нерв.

Существует гипотеза общих антигенов щитовидной железы и орбитальной ткани. Она определяет стратегию удаления антигена путем тиреоидэктомии или аблации радиоактивным йодом, чтобы уменьшить его представительство в иммунной системе.

Европейская группа (EGUGOGO) создала Амстердамскую декларацию по ведению больных с ЭОП, согласно которой все признаки воспаления мягких тканей орбиты предложено оценивать путем сравнения данных фоторегистрации конкретного пациента с изображением в атласе стандартных фотографий, доступном на сайте www.eugogo.org

Клинический случай № 1

Пациентка 42 лет считает себя больной с января 2017 года, когда после перенесенной ОРВИ появилась раздражительность, ощущение кома в горле, первые признаки тиреотоксического экзофтальма.

При обследовании по месту жительства диагностирован диффузный токсический зоб. Назначена тиреостатическая терапия тиамазолом в суточной дозе 30 мг, с постепенным снижением препарата до поддерживающей дозы — 10 мг в сутки.

В марте 2017 года клинические проявления синдрома тиреотоксикоза возобновились. Лабораторно диагностировано выраженное снижение ТТГ — 0,01 мМЕ/л при норме 0,35-4,94; АТ рТТГ — 38,33 ЕД/л при норме 0-1.

Пациентке рекомендована тиреостатическая терапия и бета-блокаторы: тиамазол 20 мг и анаприлин 20 мг 3 раза в день под контролем ЧСС.

Несмотря на проводимую терапию, к концу марта 2017 года резко усилились боли в глазах, слезотечение, появилась диплопия. Лабораторно отмечалось увеличение ТТГ до 10,4 мМЕ/л и снижение Т4 до 6,7 нмоль/л при норме 9,01-19,05.

По шкале клинической активности (CAS), позволяющей разграничить пациентов с активной фазой заболевания и статической, больная набирала 4 балла. Имели место спонтанная ретробульбарная болезненность, боль при движении глаз, краснота и припухлость век.

В отделении эндокринологии ККБ инициирована схема «блокируй — замещай». Пациентка получала таблетки тиамазола по 5 мг и левотироксина натрия по 12,5 мкг. Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном по классической схеме в суммарной дозе 3000 мг.

На этом фоне возникла быстрая положительная динамика: снизился отек конъюнктивы, слезотечение, исчезла диплопия. Но с учетом высокого титра АТ-рТТГ, невозможности достижения эутиреоза, развившегося медикаментозного гипотиреоза на фоне тиреостатической терапии, а также наличия ЭОП пациентке была показана тиреоидэктомия.

Удаление щитовидной железы состоялось во II хирургическом отделении ККБ в апреле 2017 года. Сразу после операции назначена пожизненная заместительная терапия левотироксином натрия 100 мкг.

Симптомов ЭОП при выписке не отмечалось, но уже в июне 2017 года больная поступила в отделение эндокринологии с развернутой клинической картиной эндокринной офтальмопатии (шкала CAS — 6 баллов).

Проведена пульс-терапия по Амстердамскому протоколу, суммарная доза метилпреднизолона составила 6 г.

Удалось достичь улучшения состояния уже после первой дозы внутривенного введения метилпреднизолона: отек век, инъектирование конъюнктивы значительно уменьшились. При выписке CAS — 1 балл.

В сентябре 2017 года пациентка вновь стала отмечать слезотечение, снижение остроты зрения, отек век на фоне нормального уровня ТТГ.

В ККБ проведена МСКТ орбит. Выявлен умеренный экзофтальм, утолщение зрительного нерва справа до 6,4 мм. Отмечалась асимметрия толщины экстраокулярных мышц:

- утолщение верхней прямой: справа — 9,4 мм, слева — 9 мм.;
- наружной прямой: справа — 5,5 мм, слева — 5,43 мм.;
- внутренней прямой: справа — 12 мм, слева — 10 мм.;
- нижней прямой: справа — 9,1 мм, слева — 8,9 мм.

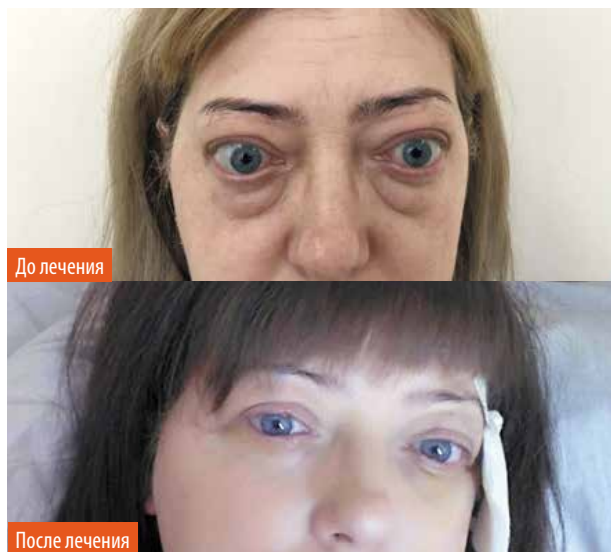
Периметрия — умеренное сужение полей зрения.

На основании диагностических и клинических данных пациентке выставлен диагноз эндокринная офтальмопатия, миогенная форма, активная стадия (CAS — 4 балла), тяжелое течение (NOSPECS 6b). Оптическая нейропатия OD.

Сопутствующий диагноз послеоперационный гипотиреоз, компенсированный.

Пациентка направлена для лечения в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ, проведена операция в ФГБНУ «НИИ глазных болезней».

Диагноз при выписке: оптическая нейропатия. Эндокринная офтальмопатия. Экзофтальм. Состояние после костной декомпрессии (наружной



стенки) орбиты. Состояние после пластики глазной щели. OS — состояние после коррекции ретракции нижнего века.

По возвращении отмечается повышение остроты зрения, снижение внутриглазного давления, повышение качества цветоощущения.

Клинический случай № 2

Пациент 64 лет с 2014 года наблюдается у эндокринолога с диагнозом диффузный токсический зоб.

Около полутора лет принимал тиамазол — начинал с 30 мг/сутки с последующим снижением до поддерживающей дозы 5 мг.

В декабре 2016 года впервые появились признаки эндокринной офтальмопатии.

Предъявлял жалобы на резкое снижение остроты зрения: боли при движении глазных яблок преимущественно в горизонтальной плоскости, светобоязнь, слезотечение, иногда диплопия, видимый экзофтальм.

В связи с прогрессированием и выраженной активностью ЭОП, в эндокринном отделении ККБ проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном в суммарной дозе 6000 мг на курс.

После первого цикла наблюдалась положительная динамика, но по завершении вновь появился отек век, инъектирование конъюнктивы, слезотечение и светобоязнь, снизилась острота зрения.

Больному под контролем тиреоидного гормонального статуса увеличена доза тирозола с 5 до 10 мг, проведен курс пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 6 г. Проявления ЭОП значительно уменьшились, зрение на левый глаз стало лучше, на правый — в норме.

Резкое ухудшение зафиксировано в конце августа 2017 года: без видимой причины вновь стало усиливаться выстояние обоих глаз, резкое снизилась острота зрения на левом глазу до ощущений светотени, значительно снизилась острота зрения на правом глазу.

При поступлении отмечались выраженные проявления офтальмопатии с отеком верхних и нижних век, гиперемией и красным хемозом, резким снижением остроты зрения, особенно на левый глаз.

После проведения пульс-терапии (3 г) наблюдалась положительная динамика — отеки век ушли, гиперемия значительно уменьшилась, хемоз купирован, острота зрения выше. Но через три дня вновь появились отеки.

Учитывая хороший положительный эффект, хорошую переносимость, нормальные лабораторные показатели в динамике, было решено продолжить терапию в суммарной дозе 6000 мг на курс. Но на фоне нормального самочувствия через две недели вновь наступило резкое ухудшение состояния, особенно левого глаза. По шкале CAS пациент набирал 7 баллов.



Отмечались спонтанная ретробульбарная болезненность, боль при движении глаз, краснота век, покраснение конъюнктивы, припухлость век хемоз, отек слезного мясца, плики.

Больному проведена МСКТ орбиты. Обнаружен двухсторонний экзофтальм, утолщение нижней прямой мышцы и внутренней прямой мышцы глаза, изменение структуры мышц за счет отека и дистрофических изменений.

С диагнозом эндокринная офтальмопатия, миогенная форма, активная стадия (CAS — 7 баллов), тяжелое течение (NOSPECS 6с), оптическая нейропатия OS(?); сопутствующим диагнозом ДТЗ, медикаментозный эутиреоз пациент направлен в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России.

На повторном МСКТ в столице: КТ-картина экзофтальма, утолщения глазодвигательных мышц. Натяжение зрительных нервов. КТ-признаки «апикального сгущения» (изменения более выражены справа). Пропалс жировой клетчатки через верхнюю глазничную щель (с двух сторон). Выраженная жировая инфильтрация мышц глазного яблока.

Проведен врачебный консилиум во главе с директором ИКЭ академиком РАМН д.м.н., профессором Г. А. Мельниченко. Заключились, что пациент нуждается в проведении блефарорафии слева, лучевой терапии на область орбит и терапии моноклональными антителами (ритуксимаб — по 1000 мг внутривенно капельно, дважды, с двухнедельным перерывом).

От проведения блефарорафии пациент отказался. В связи с жалобами на прогрессирование ухудшения зрения введен бетаметазон 2 мг/мл + 5 мг/мл по 0,5 мл парабульбарно справа и слева с положительным эффектом.

Проведен курс конформной лучевой терапии на область ретробульбарного пространства обоих глаз на ускорителе Клинак-600 РОД 1,2 Гр, СОД — 14,4 Гр.

Метипред 250 мг в/в капельно № 3.

С положительной динамикой пациент вернулся в Красноярск под наблюдение врачей эндокринного отделения ККБ.

Выводы

Оптическая нейропатия, как показатель тяжести эндокринной офтальмопатии, может развиваться у всех больных в активной стадии ЭОП.

Начало чаще протекает бессимптомно.

Острота зрения может сохраняться на уровне 20/20 (соответствует 1,0 по таблице Сивцева-Головина).

Периметрия позволяет обнаружить дефекты у большинства больных с оптической нейропатией.

Офтальмоскопически оптическая нейропатия только в 30-40% случаев проявляется отеком диска зрительного нерва.

Надежный критерий диагностики оптической нейропатии — апикальное расширение экстраокулярных мышц, регистрируемое при МСКТ орбит.

Литература

1. Болезни щитовидной железы: пер. с англ. / под ред. Л.И. Бравермана. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.
2. Болезнь Грейвса и эндокринная офтальмопатия / Н.Ю. Свириденко, И.М. Беловалова, М.С. Шеремета (и др.); под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — М.: МАИ-ПРИНТ, 2012. — 143 с.
3. Международный опыт изучения заболеваний щитовидной железы / пер., коммент. и ред. В.В. Фадеева. — М.: РКИ Соверо пресс, 2004. — 296 с.
4. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение / В.В. Фадеев. — М.: Видар М, 2005. — 240 с., илл.
5. Graves Orbitopathy A multidisciplinary Approach — Questions and Answers / editors W. M. Wiersinga, G. J. Kahaly. — 2th revised ed. — Switzerland: Karger, 2010. — 285 p.

УСПЕШНАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОК С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХПН И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

О. В. Еселевич

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) — клинический синдром с характерными симптомами и признаками нарушения костного и минерального обмена, обусловленный избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) околощитовидными железами (ОЩЖ) у пациентов с терминальной стадией ХПН.

Вторичный гиперпаратиреоз существенно снижает качество и продолжительность жизни больных, находящихся на программном гемодиализе.

Клиническая симптоматика обусловлена гиперпродукцией паратиреоидного гормона в ответ на гиперфосфатемию, недостаток кальцитриола (активной формы витамина Д3) и гипокальциемию, что снижает резистентность костей к ПТГ, вызывает усиление костной резорбции, разрушение костей, приводит к гиперплазии околощитовидных желез, аденоматозной трансформации и гиперкальциемии.

К клиническим формам проявления ВГПТ относятся костная и висцеральная формы.

Костная форма ВГПТ обусловлена снижением минеральной плотности ткани, развитием фиброзно-кистозной остеопатии разной степени выраженности — от диффузного остеопороза с кистовидными изменениями костной ткани до полной остеодеструкции с разрушением кортикального слоя.

Клинически на практике мы встречаемся с выраженным костным болевым синдромом, деформацией скелета в виде кифосколиотической грудной клетки, «бурыми» опухолями, множественными патологическими переломами с образованием ложных суставов, уменьшением роста, изменением походки. Для передвижения больные используют трости, костыли, кресла-каталки, часто приходят в сопровождении родственников.

Серьезным проявлением висцеральной формы ВГПТ является артериальная кальцификация сердечно-сосудистой системы. Кальцификация сердечных клапанов опасна развитием пороков сердца, сердечной недостаточностью, нарушением сердечного ритма, а также высоким риском развития инфекционного эндокардита. Декомпенсация сердечно-сосудистой патологии занимает ведущее место (40-50%) среди причин смерти диализных пациентов.

Паратиреоидэктомия (ПТЭ) — эффективный метод лечения ВГПТ, который приводит к быстрому регрессу клинико-лабораторной симптоматики заболевания.

Различают субтотальную ПТЭ с удалением четырех околощитовидных желез и оставлением 1/3 части менее гиперплазированной ОЩЖ на месте. И тотальную ПТЭ — с аутоотрансплантацией измельченных частей менее гиперплазированной ОЩЖ в плечелучевую мышцу предплечья без артерио-венозной фистулы в несколько участков.

Вторичный гиперпаратиреоз — распространенное и грозное осложнение у пациентов с терминальной стадией ХПН. Неоказание

своевременного лечения может существенно снизить качество и продолжительность жизни больных и привести к инвалидизации пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Клинический случай № 1

Интересен следующий клинический пример костной формы ВГПТ. Больная — Наталья 28 лет, с хронической болезнью почек (ХБП) С5. Заместительная почечная терапия с 2012 года. Направлена в отделение эндокринной хирургии краевой клинической больницы нефрологом гемодиализного центра с уровнем паратиреоидного гормона 1595-1140 пг/мл. Пациентка принимает 30 мг мимпары.

При осмотре жалобы на выраженное усиление болей в поясничной области, парестезии в правой нижней конечности, не может ходить. По данным МРТ выявлена опухоль в виде песочных часов на уровне L2 с поражением дужек и тела позвонка со сдавлением дурального мешка спинного мозга. Учитывая анамнез больной, опухоль расценена как «бурая», консилиумом принято решение о проведении паратиреоидэктомии по жизненным показаниям в первую очередь.

Через два месяца после проведения субтотальной паратиреоидэктомии выполнена ламинэктомия L2, частичное удаление опухоли на уровне L1-2, декомпрессия спинного мозга.

Патогистологическое заключение — агрессивная остеобластома, подобная остеосаркоме. Осмотрена онкологом, диагноз остеокластома на уровне L1-2 на фоне ХПН.

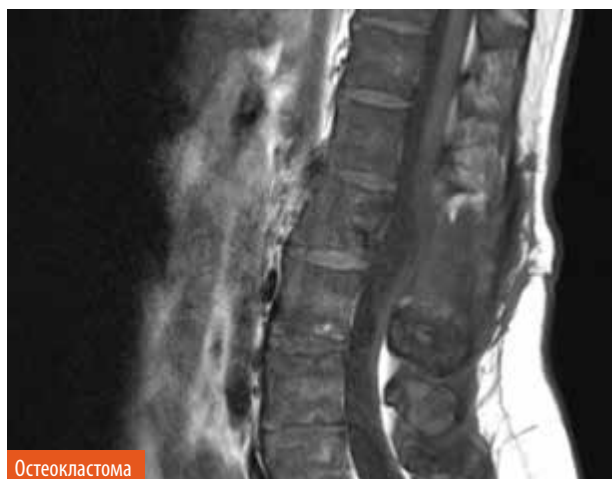
При контрольной МРТ через полгода и три года после ПТЭ и ЛЭ признаков прогрессирования патологического процесса не выявлено, просвет позвоночного канала свободный, дуральный мешок и спинной мозг не сдавлены.

Обращает на себя внимание диффузная перестройка структуры костного мозга с кистозными вздутиями, что характерно для нефрогенного остеопороза. ПТГ через три месяца — 122 пг/мл, через три года — 201 пг/мл и соответствует оптимальному уровню ПТГ при ХБП С5.

Клинический случай № 2

Пациентка Г. 1949 года рождения поступила в краевую клиническую больницу в декабре 2015 года с жалобами на потливость, сердцебиение, слабость, утомляемость при умеренных физических нагрузках, боли в костях и суставах, шаткость при ходьбе, патологические переломы костей.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает поликистозом почек. С 2003 года находится на заместительной почечной терапии с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. С 2005 года страдает вторичным гиперпаратиреозом. За время наблюдения отмечалась нарастающая отрицательная динамика с появлением вы-



Остеокластома

шеперечисленной симптоматики. С 2008 года зафиксировано шесть переломов – ключицы, ребер, кисти, фаланг пальцев.

При объективном осмотре: передвигается с опорой на трость. Щитовидная железа безболезненна, не увеличена. В правой доле четко пальпируется образование размером 1,5 см.

На ЭХО-КГ: склероз аорты с кальцинозом кольца и створок аортального клапана, начальный кальциноз кольца митрального клапана, митральная недостаточность I степени, умеренно расширены полости желудочков, умеренно нарушена диастолическая функция левого желудочка.

Р-графия: пневмосклероз, нефрогенная остеоидистрофия.

МСКТ грудной клетки: множественные очаги деструкции в телах позвонков, ребер, грудины на фоне неоднородного уплотнения костной структуры.

В лабораторных анализах выраженная гипокальциемия, паратиреоидный гормон достигал 1971 pg/ml (при норме 10-65). Пациентке выставлен клинический диагноз вторичный гиперпаратиреоз, костно-висцеральная форма. Гиперплазия ОЩЖ. Многоузловой зоб I степени. Эутиреоз. Сопутствующий диагноз поликистоз почек, печени, ХПН, терминальная стадия V степени, ЗПТ с 2003 года. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь III ст., хроническая легочная гипертензия с СДЛА 45 мм рт. ст. Нефрогенная анемия легкой степени тяжести, компенсация. Нефрогенная остеоидистрофия.

Учитывая вторичный гиперпаратиреоз костно-висцеральной формы, отсутствие положительной динамики от приема кальцимиметиков 150 мкг, больной было показано оперативное лечение под общей анестезией в плановом порядке – тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией остатка в область предплечья.

Сегодня, через два с половиной года после операции, костные проблемы пациентки купированы. Переломов нет, уровень паратгормона приближен к норме, гипокальциемия корректируемая.

СПРАВКА «ПК»

Бурная опухоль (остеокластома) – локальное литическое повреждение кости, обусловленное скоплением большого количества остеокластов. В очагах резорбции происходят кровоизлияния и разрастание грануляций, содержащих многоядерные клетки, которые замещают нормальный костный мозг и формируют опухоль.

Чаще поражает кости таза, ребра, нижнюю и верхнюю челюсть, бедренную кость. Дифференциальная диагностика основывается на клинических и лабораторных исследованиях, подтверждающих вторичный гиперпаратиреоз.

НЕФРОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

С. В. Ивлиев

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Трансплантация почки имеет более чем полувековую историю. В мире ежегодно выполняет около 69 тысяч трансплантаций почки.

В России, начиная с середины 2000-х годов, отмечен рост проводимых операций по трансплантации почки [4, 5]. Аллотрансплантация почки (АТП) считается оптимальным методом заместительной почечной терапии, обеспечивает более высокое качество жизни и оптимальный уровень медико-социальной реабилитации [6, 7, 8, 9]. АТП является, кроме того, наиболее предпочтительным методом заместительной почечной терапии с экономической точки зрения [10].

По данным международных регистров, к пяти годам после АТП наблюдаются потери до 25-30% трансплантатов, а к 10-15 годам – до 50% [1, 2, 3].

Основными причинами летальных исходов после трансплантации почки являются инфекции и кардиоваскулярные осложнения. Наибо-

лее частыми причинами потерь ренальных аллотрансплантатов являются смерть пациента с функционирующим трансплантатом и хроническая дисфункция трансплантата [11].

В Красноярском крае более 100 реципиентов почечного трансплантата. У части пациентов срок функционирования почечного трансплантата достигает более 15 лет. У трех пациентов срок функционирования почечного трансплантата превышает 20 лет. Самой большой срок функционирования – 27 лет.

Клинический случай

Больной Ш., 1953 года рождения. Наблюдается в отделении хронического гемодиализа с 1990 года.

В 1990 году в ККБ диагностирован хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. С сентября 1990 года – клиника

терминальной хронической почечной недостаточности, в связи с чем начато проведение хронического программного гемодиализа. К декабрю 1990 года достигнута договоренность о направлении больного в Московский областной научно-исследовательский клинический институт для обследования и решения вопроса о проведении пересадки почки.

В августе 1991 года проведена аллотрансплантация трупной почки. Функция трансплантата немедленная. Назначена трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия, включающая циклоспорин, азатиоприн, преднизолон. В первые годы после трансплантации уровень креатинина 80–100 мкмоль/л. В 2000 и 2003 гг. перенес преходящее ОНМК с полным обратным развитием.

В октябре 2007 года, после переохлаждения – повышение температуры до 38–38,5, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, выраженная интоксикация. Госпитализирован в отделение гемодиализа ККБ. Рентгенологически верхнедолевая пневмония справа. Выявлена положительная ПЦР на цитомегаловирус (ЦМВ). Проводилась антибактериальная терапия цефтриаксоном и левофлоксацином. Учитывая положительный ПЦР на ЦМВ, был назначен ганциклавир с последующим переходом на валганцикловир.

На фоне терапии положительная клиническая динамика: нормализовалась температура, кашель, интоксикация, рентгенологические изменения подверглись обратному развитию. Во время нахождения в отделении – повышение уровня креатинина до 165 мкмоль/л с последующим снижением до 86 мкмоль/л.

В 2009 году проведена коррекция иммуносупрессивной терапии – переведен с азатиопина на микофеноловую кислоту.

В 2010–2014 гг. – повышение уровня креатинина с 81 до 114 мкмоль/л, снижение скорости клубочковой фильтрации с 91 до 61 мл/мин. В мае 2014 года переведен с оригинального циклоспорина на генерик. На фоне генерика отмечалось повышение уровня креатинина до 143–180 мкмоль/л, нестабильность концентрации циклоспорина АUC 0–4 2772 до 3673 нг. Это было расценено как недостаточная эффективность генерика циклоспорина, в связи с чем было подано извещение о нежелательной побочной реакции, и пациент был переведен на оригинальный циклоспорин. На фоне коррекции иммуносупрессивной терапии отмечено снижение уровня креатинина до 110 мкмоль/л.

В июле 2014 года вновь перенес транзиторное ОНМК по ишемическому типу, в связи с чем поступил в ККБ. При обследовании по МСКТ головного мозга: атеросклероз, стеноз устья внутренней сонной артерии справа, петлеобразование левой внутренней сонной артерии; веретенообразная аневризма основной артерии; окклюзия правой позвоночной артерии от устья; последствия ОНМК в правой лобной области.

Рекомендовано стентирование правой внутренней сонной артерии с одновременным проведением коронарографии для определения необходимости стентирования коронарных артерий или проведения аорто-коронарного шунтирования.

В июле 2014 года госпитализирован в ГКБ № 20 с мелкоочаговым инфарктом миокарда по передней стенке, на фоне чего развилась пароксизмальная желудочковая тахикардия с кардиальными синкопе, желудочковая экстрасистолия. Переведен в ККБ, установлен кардиовертер-дефибриллятор. В августе 2014 года выполнена реканализация ПМЖВ, после РЭД баллоном диаметром 3 мм установлены поэтапно стенты Titan 2,3x22 мм и Protus 4x12 мм. Просвет артерии восстановлен. Под церебральной защитой SpiderFX в правую ВСА установлен стент Protege 6–8x40 мм. Постдилатация баллоном диаметром 6 мм. Просвет артерии восстановлен.

На фоне перенесенного ОНМК, инфаркта миокарда в конце 2014 – первой половине 2015 года повышение уровня креатинина до 133–138 мкмоль/л при нормальном целевом уровне концентрации циклоспорина.

В течение 2015–2018 гг. госпитализаций пациента не было.

В 2016–2018 гг. стабилизация уровня креатинина на цифрах 116–121 мкмоль/л. Пациент активен, продолжает работать.

Таким образом, срок функционирования почечного трансплантата почти 27 лет. За время наблюдения отмечается нарастание уровня креатинина с 80 до 121 мкмоль/л, снижение скорости клубочковой фильтрации со 107 до 54 мл/мин. С одной стороны, это обусловлено развитием хронической трансплантационной нефропатии, с другой – эпизод перевода на генерик с нестабильной концентрацией циклоспорина также негативно сказался на функции почечного трансплантата. Развитие сердечно-сосудистых осложнений, таких, как ОНМК, инфаркт миокарда, нарушение ритма, тоже внесли свой вклад в снижение функции трансплантата.

Этот случай наглядно демонстрирует, что зачастую прогноз выживаемости пациента с функционирующим почечным трансплантатом зависит от сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений. Своевременное их выявление, терапия, в том числе потребовавшая установки стентов, кардиовертера-дефибриллятора, позволило не только стабилизировать функцию почечного трансплантата, но и сохранить трудоспособность и высокое качество жизни пациента.

Литература

1. USRDS 2010 Annual Data Report. [Электронный ресурс] Режим доступа: www.usrds.org/2010/view/default.asp.
2. Meier-Kriesche H.U. Long-term renal allograft survival: have we made significant progress or is it time to rethink our analytic and therapeutic strategies? / H.U. Meier-Kriesche, J.D. Schold, B. Kaplan // Am. J. Transplant. – 2004. – Vol. 4, № 8. – P. 1289–1295.
3. Shabir S. Predicting 5-year risk of kidney transplant failure: a prediction instrument using data available at 1 year posttransplantation / S. Shabir, J.M. Halimi, A. Cherukuri et al. / Am. J. Kidney Dis. – 2014. – Vol. 63, № 4. – P. 643–651.
4. Иммуносупрессия при трансплантации солидных органов / Под ред. С.В. Готье. – М. – Тверь: ООО «Издательство Триада», 2011. – 382 с.
5. Мойсюк Я.Г., Столяревич Е.С., Томилина Н.А. Болезнь почечного трансплантата / Нефрология: национальное руководство // под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 588 с. (серия «Национальные руководства»).
6. Данович Г.М. Трансплантация почки / Габриэль М. Данович / пер. с англ. под ред. Я.Г. Мойсюка. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – 848 с.
7. Национальное руководство по нефрологии / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 720 с.
8. Томилина Н.А. Сравнительный анализ эффективности разных видов заместительной почечной терапии в аспекте отдаленных результатов / Н.А. Томилина, Б.Т. Бикбов, И.Г. Ким, А.М. Андрусев // Нефрология и диализ. 2009. – № 1. – С. 21–30.
9. Трансплантация почки / под ред. Т. Kalble, A. Alcaraz, K. Budde и др. – М.: ООО «Издательский дом «АБВ-пресс», 2010. – 98 с.
10. USRDS 2010 AnnualDataReport. [Электронный ресурс] Режим доступа: www.usrds.org/2010/view/default.asp
11. Прогнозирование результатов трансплантации почки: диссертация... доктора медицинских наук: 14.01.29 / Столяр А.Г.; Москва, 2017. – 323 с.

Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ В СЛУЧАЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Порядок действий в случае аварийной ситуации с целью профилактики гемоконтактных инфекций

1. При получении травмы пострадавший:
 - обрабатывает место повреждения (Приложение 1,2);
 - проводит уборку места разлива биологической жидкости на пол или поверхность (Приложение 1 СТУ 32.1 «Порядок проведения уборок в КГБУЗ ККБ» РИ 32.1.12 «Порядок действий при разливе биологической жидкости на пол или поверхность»);
 - делает записи в журнале регистрации аварийных ситуаций;
 - пишет объяснительную;
 - выясняет у заведующего профильным отделением эпидемиологический анамнез источника инфицирования.

Затем пострадавший идет на прием к врачу-терапевту приемного отделения (далее — ПО) с медицинской картой (при ее наличии).

2. Заведующий профильным отделением, получив сообщение об аварийной ситуации:
 - в журнале регистрации аварийных ситуаций заполняет графы 1-7, 9 (Приложение 3);
 - составляет Акт о медицинской аварии в учреждении (не позднее трех дней с момента аварии) (Приложение 4).

Составленный акт заведующий передает в эпидемиологический отдел.

3. Сотрудник эпидемиологического отдела, получив акт:
 - проверяет правильность заполнения акта;
 - вносит изменения (при необходимости);
 - подписывает акт.
 Подписанный акт сотрудник передает в службу охраны труда.

4. Сотрудник службы охраны труда, получив акт:
 - проверяет правильность заполнения акта;
 - вносит изменения (при необходимости);
 - подписывает и подшивает акт.

5. Врач-терапевт ПО собирает анамнез у пострадавшего, проводит осмотр, вносит данные в qMS.

Затем врач-терапевт ПО выдает пострадавшему и пациенту:

- информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (Приложение 5);
 - направление на обследование (на ВИЧ экспресс-методом, анти-тела к *Treponema Pallidum*, ВГС, ВГВ через систему qMS);
 - направление в центр СПИД в двух экземплярах (Приложение 6).
- Коды контингента указаны в Приложении 7.

Врач-терапевт ПО сообщает пострадавшему дату приема врача-инфекциониста и решает вопрос о назначении профилактической терапии (ВИЧ, сифилис).

Примечание: В случае если источник инфицирования не известен, направления выдаются только пострадавшему.

6. Медицинская сестра ПО, получив назначения, осуществляет забор крови пострадавшего в две вакуумные пробирки с активатором свертывания (красная крышка) и выдает пострадавшему назначенные лекарственные средства.

Биоматериал направляется в клинично-диагностическую лабораторию (далее — КДЛ) в кабинет № 6604.

7. Медицинская сестра профильного отделения, получив назначения, осуществляет забор крови пациента (с биоматериалом которого контактировал пострадавший) в две вакуумные пробирки с активатором свертывания (красная крышка) и направляет биоматериал в КДЛ в кабинет № 6604.

Примечание: Прием биоматериала осуществляется круглосуточно — без выходных. Телефон экспресс-лаборатории 228-07-89, местный 6-69, 5-31. Результаты экспресс-исследований готовы в течение 45 минут.

8. Специалист КДЛ, получив биоматериал пострадавшего и пациента, проводит исследование на ВИЧ экспресс-методом и антитела к *Treponema Pallidum*, заносит результаты в qMS. После проведения исследований специалист передает биоматериал в КДЛ гормональных и иммунологических исследований (далее — КДЛ ГИМИ) для проведения исследований на ВГС и ВГВ и дальнейшей транспортировки биоматериала в центр СПИД для проведения исследований на ВИЧ.

9. КДЛ ГИМИ проводит исследования на ВГВ и ВГС, заносит результаты в qMS и направляет биоматериал (вторая пробирка) на исследование в центр СПИД.

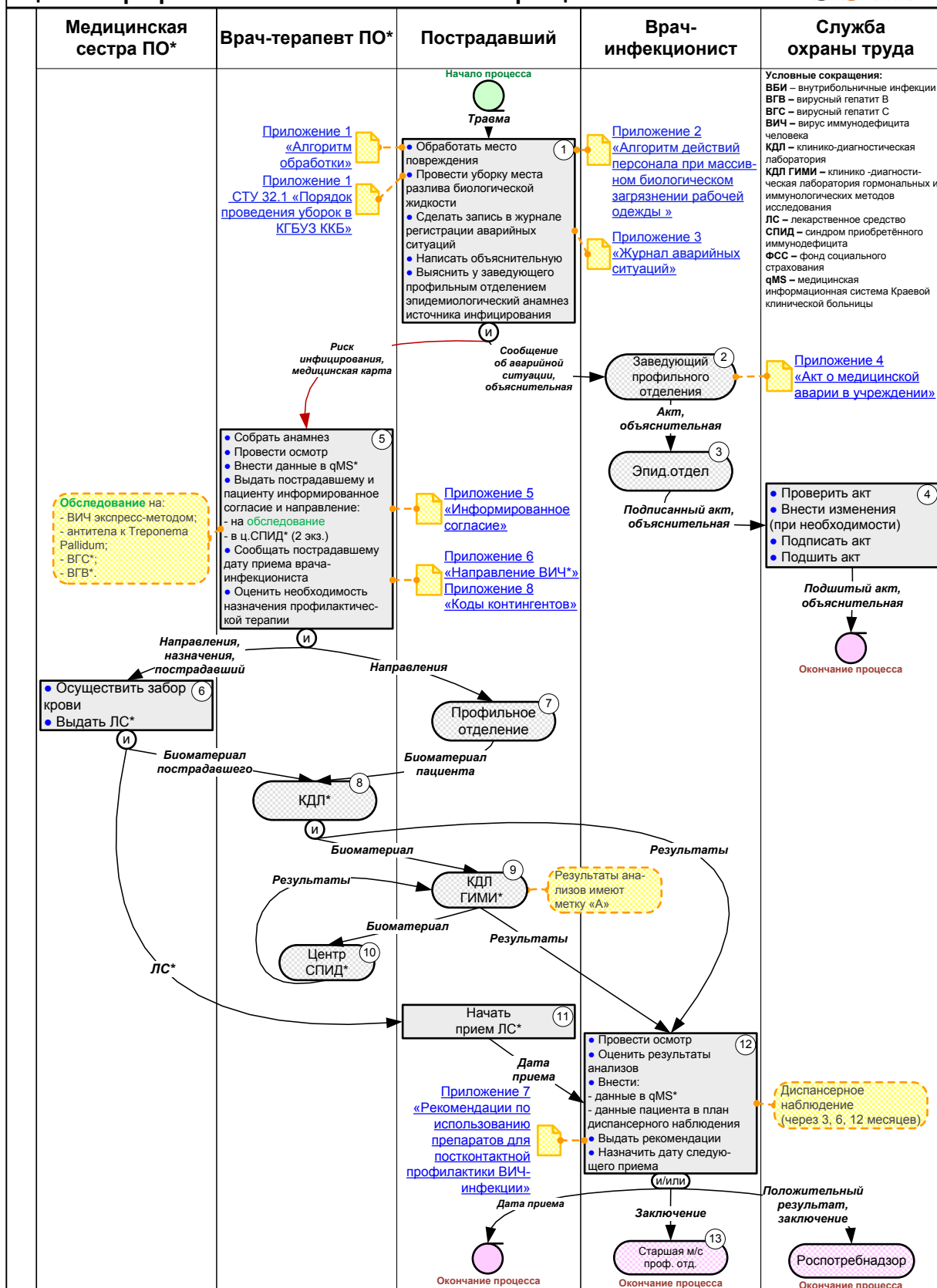
Примечание: При направлении в центр СПИД вакутейнер с пробой крови на всех этапах перемещения — не должен открываться!

10. Центр СПИД проводит исследование биоматериала. Результаты исследования направляются в КДЛ ГИМИ.

11. Пострадавший в случае назначения ему антиретровирусной (ВИЧ) или антибактериальной (сифилис) терапии начинает прием лекарственных препаратов и в назначенную дату приема приходит к врачу-инфекционисту.

12. Врач-инфекционист, получив результаты анализов:
 - проводит осмотр пострадавшего;
 - оценивает результаты анализов;
 - вносит данные в qMS;
 - вносит данные пациента в план диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение проводится через 3, 6, 12 месяцев.

7.3.1. Порядок действий в случае аварийной ситуации с целью профилактики гемоконтактных инфекций



Затем врач-инфекционист выдает рекомендации (Приложение 8) пострадавшему и назначает дату следующего приема.

Если результаты анализов положительные, то врач-инфекционист передает заключение в Роспотребнадзор.

13. Старшая медицинская сестра профильного отделения на основании заключения врача-инфекциониста заполняет графу 8,10 журнала аварийных ситуаций.

В случае отсутствия аварийных ситуаций в течение месяца, старшая медицинская сестра профильного отделения в начале каждого месяца делает запись в журнале аварийных ситуаций: «Аварийные ситуации за (название предыдущего месяца) не зарегистрированы».

Требования к укладке экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи

Укладка представляет собой контейнер с прочными фиксаторами, подлежащий дезинфекции.

Состав укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи представлен ниже.

Лекарственные препараты в укладке хранятся в упаковке без изъятия инструкции по применению.

Наименование	Количество
70% этиловый спирт (100,0 гр.) *для полоскания полости рта	1фл.
Спиртовые салфетки *для наружного применения	10шт.
Рабочий дезинфицирующий раствор, разрешенный к применению (находится на рабочем месте)	-
5% спиртовой раствор йода	1фл.
Бинт марлевый медицинский стерильный (5 м. х 10 см.)	2 шт.
Стерильные марлевые салфетки (не менее 16 см.х 14 см.)	1уп.
Ватные шарики	5шт.
Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см. х 7,2 см.)	3 шт.
Напальчник	5шт.
Алгоритм обработки места повреждения	1

Старшая медицинская сестра отделения осуществляет контроль комплектности и сроков годности укладки в первый рабочий понедельник каждого месяца

8 Показатели процесса

№	Показатели	Ед. изм.	Периодичность	Нормативное значение
1	Количество зарегистрированных аварийных ситуаций (при контакте с кровью)	шт.	Ежемесячно	0
2	Количество положительных результатов анализов при возникновении аварийной ситуации (при контакте с кровью)	шт.	Ежемесячно	0

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

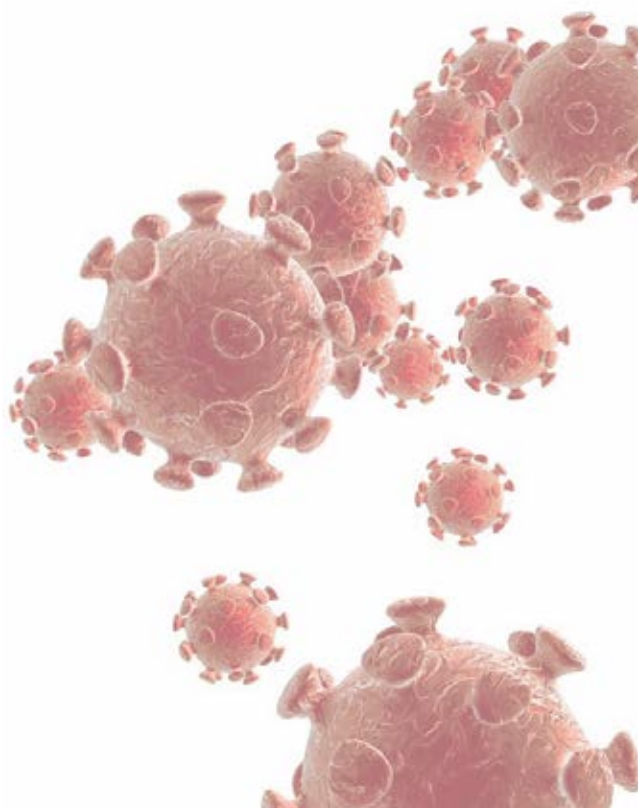
№	Наименование ЛП	Описание лекарственной формы	Кол-во в упаковке	Дозировка ЛП
1	Калетра (лопиновир 200 мг + ритонавир 50 мг)	таблетки, покрытые пленочной оболочкой	120	2 таблетки 2 раза в сутки
2	Комбивир (ламивудин 150 мг + зидовудин 300 мг)	таблетки, покрытые пленочной оболочкой	60	1 таблетка 2 раза в сутки

При отсутствии лекарственного препарата «Комбивир» рекомендуется следующая комбинация:

3	Ламивудин 150 мг	таблетки, покрытые пленочной оболочкой	60	1 таблетка 2 раза в сутки
	Зидовудин 100 мг	таблетки, покрытые оболочкой	100	3 таблетки 2 раза в сутки

КОДЫ ОБСЛЕДУЕМЫХ КОНТИНГЕНТОВ

По клиническим показаниям	113
Доноры крови, плазмы, спермы и других биологических жидкостей, тканей органов	108
Беременные женщины	109
Лица с заболеваниями, передающимися половым путем	104
Лица, употребляющие инъекционно-наркотические средства	102
Граждане при призыве на военную службу	118
Лица, подлежащие обследованию по эпид.показаниям	120
Лица, имевшие половой контакт с ВИЧ инфицированными	121
Лица, имевшие наркотический контакт с ВИЧ инфицированными	123
Дети, рожденные от ВИЧ инфицированных матерей	124
Медицинский персонал при состоявшемся профессиональном заражении	115
Лица, поступающие в места лишения свободы	112
Лица, обследуемые добровольно и анонимно	118, 104, 102



АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПЕРСОНАЛА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ (ПРИ КОНТАКТЕ С КРОВЬЮ)

1	Обработать место повреждения в соответствии с РИ 7.3.1 «Алгоритм обработки места повреждения» (Приложение 1 СТУ 7.3 «Порядок действий в случае аварийной ситуации с целью профилактики гемоконтактных инфекций»)
2	Провести уборку места разлива биологической жидкости в соответствии с РИ 32.1.12 «Порядок действий при разливе биологической жидкости на пол или поверхность» (Приложение 1 СТУ 32.1 «Порядок проведения уборок в КГБУЗ ККБ»)
3	Сделать запись в журнале регистрации аварийных ситуаций
4	Написать объяснительную и передать ее заведующему профильным отделением
5	Прийти на прием к врачу – терапевту приемного отделения При себе иметь: - медицинскую карту (при наличии); - эпидемиологический анамнез источника инфицирования (если известен)
6	Пройти обследование, назначенное врачом-терапевтом
7	Получить в приемном отделении лекарственные средства, назначенные врачом-терапевтом, и начать их прием
8	Прийти на прием к врачу-инфекционисту с готовыми результатами обследования

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании

предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

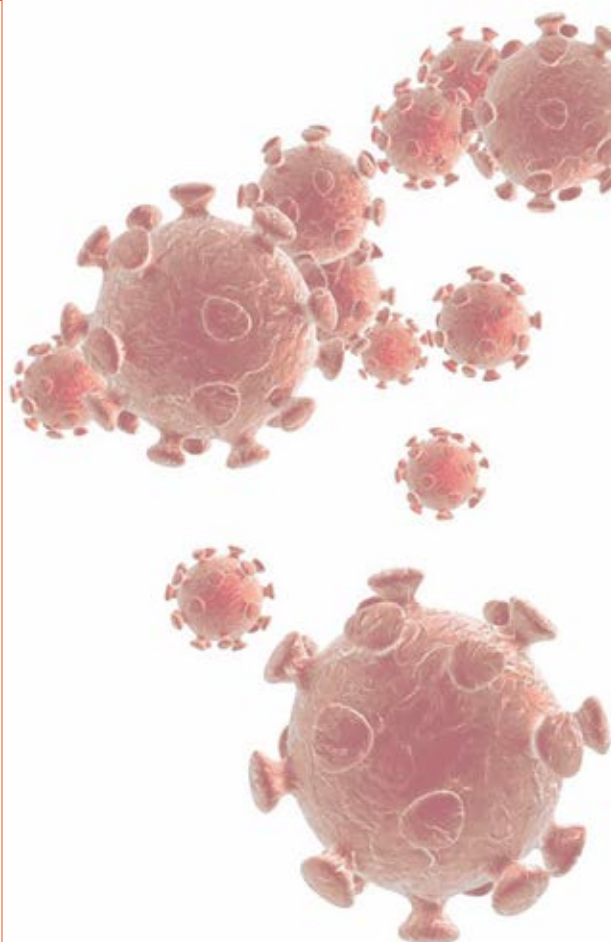
Я _____ проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно", обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
- парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
- при сексуальных контактах без презерватива;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата



ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ В КАБИНЕТЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ККБ

Э. Д. Гасымлы, Н. В. Исаева
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Миастения в структуре нервно-мышечной патологии занимает одно из лидирующих мест.

Заболевание характеризуется сложным аутоиммунным механизмом развития, существенным полиморфизмом клинических проявлений, затрудняющим своевременную диагностику, хроническим, преимущественно прогрессирующим течением [3, 4], необходимостью подбора индивидуальных лечебных схем и их регулярной коррекции, возможностью быстрой декомпенсации вплоть до развития криза, что определяет необходимость диспансерного наблюдения за состоянием пациентов в условиях специализированного неврологического приема [6, 7, 8].

С целью улучшения качества оказания помощи пациентам с миастенией на территории Красноярского края, на базе консультативно-диагностической поликлиники ККБ с 2016 года функционирует кабинет нервно-мышечной патологии.

Пациенты с подозрением на миастению, проживающие на территории Красноярского края, направляются в специализированный кабинет нервно-мышечной патологии для уточнения диагноза. Проводится широкий круг дифференциальной диагностики с такими заболеваниями, как прогрессирующие мышечные дистрофии, спинальные амиотрофии, эндокринная офтальмопатия, мультифокальная крапильная невропатия, процессы с поражением ствола головного мозга различного генеза, нейродегенеративные болезни, в том числе боковой амиотрофический склероз, и другими.

Больные с ранее установленным диагнозом миастении направляются на плановые осмотры не реже двух раз в год, при необходимости проводится коррекция терапии. На пациентов заполняется в QMS специально разработанная электронная форма, с помощью которой сформирован региональный регистр пациентов с миастенией с указанием паспортных данных, особенностей клинических проявлений миастении, результатов дополнительных методов обследования, полного объема проводимой терапии, оценки состояния в динамике.

Ведение регистра позволяет обобщить информацию по пациентам с миастенией, что важно для диспансерного наблюдения, а также рассчитывать статистические параметры заболевания по региону, планировать экономические расходы, связанные с лечением больных.

Впервые в регионе рассчитан средний показатель распространенности миастении, составивший 10,98 на 100 тысяч населения, что в целом соответствует аналогичному показателю в других регионах России.

С учетом полученных данных мы проанализировали основные эпидемиологические показатели миастении в регионе по годам за 2015-2017 гг. (таблица 1).

В 2015 году на территории Красноярского края, по данным Красноярского краевого медицинского информационного центра (ККМИАЦ), зарегистрировано 314 случаев миастении, в то время как на учете в краевой клинической больнице находилось лишь 87 (27,7%) человек.

Первичная заболеваемость по Красноярскому краю за 2015 год составила 0,011 на 1000 населения, распространенность – 10,98 на 100 тысяч человек [1].

Таблица 1
Эпидемиологические показатели миастении на территории Красноярского края за 2015-2017 гг.

Год	Количество больных	Впервые выявленных	Снято с диспансерного наблюдения	Заболеваемость (на 1000 человек)	Распространенность (на 100 тысяч человек)	Смертность (на 100 тысяч человек)
2015	314	28	21	0,11	10,98	0,1
2016	334	46	18	0,16	11,65	0,11
2017	346	41	22	0,14	12,03	0,07

В 2016 году в регионе количество больных миастенией возросло до 334 человек, из них уже 158 (47,31%) пациентов поставлено на учет в кабинете нервно-мышечной патологии. Впервые миастения диагностирована в 41 случае (79,9%). Диагноз миастении снят у 11 (21,1%) больных.

Показатель заболеваемости в 2016 году составил 0,16 на 1000 населения, распространенности – 11,65 на 100 тысяч населения.

За период 2015-2016 гг. отмечено увеличение абсолютного количества больных во всех возрастных группах. При определении процентного соотношения пациентов детского и взрослого возраста за период 2015 и 2016 гг. значимых различий не выявлено.

В 2017 году в крае зарегистрировано всего 346 пациентов, из них 182 (52,6%) состоят на учете в кабинете нервно-мышечной патологии ККБ. Пациенты с дебютом миастении в 2017 году составили 30 (76,9%) человек, диагноз миастении не подтвержден в 9 (23,1%) случаях. Показатель заболеваемости за 2017 год составил 0,14 на 1000 населения, распространенности – 12,03 на 100 тысяч населения.

Увеличение заболеваемости миастенией может быть связано с улучшением качества диагностики в условиях специализированного

приема невролога кабинета нервно-мышечной патологии. Следует отметить, что ранее, до 2015 года, преобладавшее число пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении, являлись жителями Красноярска и близлежащих населенных пунктов. С началом работы кабинета нервно-мышечной патологии ККБ в 2016 году значительно увеличилась доля больных, проживающих на более отдаленных территориях края, – в 2017 году 73,91% пациентов с миастениями направлены из различных районов края (Назаровского, Ачинского, Ужурского, Идринского, Емельяновского, Лесосибирского районов, Норильска).

Проанализированы клинические характеристики миастении у пациентов, занесенных в регистр (182 человека).

Из них 128 (70,33%) женщин, 54 (29,67%) мужчин. Средний возраст пациентов, находящихся под динамическим наблюдением, составил $48,96 \pm 14,1$ года. Самому молодому пациенту 19 лет, самому пожилому – 86 лет. Средний возраст дебюта заболевания $39,78 \pm 18,1$ года. Из 182 пациентов 154 (84,07%) имели генерализованную форму заболевания, 28 (15,93%) – локальную форму.

По характеру преобладало прогрессирующее течение заболевания (таблица 2), стационарный тип болезни выявлен у 106 (58,2%) больных.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от характера течения миастении (n=182)

Характер течения миастении	Количество больных
Миастенические эпизоды	8 (4,4%)
Стационарное течение	106 (58,2%)
Прогрессирующее течение	68 (37,4%)

Сочетание миастении с патологией тимуса (гиперплазия, тимомы) установлено у 38 (20,8%) больных. Из них тимомэктомия выполнена 29 пациентам (76,32%), четверым пациентам планируется проведение операции по удалению образования средостения в клиниках федерального подчинения. Удаление вилочковой железы во всех случаях сопровождалось улучшением клинической картины заболевания, уменьшением выраженности проявлений миастении.

Среди коморбидных заболеваний следует отметить патологию щитовидной железы (диффузно-токсический зоб, многоузловой зоб, опухоль щитовидной железы), надпочечников (объемное образование), сахарный диабет, бронхиальную астму. В большинстве случаев с указанными заболеваниями сочеталась генерализованная форма миастении (таблица 3).

Таблица 3

Сочетание миастении с патологией надпочечников, щитовидной и поджелудочной железы

Сопутствующая патология	Число пациентов	% от общего числа
Патология надпочечников	5	2,53
Сахарный диабет	3	1,9
Патология щитовидной железы	9	5,7

Пациенты получали симптоматическую терапию пиридостигмином бромидом в дозах от 180 до 360 мг. При недостаточном эффекте от применяемой терапии 124 пациентам (68,1%) дополнительно на-

значалась патогенетическая иммуносупрессивная терапия (системные глюкокортикоиды – преднизолон или метилпреднизолон; цитостатики – циклоспорин А или азатиоприн; часть пациентов получала комбинированную терапию – гормоны+цитостатики).

При недостаточной компенсации, а также прогрессировании симптомов миастении с развитием декомпенсации или криза проводились курсы плазмообмена (%) или плазмафереза (16,9%). Внутривенные высокодозные иммуноглобулины (ВВИГ) назначались 17 (9,3%) больным в случае развития резистентного криза, а также при тяжелом течении миастении с недостаточным ответом на глюкокортикоидную и цитостатическую терапию, с нарастанием жизненно важных нарушений (бульбарных, дыхательных).

В ряде случаев ВВИГ применялись каждые 3-6 месяцев, что позволяло стабилизировать состояние и значительно улучшить качество жизни больных. При наличии группы инвалидности препараты ВВИГ предоставлялись пациентам бесплатно из средств дополнительного лекарственного обеспечения региона.

Подбор индивидуальных схем лечения и динамический контроль за состоянием позволил стабилизировать состояние большинства пациентов, в наблюдаемой группе больных существенно сократилось количество декомпенсаций с развитием миастенического криза.

Заключение

Создание кабинета специализированного приема невролога для пациентов с нервно-мышечной патологией на базе консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы является важным этапом улучшения системы оказания медицинской помощи пациентам с миастенией в регионе. Это позволило создать постоянно обновляющийся электронный регистр больных, оценить эпидемиологические показатели по миастении в регионе, увеличить охват пациентов диспансерным наблюдением, повысить качество диагностики и лечебной помощи больным с миастенией на территории Красноярского края.

В перспективе работа кабинета нервно-мышечной патологии будет направлена на расширение и усовершенствование регистра по учету больных с миастенией, а также на создание регионального регистра других болезней нейромоторного аппарата, организация школы для больных и членов их семей с миастенией, боковым амиотрофическим склерозом, расширение сотрудничества с другими центрами нервно-мышечной патологии

Литература

1. Гасымлы Э.Д., Исаева Н.В., Прокопенко С.В., Андон Ю.Н. Эпидемиологические и клинические особенности миастении на территории Красноярского края // «Нервно-мышечные болезни» – 2017 – № 4. – С. 33-8.
2. Заславский Л.Г., Хуршилов А.Б. Основные клинико-эпидемиологические показатели миастении в Ленинградской области. Ученые записки СПбГУ им. академика И.П. Павлова 2015; 22(4): 40-2. DOI:10.24884/1607-4181-2015-22-4-40-43.
3. Ahmed S., Kirmani J.F., Janjua N., Alkawi A. An update on Myasthenic Crisis. Current Treatment Options in Neurology 2005; 7(2): 129-141.
4. Berrih-Aknin S., Frenkian-Cuvelier M., Eymard B. Diagnostic and clinical classification of autoimmune myasthenia gravis. Autoimmunity 2014; 48:143-8. DOI: 10.1016/j.jaut.2014.01.003.
5. Bianca M. Myasthenia gravis: past, present, and future. Clinical Investigation 2006; 116(11): 2843-54. DOI:10.1172/JCI29894.
6. Лихачев С.А., Куликова С.Л., Астапенко А.В. Эпидемиология миастении в Республике Беларусь. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014; 1: 54-7.
7. Романова Т.В. Эпидемиологическое исследование миастении гравис в Самарской области. Саратовский научно-медицинский журнал. 2012; 1:91-5.
8. Бондаренко Л.А., Пенина Г.О. Эпидемиология, клинико-функциональные характеристики и качество жизни больных миастенией жителей европейского Севера. Международный неврологический журнал. 2009; 23(1): 71-5.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗА ЦИКЛОФЕРОНА®, ПЕГИЛИРОВАННОГО ИНТЕРФЕРОНА, РИБАВИРИНА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОРРЕКТОРА РЕМАКСОЛА® В ЛЕЧЕНИИ ХГС

*В. В. Стельмах, В. К. Козлов
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И. И. Мечникова»*

Введение

Инфицированность вирусом гепатита С в мире составляет более 185 млн человек. Хроническая HCV-инфекция является главной причиной развития цирроза печени, гепатоцеллюлярного рака и трансплантации печени.

Высокая значимость хронического гепатита С (ХГС) в масштабах России обусловлена высоким уровнем заболеваемости, ростом числа вирусоносителей, изменением структуры путей передачи возбудителей (заражение при введении наркотиков и активная реализация полового пути), а также возрастной структуры заболеваемости с преобладанием лиц трудоспособного возраста. В условиях роста заболеваемости гепатитом С, отсутствия специфических средств профилактики, вопросы повышения эффективности этиотропной терапии и совершенствование методов диагностики остаются открытыми.

Наряду с эрадикацией вируса гепатита С (HCV) важно предотвратить прогрессирование заболевания печени с целью профилактики осложнений портальной гипертензии и предотвращения развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Современная противовирусная терапия (ПВТ) значительно уменьшает риск развития ГЦК, особенно среди пациентов, достигающих вирусологической или биохимической ремиссии.

Результаты лечения ХГС со времени открытия вируса HCV прогрессивно улучшались: проведение с 1998 года комбинированной терапии препаратами рекомбинантного интерферона-α (ИФН-α) и рибавирином увеличило частоту достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) с 12 до 44%; создание пегилированных форм интерферонов-α ПегИФН-α и их применение с 2001 года позволило повысить этот показатель до 74,5% при генотипе 2 и до 68,7% при генотипе 3 HCV.

Интерферон-содержащие схемы противовирусной терапии ХГС не утратили актуальность и по настоящее время как наиболее доступные схемы терапии в условиях ограниченных экономических ресурсов. При использовании этих схем ответ на ПВТ зависит как от вирусологических характеристик (генотип вируса, вирусная нагрузка), так и от стадии фиброзирования в ткани печени.

Одним из прогрессивных внедрений в клиническую гепатологию явилась стратегия тройной противовирусной терапии с применением

препаратов из группы обратимых селективных ингибиторов сериновой протеазы 1-го поколения NS3/4A вируса гепатита С.

Одной из наиболее серьезных проблем, возникающих при применении ингибиторов протеаз в комбинированной противовирусной терапии с ПегИФН-α и Рибавирином является развитие вирусной резистентности, повышение риска развития нежелательных явлений: анемии, кожных проявлений, увеличение стоимости лечения.

Созданные новые эффективные комбинации противовирусной терапии без использования препаратов рекомбинантных интерферонов с применением препаратов с прямым противовирусным механизмом действия (ингибиторов NS5A-белка и NS5B-полимеразы), к сожалению, остаются недоступными ввиду их высокой стоимости, что существенно ограничивает применение в практическом здравоохранении.

Несмотря на создание высокотехнологичных препаратов для этиотропной терапии ХГС, интерферон-содержащие схемы не утратили актуальность в настоящее время, что находит отражение в рекомендациях по лечению пациентов с ХГС. У большинства пациентов применение рекомбинантных интерферонов в схемах ПВТ сопряжено с развитием побочных эффектов. Помимо гриппоподобного синдрома, другими побочными эффектами интерферонотерапии являются гастроинтестинальные и психиатрические симптомы, миелосупрессия, нарушения функции щитовидной и паращитовидной желез.

Противовирусная терапия препаратами рекомбинантных интерферонов может усугубить нарушения клеточного звена иммунитета и усилить дисбаланс цитокиновой регуляции, которые характерны для большинства пациентов с HCV-инфекцией. На фоне противовирусной терапии нарастает вторичный иммунодефицит Т-клеток, причем риск его углубления коррелирует с увеличением дозы полученного пациентом интерферона и длительностью интерферонотерапии.

Исследование природы резистентности к ИФН 1 типа при проведении ИФН-терапии (преобладание иммунного ответа Th-2 типа, генетически детерминированная устойчивость HCV к ИФН, наличие экстрапеченочной репликации HCV в периферических мононуклеарных клетках) привело к выводу, что вирус гепатита С высоко адаптирован к реакциям неспецифического иммунного ответа. Резистентность к ИФН-терапии развивается в результате сложных процессов становления персистенции вирусной инфекции, обусловленной активностью вирусных белков, изменяющих активность лимфокинов, при которых

противовирусная защита клеток, и в первую очередь система ИФН, существенно подавлена.

Глубокое понимание механизмов патогенеза заболевания и регуляции иммунного ответа способствует развитию новых подходов в диагностике и оптимизации этиопатогенетической терапии ХГС. Очевидно, что проблему элиминации вирус-инфицированных клеток для достижения эрадикации HCV необходимо решать с помощью использования комбинированных схем лечения, с привлечением препаратов других фармакологических направленностей. Обнадеживающей перспективой лечения является комбинация различных методов ингибции вирусной репликации и индукции адекватного иммунного ответа с использованием индукторов интерферонотенеза.

В этой связи сохраняется актуальность поиска средств для повышения эффективности стандартной противовирусной терапии в лечении пациентов с ХГС с использованием новых схем тройной терапии. В разрабатываемых отечественных схемах комбинированной противовирусной терапии отдельным направлением усовершенствования терапии больных ХГС, не отвечающих на стандартную терапию, является применение индуктора интерферонотенеза Циклоферона® как третьего препарата в комбинированной противовирусной терапии, с использованием препаратов короткодействующего рекомбинантного r -IFN и рибавирина, что позволяет не только повысить противовирусный эффект, но и уменьшить выраженность побочных явлений.

Использование индукторов интерферонотенеза для увеличения активного синтеза эндогенных ИФН различными клетками *in vivo* – альтернативный подход к оптимизации терапии больных ХГС. Обеспечивая ту же целевую установку терапии, что и заместительная коррекция интерферонами – увеличение уровней ИФН в организме, индукторы интерферонотенеза как лекарственные средства обладают рядом существенных преимуществ.

Противовирусное действие Циклоферона® реализуется за счет индукции синтеза интерферонов- α/β , γ , которые, связываясь со своими клеточными рецепторами, активируют цитоплазматические киназы, индуцирующие антивирусные гены, которые ингибируют репликацию вируса с помощью различных механизмов, включая связывание с нуклеокапсидом, ингибцию трансляции и индукцию апоптоза вирус-инфицированных гепатоцитов.

Цель исследования

Оценить безопасность и переносимость комбинированной противовирусной терапии индуктором интерферонотенеза Циклоферона®, ПегИФН- α , Рибавирином и метаболическим корректором Ремаксол® в сравнении с двойной стандартной противовирусной терапией Рибавирином и ПегИФН- α , получаемой в течение 24-48 недель, у больных ХГС в рамках открытого рандомизированного контрольно-сравнительного исследования.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты наблюдения и обследования в период с 2005 по 2015 год за 65 больными ХГС, ранее не получавшими противовирусную терапию (47 мужчин и 18 женщин, средний возраст $30,6 \pm 3,5$ года), находившимися на лечении в клинике кафедры внутренних болезней и нефрологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

В соответствии с рекомендациями к проведению интерферонотерапии, пациенты с ХГС получали противовирусную терапию рибавирином в суточной дозе 800-1400 мг в зависимости от массы тела, внутрь, ПегИФН- α подкожно 1 раз в неделю (ПегИФН- $\alpha 2b$ 1,5 мкг/кг массы

тела, или ПегИФН- $\alpha 2a$ 180 мкг). Пациенты основной группы ($n=34$) дополнительно получали индуктор интерферонотенеза Циклоферон® (внутримышечно в дозе 500 мг, 2-3 раза в неделю), с гепатопротективной целью назначался инфузионная терапия препаратом Ремаксол® курсами по 10 инфузий 1 раз в 12 недель. Длительность лечения при ХГС, генотипах 2, 3a составляла 24 недели, а при генотипе 1b – 48 недель.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, генотипу HCV, вирусной нагрузке, исходному уровню АлАТ, ГГТП, стадии фиброобразования.

При формулировке диагноза использовалась классификация международного конгресса гастроэнтерологов (Лос-Анжелес, 1994). Всем больным проводились общепринятые в гепатологических отделениях исследования: вирусологические (ИФА, ПЦР), основные клинико-лабораторные показатели.

Оценку субпопуляционной структуры иммунокомпетентных клеток методом лазерной проточной цитофлуориметрии проводили с исследованием Т-лимфоцитов CD3+, Т-хелперов CD3+4+, Т-киллеров CD3+8+, TNK-клеток CD3+CD16+56+, естественных киллеров (NK-клеток) CD3-CD16+56+, активированных естественных киллеров CD16+56+ HLA-DR+ и активированных естественных киллеров, позитивных по молекуле CD8 CD3-CD8+, активированных Т-хелперов CD3+HLA-DR+, оценкой субпопуляций лимфоцитов, экспрессирующих рецептор CD95, который опосредует апоптоз (CD25+ рецептор для IL-2).

Оценка цитокинового статуса проводилась по результатам определения в плазме содержания 1) «провоспалительных» цитокинов (IL-1 β , TNF α , IFN α , IL-6, IL-8); 2) «противовоспалительных» – иммуносупрессорных цитокинов (IL-4, IL-10); 3) интеграционно-регуляторных цитокинов (IL-2, IFN γ) с определением спонтанной и индуцированной продукции цитокинов в периферических мононуклеарных клетках в иммунологической лаборатории ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никитина МЧС России.

Инструментальное исследование предусматривало ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы, селезенки; фиброгастроудоденоскопию для исключения признаков портальной гипертензии (наличия варикозного расширения вен пищевода, свободной жидкости в брюшной полости).

Пункционная биопсия печени проводилась 27 (42%) пациентам до начала противовирусной терапии и спустя 6 месяцев после окончания курса лечения чрескожным методом с помощью иглы Менгини с последующей морфологической оценкой и интрапеченочной ПЦР-диагностикой полученных гепатобиоптатов на содержание HCV-RNA. Стадия фиброобразования в печени с помощью неинвазивной методики – эластографии оценивалась у 38 (58%) исследуемых пациентов.

Молекулярно-генетические исследования выполнялись в лаборатории генной инженерии и экспрессии рекомбинантных белков ФГБУ НИИ Гриппа Минздрава РФ. РНК вируса гепатита С выделяли из сыворотки крови набором Viral RNA Mini Kit (Qiagen). Обратную транскрипцию проводили с помощью набора Реверта-Л (Амплисенс) со случайными праймерами. Вирусную нагрузку определяли методом ПЦР в реальном времени набором HCV-Монитор-FRT (Амплисенс). Генотипирование проводили прямым секвенированием 5'UTR и NSSA областей генома с помощью ABI 3100 Avant Genetic Analyzer (Applied Biosystems).

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет; серологические признаки хронического гепатита С (антитела к HCV); обнаружение РНК HCV в сыворотке крови.

Критерии не включения/исключения: беременные или кормящие женщины; хроническое заболевание печени, не обусловленное виру-

сом гепатита С в анамнезе (гемохроматоз, аутоиммунный гепатит, метаболические заболевания печени, алкогольные заболевания печени, ВИЧ-инфекция); анамнез или симптомы кровотечений из варикозных вен пищевода или другие состояния, свидетельствующие о декомпенсации печеночной патологии; число нейтрофилов менее 1500 клеток в 1 мкл или тромбоцитов менее 90000 клеток в 1 мкл при скрининге; уровень креатинина в сыворотке более чем в 1,5 раза выше верхнего уровня нормы при скрининге; депрессии, серьезные психические заболевания, в том числе ранее перенесенные; тяжелые судорожные расстройства в анамнезе или применение противосудорожных препаратов; заболевания щитовидной железы; тяжелые заболевания внутренних органов, злокачественные новообразования; наркомания, алкоголизм в течение года до включения в исследование; уровень гемоглобина < 12 г/дл у женщин или < 13 г/дл у мужчин при скрининге.

Параметры оценки эффективности

Оценка эффективности проводимой терапии проводилась на основании исследования клинических, биохимических, вирусологических и гистологических параметров. При оценке параметров безопасности учитывались: частота возникновения и тип нежелательных явлений. При анализе результатов исследования определяли средние значения показателей и их стандартные отклонения. Достоверность различий оценивалась с помощью непараметрических методов статистического анализа (Wilcoxon, Mann-Whitney).

Результаты исследования

Исходная характеристика исследуемых пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Исходная характеристика исследуемых пациентов ХГС

Показатели	Исследуемые группы	
	ПегИФН+Рибавирин+Циклоферон, n=34	ПегИФН+Рибавирин, n=31
Возраст		
Среднее значение ± ошибка среднего	31,12±3,2	32,14±2,6
Разброс	22-50	25-56
Пол, n (%)		
Мужчины	25 (74%)	22 (71%)
Женщины	9 (26%)	9 (29%)
Масса тела (кг)		
Среднее значение ± ошибка среднего	64,22±4,8	67,14±5,2
Разброс	52-85	48-82
АЛТ (ЕД/л)		
Среднее значение ± ошибка среднего	114,52±9,6	120,14±10,3
Разброс	64-223	78-240
АСТ (ЕД/л)		
Среднее значение ± ошибка среднего	102,46±8,3	98,12±11,7
Разброс	44-210	33-202
ГГТП (ЕД/л)		
Среднее значение ± ошибка среднего	98,12±11,4	87,15±12,4
Разброс	32-312	36-287
Генотип HCV 1b, n (%)	15/34 (44%)	20/31 (65%)
Генотип HCV 3a, n (%)	16/34 (47%)	10/31 (32%)
Генотип HCV 2, n (%)	2/34 (6%)	1/31 (3%)
Генотип HCV не типизируемый, n (%)	1/34 (3%)	-

Показатели	Исследуемые группы	
	ПегИФН+Рибавирин+Циклоферон, n=34	ПегИФН+Рибавирин, n=31
HCV-RNA ME/мл (сыворотка крови)		
Среднее значение ± ошибка среднего	2504051±4800	2100064±3600
Разброс	363800-17000000	300000-15000000
Фиброз		
Среднее значение ± ошибка среднего	1,22±0,9	1,38±0,9
Разброс	0-4	0-4

Распределение больных в зависимости от стадии фиброзированной представлено на рис. 1. У 12% пациентов был диагностирована цирротическая стадия заболевания, Child Pugh A.

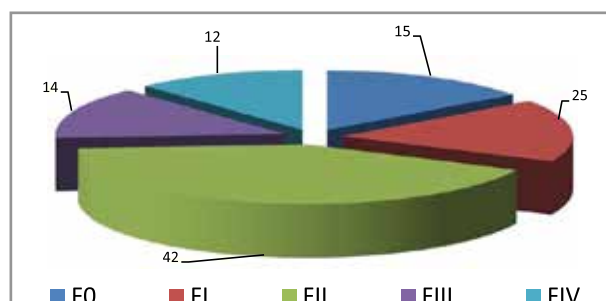


Рис. 1. Распределение больных ХГС в зависимости от стадии фиброзированной.

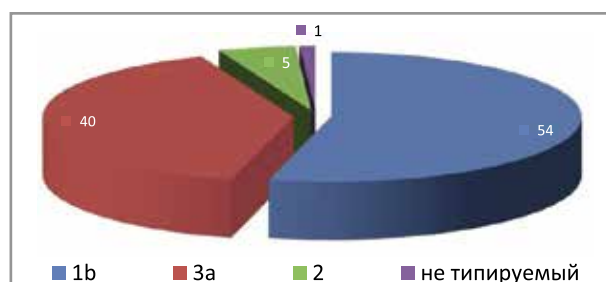


Рис. 2. Распределение больных ХГС в зависимости от генотипа HCV.

В результате серологического скрининга у всех исследуемых пациентов были выявлены анти-HCV антитела (суммарные). Молекулярно-биологическое исследование ПЦР HCV-RNA сыворотки крови выявило наличие вируса HCV в сыворотке крови, доминирующим генотипом был 1b HCV (54%), реже выявлялись другие генотипы (рис. 2). Сывороточный уровень вирусной нагрузки достигал в среднем 6332500 ± 657000 ME/мл (разброс 1500000-17090000 ME/мл). Высокая вирусная нагрузка (более 800000 ME/мл) наблюдалась у 30% больных.

У пациентов, находившихся на стандартной двухкомпонентной противовирусной терапии (ПегИФН-α + Рибавирин) по сравнению с пациентами, получавшими трехкомпонентную противовирусную терапию (ПегИФН-α + Рибавирин + Циклоферон®) с включением инфузионного гепатопротектора Ремасола® к 6-му месяцу лечения развивалась абсолютная лимфопения, происходило снижение основных субпопуляций Т-лимфоцитов: CD3+CD16-CD56+ (ТНК-клеток), CD3+CD4+ (Т-хелперов), CD3+CD8+ (Т-киллеров), CD4+CD8+ (дубль-позитивных Т-лимфоцитов), CD3-CD8+ (активированных НК-клеток), CD3-CD16+ (НК-клеток); снижалось абсолютное количество В-лимфоцитов (CD19+); происходило существенное снижение активационных

маркеров (CD25+), ($p < 0,05$), усугубление дисбаланса цитокинов (повышение сыровоточного уровня TNF- α в 5 раз по сравнению с исходными значениями, $p < 0,05$), прогрессировала анергия мононуклеаров (снижение индуцированной продукции IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α , IFN- γ по сравнению с исходными значениями, $p < 0,05$).

Тройная ПВТ с применением индуктора интерферонотропности Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксол® способствовала уменьшению выраженности анергии мононуклеаров: повышение индуцированной продукции IL-1 β , повышение процессов образования регуляторно-интеграционных цитокинов: сыровоточного уровня IFN- γ , спонтанной продукции IL-2, что нашло отражение в более высоких показателях эффективности проводимой терапии по достижению стойкого вирусологического ответа (СВО) (рис. 3, 4), снижению частоты рецидивов (рис. 5, 6).

В группе пациентов, получавших тройную противовирусную терапию, стойкий вирусологический ответ достигался намного чаще по сравнению со стандартной противовирусной терапией: при всех генотипах СВО был достигнут в 68% случаев в основной группе (ПегИФН+Рибавирин+Циклоферон) по сравнению с 35% случаев в группе сравнения; при генотипе 1b СВО достигался в 53% случаев в основной группе по сравнению с 25% случаев у больных группы сравнения; показатели СВО при генотипах не 1b и 3a в основной группе были также достоверно выше (79 и 75%) по сравнению с таковыми показателями в группе сравнения (55 и 60% соответственно) (рис. 3).

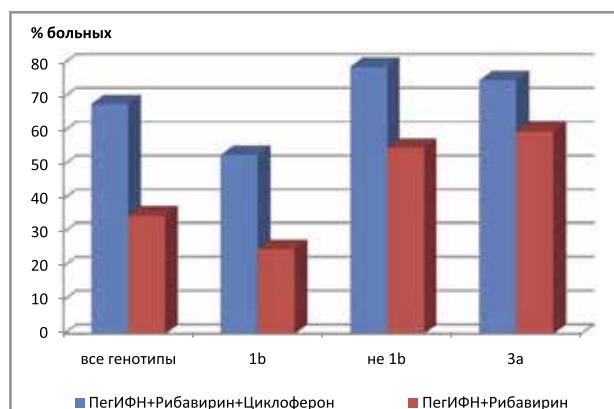


Рис. 4. Частота СВО у больных ХГС на фоне различных режимов ПВТ.

Установлена зависимость между частотой достижения СВО и стадией фиброобразования, что согласуется с данными большинства исследователей [8, 18, 19]. У пациентов с исходным тяжелым фиброзом (FIII-IV) в основной группе частота достижения СВО была существенно выше по сравнению с пациентами, получавшими стандартную противовирусную терапию (33,3% против 8,3% соответственно) (рис. 4).

По результатам дальнейшего наблюдения в течение 24-72 недель после окончания противовирусной терапии у пациентов основной группы рецидив заболевания (возобновления инфекционного процесса) наблюдался на 12-20% реже по сравнению с группой сравнения (при генотипах 1b и 3a соответственно), где частота рецидивов (возобновления репликации HCV) составила от 30 до 40% при генотипах 1b и 3a соответственно (рис. 6). Причем с увеличением стадии фиброобразования возрастала вероятность возникновения рецидива заболевания (рис. 6).

Неответчиков на проводимую противовирусную терапию в основной группе больных, получающих комбинированную противовирусную терапию с включением индуктора интерферонотропности Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксол® было

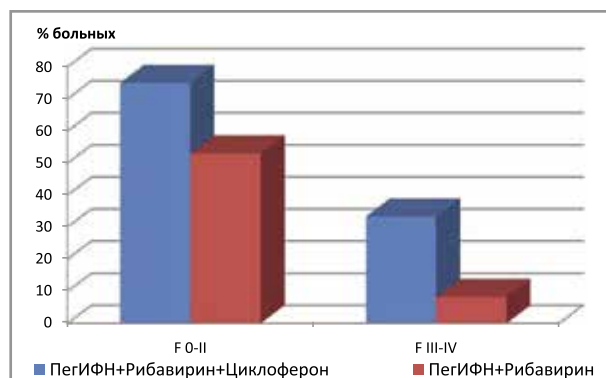


Рис. 5. Частота СВО у больных ХГС (все генотипы), в зависимости от стадии фиброобразования на фоне различных режимов ПВТ.

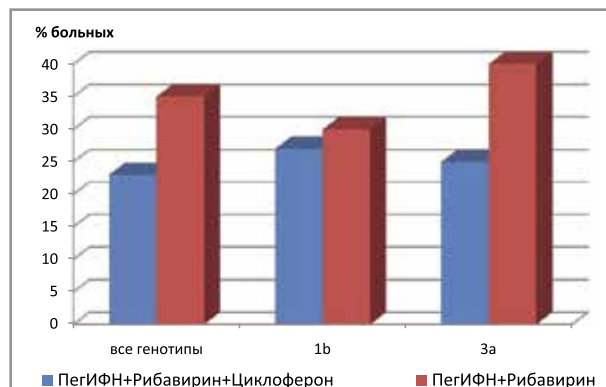


Рис. 6. Частота рецидивов у больных ХГС на фоне различных режимов ПВТ.

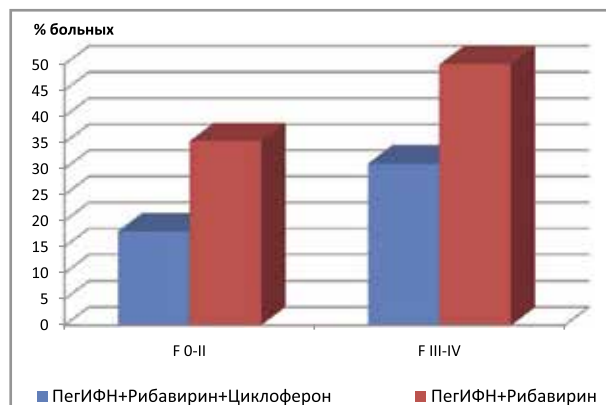
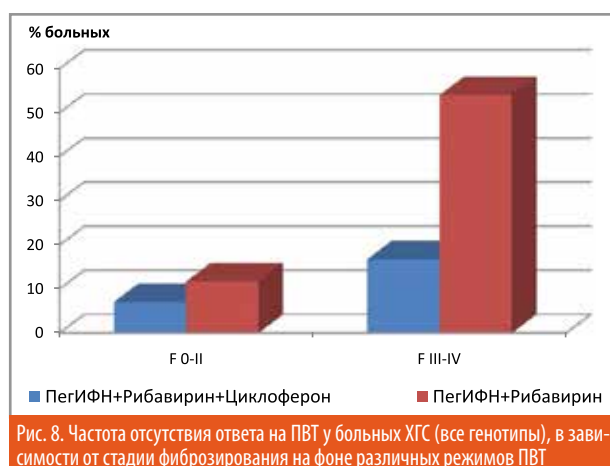


Рис. 7. Частота рецидивов у больных ХГС (все генотипы), в зависимости от стадии фиброобразования на фоне различных режимов ПВТ.

существенно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Среди пациентов ХГС с исходным тяжелым фиброзом (FIII-IV) процент не ответивших на противовирусную терапию составил 16,7 и 54% в основной группе и группе сравнения соответственно ($p < 0,05$) (рис. 8). Оценка гистологических изменений в ткани печени выявила уменьшение некровоспалительного и фибротического компонентов по данным парных гепатобиопсий у 72% исследуемых пациентов.

На фоне применения индуктора интерферонотропности Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксол® в составе комбинированной противовирусной терапии больных ХГС установлена лучшая переносимость препаратов ПегИФН- α . (таблица 2). У пациентов, получавших комбинированную терапию с включением Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксол®, гриппоподобный эффект был выражен слабее, наблюдалась меньшая потеря массы тела, реже



наблюдались нарушения функций ЦНС, гематологические осложнения, выпадение волос ($p < 0,05$).

Таблица 2

Частота побочных эффектов у больных ХГС в зависимости от схемы противовирусной терапии (%)

Побочные эффекты	Исследуемые группы	
	ПегИФН+Рибавирин+Циклоферон	ПегИФН+Рибавирин
Гриппоподобный синдром (слабость, лихорадка)	48*	84
Миалгии	62	60
Артралгии	48	46
Нарушение функций ЦНС (нарушение сна, снижение концентрации внимания, эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость)	24*	46
Угнетение кроветворения (анемия, нейтропения, тромбоцитопения)	18*	38
Гастроинтестинальные нарушения	12*	28
Сыпь	9	10
Выпадение волос	34*	48
Снижение массы тела	6*	22

* Достоверность различия показателей между исследуемыми группами, $p < 0,01$.

Обсуждение

Результаты исследования демонстрируют преимущество комбинированной схемы противовирусной терапии с включением индуктора интерферогенеза Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксола® у пациентов с ХГС по сравнению со стандартной двойной схемой противовирусной терапии.

Усиление противовирусного эффекта комбинированной противовирусной терапии ПегИФН-α и Рибавирином индуктором интерферогенеза Циклофероном® обеспечивается дополнительным фармакологическим действием Циклоферона® — за счет индукции синтеза эндогенных интерферонов-α/β, интерферона-γ, что, в свою очередь, потенцирует противовирусный эффект и оптимизирует состояние адаптивного и неспецифического иммунитета.

Полученные данные позволяют рассматривать отечественный индуктор интерферогенеза Циклоферон® как компонент комплексной этиопатогенетической терапии больных ХГС и рекомендовать к

включению в интерферон-содержащие схемы противовирусной терапии ХГС с целью повышения их эффективности.

Включение 10-дневных курсов инфузионной терапии Ремаксомом (от 2 до 4 на фоне проведения противовирусной терапии в течение 24-48 недель) способствует более быстрому достижению биохимической ремиссии, существенному снижению частоты нежелательных явлений, возникающих при применении стандартной комбинированной противовирусной терапии (ПегИФН+Рибавирин).

Заключение

Включение индуктора интерферогенеза Циклоферона® и инфузионного гепатопротектора Ремаксола® в схему комбинированной противовирусной терапии с применением ПегИФН-α и нуклеотидного аналога Рибавирина, у ранее не леченных пациентов с ХГС существенно превышает эффективность стандартной двойной терапии, позволяя достичь СВО у 53% больных с 1 генотипом (против 25% при применении стандартной двойной ПВТ) и у 79% пациентов, инфицированных 2 или 3 генотипом (против 55% при применении стандартной двойной ПВТ).

Эффективность комбинированной противовирусной терапии больных ХГС с применением индуктора интерферогенеза Циклоферона®, нуклеотидного аналога Рибавирина и ПегИФН-α в меньшей степени зависит от генотипа HCV.

Включение инфузионной терапии сукцинат-содержащим препаратом Ремаксол® в схему комбинированной противовирусной терапии способствует существенному снижению частоты нежелательных явлений при применении препаратов пегилированных интерферонов (ПегИФН-α) и нуклеотидных аналогов (Рибавирина), развитию гепатопротективного и цитопротекторного эффектов.

Литература

- Вирусные гепатиты в РФ. Аналитический обзор. 8-й выпуск/ Под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жебруна. — СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2011. — 116 с.
- Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. — М.: Медицина, 1996. 240 с.
- Жданов К.В., Козлов К.В., Сукачев В.С. Эволюция противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов В, С, D. Журнал инфектологии. — 2009. — Т. 1; №4: 23-35.
- Козлов В.К., Стельмах В.В., Радченко В.Г. Современная стратегия комплексного лечения HCV-инфекции. Руководство для врачей / СПб., 2008. — 80 с.
- Козлов В.К., Стельмах В.В., Радченко В.Г. Хронический гепатит С, руководство для врачей / СПб., 2009. — 170 с.
- Мукомолов С.Л., Левакова И.А. Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов в РФ в 1999-2009 гг. // Инфекция и иммунитет 2011, Т. 1, № 3, с. 255-262.
- Радченко В.Г., Стельмах В.В., Козлов В.К. Оптимизация этиопатогенетической терапии хронического гепатита С, Руководство для врачей. СПб., 2004. 168 с.
- Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С. Под редакцией В.Т. Ивашкина, Н.Д. Ющука. Москва, Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2015, 302 с.
- Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Гуренкова Н.Н., Коваленко С.Н., Шульдяков А.А., Коваленко А.Л. «Тройная терапия» хронического вирусного гепатита С у пациентов с генотипом Ib. «Врач», 2006, № 7, С. 53-57.
- Стельмах В.В., Козлов В.К., Комиссаров А.Б., Самусенко И.А., Головина Е.В., Грудинин М.П. Особенности терапии пациента с гепатитом С, инфицированного интергенотипическим рекомбинантом 2/1b HCV. Лечение и профилактика. Москва; 2012: 3(4): 98-103.
- Трифонов Г.Ф., Левакова И.А., Болсун Д.Д., Мукомолов С.Л. Острый и хронический гепатит С в РФ в 1994-2013 гг. Инфекция и иммунитет 2014: Т. 4 № 3; 267-274.
- Шахгильдян И. В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) — Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003 г., 384 с.
- Aloia A.L., Locarcini S., Beard M.R., Antiviral resistance and direct-acting antiviral agents for HCV. Antivir Ther 2012; 17: 1147-1162.
- Andriulli A., Mangia A., Iacobellis A. et al. Meta-analysis: the outcome of anti-viral therapy in HCV genotype 2 and genotype 3 infected patients with chronic hepatitis. Aliment Pharmacol Ther 2008; 28 (4): 397-404.
- Bizollon T. et al. Triple antiviral therapy with amantadin for IFN + ribavirin nonresponders with recurrent posttransplantation hepatitis C // Transplantation. 2005. V. 15. P. 325-329.

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ РУТИННОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ

С. В. Ивлиев

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Под хронической болезнью почек (ХБП) понимают нарушения структуры или функции почек, персистирующие более трех месяцев и оказывающие влияние на состояние здоровья и продолжительность жизни [1].

Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром.

Признаки повреждения почек и/или значимое снижение скорости клубочковой фильтрации выявляют как минимум у каждого десятого представителя общей популяции. При этом сопоставимые цифры были получены как в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, так и в развивающихся странах со средним и низким доходом населения.

Так, распространенность в популяции ХБП 1-5-й стадий в США достигает 15%, Нидерландах – 17,6%, Испании – 12,7%, Австралии – 13,4%, Конго – 12,4%. Распространенность ХБП 3-5-й стадий, когда изменения в почках принимают уже необратимый характер, достигает в США 8,1% взрослого населения, Японии – 18,7%, Австралии – 7,7%, Конго – 8% [2].

Результаты немногочисленных эпидемиологических исследований в России показывают, что проблема ХБП для нашей страны является не менее острой. Признаки хронической болезни почек отмечаются более чем у 1/3 больных с хронической сердечной недостаточностью. Снижение функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет. У лиц трудоспособного возраста снижение функции определяется в 16% случаев, а при наличии сердечно-сосудистых заболеваний ее частота возрастает до 26% [3, 4]. К сожалению, в России и Красноярском крае отсутствует адекватная статистика по распространенности ХБП.

Цель работы

Изучение частоты различных стадий ХБП при рутинном определении уровня креатинина сыворотки крови.

Материалы и методы

Проведен анализ определения уровня креатинина крови пациентов старше 18 лет в ФГБУЗ КБ № 51 в 2017-2018 годах как в поликлинике, так и в стационаре. За этот период проведено 38 784 определения уровня креатинина сыворотки крови. Из них взрослым выполнено 36 755 анализов, детям – 2029. Из 36 755 анализов женщинам выполнено 21 827 (59,4%) определений уровня креатинина, мужчинам – 14 928 (40,6%) определений. Возраст пациентов составил от 18 до 99 лет, средний возраст – 58,2±8,2 года. Достоверной разницы в возрасте между мужчинами и женщинами не было.

У всех пациентов рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI [2]. Распределение на стадии ХБП проводилось согласно классификации хронической болезни почек, приведенной в Национальных рекомендациях, таблица 1 [2].

Таблица 1

Стадии ХБП по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ)

	Обозначение	Характеристика	Уровень СКФ, мл/мин.
Стадии по СКФ, описание и границы (мл/мин./1,73 м ²)	C1	Высокая или оптимальная	> 90
	C2	Незначительно сниженная	60-89
	C3a	Умеренно сниженная	45-59
	C3b	Существенно сниженная	30-44
	C4	Резко сниженная	15-29
	C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

Отдельно не анализировались пациенты стационара и поликлиники, не проводилась выборка по основному заболеванию. В группе больных с ХБП C5 не выделялись пациенты с острым почечным повреждением, получавшие хронический программный гемодиализ. Также не выделялись пациенты с повторными определениями уровня креатинина сыворотки крови в течение 2017-2018 годов.

Результаты

Пациенты с клубочковой фильтрацией свыше 140 мл/мин. были выделены в отдельную группу. Это связано с тем, что уровень СКФ свыше этих цифр расценивается как гиперфильтрация, что является ранним доклиническим маркером поражения почек, прежде всего, при сахарном диабете и гипертонической болезни. При распределении пациентов по СКФ и стадиям ХБП получены следующие результаты, таблица 2.

Пациенты с гиперфильтрацией (скоростью клубочковой фильтрации выше 140 мл/мин.) составили 0,56%. Это пациенты, относящиеся к группе риска по развитию ХБП. Достоверно показано, что длительно существующая гиперфильтрация ведет к появлению морфологических изменений в почечных клубочках и развитию ХБП. Пациенты со значимым снижением СКФ, что соответствует ХБП C3a, C3b, C4 (уровень



клубочковой фильтрации 15-60 мл/мин.), составили 15,13%. Такой уровень СКФ свидетельствует о необратимом почечном повреждении.

Таблица 2

Распределение пациентов по стадиям ХБП

Обозначение	Уровень СКФ, мл/мин.	Количество больных	% от общего числа	Средний возраст
C1	>140	205	0,56%	27,9±5,4
	90-140	15 077	41,02%	46,9±7,6
C2	60-89	14 905	40,55%	65±8,6
C3a	45-59	3052	8,3%	71,4±7,9
C3б	30-44	1631	4,44%	72,3±7,4
C4	15-29	878	2,39%	70,7±8
C5	< 15	1007	2,74%	58,1±9,1

В этих же группах был наибольший средний возраст больных от 70,7 до 72,3 года. Некоторое увеличение числа пациентов с ХБП C5 по сравнению с ХБП C4, обусловлено тем, что в эту группу вошли пациенты с острым почечным повреждением и получавшие хронический программный гемодиализ. Соответственно уровень креатинина сыворотки крови у каждого из этих больных определялся неоднократно.

При сопоставлении больных по полу в зависимости от стадии получены следующие результаты, таблица 3. Отмечается, что, кроме групп с СКФ выше 140 мл/мин. и ниже 15 мл/мин., во всех группах преобладают женщины. Так, в группах с ХБП C3a, 3б, C4 женщины составляют 55,8-62,8%.

Таблица 3

Уровень СКФ, мл/мин.	Количество больных	% от общего числа	Женщины	Мужчины
>140	205	0,56%	11 (5,3%)	194 (94,7%)
90-140	15 077	41,02%	7848 (52,1%)	7229 (47,9%)
60-89	14 905	40,55%	10 065 (67,5%)	4840 (32,5%)
45-59	3052	8,3%	1917 (62,8%)	1135 (37,2%)
30-44	1631	4,44%	1006 (61,7%)	625 (38,3%)
15-29	878	2,39%	490 (55,8%)	388 (44,2%)
< 15	1007	2,74%	490 (48,9%)	517 (51,1%)

При анализе возраста пациентов со значимым снижением скорости клубочковой фильтрации до цифр 15-60 мл/мин. получены следующие результаты.

Из 3052 пациентов с ХБП C3a всего 456 (14,9%) составили пациенты в возрасте до 60 лет, от 61 до 80 лет – 2048 (67,1%) и старше 80 лет – 548 (18%).

При ХБП C3б из 1631 пациента 258 (15,8%) составили пациенты в возрасте до 60 лет, от 61 до 80 лет – 1014 (62,2%), старше 80 лет – 359 (21%).

Из 878 пациентов с ХБП C4 возраст до 60 лет был у 172 (19,6%), от 61 до 80 лет – 496 (56,5%), старше 80 лет – 210 (23,9%).

Это свидетельствует о том, что основную категорию больных со значимым снижением скорости клубочковой фильтрации составляют пациенты в возрасте старше 60 лет.

Представленные данные являются предварительными. Более полная информация будет представлена после детальной обработки полученных результатов.

Выводы

Значимое снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин. по формуле CKD-EPI выявлено в 17,87% случаев при рутинном определении уровня креатинина крови.

Среди больных со значимым снижением скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин. более 80% составляют пациенты в возрасте старше 60-80 лет.

Высокая частота выявления значимого снижения скорости клубочковой фильтрации ведет к постоянному увеличению потребности в заместительной почечной терапии.

Полученные данные заставляют пересмотреть бытующее представление об относительной редкости хронической болезни почек среди населения и требуют перестройки системы оказания помощи этой категории больных. Необходимо создание краевого нефрологического центра, целями которого будут:

- дальнейшее развитие нефрологической помощи в Красноярском крае;
- повышение качества и доступности нефрологической и диализной помощи населению.

Задачами центра должны стать ведение мониторинга больных с ХБП, повышение информированности медицинского сообщества и населения о хронической болезни почек и ее последствиях, своевременное назначение нефропротективной терапии, определение потребности в заместительной почечной терапии.

Литература

1. Клинические практические рекомендации KDIGO2012 по диагностике и лечению хронической болезни почек / «Нефрология и диализ» Т. 19, № 1, 2017, С. 22-206.
2. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Под ред. А.В. Смирнова // «Нефрология». 2012. Т. 16. № 1. С. 15-89.
3. Добронравов В.А., Смирнов А.В., Драгунов С.В. и др. Эпидемиология хронической болезни почек в Волгоградской области / «Нефрология», 2004; 8(1), С. 36-41.
4. Смирнов А.В., Какюков И.Г., Есаян А.М. и др. Превентивный подход в современной нефрологии / «Нефрология», 2004; 8(3), С. 7-14.

ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ?

М. В. Попов

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Согласно классическому определению, выученная беспомощность — неспособность человека к улучшению своего состояния при принципиальной возможности улучшения, возникшая вследствие ряда попыток, не увенчавшихся успехом.

Другими словами, человек пытался что-то сделать, но у него не получилось раз, не получилось другой, и он больше не пытается.

Что важно.

1. Выученная беспомощность — это, скорее, неспособность, чем нежелание.

2. У выученно беспомощного человека нет причин считать, что очередная попытка будет провальной. Он просто не может больше пробовать.

3. Выученная беспомощность — не обязательно собственный негативный опыт. Это может быть наблюдение за чужим опытом или просто негативное научение. Например, человеку с детства внушали, что он неудачник и ни на что не годен. В таком случае он может и не делать попыток добиться успеха.

4. Выученная беспомощность несет и защитную функцию. Обжегся раз, обжегся другой — достаточно, целее будем.

В основе выученной беспомощности (ВБ) лежит неадекватная оценка гражданином ситуации и собственных сил. Человек с синдромом ВБ сбивается с пути, ведущего к достижению цели, на всех этапах.

Ему сложно поставить цель («мне это не очень-то нужно»).

Если он цель ставит, то боится начать (откладывает, находит причины, якобы мешающие приступить к делу). Если начал, то малейшие трудности заставляют все бросить.

Если и особых трудностей нет, ему сложно удерживать мотивацию длительно.

ВБ: история и эксперименты

История выученной беспомощности началась в 1967 году. Американский психолог Мартин Селигман изучал поведение собак, в частности, пытался выработать у них реакцию страха на звук.

Собаки сидели в клетках, слышали звук, потом получали удар током.

На следующем этапе собакам открыли дверь: ожидалось, что, услышав звук, они будут убегать из клетки, чтобы избежать тока. Однако собаки не убегали, а ложились на пол клетки и обреченно ожидали удара. Они не верили, что смогут его избежать — ведь прежде не удавалось.

Именно этот феномен получил название выученной или приобретенной беспомощности.

Естественно, мистер Селигман, обнаружив ВБ в поведении собак, задался вопросом: а как с этим обстоят дела у людей?

Проведя ряд экспериментов и наблюдений, он обнаружил, что в основном так же — люди учатся беспомощности. Правда, с разной скоростью и не все: некоторые, несмотря на многократные неудачи, все равно не теряют оптимизма и не прекращают попыток к улучшению своего положения. Он также обнаружил связь ВБ с депрессией, а свои ис-

следования положил в основу созданного им направления «позитивной психологии».

Существуют и другие эксперименты на тему ВБ.

Немецкий ученый Куль в 1980-е годы проводил эксперименты на добровольцах. Сначала перед ними ставили нерешаемые в принципе математические задачи. После нескольких безуспешных попыток некоторые испытуемые теряли способность решать и простые задачи.

Ну, а то, как в жарких странах приручают к послушанию слонов, знают, наверное, все. Маленького слоненка привязывают к палке, он пытается, но не может ее выдернуть. Через время он перестает пытаться, и в результате, даже когда вырастает и становится матерым взрослым слоненком, остается привязанным к маленькой палочке и не пытается убежать.

На эту же тему эксперимент с блохами: насекомых сажают в банку и закрывают крышкой. Блохи прыгают, бьются в крышку, выпрыгнуть не могут и постепенно снижают амплитуду прыжков.

Потом их сажают в банку меньшего размера, потом еще меньшего и добиваются того, что блохи вообще разучиваются прыгать, ходят пешком.

А еще щуку сажают в аквариум, где она отделена от добычи прозрачным стеклом. Поначалу она пытается атаковать рыб, но раз за разом врезается в стекло. Постепенно перестает предпринимать попытки и не атакует, даже когда стекло убирают.

Подобные эксперименты проводились с мышами, крысами и даже обезьянами. Результат один: условно-рефлекторный механизм вырабатывал ВБ-синдром.

Но у людей все немного сложнее.

ВБ и контроль: феномен усложняется

Выше мы рассмотрели феномен ВБ в упрощенном виде. Однако это не конец истории.

Уже известный нам мистер Селигман, открывший ВБ у собак, в одном из экспериментов поделил их на три группы.

В первой группе собак били током, но они могли прекратить это, нажав на кнопку (чему вскоре научились).

Во второй группе — били, но сами собаки не могли этого прекратить. Все зависело от действий собак первой группы: те могли прекратить мучения друзей, надавив своим весом (встав) на специальную платформу.

Третью группу током не били, она была контрольная.

Все собаки сидели в закрытых клетках.

Когда клетки открыли и стали бить током всех собак, обнаружилось следующее.

Собаки третьей группы, ранее с током дела не имевшие, при ударе убегали из клетки.

Собаки первой группы, имевшие опыт управления током, — тоже убегали.

А вот собаки второй группы не убегали.

Какой вывод? Синдром ВБ вызывает не сам по себе отрицательный раздражитель (удар током, а экстраполируя на людей — неудача в каком-то деле).

ВБ вызывается невозможностью контроля над ситуацией, бесполезностью собственных усилий.

В 1976 году американские психологи Э. Дж. Лангер и Дж. Роден провели эксперимент на людях. Они развернули свою деятельность в доме престарелых.

Первой группе пожилых людей дали возможность ухаживать за растениями и при этом самим выбирать растения. Плюс первой группе дали возможность выбирать, смотреть ли по определенным дням фильмы, причем на выбор. Плюс — возможность переставить мебель в своих комнатах.

Другим обитателям дома престарелых растения выдали без права выбора и объявили, что ухаживать за ними будет персонал.

Казалось бы, какая мелочь — фильмы, мебель и растения.

Однако по итогу в разных группах подопытных обнаружились статистически значимые различия по психическому состоянию и активности. Если люди имели возможность влиять на некоторые аспекты своей жизни, показатели были лучше.

Более того, в течение года в первой группе умерло 15% престарелых, а во второй (которые ни за что не отвечали и ничего не выбирали) — 30%.

Какой вывод, и при чем тут ВБ?

Возможность контролировать свою жизнь делает человека активнее, а отсутствие такой возможности — беспомощным, неспособным сопротивляться разного рода негативным процессам и даже ускоряет приближение смерти.

Когда человек понимает, что он не может ни на что повлиять, он сдается. Ощущение беспомощности распространяется вообще на все.

Синдром ВБ формируется не столько вследствие повторяющегося негативного воздействия, сколько от осознания невозможности контролировать свою жизнь, причем как в аспекте влияния на данное негативное воздействие (отключение токогенератора), так и в других аспектах, никакого отношения к негативным воздействиям не имеющих (цветы, фильмы, мебель).

Существует два пути формирования синдрома ВБ.

В первом случае человек впадает в такое состояние, пережив собственный негативный опыт. Это случается из-за того, что обратная связь нарушена или она низкого качества. Капля за каплей чаша весов перевешивает, и у индивида формируются убеждения в собственном бессилии и беспомощности. Он считает, что не в состоянии достичь желаемого, ничего не контролирует, что это состояние будет длиться всегда и что его случай уникален («Подобное могло произойти только со мной», «Выхода нет»). Глубокое неверие в себя может привести к депрессии и даже суициду.

Если человек находится в подобном опущенном состоянии более двух недель и до месяца, необходимо обратиться к врачу психотерапевту либо психиатру. Скорее всего, имеет место клиническая депрессия, которую необходимо лечить медикаментозно и только потом приступать к психотерапии. На данный момент психиатрия шагнула далеко вперед, антидепрессанты активно используются по всему миру. Бояться этого не нужно, т.к. они выступают своеобразным «костылем», на который больной может опереться в самый острый период.

Важно для близких и друзей пациента в данной ситуации правильно вести себя, иначе их действия могут привести к тяжелым последствиям вплоть до суицида. Сейчас не время для мотивационных спичей в духе «Соберись, тряпка!». Этот прием может хорошо сработать, если мы имеем дело с банальной прокрастинацией, при условии, что человек психически здоров, но не в случае клинической депрессии — когда человек не в состоянии встать с кровати, плохо ест, испытывает состояние бессилия и обесценности.

Переходим к второй причине формирования синдрома ВБ. Это детство, в частности, воспитание.

Как известно, существуют разные стили воспитания и разные родители — одни дают ребенку возможность все пробовать, самому решать и выбирать, что для него важно (в увлечениях, одежде, выборе друзей и т.п.). Другие, наоборот, занимают позицию: «Ребенок еще мал и глуп, что он может сам понимать, обязанность родителей — контролировать все его шаги и не давать ему принимать неправильные решения». Истина, как обычно, посередине.

Крайние формы воспитания по этой шкале — попустительский стиль (родителю наплевать на ребенка: пусть делает, что хочет) и гиперопекающий.

К нашей теме имеет отношение последний стиль — он включает постоянный контроль, убеждение, что ребенок сам не способен на правильные решения, поэтому обязанность родителей — все решать за него. Лет до шестнадцати. Или до восемнадцати. Или до тридцати пяти. Именно такой стиль воспитания формирует у человека состояние выученной беспомощности. Об этом скажем подробнее в следующем разделе.

А пока резюмируем: **можно выделить две основные причины возникновения ВБ — вследствие собственного негативного опыта либо «по наследству» от родителей.**

Симптомами ВБ являются безынициативность, безволие, заниженная самооценка, пассивность. Однако, кроме этого, при ВБ может проявляться и так называемая «замещающая активность» — когда вместо актуальных действий пациент выполняет другие, зачастую бессмысленные. Таким образом, он субъективно пытается снизить для себя уровень стресса. «Я не пытаюсь найти работу, потому что мне надо навести порядок в квартире, потом же на это времени не будет» — и вот я его навожу, навожу, навожу... до бесконечности, и никуда не устраиваюсь.

Также при ВБ может проявляться девиантное поведение, за счет которого пациент пытается субъективно повысить свою самооценку.

ВБ и воспитание

Как формируется синдром ВБ?

В эксперименте с собаками у них формировалась ВБ-реакция на конкретный раздражитель. У людей ВБ следует рассматривать не как изолированный синдром, а как способ реагирования в рамках определенной структуры личности.

Как правило, эта ситуация тянется из детства, когда ребенка обесценивали родители либо другие значимые взрослые.

Помните про эксперимент с блохами, которые разучиваются прыгать? Что самое интересное, блохи из поколения, рожденного от этих блох, тоже не прыгают. Они импринтируют это состояние от старшего поколения. Пример еще раз возвращает нас к вопросу о воспитании детей и влиянии родительских установок на всю дальнейшую жизнь. Но это у блох. А у людей?

Мы уже сказали, что это факторы, свойственные гиперопекающему типу воспитания в семье.

К ним можно отнести:

- постоянные запреты;
- запреты немотивированные (когда ребенок не понимает, почему это нельзя);
- запреты, не соответствующие социо-культурному контексту общества (всем это можно, а ему нельзя);
- постоянный контроль (приготовления уроков, круга общения, интересов, времяпрепровождения, чтение личной переписки, дневников, копание в вещах, допросы, учиняемые друзья);

– навязывание родительской точки зрения как неоспоримо правильной (в отношении сверстников, моды, прочитанной книги, правил поведения и т.п.);

– формирование у ребенка заниженной самооценки (тебя нужно во всем контролировать, иначе ты непременно все испортишь, влипнешь в историю и т.п.).

Сюда отнесем внушение ребенку мысли, что он какой-то неудачный: «Вот у всех дети как дети, а ты...», «Посмотри какая Маша умница, а ты...», «С Петей такого бы никогда не случилось...», «Я в твоём возрасте...» и т.п.

Даже декларирование ребенку оценки его качеств, как положительных (ты умный, ты самостоятельный, ты молодец), при наличии постоянного контроля будет фактором, скорее усугубляющим ситуацию: ребенок осознанно или подсознательно будет чувствовать: на деле меня контролируют, я ни на что не способен.

Ребенок, воспитанный таким образом, и будет кандидатом к формированию синдрома ВБ. В запущенном виде такой гражданин станет психическим инвалидом – не сможет нормально социализироваться, не найдет работы, не создаст семью.

В процессе психотерапии такого пациента очень важно выяснить, какое у него окружение, какие взаимоотношения с родителями и родственниками. Пациенту необходимо разобраться, чьи оценки его обесценили, чей голос говорил «не лезь», «вечно ты все портишь», «ты не справишься» и т.д. А затем, осознав ложность и чуждость этих установок, начинать постепенно от них избавляться.

ВБ и депрессия

Классические симптомы депрессии включают снижение настроения, активности, ангедонию, искажения мышления, обуславливающие снижение самооценки, а также негативный, серый и мрачный взгляд на свое прошлое, будущее и настоящее. В отношении будущего эти мысли носят характер убеждения, что ничего хорошего там не случится, все будет только плохо, причем винит в этом больной себя.

Близки такие рассуждения к синдрому ВБ? Конечно. Можно говорить о том, что синдром ВБ – часть депрессивного синдрома.

Что из этого следует?

Потеря контроля над жизнью – фактор, способствующий формированию ВБ, он же – фактор, вызывающий депрессию. Тезис прост: я не знаю, как мне повлиять на свою жизнь, я не контролирую происходящее, так лучше я ничего не буду делать, забьюсь в угол и накроюсь одеялом, авось пронесет. Это и защитная реакция, и в то же время реакция, усугубляющая патологическую ситуацию и делающая ее более безвыходной.

Еще за полвека до мистера Селигмана ассистентка знаменитого Ивана Павлова Шенгер-Крестовникова учила собаку отличать круг от эллипса. За правильные ответы собака получала еду и быстро научилась видеть отличия. Все было отлично. Тогда экспериментатор стала приближать форму демонстрируемого эллипса к кругу, до тех пор, пока они не стали практически неотличимы. На каком-то этапе собака, очевидно (додумываем за собаку), стала понимать, что не может отличать правильное от неправильного, в результате чего она утратила контроль за процессом получения еды. Это повергло ее в удручающее психическое состояние, она стала нервной, постоянно повизгивала, потеряла аппетит и забыла все, чему научилась. Вывод: потеря контроля – путь к психическому нездоровью.

Любой психотерапевт знает, что неконтролируемый стресс вызывает депрессию и тревогу, а многие методы психотерапии помогают клиенту выйти из этих сложных состояний именно путем обретения контроля – осознания своих желаний и их взаимосвязи с реальностью, вычленение



главных и второстепенных проблем, формирование своего мнения по разным вопросам бытия. Чем больше контроля и уверенности, тем крепче наша психика. И наоборот.

Что еще следует?

Гиперпротективный тип воспитания, способствующий формированию синдрома ВБ, способствует и формированию личности, склонной к тревоге и депрессии. Гиперконтроль со стороны родителя создает у ребенка ту самую ситуацию неконтролируемого стресса. Личность, воспитываемая в таких условиях, формируется с заведомо заниженной самооценкой и негативным видением будущего.

Установлена связь гиперопеки с такими качествами личности, как инфантилизм, склонность к формированию химических зависимостей (алкоголь, наркотики), агрессия и другие девиации.

ВБ и вторичная выгода

Вторичная выгода заключается в том, что больного человека, как правило, не критикуют, его окружают заботой и вниманием. Это может относиться и к синдрому ВБ.

Мотивы могут лежать глубоко в детстве: «когда я болею, мама меня любит и уделяет мне внимание». Таким образом, человек подсознательно учится быть больным, беспомощным и несчастным, а затем тащит эти установки через всю жизнь.

Кроме того, если человек беспомощен, значит, кто-то должен делать все за него. Это тоже выгода для пациента.

Для формирования вторичной выгоды необходимо, чтобы кто-то поддерживал игру. В детстве это родители, затем, например, супруги.

Факторы вторичной выгоды и созависимости тормозят и блокируют выход из состояния ВБ. В процессе психотерапии они должны быть выделены, осознаны и оценены. Вариантом терапии является сепарация пациента от граждан, чье влияние, способствует закреплению ВБ-синдрома.

ВБ и соматическое здоровье

Синдром ВБ может проявляться при соматических заболеваниях в форме неверия больного в успех лечения и, как следствие, нежелания его осуществлять.

Такое отношение к болезни формируется в рамках структуры личности, склонной в ВБ и вследствие многократного повторения неудачных попыток лечения.

Синдром ВБ препятствует излечению соматического заболевания. Даже если больной формально соблюдает все рекомендации врача, сам факт неустойчивости его психического состояния, неверия в возможность излечения будет снижать вероятность благоприятного исхода.

В случае наличия у соматического пациента признаков ВБ-поведения желательна подклубление к процессу терапии психотерапевта или хотя бы психолога.

ВБ: что же делать?

Бороться. Самостоятельно (что непросто) либо с помощью психотерапевта. Причем первый шаг к исправлению ситуации это, естественно, ее осознание.

Рассмотрим стратегии психотерапии, которые можно использовать для преодоления ВБ-синдрома.

Они включают:

- признание факта наличия ВБ-синдрома – как в принципе, так и в жизни конкретного человека;
- разбор причин формирования ВБ синдрома (хронический стресс, родительские установки, другое);
- признание возможности выхода из ВБ-состояния, того, что даже повторение нескольких неудач не означает, что удача никогда не наступит;
- разработка тактики и стратегии борьбы с ВБ-состоянием.

Если ВБ-синдром является частью депрессивного синдрома, то по решению врача целесообразным может оказаться назначение антидепрес-

сантов. Однако психотерапия является обязательной и играет важнейшую роль.

Заключение

Выученная беспомощность (ВБ) – это патологическое состояние, характеризующееся неспособностью пациента улучшить свою жизнь по причине неверия в такую возможность.

ВБ наблюдается как у животных, так и у людей.

В формировании ВБ играют роль как условно-рефлекторные, так и другие психические механизмы. К его возникновению ведет как собственный негативный опыт, так и установки, усвоенные от других, прежде всего, от родителей в ходе воспитания (в наибольшей степени формированию личности, склонной к ВБ, способствует т.н. гиперпротективный тип воспитания).

Синдром ВБ может быть связан как с конкретным действием (у животных), так и быть частью структуры личности (у людей).

ВБ-синдром – часть депрессивного синдрома.

ВБ синдром может отягощаться вторичной выгодой и созависимостью.

ВБ-синдром может сопровождать соматические заболевания и отягощать их течение, замедляя выздоровление.

При наличии ВБ синдрома крайне желательно обращение к специалисту – психотерапевту. Существуют различные психотерапевтические приемы, способствующие разрешению этой проблемы.

Практические упражнения для преодоления ВБ-синдрома

Упражнение «Риск»

Рискуй, раз все равно это плохо кончится: что ты теряешь? Хорошей иллюстрацией здесь послужит случай из практики Милтона Эриксона. Молодой человек хотел совершить самоубийство по причине личностной несостоятельности. Врач посоветовал перед тем, как завершить дело, пойти на улицу и предлагать встречным девушкам выпить кофе. Пациент согласился, получил 14 предложений на свидание и передумал кончать с жизнью.

Ирина Хакамада цитирует кодекс самурая, пункт, в котором говорится о выигрыше в смертельной битве. Чтобы выиграть, надо заранее прожить смерть. Иначе говоря, прыгай, а крылья вырастут в пути. «Иди на свой страх». Именно там зона роста. Например, идея принятия смерти позволяет жить свободно.

Упражнение «Долгая дорога»

При ВБ пациент думает, что он всегда будет находиться в этом состоянии. На самом же деле никакая ситуация не длится вечно. Падая, вставай, иди дальше. Все падают. Приготовься к долгому пути и запасись терпением, разбей путь на маленькие отрезки. Не знаешь, что делать, делай шаг вперед. «Если человек встает после падения – это не физика, это характер», – говорил Майк Тайсон.

Упражнение «Сбросить важность»

Когда вы не принимаете все слишком серьезно, уровень напряжения падает. Условно говоря, вы – котенок, который бежит за клубком ниток. Он бежит и бежит, но никак не получает желаемое. Но как только котенок успокаивается и демонстрирует равнодушие, клубок (желаемое, цель) оказывается лежащим рядом с ним.

Упражнение «Назначать и делать»

Дата – дело, дата – дело. «Жизнь – это не шахматы, это бильярд. Действуй!».

Упражнение «Внутренний сержант»

Пациенту предлагается заключить договор с самим собой: «Мысленно ты представляешь, что попал в армию. Ты сам себе становишься сержантом и отдаешь приказы к действию. Необходимо создавать условия, которые вынудят тебя развиться».

Упражнение «Игра»

Попробуйте представить, что на самом деле мир – великолепная игрушка. Надо наслаждаться игрой.



Ex animo
От души

ПОМНЯ О ПРОШЛОМ, СТРЕМИТЬСЯ В БУДУЩЕЕ

Ж. Ж. Рапопорт, почетный профессор Института медицинских проблем Севера СО АМН РФ, заведующий кафедрой детских болезней №1 КГМИ, основатель педиатрической школы в Красноярском крае

К 75-летию юбилею Красноярской краевой больницы вышла великолепная книга – итоги и достижения коллективов нескольких поколений сотрудников больницы и кафедр медицинского института-университета, работавших на базе клиники.

Больница, как живой энергичный организм, непрерывно растет и развивается, создавая все новые и новые лечебно-профилактические отрасли и направления, востребованные каждый раз меняющимся временем и насущными потребностями изменчивого общества.

За прошедшие годы по мере укрупнения от ККБ отделились в самостоятельные учреждения – офтальмология, онкология, педиатрия, генетический центр и так далее. При этом сама ККБ – их первоначальная основа, не очень пострадала, а даже усиливалась, создавая новейшие высокоспециализированные отделения международного уровня (сосудистая хирургия, трансплантология, травматология). Эти перестройки, история их создания и развития нашли объективное правдивое эмоциональное изложение в книге, полной прекрасных фотографий прошлых и сегодняшних дней, воспоминаний о людях, искренне преданных своему жизненному делу.

Текст, идущий параллельно с фотодокументами (было/стало) – добрый, умный, отражающий сердечную расположенность авторов. Наглядно искреннее глубокое уважение и симпатия к тем врачам и медицинским сестрам, кто при любых условиях, сотрясающих страну и медицину, считал главной своей жизненной миссией спасение страждущих. Таким действительно был жизнеутверждающий климат, витавший в ККБ все годы ее существования.

Прошлое в медицине, как и в жизни, зачастую вовсе не значит устаревшее. Вчерашнее – для кого-то уже далекое забываемое прошлое, но для других – память и достойный пример для размышлений и подражания в новой жизненной среде. По своему правы и те и другие – такова диалектика жизни, результаты воспитания, морали, личной культуры, этики, прогресса науки.

Например, для нас, детских врачей, эмпатия, забота, честная, открытая сердечность по отношению к нашим пациентам и их родителям была и будет всегда обязательным свойством призвания и характера. Именно эти искренние стремления вырастают в повседневную мотивацию повышения своей квалификации, умения, освоения новейших достижений науки, и в ту, порой жестокую настойчивость, требовательность к себе, к обществу и властям – дать детям все самое необходимое для их здоровья и развития.

Педиатрия – это весь мир

Все разумное и здоровое в мире и обществе должно служить во благо детей, то есть всего человечества. Поэтому в передовых странах мира подготовка широко эрудированного врача-педиатра занимает в среднем 12 лет, но и потом – всю жизнь нет перерыва, продолжается самосовершенствование.

Специализация в той или иной области медицины, принятая сегодня, не должна вести к зауживанию знаний врача о пациенте,



который всегда должен рассматриваться нами как личность, как биологосоциальный организм. Эти положения легли в основу нашей идеологии и практической деятельности с момента создания детской клиники в ККБ в 1962 году, и продолжались почти 30 лет до перехода клиники в самостоятельную новую краевую детскую больницу, где исповедуются и следующие годы, не теряя своей остроты и значимости.

На краевую больницу – ведущий практический и научный центр здравоохранения, естественно, возлагаются все тактические и стратегические обязанности организации и проведения в жизнь работы почти всех лечебно-профилактических учреждений края.

Без активного участия ученых, разрабатывающих с учетом многообразных особенностей Сибири, новых, адекватных местным условиям методов профилактики и лечения людей невозможен прогресс в этой области. Одновременно такой центр служит местом обучения студентов-медиков и повышения квалификации врачей различных специальностей, их аттестации и различной помощи. Поэтому логичным и общепринятым является важная роль больничных отделений как учебных баз для кафедр медицинского института-университета.

В начале 1960-х годов прошлого века мы вместе с главным врачом опубликовали в «Медицинской газете» большую статью, обосновывающую необходимость перевода отделений больницы в официальный статус клинических, что дало бы ценные организационные и административно-правовые приоритеты.

Увы, бюрократия живучая, всесильная, консервативная. Однако мы преодолели этот порог явочным порядком. За уровень работы отделений и за работу в крае сотрудники кафедры без дополнительной оплаты добровольно взяли на себя всю ответственность. Мы, как и врачи больницы, стали курировать наиболее трудные города и районы края. Так, я курировал Дивногоorsk, Норильск, Дудинка и по необ-

ходимости остальные больницы края. Поэтому в клинике никогда не было двоевластия, все были едины, и не возникали конфликты, столь частые в других больницах. Кстати, такую форму помощи института практическому здравоохранению очень активно поддержало Министерство здравоохранения РСФСР и стало внедрять по всей стране.

В новых отделениях нашей клиники нужно было с первых же дней работы создать товарищескую общность, взаимопомощь и выручку, дух коллективизма и уважения. Врачи со стажем и выпускники института сразу оказались в одинаковых, далеко не простых условиях. Разумеется, права и обязанности были для всех одинаковые, без панибратства, но и без диктата. Крайне важными для сплочения коллектива стали успехи в диагностике и лечении больных, совместные обсуждения и непрерывная учеба, мои ежедневные обходы.

Конечно, о больничном учреждении, тем более о клинике, впечатление складывается по результатам ее деятельности, по той помощи, которую оказывали сотрудники клиники врачам края, а затем и других областей.

Одним из сильнейших стимулов для профессионального объединения нового коллектива впервые созданной клиники, да и для авторитета самой ККБ, послужила наша успешная творческая и практическая работа по резкому снижению больничной летальности детей, присылаемых из районов края в очень тяжелом, запущенном состоянии. Для этого мне пришлось заново пересмотреть принятую в те годы стандартную методику лечения младенцев при токсикозах.

Прежние рекомендации оказались недостаточно эффективными. Вероятно, это было связано с особыми экономическими и климатическими условиями жизни в Сибири. Трудные и крайне напряженные дни и ночи личных наблюдений, повторных обследований и вариантов лечения таких детей привели в итоге к созданию новой, максимально индивидуализированной стройной системы, основанной на осторожном внедрении элементов гистерии при гипертермии, контролируемых внутривенных капельных вливаний, ряда лекарственных препаратов, особого питания.

Каждого тяжелого больного я с сотрудниками осматривал ежедневно и при этом жестко контролировал работу персонала. Специально обученные нами медицинские сестры и врачи заняты были выхаживанием только одного-двух, иногда трех таких больных. К уходу за детьми часто привлекались матери на этапе улучшения состояния ребенка. Главный врач В. К. Сологуб помог со штатами медсестер, оборудованием, в отделении развернули молочную кухню.

За следующие два года летальность в отделении снизилась в четыре раза.

Мы обучили десятки процедурных медсестер из всех районных больниц, провели повторные методические занятия для педиатров края, написали и издали для врачей большим тиражом брошюру с

подробным описанием методики интенсивного лечения. Врачи охотно учились у нас и внедряли наши рекомендации.

В результате значительного повышения квалификации врачей края и налаженной тесной связи районных больниц с краевой клиникой, начала заметно снижаться детская смертность в крае. Министерство здравоохранения РСФСР довольно быстро распространило наш опыт через демонстрацию его на ВДНХ СССР. В детских больницах страны были созданы палаты интенсивного лечения (в нашей клинике такая палата называлась «кабинет гистерии»). Мне и Ю. Е. Вельтищеву поручили провести республиканскую учебную конференцию по этой проблеме, которая вскоре состоялась в Барнауле.

Легочный центр

В краевой клинике, как в высшей лечебной инстанции, концентрируются всегда наиболее диагностически сложные и клинически тяжелые больные со всего громадного края, из Тувы, Хакасии, Эвенкии, Запоярья. Поэтому мы раньше других видели истинное положение дел с охраной здоровья детей и положение здравоохранения, а также новые, особые проблемы.

Такой трудной проблемой в те годы оказалась легочная патология и особенно вспышка стафилококковой пневмонии, протекавшей часто с осложнениями (гнойный плеврит, абсцессы). Высокая летальность была обусловлена как тяжестью патологического процесса, так и отсутствием необходимых антибиотиков, иммунных препаратов, недостаточной квалификацией врачей.

В структуре детской смертности в крае, как и в стране, первое место тогда занимала пневмония. С первых дней создания клиники мы провели специализацию по органопатологии отделений, палат и распределению врачей. Однако в последующем для более широкой квалификации специалистов они каждые два-три года в порядке ротации работали во всех отделениях клиники. Одновременно я стремился таким путем устранить у них эмоциональное выгорание, столь нередкое при работе с наиболее тяжелыми пациентами.

В преодолении стафилококковой проблемы мы использовали принятый нами путь: разобщение больных, максимально высокое умение врачей, наученный персонал и, конечно, новейшие лекарственные препараты. Большую помощь нам оказали рентгенологи, лаборанты, торакальные хирурги. Проблему удалось преодолеть, но на смену острым болезням легких пришли хронические процессы в легких и бронхах.

Поэтому, когда вскоре больница получила новый корпус, я по совету В. К. Сологуба обратился к министру Трофимову и, оперируя нашей статистикой заболеваемости, попросил выделить детские пульмонологическое и аллергологическое отделения и рядом торакальную хирургию. Терапевты, по инициативе Е. С. Брусиловского, получили этаж для аллергологических и пульмонологических больных. Так возник первый в СССР аллерго-пульмонологический научно-практический центр с собственной специальной лабораторией и функциональной диагностикой.

Эффективность лечения легочных и аллергических больных в клинике и крае резко возросла. Одновременно развивалась большая научная работа в этом направлении. Появилась возможность наблюдать, как патология, возникшая в детстве, порой проявляется затем у взрослых. В течение нескольких лет под моим руководством были выполнены и успешно защищены кандидатские диссертации. Некоторые лечебные и диагностические методики, осуществляемые при активном участии хирургов, вначале применялись у взрослых, а затем весьма успешно у детей.



Во всем мире, по статистике ВОЗ, 60-80% лекарственных препаратов, назначаемых детям, не прошли необходимой проверки на эффективность и безвредность. Поэтому, с учетом действия таких лекарств на взрослых и сведения о них в литературе, мы придерживались в этом вопросе принципа рационального консерватизма (*Primum non nocere!*). Главное — не повредить ребенку.

В условиях единого центра возникла возможность разработать и обоснованно рекомендовать к применению не только старые, но и ряд новейших средств и способов лечения. Врачи центра одновременно стали выполнять функции краевых консультантов и создавать в городах края в крупных поликлиниках кабинеты пульмонологов и аллергологов.

На первых порах возникли расхождения с позицией минздрава, но мне удалось убедить коллег в необходимости подобной службы. Последующие годы подтвердили важность этой специализации. При участии врачей клиники мы написали и оперативно издали фундаментальные руководства по этим проблемам («Бронхиальная астма», «Бронхиальная астма у детей», «Хроническая пневмония у детей», «Интенсивная терапия в пульмонологии»).

Наша большая работа

Параллельно интенсивно развивалась работа кардиоревматологического, эндокринного и других специализированных направлений в патологии детей и подростков. Так, многоэтапное постоянное наблюдение и непрерывное лечение стрептококковой инфекции и ревматизма у детей привело к снижению заболеваемости ревматической лихорадкой более чем в 10(!) раз. Соответственно, была почти решена проблема предупреждения формирования ревматических пороков клапанов сердца. Дети перестали умирать от ревматизма.

Проблема поражения сердечно-сосудистой системы при различных состояниях у детей и подростков рассматривается нами как важнейшее направление в современной медицине. Специальные исследования морфофункциональных изменений сердца и сосудов проводились нашим коллективом у младенцев при токсикозах, гипертермии, острой пневмонии. У более старших пациентов — при хронической пневмонии, бронхиальной астме, ревматизме и неревматическом миокардите, сахарном диабете. Одновременно широко изучали сердечно-сосудистую систему у здоровых детей — как при гиподинамии, так и при интенсивных спортивных занятиях, а также при климатической и социальноэкономической адаптации у переехавших в Заполярье и, напротив, приехавших с Севера в Красноярск.



В этой многогранной и многолетней работе участвовали на равных врачи отделений и сотрудники кафедры. Нами опубликованы фундаментальные монографии, тематические сборники и более ста научных статей, в том числе в центральной печати и за рубежом. Защищены многочисленные диссертации. Эти исследования охватили очень широкий круг вопросов, нередко выходящих за границы ортодоксальной педиатрии.

В работе приняли активное участие педагоги, спортивные тренеры, биохимики и биофизики из КГУ, Института физики СО АН СССР, Института биофизики АН, цитохимики, математики, программисты. Причем работали специалисты безвозмездно.

Методология научной работы строилась на основе трактовки нами диалектического единства организма ребенка, живущего и адаптирующегося в конкретных условиях окружающей среды, подверженной, в свою очередь, разнообразным изменениям, включая климато-географические, часовые пояса и экологические перемены.

Первичным толчком этой многолетней работы и создания в последующем теории об особой морфофункциональной системе транспорта и потребления кислорода (ФСТиПО2) послужили выявленные мною в 1961 году в Красноярске и через год в Норильске своеобразное гипореактивное течение у детей ревматизма и ряда других заболеваний, по сравнению с моими клинико-иммунологическими наблюдениями в Ленинграде.

Новые исследования включали определение состояния сердца, его работы и резервов, кровеносных сосудов, системы вентиляции легких, объемов и особенности деятельности красной крови, капиллярного кровообращения, транспорта и потребления кислорода в организме, оксидантов и антиоксидантов, гормональной и нервной системы.

В детских отделениях были установлены ценные современные приборы сотрудниками институтов физики и биофизики, оптических и цитохимических лабораторий, компьютеры. Творческое сотрудничество исследователей длилось много лет, стало полезным и ценным, в первую очередь, для наших пациентов.

Мы всегда получали первоначально согласие родителей на обследование детей. Дети обычно охотно и с интересом приобщались к проводимому исследованию, зная о его пользе.

В дальнейшем с помощью технических специалистов удалось создать комплексную систему взаимосвязанных приборов. Система позволяет в течение 20-25 минут получить на персональном компьютере развернутую информацию о состоянии основных параметров ФСТиПО2.

К сожалению, установку по ряду причин не довели до промышленного выпуска, но она помогла получить огромный объем важнейшей информации. Речь идет о состоянии ФСТиПО2 в условиях практической нормы (в покое и при физиологических нагрузках), при гиподинамии (преимущественно у школьников, особенно в зимнее время), у спортсменов (большие физические и эмоциональные нагрузки), у детей, занимающихся обычной физкультурой, и у детей при различных заболеваниях (ревматизм, бронхиальная астма, ожирение, сахарный диабет, ревматоидный артрит), а также при адаптации детей и подростков при изменениях для них условий жизни.

Комплексный анализ состояния морфофункциональной системы позволил вывести ряд математически обоснованных закономерностей состояния и работы ФСТиПО2. Эти закономерности имеют важное диагностическое и принципиальное прогностическое значение.

В многолетней работе участвовали академик И. И. Гительзон, Ж. Ж. Рапопорт, Л. Михайлова, О. Д. Кондрашова, В. Г. Безгачев, В. Леоно-

ва, А. Ицкович, Джансеитов, Е. П. и Е. Ю. Кирилловы, З. Н. Гончарук, К. С. Крутянская, М. С. Зырянова, Л. Москаленко, В. Н. Тимошенко, В. Ф. Мажаров, В. Г. Сорокина, В. Щербак, Н. Щербак, О. Мичудо, Е. Прахин, И. Гаймоленко, И. Верниковская, Г. Каневская, Т. Таранушенко, Н. Чернышева, К. Бакланова, З. Кузнецова, Т. Кузнецова, А. Бобровнича, А. Андина, Г. Ивакина, Э. Иванова, М. Табацкая, Н. Полилей, З. А. и Ю. И. Климовы, Л. Шульгина, Т. Калюжная, Г. Солодовникова, Т. И. Рыкованова и многие другие врачи и исследователи.

Совместно с врачами отделения (Ф. Вятчина, И. Потехина, Г. Кулакова, Л. Астахова, Л. Бухарова) мы разработали и с успехом применили лечение низкотемпературным лазером ревматоидного артрита (внутриуставно), склеродермии (внутрикожно). Метод был представлен на ВДНХ СССР, получил положительную оценку для широкого применения.

По большинству проблем детских заболеваний в клинике были выделены специальные палаты и отделения, в которых работали врачи, получившие специальную подготовку в крае и федеральных учреждениях. Это позволяло создавать и сохранять рабочие, творческие и товарищеские контакты с ведущими специалистами. Мы знали, кто, что и где делает успешнее других в диагностике и лечении.

Часто этих и литературных рекомендаций все же было недостаточно, поскольку контингент наших пациентов был обычно отобран предварительно на этапах районных и городских больниц и отличался необычными трудностями распознавания и лечения их болезней. Поэтому, исходя из собственных и литературных наблюдений, мы изыскивали и подбирали варианты индивидуальной терапии, вводя новшества.

Так, при гипербилирубинемии у новорожденных мы впервые в стране начали применять фототерапию, сухую плазму, альбумин для связывания билирубина; при сепсисе — совместно с детскими хирургами и реаниматологами (А. Колесниченко и др.) дополнительно использовали внекорпоральное кварцевое облучение крови, гемосорбцию, оксигипербаротерапию. В лечении тяжелой бронхообструкции, вызванной густой вязкой мокротой (муковисцидоз, бронхиальная астма), с хорошим результатом проводили длительное промывание бронхиального дерева (по Кюну).

Некоторые коллеги из московских клиник возражали против такого лечения, но практика, критерий истины, свидетельствовала об оправданности нашей нестандартной тактики. Также у нас в клинике впервые была разработана и применена с хорошим результатом новая тактика применения гепарина в лечении больных геморрагическим васкулитом (Б. С. Яковсон, Т. И. Рыкованова).

В 1960–1970-е годы к нам поступало много больных с гнойными осложнениями в легких как последствия длительного пребывания в бронхах инородных тел, в результате неизлеченной стафилококковой пневмонии, плевропневмонии, затяжных и часто рецидивирующих пневмоний и бронхитов, врожденных аномалий развития трахеобронхиального дерева. Такие дети и подростки длительно лечились по месту жительства и в региональных больницах повторными курсами различных антибиотиков, и в большинстве случаев возникала антибиотико-резистентная инфекция.

В клинике на начальном этапе лечение проводилось совместно с хирургами, которые подводили сосудистый катетер к очагу нагноения и через катетер вводились очень большие дозы антибиотиков. В дальнейшем большинству пациентов стало возможным успешно провести торакальные операции и добиться их практического выздоровления.

Оба наши отделения работали рядом, взаимно консультировались, выбирался оптимальный путь лечения, что значительно рас-

ширяло возможности врачей и эффективность лечения. Мы с Ю. М. Лубенским обобщили эти наблюдения и издали монографию «Интенсивная терапия в пульмонологии».

В нашей практике зачастую у детей имелись комбинации различных патологических процессов, требовавших совместных консультаций и действий нескольких специалистов — ларингологов, невропатологов, ортопедов, хирургов, анестезиологов, гинекологов и других специалистов. Такая тактика позволяла существенно расширить объем и повысить качество клинического лечения, приносящего пациентам оптимальный эффект.

В этом тоже огромное преимущество краевой больницы, когда большинство серьезных проблем решается в кратчайшее время.

На базе детских отделений ККБ прошли весьма интенсивное обучение много клинических ординаторов и аспирантов, выполнивших кандидатские и докторские диссертации (всего более 60). Наши воспитанники работают на кафедрах медицинских институтов профессорами и ассистентами в Иркутске, Чите, Владивостоке, Красноярске, Казахстане, а также на руководящих должностях в здравоохранении.

Больным детям нужны близкие

Госпитализация — тяжелый психологический стресс для любого ребенка в любом возрасте. Ребенок внезапно оказывается в чужом городе, часто без родных, вокруг чужие лица, белые халаты, иногда болезненные процедуры, незнакомая пища, режим. Все это насаивается на страх болезни, ее отягощающие симптомы — кашель, одышка, боль, те или иные затруднения и ограничения. Как говорили классики, болезнь — ограниченная в свободе жизнь.

С целью преодолеть хоть часть этих неприятностей и вернуть ребенку улыбку, жизнерадостность, успокоить его я разрешал частые свидания, мало ограничивая их время. В тяжелых случаях с ребенком находился кто-нибудь из близких родственников. Вечерами — телевизор, видеофильмы, беседы персонала с детьми, их родителями, по состоянию пациента, физические упражнения, детские праздники. По договоренности с учителями соседней школы постоянно проводились индивидуальные занятия, дети меньше отставали в учебе от сверстников, что имело положительный психологический эффект.

За время пребывания в больнице дети обычно полностью не выздоравливали. После пребывания в стационаре большинству пациентов, как правило, требуется продолжить лечение и диспансерное наблюдение в домашних условиях или санатории. Исключительно важно за время лечения в больнице научить ребенка и его родителей здоровому образу жизни, индивидуально подобранному питанию, физической активности, включая дыхательные и другие упражнения.

Наши работы показали большой вред гиподинамии, как и гипернагрузок, когда не учитываются морфофункциональные резервы ребенка. Особое внимание мы уделяли правильному применению лечебных средств — дозы, регулярность с учетом циркадного ритма, длительность курса.

Для закрепления положительного эффекта лечения мы организовали в каникулярное время в пригородной зоне временные оздоровительные учреждения, подобные санаториям. Они финансировались профсоюзом и частично родителями. Время пребывания в санатории зависело от вида патологии пациента (две-три недели). Лечебный процесс осуществляли командированные врачи детских отделений соответствующего профиля, сотрудники кафедры, клинические ординаторы, аспиранты и другие специалисты.

Несмотря на относительно короткий срок пребывания больных в таком санатории, был получен весьма хороший эффект при лечении

энуреза, косоглазия, бронхиальной астмы, сахарного диабета, ожирения, болезней пищеварительной системы. Эффект был настолько очевиден, что я рекомендовал Минздраву РСФСР распространить этот опыт по стране.

Институт медицинских проблем Севера

Красной строкой вписана в историю ККБ громадная роль детской клиники в создании в Красноярске Института медицинских проблем Севера СО АМН СССР. Сотрудники кафедры и врачи детских отделений регулярно оказывали практическую помощь населению, проживающему в северных регионах края и Заполярье. Курирование мною северных городов Норильск и Дудинка проводилось более 20 лет.

Жизнь в экстремальных условиях азиатского Севера сопровождается многообразными сдвигами большинства морфофункциональных систем. Для многих детей и взрослых процессы акклиматизации и особенно адаптации требуют ряда социально-гигиенических условий, дополнительного врачебного наблюдения, питания, регулярного частного оздоровления, психологической и педагогической помощи.

Дети коренных народностей (долганы, нганасаны, эвенки) тоже страдают от жестких экологических условий, но все же они лучше приспособлены к комплексу факторов Севера. Однако когда эти дети и подростки приезжают на учебу в Красноярск, у них также отмечаются значительные адаптационные перестройки морфофункциональных систем организма.

Наши исследования включали в себя длительные экспедиции на Север, совместную работу по обследованию детей с местными врачами и педагогами. По материалам коллективной работы опубликованы практические рекомендации для врачей и фельдшеров, сборники научных работ, много десятков статей, защищены диссертации кандидатские и докторские, издана под эгидой АМН СССР моя монография «Адаптация детей на Севере».

В ходе многолетнего изучения адаптации человека на Севере и в Сибири сформировались несколько направлений. Изучение физического и полового развития детей и подростков проводила группа под руководством профессора Е. Прахина; динамика биохимических параметров крови, биологических ритмов, изменения витаминного баланса в ходе адаптации проводили сотрудники под руководством и при участии В. Безгачева, профессора Л. Михайловой; морфофункциональной системы кровообращения — доцентом Е. Кирилловой.

Своеобразие светового режима, существующее в Заполярье, длительное искусственное освещение в сочетании с гиподинамией легли в основу последующих больших работ нашего сотрудника, а ныне профессора В. Базарного. Полученные им результаты ранней диагностики, лечения и профилактики нарушений органа зрения и других функцио-

нальных систем организма приняты для внедрения во многих школах Москвы и области, в Азербайджане, в ряде регионов России.

В финансировании экспедиционных работ большую помощь нам оказал новосибирский ИКЭМ СО АМН СССР и непосредственно академик В. П. Казначеев. У нас с ним всегда сохранялись хорошие деловые товарищеские отношения, хотя по ряду принципиальных научных проблем имелись разногласия.

Изучение акклиматизации и адаптации в ходе длительной жизни пришлое население на Севере имеет важную государственную стратегическую перспективную ценность, связанную с освоением экстремальных зон страны. Поэтому мое с В. К. Сологубом обоснованное исследованиями обращение в Президиум АМН СССР и Правительство страны получило относительно быструю поддержку, и вскоре были созданы необходимые условия для создания в Красноярске научно-исследовательского института медицинских проблем в составе СО АМН СССР. Институт уже почти столетие успешно ведет большую научную и лечебно-профилактическую деятельность.

Миссия краевой больницы

Многообразный и чрезвычайно высокоэффективный лечебный, научный и организационный опыт детской клиники ККБ много раз показательно демонстрировался на ВДНХ СССР, одобрялся в приказах министра здравоохранения РСФСР, использовался в практике и науке, способствовал значительному улучшению здоровья детей и подростков. После выделения клиники из состава ККБ в самостоятельную детскую краевую больницу значение клиники только нарастает, и авторитет ее остается высоким.

Здравоохранение, как и вся страна, охвачено четвертой промышленной революцией, которая на сей раз принципиально отличается от всех предыдущих. Она стала преимущественно информационной, цифровой, интеллектуальной и несет с собой немало парадоксальных явлений. Важнейшим является колоссальный разрыв между высочайшим положением современной науки и низким уровнем понимания и принятия науки большой массой населения. Особенно опасно игнорирование такого разрыва, поскольку место научного понимания тех или иных процессов и явлений все упорнее занимают религия, всякого рода колдуны, ворожеи, мошенники.

Красноярский край не миновала нынешняя тенденция противоречий. Край уникален и неповторим, поэтому общепринятые в других регионах стандарты и оценки здоровья человека тут требуют коренной переработки, а порой просто не подходят.

Особенно серьезные проблемы в крае связаны с экологией. Край эндемичен по нехватке йода, по измененному содержанию фтора и других макро- и микроэлементов в воде, почве, воздухе и, соответственно, в питьевой воде и пище. Наиболее загрязненными и чрезвычайно опасными для здоровья людей остаются Норильск, Красноярск, Ачинск.

Государственная задача врачей — быть организаторами и передовым отрядом неустанных борцов за чистый воздух, воду, почву, реки и здоровую пищу.

Проводимая сейчас реконструкция краевой больницы призвана резко усилить ее возможности положительного воздействия на все аспекты условий жизни и здоровья людей.

Краевая больница — организационный и практический центр, на который ориентируются медики края, в которую обращаются пациенты в надежде получить помощь самого современного уровня. А право на качественную медицинскую помощь имеет практически каждый человек.



ЮБИЛЕЙ

50 ЛЕТ ПРОФЕССОРУ ЧЕРДАНЦЕВУ

Питомцы профессора, ординаторы и аспиранты, сочинили к дню рождения учителя пафосный панегирик. И сами, кажется, поняли — что-то здесь не то...

Действительно — не то.

Еще лет 10 пролетит, и, возможно, будет к лицу Дмитрию Владимировичу послужной список, который к тому времени еще пополнится званиями и наградами.

А сейчас, когда руководитель гнойно-септического центра и заведующий кафедрой хирургии им. проф. Дыхно стройный, как испанский танцор, живой и легкий в общении, как студент-старшекурсник, надо другое сказать юбиляру: дольше, как можно дольше оставайтесь таким, как есть.

Говорят: «Я не девица и не гусарский поручик, чтобы всем нравиться».

А вот Черданцев нравится всем.

Почему?

Потому что он человек дела и долга.

Потому что математически точно распоряжается данным ему статусом и властью.

Потому что при обычной внешней сдержанности бывает предельно откровенным.

Потому что никого не боится, но уважает даже тех, кого не любит.

Потому что, как все настоящие хирурги, спасается от проблем в операционной.

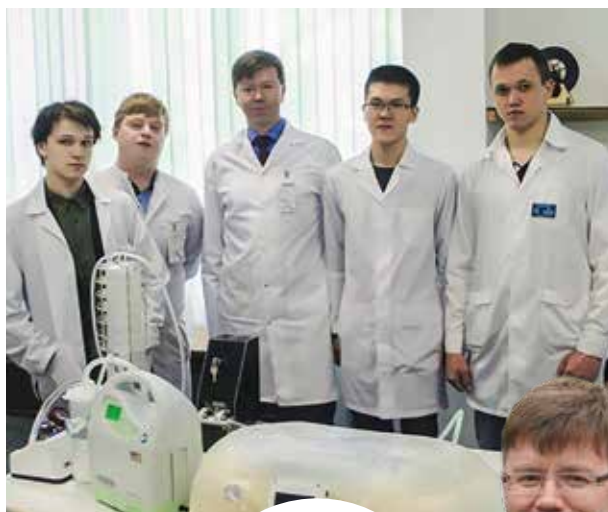
Потому что виртуозно находит компромисс, но если стоит на своем — то до конца.

Потому что умеет ценить чужой талант.

Хотя весь этот список можно заменить одним словом — МУДРОСТЬ.

Профессору Черданцеву в мае исполнилось полвека. У него полный джентльменский набор по жизни, или, как говорит молодняк, «все в шоколаде». Плюс ко всем регалиям, спасенным пациентам, выращенным врачам — две чудесные дочки. Пусть им достанется папина мудрость. А всем нам — побольше удовольствия от общения и совместной работы с Дмитрием Владимировичем.

Будьте здоровы и счастливы, профессор Черданцев!



50 лет!



САМОРАЗВИТИЕ

ОТПРАЗДНОВАЛИ ДЕНЬ МЕДИКА И ЛЕТО

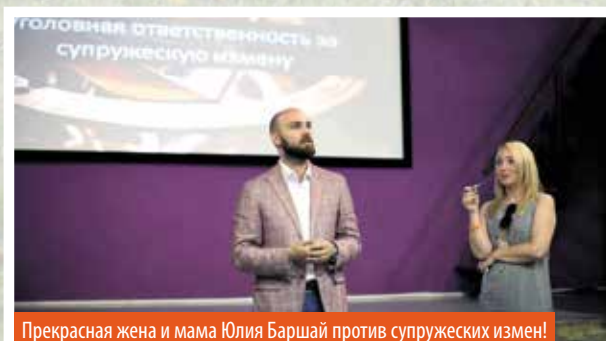
А за одно разобрались в себе и научились новому

**Врач,
Излечи себя
сам!**

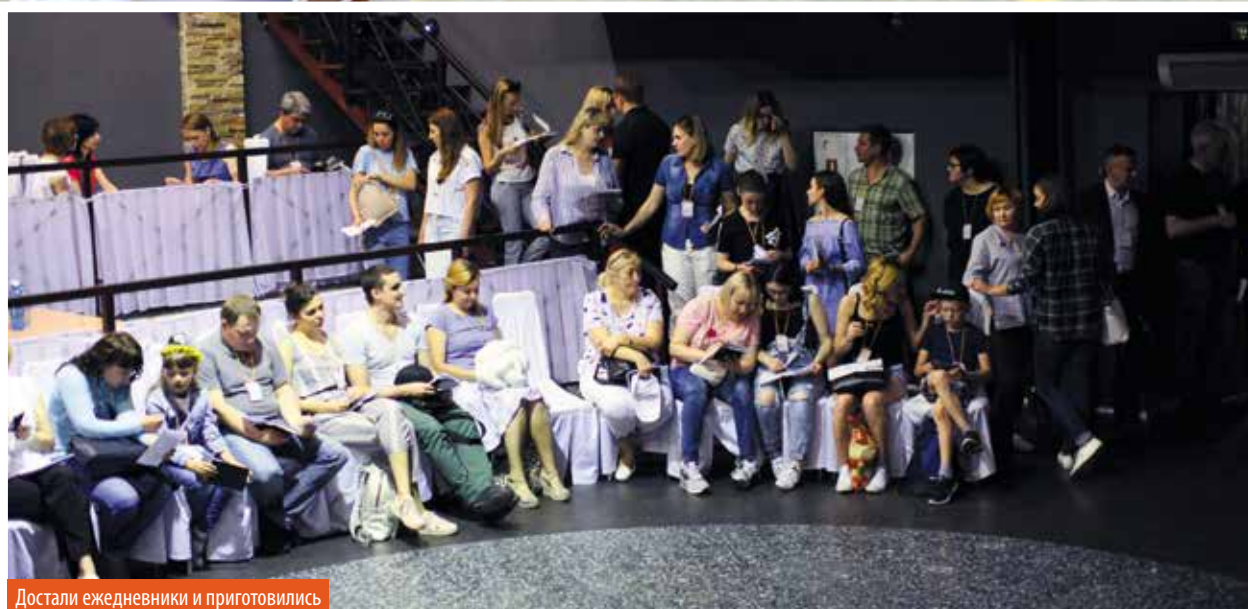
8-9 июня сотрудники ККБ провели на психологических тренингах в «Такмаке». Всем понравилось.



Просветленные



Прекрасная жена и мама Юлия Баршай против супружеских измен!



Достали ежедневники и приготовились



Наши тренеры

Говорят, Егор Корчагин – единственный из главных врачей дерется на ножах



Психологи доставали из глубин души самые сильные эмоции



Для взрослых мальчиков и девочек приготовили игрушки



Богиня Фемида



Катя Алешечкина
Красота – страшная сила!



Тренинги были легкие и очень серьезные



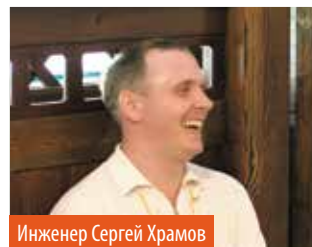
А что вы способны делать левой рукой?



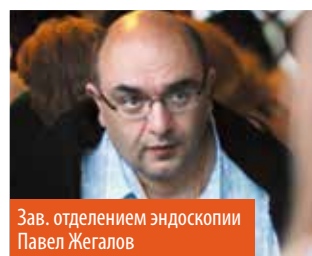
Суровые травматологи – Алексей Мыльников и Евгений Берлинец



Тренеров за работу и самоотдачу благодарили и наградили



Инженер Сергей Храмов



Зав. отделением эндоскопии
Павел Жегалов



Прощай, «Такмак»

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»

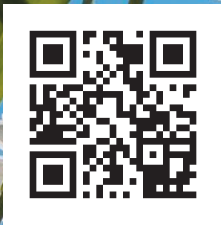


Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края

профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru