



КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАСНОЯРСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4»

ЧЕТВЕРТАЯ +

милосердная



ББК 53
Ч 524

Вероника Ануфриева – автор-составитель

Ч 524 «Четвёртая» – милосердная / Красноярск: ООО РПБ «Амальгама», 2016. – 148 с.: илл.

ISBN 978-5-906498-23-6

Ануфриева Вероника Владимировна – публицист, член Международной Федерации журналистов. Одна из её излюбленных тем – врачебная деятельность в Красноярье. Так в своей книге «Теплые звезды» (Красноярское изд-во, 2001 г.) представлен очерк об А.В. Степаненко «Неуемный рыцарь медицины» – об основателе здешней клиники.

Из-под пера Вероники Владимировны вышла книга «Монархия в белых халатах» (о врачебных династиях Красноярского медицинского вуза). В книге «100 знаменитых красноярцев» даны её очерки об А.М. Дыхно и П.Г. Подзолкове...

Книга „Четвёртая” – милосердная» рассказывает о подвижническом пути «Красноярской межрайонной клинической больницы № 4» (КГБУЗ «КМКБ № 4»). Адресовано издание врачевателям Красноярского края, коллегам других регионов, а также студентам медицинских ВУЗов, колледжей, техникумов, краеведам и широкой общественности.

The book “The Fourth“ – Merciful” tells about the selfless way of “Krasnoyarsk Interregional Hospital № 4” (KGBUZ “KMKB number 4”). It’s addressed to healers of Krasnoyarsk Territory, colleagues from other regions, as well as students of medical universities and colleges, the general public and local historians.

ISBN: 978-5-906498-23-6



© КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», 2016
© ООО РПБ «Амальгама», 2016

Я слышал, что стихами Авиценна
Писал рецепты для больных людей,
Я слышал, что излечивал мгновенно
Больных своею музыкой Орфей.

Расул Гамзатов

КЛЯТВА ВРАЧА РОССИИ

Получая высокое звание врача, перед лицом учителей и коллег по профессии торжественно клянусь честно служить великому делу врачевания и посвятить все знания и умения охране и улучшению здоровья граждан, лечению и предупреждению болезней.

При осуществлении врачебной деятельности клянусь признавать права и свободы человека и гражданина, действовать исключительно в интересах пациента, независимо от его возраста, пола, национальности, вероисповедания, гражданства, социального происхождения и политической ориентации, и проявлять абсолютное уважение к его жизни здоровью, чести, достоинству, хранить врачебную тайну.

Клянусь оказывать медицинскую помощь любому пациенту в меру моих знаний, умений и имеющихся в моем распоряжении лечебных и диагностических средств, всеми доступными средствами облегчать страдания пациента до последней минуты его жизни, но никогда не указывать пути ухода из жизни.

Клянусь быть справедливым и требовательным к своим ученикам, способствовать их творческому росту, доброжелательно относиться к своим коллегам, никогда не отказывать им в помощи и совете, при необходимости обращаться к ним за помощью и советом.

Клянусь постоянно совершенствовать профессиональное мастерство, изучать медицинскую науку и способствовать ее развитию, беречь и приумножать благородные традиции отечественной медицины, хранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

ББК 53





ПОСЛЕВОЕННАЯ РАДОСТЬ

... Александр Викторович любил говорить: «Собираю свое войско, дружины для борьбы, нет, не с врагами, а с женскими недугами». А.В. Степаненко считал, что сюда, в их медицинские учреждения, «клинику», как он называл, два двухэтажных шлакоблокочных здания, построенных в 1945–1946 гг. плленными японцами, придут лучшие врачи. Ведь здесь живет «послевоенная радость», сотворение жизни. Кроме лечебного корпуса, был и родильный дом. Докторов главный врач Степаненко считал «вторыми после Бога». Выстраданное и задуманное им свершилось! На следующий год клинике будет 70 лет, а ныне «Кутузовский больничный городок» спраляет тридцатилетие!

Об этом ярко говорит историческая летопись. Ее писало время, «Госпожа истории!» Сполохи памяти прошли по этим, порой, сжатым статьям, которые представили медицинские отделения, лаборатории. Тут ежедневный, день и ночь, ежечасный стоический труд больницы, «степаненковского детища». Это «чаща пота» медиков, немеренные усилия и благонравный душевный порыв, чтобы тревожный метроном судьбы не отсчитывал часы беды.

Итак, милости просим, читайте умные, серьезные, достойные документально-научные статьи и трепетные рассказы о былом корифеев клиники.

Марина Цветаева писала: «Воспоминания сильно давят на плечи». В действительности так: у человека всегда есть потребность поделиться прожитым.



Уважаемая Альбина Павловна!

Поздравляю коллектив Красноярской межрайонной клинической больницы № 4 с замечательным праздником – 30-летним юбилеем со дня основания.

Три десятилетия коллектив больницы помогает жителям города и края обрести самое ценнейшее, что есть у человека, – здоровье и жизненные силы.

За годы работы учреждение прошло славный путь, в течение которого были сформированы богатые профессиональные традиции и накоплен огромный практический опыт. Сегодня больница – это учреждение, где внедрены новые медицинские технологии и ежедневно оказывается квалифицированная медицинская помощь более 40 тысячам человек в соответствии с высокими мировыми стандартами.

Благодаря профессионализму и заботе врачей за эти годы тысячи женщин обрели возможность испытать счастье материнства, ведь приоритетные направления больницы – улучшение репродуктивного потенциала населения Красноярского края.

В этот праздничный день примите самые дружеские и искренние пожелания успехов в добрых начинаниях, благополучного настоящего и счастливого будущего, оптимизма, душевной стойкости, дальнейших профессиональных успехов и не забывайте о собственном здоровье, столь необходимом в нашей профессии.



Министр здравоохранения
Красноярского края
В.Н. Янин



Уважаемая Альбина Павловна !

От всей души поздравляю Вас и весь Ваш коллектив с 30-летием больницы!

Вы по праву можете гордиться славной историей учреждения, внесшего значимый вклад в здравоохранение города и края.

Накопленный опыт и индивидуальный подход к пациентам принесли известность больнице, в которой работает высокопрофессиональный коллектив.

Вы не только храните и развиваете заложенные традиции, но и активно внедряете в практику современные технологии.

Юбилей больницы – замечательный повод для того, чтобы выразить благодарность врачам, медицинским сестрам, санитаркам – всем тем, кто в трудные минуты приходит на помощь к людям.

Вы связали свою судьбу с одной из самых благородных профессий – дарить людям жизнь и здоровье.

Жизненное кредо настоящего медика – это постоянная готовность прийти на помощь, требующая огромных сил, энергии и чуткости.

В этот праздничный день примите искренние слова благодарности за нелегкий труд, за ваше милосердие, за неиссякаемый оптимизм и желание верно служить выбранному делу.

Желаю вам здоровья, счастья, удачи, мира и благополучия в семье, новых трудовых успехов, уверенности в завтрашнем дне!



Депутат
Государственной Думы РФ
П.И. Пимашков



**Уважаемые сотрудники больницы,
дорогие ветераны, преданные пациенты!**

В этом году Красноярская межрайонная клиническая больница № 4 празднует 30-летний юбилей со дня своего основания.

Для истории, которая всё отмечает веками и тысячелетиями, – это небольшой срок, а для человеческой жизни – серьезная веха.

Впервые открыв свои двери для пациентов в 1986 году, городская больница стала ведущим лечебным учреждением своего профиля в нашем городе. Это большой труд – поддерживать такую крупную больницу в развитии, внедрять новые стандарты, осваивать новые технологии и оборудование. Это можно делать только с верой в людей.

Самым дорогим достоянием являются высокопрофессиональный коллектив, неравнодущие, творческая мысль, умелые, чуткие руки медиков.

Здесь трудится очень много достойных людей, профессионалов разных поколений. И сегодня на их «имена» приходят пациенты, потому что более всего ценится профессиональное достоинство и репутация.

Сердечно поздравляю коллектив больницы! Примите слова искренней благодарности за ваш кропотливый труд и душевную чуткость! Пусть большой наградой для вас станут улыбающиеся лица благодарных пациентов, которым вы подарили радость полноценной жизни!

А. Клешко

Заместитель председателя
Законодательного собрания
Красноярского края
А.М. Клешко



Дорогие мои коллеги, соратники, друзья!

Поздравляю со знаменательным для нашего учреждения событием – 30-летним юбилеем!

Ежечасно и ежедневно вы охраняете самое ценнейшее, что есть у людей, – их здоровье. В самые трудные минуты вы приходите на помощь людям, совершая порой невозможное, проявляя сострадание и благородство, ответственность и высочайший профессионализм, чуткость и добруту.

Тысячи спасенных жизней, сбывающихся надежд, осуществленных планов, новых открытий, встреч – это подарок врачей от сердца и ума, медицинских сестер, санитарок учреждения людям!

Надо очень любить людей и свою работу, чтобы изо дня в день, рискуя своим здоровьем, возвращать больным радость жизни и саму жизнь!

Смелость в решениях, последовательность в реализации поставленных целей, успешное внедрение в практику новых технологий обеспечили учреждению признание не только на российском, но и на международном уровне.

В этот праздничный день я от всей души желаю коллективу больших профессиональных успехов, стабильности и семейного благополучия!

Пусть всем вам сопутствует удача!

Пусть крепкое здоровье и большое счастье будет залогом радостной и полноценной жизни!

Пусть люди, которым вы вернули здоровье, вспоминают коллектив учреждения искренней благодарностью и признательностью!

Сердечно благодарю вас за профессионализм и трудолюбие, умелые руки и чуткие сердца.

А.Фокина

Главный врач
КГБУЗ «КМКБ № 4»
Ваша Альбина Павловна Фокина

СЛОВО ВО СЛАВУ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 4

Краевое государственное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» – ведущее лечебное учреждение по охране репродуктивного здоровья в Красноярском крае.

История уникального лечебного учреждения больницы № 4 начиналась с небольшого роддома, к которому позже присоединилась гинекологическая больница на 70 коек. Дальнейшее расширение и развитие явилось ответом на растущие потребности в лечении гинекологических и андрологических заболеваний. В середине восемидесятых годов было принято решение о строительстве больничного комплекса, состоящего из четырех пятиэтажных корпусов, создания специализированных узкопрофильных клиник.

В 1986 году с открытием первых корпусов больница получила статус городской и до настоящего времени является основной клиникой города, где более 80 % пациенток получают специализированную акушерско-гинекологическую помощь.

В октябре 2011 года приказом главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска № 410 больнице присвоен статус клинического лечебного учреждения.

Сегодня больница оказывает первичную медико-санитарную, специализированную экстренную и плановую медицинскую помощь по акушерству и гинекологии, урологии, хирургии. Коечный фонд составляет 482 койки. 410 коек – круглосуточный стационар: 305 – гинекология, 55 – урология, 50 – хирургия, 12 – реанимация. Дневной стационар – 60 коек.

Ежегодно сюда обращаются за медицинской помощью 35–37 тысяч пациентов Красноярского края, рост обращаемости за последние 5 лет составляет 18 %. Более 20 тысяч госпитализируются и получают специализированную медицинскую помощь. В больнице выполняется более 14 000 операций всех видов и объемов (хирургическая активность составляет 70 %), количество эндоскопических операций по всем профилям составляет 66 %, по ургентной гинеколо-

гии – 80 % (что соответствует мировым показателям).

За счет внедрения современных малоинвазивных технологий, протоколов и стандартов медицинской помощи средняя длительность лечения по больнице сократилась за последние пять лет в 1,5 раза (с 8 до 6 к/д).

В лабораториях больницы проводится до 1 млн исследований в год.

Главное направление – улучшение репродуктивного потенциала населения Красноярского края. Ежегодно более 5 тысяч женщин в стационаре сохраняют беременность. В течение 23 лет в составе лечебного учреждения работает амбулаторный центр (Консультативно-диагностическое отделение) по лечению бесплодия. За это время население Красноярского края увеличилось на 8 000 здоровых малышей, чье рождение было запланировано и произошло благодаря врачам КГБУЗ «КМКБ № 4». При наличии показаний для применения вспомогательных репродуктивных технологий супружеские пары направляются по квотам за счет средств ОМС в центры репродукции; подготовлено и направлено на ВРТ 1 127 пациенток.

Одним из приоритетных направлений концепции развития здравоохранения является информатизация. КГБУЗ «КМКБ № 4» входит в pilotный проект по информатизации МО – все рабочие места оснащены компьютерами и оргтехникой, установлена медицинская информационная система qMS, внедрена электронная история болезни, продолжается работа по персонифицированному учету.

Анализ деятельности больницы свидетельствует об улучшении показателей работы. Последний факт объясняется актуализацией управлеченческой деятельности, направленной на улучшение не только количественных показателей, но и качественных, за счет постоянного внутреннего контроля над качеством оказания медицинской помощи, проведения оценки деятельности каждого врача по индикаторам качества оказания медицинской помощи; регулярного проведения врачебных



конференций с разбором случаев врачебных ошибок, с принятием мер по их снижению и предотвращению; соблюдением единых алгоритмов и стандартов ведения больных, контролем качества оформления медицинской документации в отделениях больницы.

При оказании высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи в «Красноярской межрайонной клинической больнице № 4» проводится научно-исследовательская и лечебно-педагогическая работа, т. к. больница является базой клинических кафедр КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого: акушерства и гинекологии, урологии, хирургии, анестезиологии и реанимации.

Из основных достижений и внедрений отметим:

Внедрение эндоскопических технологий при гинекологических заболеваниях с 1989 года, ургентной урологии и хирургии с 2012 года.

Разработка и внедрение в практику алгоритмов ведения супружеских пар, страдающих бесплодием, в регионе с 1990 г.

Дистанционная литотрипсия в регионе с 1994 г.

Система контроля качества медицинской помощи «Автоматизированных технологий экспертизы» (АТЭ КМП) в регионе с 2012 г.

Информационные технологии в медицинских процессах с 2013 г.

Новые методы анестезии с использованием десфлюрана (супрана) для проведения эндовидеохирургических операций с 2014 г.

Современные гелевые методики при подготовке к переливанию крови в 2014 г.

Шкалы оценки рисков и тяжести с оформлением протоколов в истории болезни: шкала степени тяжести панкреатита, шкалы оценки боли (визуальная аналоговая шкала «ВАШ») у послеоперационных больных; шкалы степени риска тромбоэмболических осложнений по «Caprini»; порядок проведения антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии у оперированных больных; шкалы оценки тяжести реанимационных больных по «APACHE» и «SOFA» в 2012–2014 гг.

Разработка региональных стандартов оказания медицинской помощи по профилю гинекология с индикаторами контроля исполнения с 2014 г.

Доведение уровня эндовидеохирургических операций до 66 % по всем профилям до 80 % по гинекологии в 2015 г.

Снижение показателя средней длительности пребывания в стационаре в 1,5 раза за счет увеличения интенсивности и внедрения современных технологий и стандартов лечения в 2013–2015 гг.

Награждены дипломами I-й и II-й степени Всероссийского конкурса врачей Министерства здравоохранения РФ врачи КГБУЗ «КМКБ № 4» в номинациях: «Лучший врач лабораторной диагностики» и «Лучший руководитель медицинской организации» в 2014 году; II-й степени в номинации «Лучший врач акушер-гинеколог» в 2015 г.

Создание call-центра 2015 г.

На предстоящей Универсиаде в 2019 году больница будет оказывать медицинскую помощь при экстренных ситуациях гостям и спортсменам по профилю заболеваний: гинекология, урология и хирургия.





страницы летописи

«УДАРНИЦА» – СТРАНИЦЫ ЛЕТОПИСИ



Александр Викторович Степаненко

Городскую клиническую больницу № 4 часто даже в официальных документах именуют гинекологической больницей.

И, действительно, «Четвёрка» – одна из немногих больниц в стране (а за Уралом – единственная), которая по праву может называться гинекологическим центром, где оказывают специализированную плановую, экстренную и консультативную помощь. Сколько человеческих жизней было спасено, сколько детей родилось благодаря высокому профессионализму сотрудников больницы – не счесть!

Специализированная гинекологическая больница была создана по инициативе Александра Викторовича Степаненко.

Он не только задумал новое специализированное медицинское учреждение, но и воплотил задуманное в действительность, вдохновил и повел за собой целый медицинский коллектив.

Первыми его коллегами стали: Т.А. Фефелова, Т.И. Радченко, Т.В. Выговская, Е.И. Кишиневская, Н.Я. Литвинова.

Работал он и с настоящими мэтрами гинекологии и анестезиологии: К.Н. Оводовой, Е.С. Калач, Г.И. Аверьяновой, Е.А. Ляпуновой, Г.Н. Межовой, Т.М. Арсентьевой, В.А. Морозовой, Н.В. Дваранаускене, К.В. Кауровой, В.П. Карпачевым, А.Р. Халиулиным, Г.М. Кузнецовой.

Александр Викторович от каждого сотрудника требовал тщательного анализа собственной работы. Благодаря такому подходу были воспитаны кадры высочайшей квалификации.

А. Степаненко хорошо разбирался в людях, сам проводил собеседование с новыми сотрудниками, не жалел сил и средств на обучение молодых специалистов. За достаточно короткий срок он сумел сплотить коллектив, разглядел в каждом сотруднике высокий потенциал и помог его реализовать в работе.

Каждый день в больнице проводились рабочие планёрки – на них выясняли: сколько операций сделал врач, какой объём медицинской помощи выполнен в клинике в целом, нет ли послеоперационных осложнений.

А. Степаненко говорил, что заведующий отделением любого учреждения должен присутствовать при строительстве больницы с возведениями стен и до вбивания последнего гвоздя, чтобы потом не тратить время, нервы, средства на устранение недоделок. Но, несмотря на активную позицию создателя больницы, никто не верил, что в Красноярске будет открыта подобная клиника. И всё же, 1 октября 1986 года состоялось открытие первых двух корпусов.



страницы летописи



Возглавил больницу Александр Викторович, а заместителем главного врача по медицинским вопросам стал Юрий Александрович Фокин, заведующими отделениями:

экстренной помощи – Клавдия Владимировна Каурова;

плановой хирургии – Надежда Вячеславовна Дваранаускене;

остсложнения беременности – Татьяна Васильевна Выговская;

эндокринологии – Галина Васильевна Красавина.

В 1990 году были выстроены третий и четвёртый корпуса, а больница получила статус «Городской больницы № 4».



Заведовали отделениями профессионалы высочайшего уровня – Н.С. Кан, Н.Я. Литвинова (лауреаты премии им. профессора М.Д. Гутнера), Т.В. Выговская, О.Ф. Позднякова, Е.И. Кишиневская, О.Н. Тищенко, Т.И. Радченко, Г.В. Кадулина, М.И. Кожевникова, А.А. Барановский.

Главная медсестра больницы Г.М. Кузнецова работала с момента создания больницы.

Александр Викторович мечтал, чтобы работа в медицинском учреждении соответствовала мировым стандартам. Кроме семи гинекологических отделений, были открыты первое в крае андрологическое отделение, урологическое отделение, краевой центр реабилитации репродуктивной функции.

Было создано одно из лучших в крае лабораторных отделений, в состав которого вошли лаборатории:

клинико-биохимическая;
иммунологическая;
серологическая;
бактериологическая;
патогистологическая;
гормональная.

Были внедрены немедикаментозные методы лечения: физио-, лазеро- и игло-рефлексотерапия.

А.В. Степаненко был в курсе последних



страницы летописи

новинок в медицине, хорошо знал перспективы развития гинекологической службы. Благодаря личной поддержке директора завода «Красцветмет» Гулидова в 1998 году была приобретена ультрасовременная эндохирургическая стойка «Карл Шторц», которая позволяла проводить лапароскопические и гистероскопические операции.

Затем в больнице появилась очередная новинка – бесконтактный литотриптер, который позволил широко внедрить в работу современные методы лечения мочекаменной болезни и поставить их на поток. А ведь эндохирургия только начинала внедряться в работу столичных клиник.

Александр Викторович торопился жить, себя не жалел, перенёс не один инфаркт миокарда, две клинические смерти, и за два дня до 50-летия его не стало. На похоронах звучала песня «Люди в белых халатах», как он просил перед смертью.

С 1994 года больницу возглавил Юрий Александрович Фокин. Квалифицированный и опытнейший хирург, ученик Александра Викторовича, он достойно продолжил дело своего учителя.

В больнице выполняются сложные полостные и эндоскопические операции. Ведётся работа с супружескими парами, страдающими бесплодием. Развивается урологическая служба, внедряются новые лабораторные методики. Больница продолжает оказывать плановую, консультативно-диагностическую, экстренную помощь в круглосуточном режиме



Юрий Александрович Фокин

жителям Красноярска и Красноярского края.

8 марта 2008 года на 50 году жизни Юрий Александрович Фокин скоропостижно скончался.

В настоящее время больницей руководит Альбина Павловна Фокина, врач высшей категории, известный организатор здравоохранения с 18-летним стажем работы.



страницы летописи

НЕУЕМНЫЙ РЫЦАРЬ МЕДИЦИНЫ

Оперировали больную с рискованным сроком беременности. Остановилось сердце. Пациентку спасли, но открылось внутреннее кровотечение и нарушилась свертываемость крови. Женщина вновь погибала. Тогда хирург, оперировавший её, лег рядом на каталку и прямым переливанием отдал свою кровь. Он заранее знал группу крови оперируемых, если их данные совпадали, мог в любой момент стать донором. Такие случаи в его практике встречались нередко. Про медиков, подобных ему, в народе говорят: «Врач от Бога».

В жизни доктора Степаненко возникло немало драматических ситуаций и этот удивительный человек всегда был готов к жертвенности... Вот только себя не сберег: навсегда ушел, не дожив пару дней до золотого юбилея...

Саша родился через два года после Великой Победы. Появление младенца совпало с днями Рождественских святок. Отец имел фамилию Кожемякин, но мальчика воспитывала мать с отчимом, который и записал приемного сына под собственной фамилией Степаненко.

Пацаны красноярской Николаевки слыли задирами и футболистами. В среде последних состоял и Сашок. Лето частенько проводил в пионерском лагере. Однажды, участвуя в футбольных баталиях, сломал ногу. Таким его впервые увидела ровесница Аля. Позже скажет: «Мне стало паренька жалко: худой, высокий, беспомощный...». Потом в 75-й школе встретились за одной партой. Аля слегка подсмеивалась над одноклассником, подмечая:

– Саня, ты всегда разный, иногда красивый, выразительный, а, бывает, и на артиста Филиппова похож...

После 8 класса на выпускном вечере Алла и Саша грациозно танцевали модный танец «Липси...» Она изящная и стройная в белом легком платье, он торжественный при черном галстуке в строгом костюме. Девушка смущенно глядела в сторону, а юноша – только на нее... Больше они не расставались. Алла продолжала учебу, а Саша бежал впереди себя, видно предчувствуя фатализм судьбы, спешил, спешил и спешил жить! Определился в «вечерку» и работал в медицинском институте лаборантом. Год выгадал.

И наконец невесте Аллочке сообщил: «Свершилось! Я студент медвуз»! Вскоре они поженились. Он яростно овладевал знаниями, говоря: «Ошибок медикам Господь не прощает!». Со спортом оставался в ладу – на первом курсе увлекся ручным мячом. Вновь отчаянный парень набивал синяки, а мать говорила: «Ничего, Саша, крепче будешь на изломе». На третьем курсе, ожидая первенца и тревожась за супругу, решил, что станет заниматься родовспоможением и помогать больным женщинам. Поэтому специализировался по профилю «Акушерство». После окончания вуза трудился врачом в роддоме № 2. Закончил ординатуру...

По завершении учебных виражей состоялся взлет: Александра Степаненко назначили главным врачом четвертого роддома. Судьба яростно вела в гору, но его трудоемкие тропы оборвутся накануне пятидесятилетия...

Пока же впереди была жизнь: много дней, ночей, любви, разочарований, преданности, предательства, друзей, зависти врагов, тревоги, борьбы и всегдашнего его восхищения милыми дамами, незабвенными коллегами. Подрастал сынушка Вадик – гордость отца. Алла Константиновна работала инженером на радиозаводе и в кругу близких смеялась: «Как родился наш сынуля, Саня от радости напился так, что свалился в канаву и приятели счастливого папашу оттуда извлекали!». Так бурно, по-русски отмечал появление наследника.

Совместное сподвижничество в двух «четверках» – роддоме и гинекологии коллеги вспоминают с тихой печалью и гордостью. Незримая связь с неординарным человеком и доктором проявлялась всегда... Его же последнее и незабвенное детище – гинекологический комплекс на улице Кутузова – стал уникальнейшей лечебницей страны.

И добрые слова коллег, товарищей, благодарный поклон их доктору Саше...

Его преемник **Юрий Александрович Фокин**, главврач гинекологической больницы № 4, которого Александр Викторович обдуманно пригласил на высокую врачебную должность, открывает занавес воспоминаний:



страницы летописи

– С Александром Степаненко работали вместе с 1984 года. Он меня вырастил, всегда приглядывался к его работе и все степаненковское воспринимал глубоко. Продолжаю и теперь его дело, как молчаливо завещал учитель.

Да забудется ли первая встреча с ним! Семнадцать лет назад в клинической ординатуре я был врачом-дежурantом и меня направили в четвертую гинекологическую больницу, находившуюся в Ленинском районе на улице Ползунова. Главный врач Степаненко так мне объяснил дорогу: «Сядете на трамвай, выйдете на остановке «Школа» и пойдете в сторону Енисея, где увидите два корпуса нашей клиники». Отправился по данному маршруту, дошел до самого Енисея, а клиники не обнаружил. Поинтересовался у прохожих и мне показали два приземистых, шлакобетонных, полуразрушенных бара-ка, послевоенной постройки, возведенных японскими военнопленными.

Через два года наша клиника переехала на проспект им. Газ. «Красноярский рабочий», 22, в здание бывшей «вечерки». Там Александр Викторович за несколько месяцев отремонтировал помещение: в операционные вмонтировал необходимые лампы, провел кислородные аппараты. Но уже к 1 октября следующего года въехали в первый и второй корпуса на улице Кутузова, вскоре сданы были и остальные два здания. Десять лет назад изменился титул, и больница стала называться городской... Александр хотел, чтобы работала клиника по мировым стандартам. Ведь у нас, кроме гинекологического отделения, имеются урологическое и андрологическое. В составе больницы находится и поликлиника, имеющая статус краевого центра по коррекции репродуктивных функций человека. Работаем не хуже, чем врачи зарубежных клиник. В этом большая заслуга Александра Викторовича. Кстати, он считал, что медицина должна быть страховая. Вообще был тонкий дипломат, ладно у него все выходило. Имел чувство вкуса, эстетики, из скромных средств создавал уют. Любил вместе с коллективом встречать семейные праздники, дружить домами. Частенько совместно отдыхали на Красноярском море, слушались и курьезные ситуации...

А вот что говорит **Клавдия Владимировна Каурова** – заместитель главного врача по организационно-методической и экспертной работе, опытнейший акушер-гинеколог с практическим стажем более 42 лет. Она в



1986 году ходатайствовала о награждении А.В. Степаненко орденом «Знак Почета»:

– У нас в 4 роддоме случился пожар, денег на ремонт не дали. Мы сами все делали, а когда закончили, ох и повеселились же: пели и плясали во главе с главным... Саша – врач от Всеышнего, часов приема на его кабинете никогда не было, да и не сидел там, а вечно находился в отделении. Понимал больных и воспринимал очень по-человечески. Мог схватить пациентку и на руках отнести в ванную, чтобы обмыть кровь. А эта больница на ул. Кутузова – им рожденная и выстраиванная. Разузнал как-то про выстроенные общежития и вышел на руководство края. Сам чертил и проектировал клинику – с сигнализацией палат, подводом туда кислорода, с функциональными кроватями. Дотошный по характеру, завел автономную бухгалтерию. Оказывался в курсе всех научных новинок. Лучшие кадры собирали себе. Постоянно говорил: «Учить надо молодых!». Его кредо – практика. И часто повторял: «Заведующий отделением должен ассистировать, а врач – оперировать, в этом и заключается ценность учебы». Постоянно анализировал отчет врачей: сколько у каждого из них операций? Каков их объем? Помощь ассистентов им? Как они прошли? Не было ли послеоперационных осложнений?

Таков он весь...

Не мог промолчать о бывшем главном враче и его заместитель по лечебной работе, кандидат медицинских наук **Иван Иванович Евдоченко**:



страницы летописи

– Работать со Степаненко было интересно. Организатор один из лучших в здравоохранении. Создал коллектив коллег, сформировав его основу: четверть врачей высшей категории, более половины гинекологов. Врачи владеют разными методиками. Многое, что тут введено было впервые в крае: эндоскопия, лаборатории – гормональная, серологическая, иммунологическая, патогистологическая, бактериологическая. Открыт краевой центр реабилитации репродуктивных функций, специализировалась в 1991–1994 годах в Германии...

Оперировал Александр Викторович в полном объеме. А в 1988 году пережил первый инфаркт, затем две клинические смерти. Но любил все, как нормальные мужики. Ведь человек был неординарный...

Долгие годы судьба к судьбе, аж с 4 роддома, шли рядом «главный» и **Тамара Аркадьевна Фефелова**, заведующая клинической лабораторией:

– С 1975 года мне посчастливилось с ним работать и дружить. Тогда в роддоме заведовала я клинико-биохимической лабораторией. Мне сказали: «У нас появился врач: молодой, высокий, красивый». Через некоторое время заходит в лабораторию мужчина без халата, оттого сразу его и выпроводила. А когда вошла в кабинет к новому главному врачу, узнала того незнакомца. Он улыбнулся: «Будем знакомы, я довolen Вами, что выперли меня, лаборатория, конечно, не проходной двор...».

Два раза в год устраивалась в роддоме санмойка: что-то нужно было побелить, подкрасить и с утра до вечера торчали мы там с мужьями. Взбадривали главный и профсоюз: участвовали в конкурсах, добывали премии, а средства шли на общее веселье. Злобы, клеветы и стрессов в коллективе не было. Однажды сказал: «Все, бросаю вас, ухожу на Ползунова». Но со своими кадрами не расставался. И сюда, на ул. Кутузова, как мы шутили, забрал свой гарем и бабку повитуху. Этот удивительный человек шел и шел все время вперед. Мозги на месте, и птица он дальнего полета.

В наше дело вроде бы не вникал, но при случае не деликатничал, да и на мякине его не проведешь. Говорил: «Прозондируйте ситуацию и обоснуйте, для чего это надо...».

При нем, в 1995 году, приобрели технически совершенный аппарат ЛДП – американский биохимический анализатор.

Пошутит, бывало, грустинку нашу снимет и произнесет: «А теперь, голубушка, давай вопросы решать...». И никогда его «на большой лопате не объедешь...». Экономически соображал грандиозно. Любил повторять: «Дураков учат их же оружием». К нам ездили учиться. Швейцарцы, например, замечали: «Оперируете окей, а техники нет...».

Александр сам круглосуточно дежурил, однажды там и упал. Увезли в 20 больницу. Все его навещали и он, как ребенок, каждому радовался. Довольно скоро поднялся после первого инфаркта. Отец его рано от сердца умер и Александр переживал: «Интересно, переживу я его или нет...».

После операции в Германии он вернулся и рассуждал: «Такое бы оборудование, как у немцев, нам, а доброты и золотых рук у врачевателей России хватает. Там сервис высочайший, а глаза у медиков стеклянно-оловянные». И строчки читал, кажется, цветаевские: «Глаза без всякого тепла, то зелень старого стекла».

Тамара Аркадьевна, улыбнувшись, добавила: «Смелый, отчаянный был человек, а вот палец для анализа уколоть боился...

Последнее время был заместителем главного врача по экспертным вопросам и замечал: «Жизнь хреновая пошла, хрумкало ландринчи». И добавлял: «Но ведь есть нам что вспомнить...».

Я когда услышала о его смерти, так и села в сугроб».

Сын поставил ему памятник с портретом. С какой стороны ни подойдешь, все на тебя смотрит. Мы приходим к нему, польем слезами могильный холмик и поплачемся: «Худо нам, Степушка, без тебя...».

Его считает своим учителем и **Татьяна Васильевна Яговская**, заведующая септическим отделением, врач высшей категории:

– Александр Викторович хирург во все Господа, делал все объемы операций. Имел дар провидения, видел перспективы развития гинекологической службы, разбирался в людях, развивал талант начинающих врачей, а во время операций давал самостоятельность. Доступен, и не было около него «подметания хвостом». Неразрешимых проблем Александру казалось мало. Видел отношение врача к больным, не допускал никакой халатно-

страницы летописи



сти. Очень жалел женщин и не дай Бог, к примеру, аборт без обезболивания!.. Степаненко специалист по акушерству, гинекологии, анестезиологии. Мог сделать любую операцию. Старался применять в клинике новые методы лечения.

Повышал уровень квалификации врачей. Посыпал многих в Ленинградский институт усовершенствования...

В 4 роддоме дни рождения отмечали вместе, ходили друг к другу в гости. Становились победителями социалистических соревнований, участвовали в конкурсах на звание «Лучший по профессии». Была я председателем месткома. Он мне наказывал: «Пиши сценарий!». А потом сам увлечется и включится...

Новое здание на ул. Кутузова – четыре пятиэтажки гостиничного типа. В операционный блок, допустим, нужна бестеневая лампа, надстраивали потолки, переделывали разводку воды. Создана эндоскопическая лаборатория, каталог со специальными уникальными дорогими образцами. Не верили, что в Красноярске будет открыта подобная больница... Выстрадано все!..

Когда появилась больница, каждый день проводил «разбор полетов». Спрашивал строго: «Как ты обмыслила случай?» Требовал скрупулезный анализ. Жалел и берег людей, но только не себя. Азартный, жизнерадостный, с пиратским оптимизмом.

Шаблонов в поведении не было, только новизна и оптимизм. Анекдотчик. Благодарный человек, последнюю рубаху отдаст. Русский патриот, крещеный. С друзей спрашивал больше, старались соответствовать и его не подводить. Вот только в жизни часто «забивал голль» в хрупкие ворота своего сердца... Обожал песню «Люди в белых халатах». Как-то сказал: «Танька, обещай, если умру, что споешь эту песню на моей могиле...». Погибал тяжело, вагиной, никак не хотел покидать жизнь...

Песню же исполнила на поминальном обеде...

Инициатор создания очерка о своем шефе **Тамара Павловна Шарова**, главный бухгалтер, рассказывает об Александре Степаненко живо и восторженно, грустно покачивая белокурой головой:

– С 1988 года я здесь. До этого не было тут своей бухгалтерии. Он пригласил на работу и сказал: «Вот тебе кабинет, машина и что хочешь, то и делай: ищи знакомства, открывай счета». Настырный, видел всегда перспективу на много лет вперед, к примеру, чувствовал страховую медицину. И появилась она у нас раньше, чем в других регионах России. Хирург был отменный. Создал уникальное направление в крае по андрологии... Первые компьютеры в городе получили и хранили в кассе.

А сколько сам разгрузил мебели, надевая цветной больничный халат. Холодильники «Бирюса» на собственной спине на пятый этаж затащивал... Да только ли это... «Степа», так ласково звали его, отругает, что стены падают, и вскоре отойдет. А мы только и заметим слегка: «Батяня что-то не в духе...». Это с ним, правда, редко случалось. Жить торопился, на запреты врачей не обращал внимания. Курил, кофе пил «ведрами», предпочитал острые корейские блюда и солености, да еще кильку в томате...

Хотели на юбилей ему банкет закатить, а пришло – поминки... Пятый год пошел, как не стало дорогого нашего человека, но дня нет, чтобы его не вспоминали.

Часто думаем, а как бы Степаненко это решил, но никогда о том не угадаешь.

Продолжает повествование **Тамара Ивановна Радченко**, заведующая отделением диагностики и лечения бесплодия:

– Нравилось Александру Викторовичу людей вдохновлять и организовывать на все хорошее. Стремился вперед, виртуозно оперировал. Заканчивала я аспирантуру, он пригласил сюда. Выхлопотал и два служебных автобуса для коллектива. Думал о нас...

Тепло, по-дружески говорит об Александре Степаненко **Надежда Сергеевна Кан**, заведующая отделением экстренной помощи:

– Кадры взращивал до высочайшей квалификации. К примеру, я училась в Московском центре перитологии месяц, посыпал за счет фонда главного врача. Генератор идей, но и учитывал мнение других. Чинопочтания не признавал. Хороший друг и человек. Многим помог с квартирой, к примеру, мне и Фокину. Умел готовить, а я ему подсказывала оригинальные блюда. Великолепно импровизировал и имел сто штук на каждый день...

А **Татьяна Всеволодовна Андреева**, заведующая гормональной лабораторией, думается, до сих пор не отошла от обрушившейся на коллектив беды:

– Он был самым молодым главным врачом в городе, ведь в 28 лет возглавил роддом... Простой николаевский пацан, но руководитель государственного масштаба. Его бы на министра здравоохранения!. Интересный, неординарно мыслящий ум. Обязательно для пользы дела найдет лазейку из многих правил. Внедрил немедикаментозное лечение: физио- и лазеротерапию, иглоукалывание. Хотел соорудить зал лечебной физкультуры и бассейн с сауной.

Не успел. Но разве мало создал и применил!.. Все документы и статистику компьютеризировал, продумывал программы. У каждого сотрудника имелся свой рейтинг: внутренняя аттестация в клинике, модификация. Развивал нашу службу, создал 6 лабораторий. Впервые в крае появилась иммuno-диагностическая система для определения гормонов в крови пациента. Задумывался над оборудованием лаборатории искусственного оплодотворения. Но пришла первая клиническая смерть...

Женщиной он любовался, обращался к пациенткам и к нам: «Лапушка моя...». Его любили все.

Жене Ларисе Николаевне Прокиной, нашему экономисту, перед кончиной сказала: «Вот и все, пошли деревянные ритмы... Прощай!»

Татьяна Андреева, тонкая и одаренная женщина, посвятила Александру Викторовичу стихи. Они прозвучали у его домовины:

*Он слыл отчаянным и смелым,
В окруже не было таких.*

*И главврачом стал сверхумелым,
Работал лихо, за троих!
Мы в Вас влюблялись все по кругу,
Наши неуемный атаман.
В беде не раз помог он людям,
Поскольку другом был всем нам!..*

...Вновь обращаюсь к сухим строчкам выписки из трудовой книжки А.В. Степаненко, дохожу до последней записи, за 10.01.97: «Отчислен из списков в связи...».

Не хочу до конца читать и фиксировать в очерке роковую кончину «неуемного stoika и рыцаря-врачевателя». А каково тем, кто его любил. Знал и был им остановлен у кромки беды?!

К последнему его приюту, кроме сына и коллег, часто приходят с цветами две дамы – его первый восторг Алла и последний родник вдохновения Лариса...

Алла Константиновна сказала: «Он так решил и зла не держу. Все поглощают любовь и тоска от утраты...».

...В клинике, как и хотел ее первый главврач, открыта часовенка, а внизу доска с портретом и именем ее основателя. Так смог увековечить своего друга, учитель Юрий Фокин.

Коллектив подумывает и о присвоении клинике имени Александра Степаненко. Полагаю, так и должно быть... Неуемный доктор Саша уютно и прочно расположился в сердцах тех, кто был рядом. Оттого эта светлая личность забвению не подлежит...



страницы летописи

ДОКТОР, СУПРУГА ДОКТОРА, МАТЬ ДОКТОРА



Альбина Павловна Фокина

Царственная дама Маргарита Николаевна Блохина — Алина учительница танцев. Ах, как она грациозно показывала воспитанникам движения. Девочка их старательно повторяла и радовалась, что мама её записала в ансамбль «Бей барабан»

Занимались в красивейшем здании Красноярска, на проспекте Мира, 76. Стариный купеческий дом по проекту архитектора А. Чернышова принадлежал детям, там располагался Дворец пионеров и школьников. Вблизи находилась 33 школа, где училась Альбина, а рядом дом с их квартиркой. Везде же Алю сопровождала мудрая бабушка Катя, мамина мама. Это она в раннем детстве привезла внучку в свою деревеньку в Кемеровской области и тайно в церквишке покрестила. Там имя ей дали православное Алефтина. Теперь юная христианка знала, что «Бог все видит, а его помощники — ангелы будут помогать ей всегда». Родители «большой секрет» узнали не скоро.

Матушка Валентина, начинавшая трудиться швеей, получив высшее образование,

была уже директором фабрики «Заря» и, разумеется, коммунисткой.

И Альбина прошла все школьные этапы советского времени: октябрьские, пионерские, комсомольские. Они с ансамблем «Орлёнок» и руководителем Верой Николаевной Гудовской побывали на гастролях в Артеке.

Детство, юность вспоминает Альбина без тени грустинки. А взрослая жизнь не бывает без утрат и потерь.

А теперь, когда не стало незабвенного супруга, она, как в заветное убежище, вырвавшись из плена забот, садится в трамвайный вагончик, идущий по маршруту «Красноярский рабочий — КрасТЭЦ», и путешествует по сокровенным сплохам судьбы... Вот они с Юрий стоят у окна, в конце вагона: шутят, смеются, разговаривают. Её избранник дружил с юмором...

А перед этим были годы медицинского института — одного из лучших вузов страны. Альбина окончила в 1984 с отличием, в дальнейшем десятилетие (после клинической ординатуры) трудилась врачом (акушером-гинекологом) в Красноярской краевой больнице № 1. Позже её назначили заместителем главного врача КГУЗ «Красноярский консультативно-диагностический центр медицинской генетики». И с марта 2008 года работает главным врачом больницы № 4 на улице Кутузова.

На все ипостаси нужны сила, воля, знания. С детства её строго воспитывали: отец Павел, бывший флотский, позже начальник производства и мать Валентина — руководитель крупного масштаба. Она была даже делегатом 25 съезда КПСС. И, вернувшись из Москвы, как-то после совещания в Доме политпросса она вместе с директором завода «Красмаш», генералом Виктором Кирилловичем Гупаловым заходила к нам домой «на чай». Они воодушевленно рассказывали об экономических задачах, стоявших перед «генералами сибирского производства». Мой супруг Анатолий Михайлович Ануфриев, журналист, «репортер эмоций» предлагал сфотографироваться на память у граммофона. Но Виктор Кириллович отказался, пояснив, что ему это запрещено... Это я сразу поняла, выросшая среди людей номерного аффинажного завода (теперь он — завод Цветных металлов и золота), где трудилась

мама со дня основания. Она говорила: «Тайны государства это святое...». Кстати, родители Саши Грязы (знаю его с детства), одного из первых урологов гинекологической больницы № 4, — ветераны завода, оттого он там заказывал редкое оборудование для урологической службы.

Тогда Валентина Ивановна приглянулась нам — умом, прозорливостью, мягкой улыбкой, приятным голосом, особой женственностью и привлекательностью. Муж, порой, говорил: «Валентина Иванова напоминает где-то героянью из кинофильма «Москва слезам не верит». Простая белошвейка, а потом директор фабрики, начальник Восточно-Сибирского управления швейной промышленности.

Вот в такой семье росла их дочь. Альбина подмечает: «Мама предпочитала классический стиль и меня одевала скромно. Всегда шила сама на «подольской» машинке». Было у девочки выходное платьице — бордовое в горошек, с морским воротником. Правда, наряды Але расшивали вышивкой на фабрике в экспериментальном цехе. А в 12–13 лет иногда демонстрировала подростковую одежду.

Грациозная, пластичная черноглазка изящно представляла фабричные модели. Однако ничем среди сверстников не выделялась.

Христианка баба Катя единственную внучку наставляла, что одежду ей надо носить, занавесив коленки, а нижнюю юбочку



непременно надевать под платьице, а во взросlostи супруга почитать, не перечить, он Богом дан. Сама носила ситцевые юбочки, кофты, белый передничек, головной платочек... По праздникам у Ивановых пахло пирогами, шаньгами, тушеной капустой и картошкой. Оттого и Альбина вышла не капризной и гостеприимной. Баба Катя родила и воспитала девятерых детей, правда, у Вали была только Аля. Многие из них приезжали по престольным датам, останавливаясь у Ивановых в небольшой двухкомнатной квартирке. Ох, какое веселье случалось, когда дядя Коля разворачивал гармошку. Детей же за стол не садили...

И позже, когда Альбина была замужем, она по воскресеньям по утрам угощала домочадцев тонкими золотистыми блинами и румяными оладушками.

В последнее время её память листает странички жизни. Кстати, к юбилею мама Валя сделала ей уникальный фотоальбом. Там пути-дорожки её девочки. Учитель 33 школы Валентина Марковна Марьясова, биолог, мечту передала своим воспитанникам. Аля старалась прилежно учиться: в вестибюле солидного здания (рядом с краевой библиотекой) на маминой работе висела доска «Наши дети. Их учеба, достижения». Ох, как стыдно было бы Але подводить родителей, опорочить память о дедушке, погибшем на войне!

Стараниями пионерка Аля Иванова заслужила поездку во Всесоюзную детскую здравницу «Артек» в августе 1976 года. Определили в дружину «Озерная», где отдыхали иностранные ребята (из Кубы, Польши, ГДР). Приезжали к ним композиторы Ю. Чичков и В. Шайнский. Тогда Альбина и услышала «Артековскую клятву» на стихи моего супруга. Строки гимна «Артековец сегодня — артековец всегда» — помнит до сих пор. Они стали её кredo.

Альбина Павловна признается: «Бешеным ритмом жизни заразил меня Артек!».

И это правда — медицинская вотчина, которой руководит А.П. Фокина, огромная, сложная, бывает, драматическая. Всем этим особым миром умело управляет: понимает, знает, сочувствует. Она всегда внутри медицинской стихии!

В старших классах школы посещала подготовительные курсы медицинского факультета. Так определилась с будущей профессией.

Стала студенткой лечебного факультета медицинского института. Куратор группы Галина Юрьевна Медведева, преподававшая гистологию, однажды перед первокурсницами попнутила: «На четвертом курсе учатся, может, женихи ваши будущие, ох и



страницы летописи

кр-ра-савцы!» И девочки побежали поглядеть на них. Действительно, прямо «богатыри дядьки Черномора» – высокие стройные, видные – загляденье...

А кто тогда думал, что сойдется Алина дорожка с одним из них. Специализировалась Иванова по «Акушерству и гинекологии». Руководил кафедрой Илья Исаакович Усоскин, он терпеливо умел выслушивать студентов, давать рекомендации по обследованию. Интересные лекции читали Тамара Николаевна Берзон – по гинекологии, Анна Ивановна Шаламова – по акушерству.

По окончании вуза Альбина Павловна пришла в гинекологическую больницу № 4, располагавшуюся временно в районе Дома культуры «КрасТЭЦ». Там вновь увидела в кабинете Юрия, предмет студенческого любования.

Юрий Александрович строго взглянув на молодого доктора заявил: «Нам ординаторы не нужны!» И поначалу её не замечал. И взгляд его словно «говорил»: «Ходят девушки-пичужки, умничают, мешаются». Но упрямая «артековка Аля» не отступала, хотела самостоятельности. И Ю.А. Фокин сжался: «Иди оформляй историю!»

Позже узнали, что Фокины – братья-близнецы, оба врачи, как их мама Галина Дмитриевна – главный врач родильного дома № 4. Комментарии излишни: их профессия заложена в сердечки с детства...

И Юрий вскоре обратил внимание на умную решительную смелую девушку, умеющую водить автомобиль белые «Жигули». Тогда это было в редкость. Однажды после работы сели вместе в прицепной вагончик трамвая и проговорили до конечной остановки «Поселок имени 1 августа».

Альбина любовалась Юрием: его остроумием, мягким взглядом, галантностью, внушительной мужской фигурой. И сердечко её, как мороженое, расстяжало...

Их таинственный и трепетный роман длился год. С Фокиными-родителями Аля познакомилась за месяц до свадьбы. Альбина Павловна тихо произносит: «Я всегда была женой своего мужа!» О любви Юрий не говорил, но она-то знала, что страстно любима. Появились дети-погодки, супруг стирал пеленки, водил их на прогулку, устраивал домашние веселья... Позже ездили на отдых вместе. В компании, было, скажет: «Иди же, милая, танцуй, а я полюбуюсь!» А то и сам приглашал повальсировать, при этом подмигивал и озорно шептал на ушко: «Ты еще, дорогая, не знаешь, как в танце я коварен!» Купили домик в деревеньке Крутой. Юрий к огороду был равнодушен, увидев, что жена с

детьми возятся там, выйдя на крыльце, с усмешкой, как барин, изрекал: «Я за вас рад, мне нравится общественный труд на мое благо!» Но на него не обижались. При Юрии у них был великолепный розарий, после его ухода – цветы погибли...

Альбине Павловне Фокиной нравится выражение В. Маяковского «Светить всегда, светить везде!» Оттого она и после неожиданной кончины – 8 марта 2008 года – супруга, признается: «Всегда улыбаюсь, пряча печали и горести!»

А держат её на белом свете семья: дети, мама, любимая работа. Альбина уверяет: «Я прежде всего доктор!» И действительно, она «Отличник здравоохранения» (с 2003 года), с большим опытом и практическими знаниями, особенно в области нового направления в клинической медицине – пренатальной диагностике. Автор научных статей, одна из разработчиков краевых нормативных документов по развитию медико-генетической службы в нашем регионе.

А.П. Фокина с гордостью заявляет: «Внедрение эндоскопических технологий, особенно в экстренных случаях, – это особое достижение в гинекологии нашей клиники. И в России нет такого широкого охвата, в особом лечении гинекологических больных, как у нас!» Имеет сайт (с 2010 г.). С тех пор на её кабинет пришло 1 600 обращений. Всем помогает...

Вот такая она Аля, Алефтина, Альбина Павловна Иванова-Фокина – стоик и бесребренник. Так учила мама, когда-то имевшая высочайший Олимп «Министра легкой промышленности (по современному – а в жизни скромница).

Поддерживают Альбину коллеги, друзья, особенно брат мужа – Володя. Выросли дети, подрастают внуки. Сын Алеша после смерти отца сразу повзрослел. Фокины младшие окончили медицинский вуз. Алексей Юрьевич – заведует здесь оперативным блоком, у него двое детей – Наташа и Аня. Екатерина Юрьевна работает в Перинатальном центре, недавно родила сынишку Илью. А когда Алю спрашивают: «Почему девятый год одна, без мужчины?!» С печалью отвечает «А разве я могу кого-то сравнить с моим ненаглядным Юрочкой?! Таковые еще не родились!»

На правой руке её, где был супружеский обручальный подарок, теперь кольцо с черным агатом... Это неразрывная связь с супругом и непогасшая вдовья тоска... Впереди долгая жизнь в белом халате, трудовая деятельность доктора докторов!

страницы летописи

ПРЕДВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО НАРОДА

Вроде бы обычное канцелярское название «кадры». И работа там простая — с документами, в основном с «трудовой книжкой»: «принял», «уволил», «спошил». Вот, пожалуй, и все. Аи нет, когда начальником этого ведомства (на предприятиях, организациях, учреждениях) является такая личность, как Людмила Александровна Булахова.

Характер же сформировался у Людмилы, когда училась в 66 красноярской школе и была избрана секретарем комитета комсомола. Это дало заряд неуемной яркой деятельности для дальнейшей жизни. Установка «Раньше думай о Родине, а потом о себе» идет с ней по жизни.

Людмила Александровна, окончив школу, получив высшее юридическое образование в московском филиале, всю жизнь вдохновенно трудится на «кадровом поприще». И повторяет: «Каждый человек индивидуален и чувствует расположение к нему».

Какую же красивую и чувствительную любовь подарила жизнь!

Познакомилась с Валерием Владимировичем, когда он, отслужив в Аджарии на границе, приехал по комсомольской путевке на строящийся в Красноярске завод КраМЗ.

Ох, как приглянулся веселой, бойкой, симпатичной Люсе кубанский казак. Они-то умеют девушек завораживать. Так он и сделал – двух хлощев народили и дочку. А в семье лад, не заплесневело их супружество. Дети выросли, внуки пошли, а у Валеры и Люды души по-прежнему крепко прислонены друг к другу.

Оттого и работа у Людмилы, и удачи в её кадровой стихии случаются часто.

Умеет быть верной в дружбе, более двух десятилетий делятся их товарищеские отношения с доктором Альбиной Павловной Фокиной. Познакомились, когда детей водили в кружки. Позже Альбина Павловна, став заместителем главного врача (КГУЗ) Красноярского консультативно-диагностического центра медицинской генетики, пригласила Людмилу руководить кадрами в их учреждении. Знала её порядочность, образованность, беспокойность и умение выполнять общее дело, как никто другой.

И А.П. Фокина позвонила ей одной из первых, ночью в час смерти её независимого



Людмила Александровна Булахова

супруга Юрия. Скоропостижно от него ушла жизнь.

И Людмила Булахова поддержала подругу, помогла поверить, что страницы её календаря еще долго будут переворачиваться, а жизнь Альбины продолжится в детях, врачебной работе. Да и в том, что рядом на белом свете живет её замечательная мама.

Вскоре предложили А.П. Фокиной возглавить клинику, где главным врачом был её Юрий Александрович. Людмила Александровна приглашена была уже на улицу Кутузова в гинекологическую больницу № 4. С их приходом появились новые традиции. Клиника, где замечательные достижения, уникальные специалисты, незаурядные люди, без остановок движется только к добру.

Людмила Александровна чуткостью, вниманием умеет сберегать и защищать коллектив, который они с Альбиной Павловной называют «командой».

Собеседница признается: «Стараюсь видеть в человеке личность!»

И действительно, она ПРЕДВОДИТЕЛЬ медицинского народа, с которым она ощущает ценность каждого дня.

страницы летописи

ВОПЛОЩЕННЫЕ МЕЧТЫ



Надежда Яковлевна Литвинова

Надежда Яковлевна с радостью сообщила: «Вчера мой внук, четвероклассник Женя, сказал: «А я всё-таки буду врачом!»

И это понятно: Надежда Яковлевна Литвинова много лет трудится в гинекологической больнице № 4, заведует 5-м отделением плановой хирургии. Коренная красноярка, дочь известного педагога, директора школы № 10, Якова Моисеевича Ша и Марии Петровны – преподавателя



английского языка Красноярского университета.

В Красноярский медицинский институт Надежда поступила в 1969 году. Занималась в студенческом научном обществе по профилю «Акушерство и гинекология». Акушерство вела Анна Ивановна Шаламова, гинекологию – Ольга Дмитриевна Крахотина.

Окончив вуз, вначале работала в родильном доме № 4 по руководством А.В. Степаненко совместно с врачами, с которыми до сих пор работает в больнице № 4 на ул. Кутузова, 71. В больницу же пришла по приглашению Александра Викторовича, который всю душу и опыт отдавал своей работе и, главное, своему коллективу.

Надежда Яковлевна неоднократно проходила циклы усовершенствования врачей в мединституте, на кафедре повышения квалификации постдипломного образования. Побывала и в других городах страны на выездных курсах.

Три десятилетия отдала она клинике. В пятом гинекологическом отделении трудились практически все врачи больницы, получая неоценимый опыт хирургической работы.

Н.Я. Литвинова говорит: «С приходом Альбины Павловны Фокиной произошло много улучшений: произведен качественный ремонт, появилось новое и очень нужное оборудование».

Надежда Яковлевна – лучший акушер-гинеколог Красноярского края 2001 года, обладатель премии им. профессора М.Д. Гутнера в номинации «Золотой скальпель», «Отличник здравоохранения», а с 2014 года – «Заслуженный врач Российской Федерации». Награду вручил губернатор Виктор Толоконский.

Сегодня можно говорить о создавшейся врачебной династии Литвиновых. Её супруг, Игорь Васильевич, врач-хирург ККБ № 1, зав. отделением колопроктологии. Сын Максим, врач-анестезиолог отделения кардиореанимации ККБ № 1, его супруга Елена, врач-невролог, кандидат медицинских наук. Родители невестки и её близкие родственники – тоже врачи!

Собеседница поделилась мнением: «У нас добрый, стабильный рабочий коллектив. О чём ещё можно мечтать?»

страницы летописи

ОПТИМИЗМ ЕЁ СПУТНИК

Жизненное кредо Тамары Ивановны Радченко: «Надейся прежде на себя!»

Так оно и есть: стоик, оптимист и непоседа. Частенько шутит: «Бабай из дома гонит». Тамара сама водит автомобиль много лет, с упением трудится на даче в чудесном местечке «Черемшанка», ходит на «Столбы», занимается йогой. И трепетно ухаживает за мамой, которой исполнился 101 год!.. Её родительница Галина Павловна Пучинская до войны окончила медицинский институт в старинном городе Иркутске. Стала терапевтом. А в военную горючину, с 1941 по 1945 год, несла тяжелую службу в санитарном поезде. Потом родным рассказывала с гордостью: «Всех раненых довезли до госпиталей, ни один в пути не умер. Впереди, случалось, составы взрывались, а мы словно заговоренные!» Была Пучинская коммунисткой, но будто генная память выталкивала слова: «Видно Бог хранил!» Их поезд прошел чуть ли не все места боев в Западном направлении, почти доехали до Берлина. Галина Павловна, имеющая фронтовые награды, – полковник медицинской службы в мирное время, работала главным врачом больнично-поликлинического объединения УВД.

Подоспело время, Тома попрощалась с родной десятой школой. Конечно же, у дочери фронтового врача, в 1966 году, путь лежал в Красноярский медицинский институт.

С нежностью вспоминает годы студенчества, особенно лекции профессора Абрама Танхелевича Пшонника, читавшего физиологию!

Субординатуру на 6 курсе Тамара прошла уже по выбранной специальности: «Акушерство и гинекология».

Листки календаря теребило время и начало грустный период – прощание с вузом.

Поначалу работала в родильном доме № 1, а когда его закрыли, перешла в только что открытый роддом № 4. Там познакомилась она с Александром Викторовичем Степаненко. Удалось перейти с ним в «клинику» (как он называл почти рассыпавшееся шлакобетонное двухэтажное помещение на улице Ползунова под номером семь). Вскоре гинекологическую больницу временно устроили в районе КрасТЭЦ в бывшей вечерней школе рабочей молодежи под номером «семь». Но «путешествия» к постоянной гинекологической «гавани» через год продолжались. Наконец-то обрели собственное пристанище на улице Кутузова, 71.

Кстати, Тамара Ивановна начинала работу в септическом отделении, где часто погибали женщины от криминальных абортов. Теперь подобных явлений почти нет. Тамара Иванов-



Тамара Ивановна Радченко

на объясняет это тем, что спасают пациенток щадящие методы абORTA, контрацепция и медикаментозные методы избавления от нежелательной беременности.

Т.И. Радченко заведовала 6 и 7 гинекологическими отделениями по лечению бесплодия, трудилась и врачом экстренной помощи. Медицинские работники проходили курсы эндоскопии. Сейчас внедрены новые технологии, оттого гинекологическая хирургия стала щадящей, особенно с появлением метода лапароскопии.

Раз в год доктора обязательно бывали на конгрессах либо курсах повышения квалификации, порой, и в столичных городах.

У Тамары Ивановны супруг тоже был врачом, но 17 лет как его не стало. Выросли две дочки – старшая Евгения – врач-узиолог, младшая – Светлана – филолог, есть трое внуков. Вот и живет славный доктор с теплыми глазами и приветливым голосом радостями, тревогами, заботами – все покрывает любовь к семье и её уникальному поприщу – лечить людей.

На досуге Т.И. Радченко посещает театры, читает стихи, предпочитая поэзию Андрея Дементьева.

А клинике Тамара Ивановна желает процветания, высокотехнологичной помощи пациентам, здоровья и сил коллегам!..



страницы летописи

ДОКТОР С ПЛАНЕТЫ «АНГАРА»



Галина Владимировна Кадулина

Галина Владимировна Кадулина родом из Богучан. Ангарцы люди стойкие, сильные и жизнелюбивые. Галина, приехав в Красноярск, поступила в медицинский институт на лечебное отделение. И в 1977 году окончила вуз по специализации «Акушерство и гинекология». Особенно запомнились ей учителя Римма Тимофеевна Полянская, которая вела акушерство, и Абрам Танхелевич Пшоник, преподаватель физиологии.

Как-то захотела она улизнуть с лекции, а профессор окликнул: «Ты это куда, красоточка?» С тех пор так её и звал. Да и студентка души не чаяла в этом удивительном ученом, восхищаясь эрудицией, умением интеллигентно общаться с молодежной аудиторией и замечать девичью прелест. А сам-то на первый взгляд был невидный: невысокий, сутуловатый, с взлохмаченной беспокойной шевелюрой, но имел таинственное притяжение и бездну обаяния...

Г.В. Кадулина после института пять лет трудилась в гинекологическом отделении кансской больницы, затем в красноярском роддоме № 3...

Прошло четыре года, как открыли на улице Кутузова гинекологическую больницу № 4. И главный врач А.В. Степаненко продолжал приглашать туда лучших специалистов. Так отыскал и Галину Владимировну. И вот уже почти тридцатилетие она трудится в больнице. Много лет она заведовала поликлиникой, которая специализируется на выявлении и лечении бесплодия.

О своем наставнике Г.В. Кадулина говорит: «Он был замечательный организатор, умница, светлая голова, а в ней — широта мыслей! А то, что Александр Викторович начал, не было нигде!»

Далее Галина Владимировна продолжает разговор о том, что «возможности для наступления беременности выросли в разы». Есть государственные квоты для ЭКО (экстракорпорального оплодотворения).

Услышала я сокровенное желание доктора Галины: «Хочу очень, чтобы была медицина, доступная всем, и на первичный прием к специалистам пациенты не ожидали очереди».

Поинтересовалась я об отдыхе, как она берегет силы для сложной врачебной деятельности? Галина Владимировна показала несколько фотографий с прекрасным ожерельем из природных камней и личную пасхальную композицию. Ведь врач – православный человек...

Да еще поделилась жизненным кредо: «Не сдаваться обстоятельствам. Сесть, подумать и найти только свой единственный и правильный путь». Это внушает и пациентам. И сама она со светлым взглядом, внутренней белизной, тихим грудным голосом, прав был Абрам Пшоник: «Красотка...»

И живет в ней неподдельное ангарское жизнелюбие!

страницы летописи

С МОЛИТВОЙ – К ОПЕРАЦИОННОМУ СТОЛУ

Когда Ольга Александровна, облачившись в одежду хирурга, идет в операционный зал, она крестится и шепчет: «Господи, помоги и спаси пациентку!»

Так с Божьей помощью, отличными знаниями, с многолетней практикой, четко выверенными движениями, чуть ли не ежедневно, священное действует во благо жизни женщин. И почти всегда побеждает!

Начиналась дорога к милосердию, когда в сорок дней от роду, как и положено, через замерзшую Енисейскую протоку отвезли малютку в Покровский храм и покрестили. Нарекли Ольгой.

Девочка росла в православной семье с русской фамилией Нижегородовы. Матушка Елена Степановна почти тридцать три года проработала в Красноярском речном порту. Поначалу они проживали в маленькой барабанной комнатке четвертого участка. И Оля пошла учиться в знаменитую 48 школу. К примеру, там когда-то учился сын легендарного ученого химика-металлурга Ивана Яковлевича Башилова, хоть и ре-прессыированного, но получившего сталинскую премию за разработку производства русской платины. А в годы Великой Отечественной войны в школьном здании располагался госпиталь для лечения раненых воинов. Ученики об этом знали.

Это и повлияло на выбор профессии: Ольга стремилась врачевать.

Через некоторое время Нижегородовы улучшили жилищные условия, переехав в район Черемушек, где старшеклассница Ольга стала учиться в сотой школе. И была среди первых выпускников.

Рядом с пионерской комнатой стоял теннисный стол, и в свободное время девочка брала в руки ракетку...

В самой же «комнате» часто пел патриотические песни высокий, видный, смуглый юноша Женя... Не мог он не заметить миловидную девушку с упругой русой косой. Дружили долго, пока Ольга училась в медицинском училище при больнице скорой медицинской помощи (БСМП). После его окончания с отличием, сдав только один экзамен по биологии, поступила в медицинский институт на лечебный факультет. Не забывает их куратора Валерия



Ольга Александровна Когодеева

Афанасьевича Медведева, преподавшего гистологию.

Специализировалась по акушерству и гинекологии, особенно нравилось, как вела акушерство Анна Ивановна Шаламова. Прошла Ольга Александровна интернатуру под руководством Валентины Эдуардовны Овсянниковой, практиковалась в 6 родильном доме. Затем пришла на работу в кутузовскую «4-ю» гинекологическую клинику. К тому времени Оленька приняла предложение о женитьбе и сменила «рязанскую» фамилию на восточную, став Когодеевой.

В новой клинике Ольга трудилась при А.В. Степаненко. Руководитель пленил мощностью интеллекта, заботой о пациентах и медицинском персонале.

«С ним было легко и не просто, – признается Ольга Александровна, – оттого, что невозможно было подводить этого удивительного хирурга и обаятельного человека».



страницы летописи

Наставницей её стала Тамара Ивановна Радченко.

Доктор Ольга Когодеева постоянно совершенствуется и учится, посещая ежегодно международные московские конгрессы и конференции по лечению бесплодия.

К тому времени и у самой родились сыновья Евгений и Александр. И ей беспрестанно хотелось подсобить семьям, у которых что-то не получалось в обретении детей... Ольга Александровна не устает осваивать новейшую методику в лечении этой беды.

Особенно запомнилась Ольге международная конференция в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова. Туда приезжал учёный из Санкт-Петербурга, читал познавательные лекции, демонстрируя на экране эндоскопические операции. Разумеется, соблюдая нормы этики и медицинскую тайну.

Ольга Александровна замечает: «Раньше считалось, что в ненаступающей беременности виноваты, в основном, женщины. Однако выяснилось: это не так, более 60 % бесплодия происходит из-за мужчин. И «сильный пол» мы тщательно пролечиваем».

«В 90-е годы финансирования на оборудование почти не было. Теперь же, благодаря модернизации здравоохранения, ситуация улучшилась. К примеру, при беременности 3–4 недели применяется гер-

манское оборудование, а стоит оно более 10 миллионов!»

Хирург Ольга постоянно оперирует. И говорит, что «на стол» к ней лечь не страшно... Она заведует отделением в гинекологии и надеется, чтобы и в их клинике больше было оборудования, тогда увеличатся объемы хирургических вмешательств. Конечно, считает, многое для этого делает Альбина Павловна Фокина. Да еще Ольге Когодеевой хотелось бы очень, чтобы их врачи учились и в зарубежных клиниках, а в операционных (при сложных случаях) с хирургами-гинекологами находились урологи, проктологи.

При первой возможности побывать с родными она трогательно занимается четырьмя внуками. Они с Николаем, с сыновьями (один сын, Евгений, стал сосудистым хирургом ККБ № 1, другой, Александр, – мастером на заводе Цветных металлов и золота) и их семьями купили скромный домик в лесу... По выходным Ольга пекет шаньги, как её мама, а на Пасху стряпает кулич из их поваренной книги.

Но горести и тревоги оставляет дома, а в родной клинике обворожительная блондинка с упругой походкой совершают тихий ратный подвиг. Думаю, помогают ей, христианке, силы небесные.

...Кстати, недавно Ольга приметила в вестибуле их больницы теннисный стол. Полагаю, что в редкие минуты отдыха она заглянет туда, чтобы восстановить силы.



страницы летописи

НЕПРЕРЕКАЕМЫЙ АВТОРИТЕТ

Размышляя о судьбе Елены Исаевны, вспомнила слова М. Сервантеса: «Всякого человека должно судить по его делам». А труды выше похвалы...

...Более 30 лет Е.И. Кишиневская работает в городской клинической больнице № 4. Стаж ее медицинский 44 года... Конечно, врач высшей квалификационной категории.

Окончив школу, Лена в выборе дальнейшего пути и не сомневалась. Докторская стихия их семьи, конечно, привела ее в Красноярский медицинский институт на лечебный факультет. Там-то и познакомилась скромная студентка Лена с веселым, бойким юношем Володей Кишиневским. Он на три года был старше её: занимался общественной работой, спортом. Позже совмешал врачебную деятельность с работой спортивного комментатора. Еще в детстве лидировал во всесоюзных акциях «Золотой шайбы», проводимой редакцией газеты «Пионерская правда». Мой супруг Анатолий Михайлович Ануфриев, зная Кишиневского с его октябрятских лет, говорил, награждая его грамотами газеты: «Это наш лучший пионэр Вова!»

Позже Владимир Александрович Кишиневский вручит на стадионе «Локомотив» ему и композитору Александру Злобину, победителям конкурса, по клюшке за стихи и музыку песни «А мы болеем за Динамо»

Владимир был главным врачом института проблем Севера, заслуженным врачом России, проработав в медицине более двух десятилетий. На его здании памятная доска, посвященная В.А. Кишиневскому, двадцать лет назад безвременно покинувшему Землю.

У счастливой пары Лены и Володи родился сын Михаил. После окончания института в 1972 году Лена пришла на улицу Ползунова работать по специальности «Акушер-гинеколог». Определили её во второй корпус, септическое отделение, сложное, страдальческое. Туда привозили, порой, умирающих женщин...

Тут «школа гинекологии» была суровая. Это и закалило молодого врача. Семь лет



Елена Исаевна Кишиневская

работала Елена Исаевна с Александром Викторовичем Степаненко. Позже, по его же приглашению, оказалась на улице Кутузова, 71. И вскоре при её непосредственном участии в 1989 году было открыто отделение патологии беременности на 60 коек. Теперь она руководит дневным стационаром.

Елена Исаевна регулярно участвует в научно-практических конференциях, конгрессах, делясь личным опытом по диагностике и лечению неотложных состояний пациенток.

Е.И. Кишиневская имеет более 11 публикаций. С 2003 года она «Отличник здравоохранения», а три года назад губернатор Красноярского края Лев Кузнецov в торжественной обстановке вручил медаль к почетному званию «Заслуженный врач РФ».

В свободное время Елена Исаевна посещает театры, любит сад, ласково опекает внуки Арину и Софью.

Относится к династийному древу Баркан-Кишиневских очень ответственно и почетно. Так наставляла Лену мама – детский доктор Ирина Исааковна Баркан.



страницы летописи

В ВЫБОРЕ НЕ УСОМНИЛАСЬ



Татьяна Васильевна Выговская

Татьяна Васильевна Выговская – дочь кадрового офицера и знает, что такое служение Отечеству. Она с юных лет служит, но только в сфере охраны женского здоровья.

С четвертого курса занимаясь в студенческом научном обществе, девушка выбрала специализацию «Акушерство и гинекология».

Военные люди места жительства не выбрали: приказ и в путь. Так Выговские (Украина, город Николаев) оказались в Красноярском kraе, на станции Козулька. А их родственники Геннадий Иванович Буренков, профессор, заведующий кафедрой ЛОР-болезней, с супругой Галиной Павловной, ассистентом кафедры акушерства и гинекологии того же вуза, бывало, консультировали в их районной больнице. Навещали и Выговских. Может, тогда сообразительная и любознательная Таня задумалась о врачебном деле. Окончив школу, поступила на лечебный факультет нашего медицинского института.

Татьяна Васильевна с большим почтением вспоминает Тамару Николаевну Берzon, которая вела у них курс гинекологии, и Анну Ивановну Шаламову, преподававшую акушерство.

А началась у Выговской врачебная практика в роддоме № 4, расположенному

в Зеленой роще. Там и познакомилась с А.В. Степаненко. В 1985 году пригласил он её в Ползуновскую больницу «Четверочку». Планы у этого скромного, но отчаянного человека оказались грандиозными. И через год Выговская с ним и коллективом перебазировались в Первомайский район, в здания только что построенных общежитий.

Перед открытием медики сами готовили свои отделения и не просто обихаживали помещения, а ломали стены, красили, белили, расставляли оборудование. Татьяна Выговская стала заведовать гнойно-септическим отделением. Драматическим. Здесь встречалось немало смертельных случаев из-за криминальных абортов.

Правда, Татьяна Васильевна отмечает, что теперь опасных ситуаций почти нет, особенно с летальным исходом. И поясняет: «легальное прерывание беременности (и даже в поликлинике) доступно, а главное, обезболивание, «бархатный аборт».

Бывало, женщины с 12-недельной беременностью пропустили срок, вынуждены отправляться к подпольной бабке. А когда случалась гибель пациентки, и в этом разбиралась милиция, Т.В. Выговская всегда становилась на сторону женщин, объясняя следователям, что бедняжки пошли на риск, а значит, по-другому поступить не могли.

Сострадание всегда живет в сердце доктора Татьяны.

Напряжение тяжелого дня врач убирает излюбленными занятиями в саду, чтением книг. Но как-то особенно переживает похожие драмы, описанные в художественной литературе, перечитывает новеллу Стефана Цвейга «Амок» о криминальном прерывании беременности главной героини, или печалится о судьбе шлоховской Натальи из романа «Тихий Дон»...

Т.В. Выговская – врач высшей категории, ветеран труда – грустно улыбается: «В 90-е годы нам иногда выдавали зарплату бартером – автомобильными шинами...» Но клиника и в те годы жила праведно, а ведущий корпус специалистов (таких, как Выговская) совершал чудеса, спасая женщин.

Теперь она исполняет обязанности заведующей отделением «экспертизы качества медицинской помощи», которое проводит внутренние расследования различных ситуаций по специальной программе.

И по-прежнему она свыше сорока лет честно и неустанно служит профессии...

страницы летописи

«НЕ ЖИВИ ЛИЦЕМЕРИЕМ...»

Это часть строки из рубаи любимого её поэта Омар Хайяма.

Глубокая, сдержанная, рассудительная Галина Михайловна Кузнецова – главная медицинская сестра клиники умеет чувствовать фальшивь, кривду и правду. Медицинскому подвижничеству отдала сорок лет жизни.

Начиналась её «биография белого халата» в 1970 году после окончания базового медицинского училища, в том стариинном здании на проспекте Маркса. По окончании его стала трудиться в 1976 году в гинекологической больнице, что на улице Ползунова, в первом операционном корпусе. Испытания случались немереные: здания остро нуждались в ремонте, даже, бывало, и воды не было... Наставниками её были Валентина Васильевна Нестерова и Вера Дмитриевна Герасименко. С тех пор исполнилось сорок лет как Кузнецова несет вахту... Всегда на посту! Рядом с ней долгие годы работают медсестры Галина Яковлевна Дударева, Нина Александровна Белова, Людмила Павловна Толстикова (выпускница 15 школы).

Заслуги Кузнецовой отмечены знаком «Отличник здравоохранения». В декабре 2014 года губернатор Виктор Толоконский в правительстенном здании вручил «Орден Дружбы». И это по праву.

Можно со счета сбиться, если начать считать, сколько Галина Михайловна сделала инъекций, перевязок, участвовала в проведении наркозов, ассирировала на операциях. Она ведь не просто руководящая сестра средним медицинским персоналом, но и специалист с высшим об-



Галина Михайловна Кузнецова

разованием. Проучилась очно-заочно на соответствующей кафедре Красноярского медицинского института.

А как часто вспоминает их любимого «главного» Александра Степаненко: «Много знал, умел, читал, просчитывал наперед, допустим, как переделать неудобные корпуса для новой больницы...»

По словам Галины Михайловны, знаю, что оперировал легендарный врач аккуратно, грамотно, в совершенстве зная анатомию, сострадал женской боли... Многим до сих пор его звать как не хватает!..

Галина Кузнецова часто ходит в прибольничную церковь «Скоропослушницы»: молится о даровании здоровья родным, коллегам, пациентам, особенно дочери, которая здесь же работает медицинским статистиком. Образование имеет высшее.

Г.М. Кузнецова радуется, что вновь возобновляется наставничество (было оно до 1994 года). Раз в пять лет она и подчиненные, аж 230 человек, на курсах повышают квалификацию.

И постоянно молодым «сестричкам» наказывает: «Не стесняйтесь спрашивать, только так выучитесь мастерству, и любите профессию – самую гуманную на Земле!».





страницы летописи

ПОЛВЕКА ЖЕНЩИНАМ ПОМОГАЛА



Valentina Vasilevna Petrenko

Так искренне поведала о больнице ветеран труда Валентина Васильевна Петренко.

В 1954 году Валя окончила фельдшерско-акушерскую школу и ее направили в больницу, что располагалась в одном из значимых и привлекательных районов красноярского правобережья. Там выстроены были на «скорую руку» шлакоблоковые двухэтажки. Две принадлежали гинекологической больнице, где довелось девушке трудиться.

По проспекту имени газеты «Красноярский рабочий» ходил пассажирский поезд, называвшийся «Мотаней». Валентине посоветовали на нем доехать до «седьмого участка» и пройти в сторону Енисея до улицы Ползунова. Она нашла нужные строения, где уже около семи лет находилась женская лечебница. Тут был и гужевой транспорт: старая покладистая кобыла Нюра (конюшня располагалась вблизи).

На работу молодую медсестру приняла главный врач Галина Александровна Арванитаки, внимательная и опытная. С тех пор и посвятила Валентина свою жизнь помощи женщинам. А когда в 1961 году открылся роддом № 6 в поселке «1 августа» (где сейчас Предмостная площадь), у них осталось только гинекологическое направление. Особенно трудна была работа с пациентками после криминальных абортов, которых сюда доставляли день и ночь.

Валентина Васильевна пишет: «За время моей работы сменилось несколько главных врачей...» Их здание на улице Ползунова были уже ветхие, а средства на ремонт не отпускались, оттого «косметический порядок» сотрудники наводили сами. Часто по первому этажу бежала канализационная вода...

Больницу возглавил Александр Викторович Степаненко. К тому времени стены осыпались, а в операционной стало невозможно трудиться. Валентина поставила перед ним вопрос о немедленном устранении неполадок. А.В. Степаненко ответил, мол «с этим делом не справимся, надо пока штукатурить». Тогда В.В. Петренко заявила: «Эту работу стану выполнять я!» А по окончании ремонта «главный» добился для нее бесплатной путевки в южный санаторий «Геленджик».

Через некоторое время в криминальном корпусе обвалился потолок и их перевели в район КрасТЭЦ, где когда-то была вечерняя школа № 7. В то время на улице Кутузова строились общежития, и Степаненко настоял на их передаче под гинекологическую больницу.

Двенадцать лет назад завершилась (по возрасту) трудовая деятельность В.В. Петренко. Провожал ее уже приемник Степаненко Юрий Александрович Фокин. Ей подарили стиральную машину-«автомат» и сказали много благодарных слов.

...Татьяна Георгиевна Баженова – медсестра операционного отдела. А «лечебная» биография её началась в 1982 году на улице Ползунова. К тому времени она, приехав из селения Шало Манского района, окончила медицинское училище при больнице № 2. Вскоре на практике «влюбилась в белый халат». Татьяна это постоянно повторяет.

Невдалеке на «Седьмом участке» располагались два стареньких двухэтажных здания. Рядом строились бетонные девятиэтажки, а «четвертая» гинекологическая больница с корпусами «чистым» и гноино-септическим оказалась, как в яме.

Операции шли постоянно, и хулиганствующие пациенты выстраивались на высокой обочине пригорки и с ухмылками разглядывали окна лечебницы. Медикам, конечно, подобное явление не нравилось. Правда, хватало и других неотложных хлопот.

Татьяна Георгиевна рассказывает: «Мы сами нарезали красную резину для капельниц, шили марлевые повязки, кипятили в стерилизаторах шприцы, обрабатывали перчатки...»

Тогда пациенткам выдавали рубашки, халаты и обувь, которую медработницы «тальковали», заворачивая в кальку. Постельное белье отвозили в прачечную. Аптеки тоже там не было. Палаты огромные.

«По сегодняшним меркам, – подмечает собеседница, – все, как небо и земля. Правда, спасали и лечили больных мы честно и продуманно, не хуже, чем теперь».

А раз в пять лет медсестры обновляли знания, проходя специализацию.

Татьяна улыбается: «В училище привлекнулась латынь. Как-то преподаватель меня на уроке спросил: «Как по-латыни называется голова?». Она «тут же ответила: «Капут», – ставя ударение на втором слоге. Оказалось, что все наоборот. Потом над ней по-дружески подшучивали...»

С тех пор она нет-нет да и заглянет в словарь латинского языка, с подвохом он, но для Татьяны Георгиевны приятен студенческими воспоминаниями.

страницы летописи

ВЛЮБЛЕННАЯ В БЕЛЫЙ ХАЛАТ



Tatyana Georgievna Bаженова

Тогда медсестры отвечали и за систематическое поступление крови. Как строго соблюдался санитарно-эпидемиологический режим!

За этим особенно следил главный врач Александр Викторович Степаненко.

Баженова с грустью произносит: «Не сберег наш главный себя, ведь все переделывал для новой больницы сам: носил чугунные батареи, двери, доски, краски. Переживал, волновался. Погиб, но победил. Низкий и вечный поклон ему!»

страницы летописи



Храм честь иконы Божией Матери Скоропослушница
(Московский Патриархат, Красноярская Епархия РПЦ). Иерей Алексей Попов

...У Чудотворной иконы Божией матери Скоропослушница издавна молились женщины, ожидающие рождения младенцев.

«Икона Богородицы лучится,
Наполнив душу светом до краев.
Я счастлив, что сподобил Бог родиться
Мне в светлый день рождения её!»

Анатолий Ануфриев
(поэт, кировчанин)

«Если в нас живет слово Христа, оно заставит нас помогать другим».

Из дневника Императрицы
Александры Феодоровны
(матери пятерых детей)

«Почитание Богоматери является одной из отраднейших сторон христианства и угаснет только тогда, когда будет вытравлена из души человеческой жажда материнской любви, материнской ласки, заботы».

Е. Поселянин

Празднование в честь иконы Божией матери Скоропослушница совершается 9/22 ноября.

Эта икона находится в Дохиарском монастыре на Святой горе Афон. Святой образ написан в X веке.

Однажды милостивая Богородица известила духовную братию, после их усердных молитв: «...будет именоваться сия Моя икона Скоропослушницею, потому что скорую всем... буду оказывать милость и исполнение прошений».



ВВЕДЕНИЕ

Каждый день тысячи людей загадывают желания. Они хотят быть счастливыми. Чтобы семья была здорова, чтобы рождались и радовали успехами дети. К этой мечте есть короткий путь, за дорога, которую уже выбрали тысячи семей, обратившихся за помощью к настоящим волшебникам. К врачам, дарующим здоровье, счастье материнства и продлевающим жизнь. Они работают в «Красноярской межрайонной клинической больнице №4». И каждый раз слышат в свой адрес: «Спасибо, доктор, вы совершили чудо!»

История лечебного учреждения началась с небольшого роддома. Позже к нему присоединилась гинекологическая больница. А в середине восемидесятых выстроен больничный комплекс с размещением необходимых лечебно-диагностических служб и специализированных отделений. «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» – уникальное лечебное учреждение, именно здесь до 80 % пациентов города и края получают специализированную гинекологическую помощь.

Рост обращаемости пациентов именно в 4-ю клиническую больницу (рис.1) обусловлен не только высокой вос требованностью медицинской помощи по профилям: гинекология, урология и хирургия, но и широким применением современных технологий с минимальными сроками лечения и комфорtnым пребыванием в стационаре.

Совершенствование медицинской помощи при неотложных и экстренных состояниях является важным направлением в здравоохранении. В экстренных ситуациях зачастую требуется не только оказание стационарной помощи, но и амбулаторной консультативной, а увеличение потребности населения города и края из года в год отражает показатель среднесуточной обращаемости в больницу (рис.2).

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки является организация лечебных учреждений с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса. В основном, это – стационары, в которых оказывается экстренная медицинская помощь. Эти лечебные учреждения должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, лекарственными средствами, мягким инвентарем и пр. Медицинская помощь в КГБУЗ «КМКБ № 4» сегодня осуществляется в оснащенных современным оборудованием отделениях, с применением малоинвазивных хирургических методик и передовых видов анестезии, интенсивного лечения на основе современных стандартов и протоколов. Систематический анализ показателей деятельности больницы (рис.3) свидетельствует о сокращении средней длительности лечения по больнице в целом за последние 10 лет более, чем на 2 дня, что соответствует направлению развития здравоохранения.

Ежегодно в больнице выполняется 14 тысяч операций различных объемов и сложности (рис.4). Современные виды анестезии позволяют быстрее прийти в норму при минимальном риске возникновения осложнений.

Единство практической деятельности и медицинской науки в КГБУЗ «КМКБ № 4» неизменно и осуществляется в целях внедрения всех новейших достижений, в то же время медицинская наука не может развиваться без тес-

ного контакта с практикой. Кадровый потенциал лечебного учреждения очень высок.

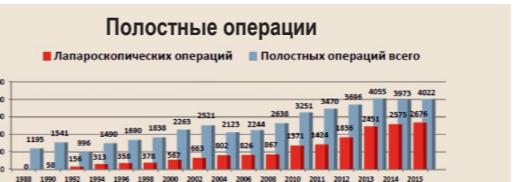
Больница – лидер по внедрению эндоскопических, малоинвазивных, а значит более щадящих методов хирургического лечения с быстрой реабилитацией. Лапароскопия сегодня из «модного» направления перешла в ведущую и необходимую область оперативной гинекологии и хирургии, без которой современную хирургическую службу, как плановую, так и экстренную, представить невозможно. Процентное соотношение полостных (традиционно открытых) и эндоскопических операций по больнице в целом (рис.5) составляет 35 % к 65 % в пользу последних.

Эндоскопия в ургентной гинекологии – важный метод в лечении деликатных женских проблем, удельный вес эндоскопических операций в ургентной гинекологии составляет 80 %. Согласно литературным данным при эндоскопии риск развития бесплодия снижается на 70 %.

Охрана материнства и детства – система мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Различают следующие этапы оказания помощи женщине вне беременности, подготовка к материнству, лечебно-профилактическая помощь беременным в целях сохранения здоровья плода и беременной женщины. Каждая беременность протекает по-своему. Некоторые женщины бодры и активны: они много двигаются, с удовольствием занимаются любимыми делами, либо работают практически до родов. Другие – почти все время плохо себя чувствуют или испытывают серьезные проблемы во время беременности. Поводом для госпитализации является осложненное течение беременности в виде кровотечения и угрозы выкидыша, поскольку на небольших сроках сохранить беременность в амбулаторных условиях, действительно, сложно.

Большая часть пациенток края с осложненным течением беременности на ранних сроках, при наличии показаний, получают медицинскую помощь в КГБУЗ «КМКБ № 4» в круглосуточном (рис.6), а с 2012 года и в дневном стационарах. В дневном стационаре ежегодно сохраняют свои беременности 650-700 пациенток. В больнице имеется необходимое оборудование, медикаменты, отработаны хирургические методы коррекции патологии шейки матки, комплексы физиотерапии, созданы комфортные условия и все необходимое для сохранения беременности в стационарных и амбулаторных условиях.

Одним из серьезных осложнений беременности, угрожающим возникновением опасного для жизни состояния пациентки, является имплантация плодного яйца в шейку матки. Шеечная беременность представляет угрозу для жизни, такой диагноз влечет за собой череду необратимых процессов: тяжелое внутреннее кровотечение и гнойный воспалительный процесс – основные проблемы, которые при неблагоприятной ситуации могут привести к летальному исходу. До недавнего времени единственным методом лечения шеечной беременности была тотальная гистеректомия. Благодаря использованию высоких технологий и современных методов диагностики и лечения появилась возможность проведения органосохраняющих операций. В КГБУЗ «КМКБ № 4» в настоящее время внедрен и широко применяется метод консервативного лечения с



применением цитостатической терапии метотрексатом и последующим хирургическим удалением плодного яйца с минимальным риском осложнения кровотечением.

Медикаментозное лечение шеечной беременности метотрексатом на современном этапе является реальной альтернативой радикальному хирургическому лечению с удалением органа (рис.7).

Современное цивилизованное общество не имеет четких параметров оценки роли абортов. Для одних это – простая медицинская процедура, своего рода – болезнь. Для других – узаконенное убийство человека.

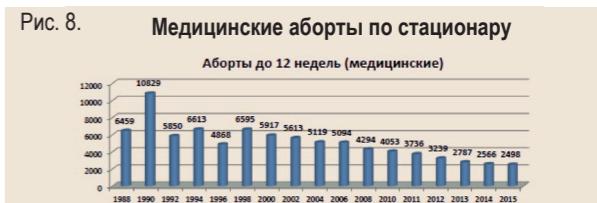
Например, величайшие философы древности Платон и Аристотель рассматривали аборт как средство, регулирующее рождаемость и отбор. Медицинский аборт сегодня предусмотрен программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данный вид медицинской помощи пациентки получают в больнице стационарно (рис.8) и амбулаторно, в зависимости от срока беременности применяются современные медикаментозные и хирургические методики.

За последние десять лет отмечается снижение количества медицинских абортов по стационару КГБУЗ «КМКБ № 4» в 2 раза, за счет общего снижения количества абортов и увеличения числа родов, а также внедрения технологии медикаментозного аборта, выполняемого в амбулаторных условиях.

Медикаментозный аборт – это процедура, щадящая женский организм, обладающая высокой эффективностью и минимальным процентом осложнений. Этот метод имеет ряд преимуществ перед другими видами аборта – защита от инфицирования, отсутствие травматизации и страха психологической травмы, связанной с необходимостью хирургического вмешательства.

С 2012 года в КГБУЗ «КМКБ № 4» внедрена и используется технология медикаментозного прерывания при осложненном течении беременности и возникновении медицинских показаний для прерывания и проведения медицинского аборта. Технология успешно применяется в круглосуточном и дневном стационарах с высокой эффективностью (рис.9).

Более 20 лет в составе лечебного учреждения работает амбулаторный центр (Консультативно-диагностическое отделение) по лечению бесплодия. За это время благодаря усилиям врачей 4-ой клинической больницы, население Красноярского края увеличилось на 8 000 здоровых малышей. Организация работы позволяет эффективно оказывать медицинскую помощь супружеской паре, имеющей проблемы по репродукции, в одном учреждении в рамках Программы государственных гарантий, включая использование эндоскопических технологий. В своей работе консультативно-диагностическое отделение широко использует все возможности диагностической и лечебной базы КГБУЗ «КМКБ № 4»: гормональной, бактериологической,



знакомьтесь:

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Ольга Арсентьевна Кучугура

Как театр начинается с вешалки, так и любое медицинское учреждение начинается с приемного покоя, ведь именно по нему судят об организации и уровню стационара. Именно сюда в первую очередь попадают люди, нуждающиеся в медицинской помощи. И именно от внимательности, чуткости и доброжелательности персонала приемного отделения зависит, будет ли человек доверять той или иной больнице, испытывать страх или верить в исцеление, с надеждой смотря в будущее.

Каждый, кто работает или когда-то работал в КМКБ № 4 так или иначе связан с приемным покоям – «Приёмником», как ласково называют его между собой медицинские работники. Врачи на дежурствах, медсестры, фельдшеры скорой помощи, санитарки – в экстренных ситуациях сюда обращался каждый. Едва ли в больнице найдется человек, хотя бы единожды не ночевавший в дежурной ординаторской, в любую минуту готовый прийти на помощь пациенту.

Приемное отделение словно перекресток семи дорог, семи гинекологических

отделений, а врачи как опытные регулировщики направляют бесконечные потоки нуждающихся в помощи больных в ту или иную сторону.

История приемного покоя неразрывно связана с историей первого гинекологического отделения, так как до 2010 г. они составляли одно целое. Поэтому приемное отделение как самостоятельная структурная единица – самое молодое в больнице.

Вернемся к истокам: первой заведующей была М.И. Кожевникова, которой достался нелегкий труд организовать работу приемного отделения с нуля, с чем она справилась великолепно, ведь под ее чутким руководством находился сплоченный и дружный коллектив докторов. В приемном покое всегда работали лучшие специалисты: Н.В. Каурова, В.А. Морозова, Е.И. Кишиневская, Н.С. Пак, Т.Ю. Арсентьева, А.А. Кутенко, Н.А. Стакурский.

В настоящее время персонал приемного отделения трудится под руководством О.А. Кучугуры, специалиста, которому каждый пациент не боится доверить самое главное – свою жизнь и здоровье. Опытные медсестры, отдавшие работе в приемном покое годы, всегда готовы прийти на помощь: Г.С. Субботина, Л.Э. Корюкова, С.В. Сунцова, С.В. Дайберт, Е.А. Плотникова, Н.В. Воробьева, В.Ю. Бородач, С.В. Шаронова, М.Н. Сафонова.



Ренат Бадрудинович Курбанисмаилов



Профессионализм, ответственность и открытость – всеми этими качествами в полной мере обладают сотрудники приемного отделения. Ведь именно эти люди – лицо больницы, во многом от того, как они встретят пациента, зависит дальнейший исход лечения. Внимательно выслушать каждого больного, с пониманием отнестись к человеку, попавшему в беду, выставить правильный диагноз – все это под силу настоящим профессионалам, относящимся к своему делу со всей ответственностью. Именно такие доктора работают в приемном покое КМКБ № 4.

знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 1



Андрей Александрович Кутенко

«Экстренное». Так называется первое гинекологическое отделение городской клинической больницы № 4. И не случайно, ведь оно стоит «на страже» жизни женщины. В это отделение поступают пациентки, которым буквально с порога нужно поставить верный диагноз и оказать неотложную медицинскую помощь, так как от этого зависит их жизнь. От врача, работающего в «экстренном» отделении, требуется не только умение выполнять хирургические операции, но и очень много знаний. В тяжелых, неясных случаях, при развитии угрозы жизни пациента, хирургу приходится брать на себя большую ответственность за выбор наиболее правильного метода диагностики и лечения.

Первое отделение начало свою работу в октябре 1986 года, с момента открытия больницы. Располагалось оно тогда, с целью разделения потоков «чистых» и «инфекцированных» больных, на 2 и 3 этажах первого корпуса. У истоков этого отделения, требующего четкого клинического мышления и строгой организации, стояла его

первая заведующая Клавдия Владимировна Каурова – врач от бога, профессионал в полном смысле этого слова. Коллектив отделения состоял из трех врачей: Е.И. Кишиневская – выходец из родильного дома № 4, Т.М. Арсентьева и В.И. Езиешвили – врачи «старого» состава больницы № 4, которая базировалась на ул. Ползунова. Коллектив отделения дополняли высококвалифицированные медицинские сестры: старшая мед. сестра Т.Г. Баженова, М.И. Моисеенко (Сядрова), Л.Э. Корюкова, Е.А. Плотникова, Т.Ф. Макионок, С.В. Шаронова, С.К. Сунцова, Н.А. Анохина.

В октябре 1989 года К.В. Каурова была переведена на должность заместителя главного врача по лечебной работе, на смену ей пришла заведующая воспалительным отделением Н.С. Кан. В отделение устроились молодые врачи: Ю.Ю. Грохотова, А.И. Вергунов и доктора со стажем Ю.А. Фокин, С.В. Журавлев. Место старшей мед. сестры заняла М.И. Моисеенко (Сядрова). Коллектив медицинских сестер пополнился молодыми перспективными кадрами, только что окончившими медицинское училище, но с большой жаждой профессионального роста. Это М.Н. Сафонова, С.В. Дайберт, М.М. Филатова. Санэпидрежим в отделении поддерживал дружный коллектив санитарочек: В.И. Шиляева, В.М. Рыбникова, Л.Ф. Бауман, Г.С. Челнокова, Л.А. Тропошко, О.Б. Абрамова, О.М. Павлова, сестра-хозяйка А.П. Неволина.



А.С. Логиновский, А.А. Кутенко, А.Ю. Фокин

знакомьтесь:



В это же время произошла реорганизация первого отделения, которое объединили с экстренным приемным покоем и операционным блоком. За годы существования отделения почти все начинающие врачи больницы прошли «школу молодого бойца» в 1 отделении или приемном покое. В настоящее время это профессионалы своего дела, элита коллектива нашей больницы, А.А. Кутенко – зав. отделением № 1, Л.П. Гурова, Е.А. Дворянинович, Е.Ю. Киселева (канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии медицинского университета) и ведущие специалисты других медицинских организаций города и края. Е.В. Дударовская (зав. отделением гинекологии краевой клинической больницы), Ю.Ю. Грохотова, И.А. Стакурский, А.И. Вергунов (главный врач центра эндоскопических технологий), С.В. Журавлев – старший ординатор отд. гинекологии перинатального центра. Работая в отделении, получили премии Гутнера Н.С. Кан, Е.Ю. Киселева, А.А. Кутенко.

Вот уже на протяжении 15 лет заведует отделением врач высшей категории, отличник здравоохранения Андрей Александрович Кутенко. Немалый вклад внес он в развитие отделения. Были внедрены

органосохраняющие методики ведения пациенток с шеечными и перешеечными формами эктопической беременности, развитие получили операции влагалищной хирургии. В 2012 году по программе модернизации здравоохранения в экстренную операционную было получено новое эндоскопическое оборудование. Коллектив отделения во главе с А.А. Кутенко в полном объеме освоил все виды базовых оперативных вмешательств, что позволило усовершенствовать оказание экстренной гинекологической помощи, сделать ее малоинвазивной, на уровне ведущих клиник нашей страны. На сегодняшний день





знакомьтесь:

80 % экстренных операций выполняется эндоскопическим методом. Совместно с А.Ю. Фокиным были успешно выполнены первые в Красноярском крае эндоскопические операции по пластике несостоительности послеоперационного рубца на матке. Под руководством А.А. Кутенко воспитано не одно поколение врачей. Он с большим желанием продолжает делиться опытом работы, знаниями с молодыми специалистами, а таких в коллективе немало. За последние несколько лет через отделение экстренной гинекологии прошли: А.С. Логиновский, ныне исполняющий обязанности заведующего 5 гинекологическим отделением, А.Ю. Фокин – заведующий операционным блоком, С.Н. Жарская, Т.А. Фадеева, Е.А. Елизарев, Н.О. Кемеж, Н.А. Вергунов, А.Г. Усманова, Ю.В. Раткевич, О.В. Кельн. Некоторые из них на сегодняшний день составляют штат основных сотрудников первого отделения.

Хочется отметить, что в отделении с момента его основания до настоящего времени продолжают трудиться старшая медицинская сестра М.И. Сядрова, Е.А. Плотникова, М.Н. Сафонова, также коллектив пополнили профессионалы своего дела, медицинские сестры высшей категории: Н.Е. Криволуцкая, О.А. Кожемякина, И.В. Ларченко, И.В. Еремеева, О.М. Видяпина и молодые специалисты, подающие большие надежды: Т.А. Ру-

сакова, Л.Ю. Чистова. Порядок и уют в отделении на протяжении многих лет поддерживают: З.И. Сальникова, С.И. Романович, И.П. Аликина под руководством сестры-хозяйки Е.Н. Бушуевой. Им на помощь пришли не менее трудолюбивые кадры: Н.В. Ануфриенок, Н.В. Зубарева. На протяжении 20 лет «королицей» наших пациенток является буфетчица Н.П. Ильина, добрый отзывчивый человек, вкладываящий всю душу в свою работу. Приемницей Нины Петровны является А.В. Федорова, не менее заботливая и доброжелательная.

Ежегодно более полутора тысяч пациентов проходят лечение в отделении. Оно – просторное, чистое, оснащено палатами для комфортного пребывания пациенток. Здесь по-настоящему домашняя обстановка, так необходимая для скорейшего выздоровления пациенток. Чуткий и внимательный персонал буквально очаровывает с первых шагов по отделению. Из записей в журнале отзывов и предложений пациенток: «...такое теплое отношение, искреннюю заботу о нас – пациентках, сказать честно, не всегда встретишь!». И таких записей в журнале довольно много.

Медицинский персонал ежедневно и круглосуточно оказывает экстренную медицинскую помощь, спасает тысячи жизней. Дарит надежду и возможность женщинам вновь обрести счастье материнства, полноценно наслаждаться жизнью.



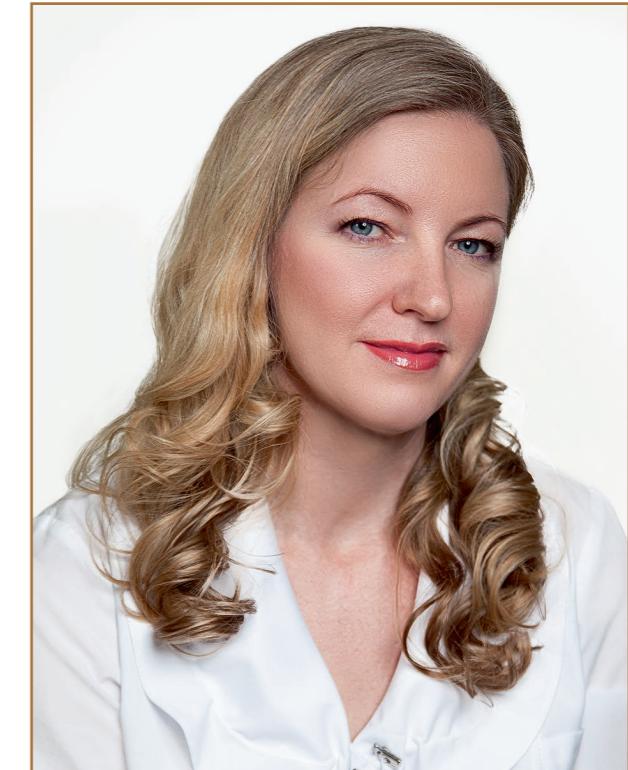
знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 2

В жизни каждой женщины порой наступают моменты, когда проблемы со здоровьем кажутся неразрешимыми: будь то гнойно-септические осложнения после абортов, родов или оперативных вмешательств или хронические заболевания, нередко приводящие к такому страшному диагнозу как бесплодие. Стыдливо опущенные глаза, разрушенные семьи, взаимные упреки, боль...

Все это стало бы реальностью, если бы не высокий профессионализм, умелые руки и горячие сердца, полные желания помочь, прекрасных докторов 2 гинекологического отделения.

Воспалительные заболевания органов малого таза не приговор – понимает каждая испуганная и потерявшая всякую надежду пациентка, во всею судьбы попавшая в это отделение. Но разговор с лечащим врачом, осмотр, компетентные и грамотные ответы на любой поставленный вопрос – и вот она уже с улыбкой на лице выходит из кабинета, настроенная на борьбу с заболеванием. А проведут сквозь тернистые закоулки гнойно-септических осложнений и воспалительных заболеваний, не щадя себя и не жалея антибактериальной и противовирусной терапии, такие специалисты, как: Олеся Николаевна Боченкова, Олеся Владимировна Миллер, Андрей Вячеславович Герасимов и Никита Андреевич Вергунов. А у руля этого корабля, безжалостно сметающего на пути любую патологию у женщин репродуктивного и пострепродуктивного возраста, стоит Татьяна Викторовна Дре-



Татьяна Викторовна Дресянская

сянская, клинический опыт которой может вызывать лишь восхищение.

Гинекологическое отделение № 2 трудится как большой и слаженный механизм, но это было бы невозможно без отточенной до мелочей работы каждого его члена. Коллектив медсестер, стоит заметить, что 9 из них имеют высшую категорию, работает под терпеливым руководством Л.Р. Бойцовой. Словно клинок сияет скальпель в руке, когда уверенным движением хирурги 2 отделения осуществляют оперативные вмешательства. Напряженно всматриваясь в монитор при гистероскопии, врачи внимательно ищут причину той или иной патологии. Стандартами практики являются сложные гнойные операции на фоне хронических сальпингоофоритов и эндометритов.

За многолетнюю историю отделения с 1986 г. в его стенах работали высокопрофессиональные врачи: М.И. Кожевникова, А.А. Кутенко, Г.А. Бабушкина,



знакомьтесь:



С.Г. Журавлев, И.А. Стакурский, И.Н. Машина, Е.В. Дударовская, Е.А. Дворянинович, Е.В. Новосадова, Е.Ю. Киселева, Н.Ю. Климова. Отделением руководили высококвалифицированные клиницисты и хирурги, владеющие всеми методами диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии, – Т.В. Выговская и О.Ф. Позднякова.

Более двух тысяч пациенток ежегодно получают лечение во 2 гинекологическом отделении. Ежедневный труд, стремление к самосовершенствованию, внимание к каждой пациентке – все это ради того, чтобы для каждой из них прозвучали слова: «Динамика положительная, завтра выпишаем Вас домой!».



знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 3

С первыми лучами солнца, в дождь и слякоть, мороз и пронизывающий насквозь ветер, в жару и зной спешат на работу врачи и медсестры З гинекологического отделения. Сотни, тысячи спасенных маленьких жизней, слезы радости, слова благодарности и глаза, полные надежды... Все это и многое другое стало неотъемлемой частью жизни этих неприметных в толпе, но ежедневно совершающих такое большое и важное дело, ежедневный маленький подвиг, людей в белых халатах.

Скорая. Испачканное кровью платье. Сердце гулко стучит в груди. «Мой малыш...такой долгожданный», – мысли путаются в голове, а по всему телу свинцовой тяжестью разливается парализующий страх потери крохотчего, но уже любимого будущего ребенка». Так драматично и философски описывают свою работу медики отделения патологии беременности.

Ежедневно в З отделение поступают женщины с разными историями. Но именно здесь останавливают кровотечения, помогают при токсикозе, осуществляют хирургическую коррекцию недостаточности шейки матки, предупреждают и лечат осложнения при возникновении синдрома гиперстимуляции яичников, а также ведут осложненное течение беременности после ЭКО до 22 недель.

Заглянем в смотровой кабинет. Вот молодая женщина с надеждой смотрит в глаза доктору, а напротив нее в ослепительно белом халате сидит и спокойным, вселяющим уверенность голосом объясняет что-то заведующая отделением Ирина Николаевна Машина – Врач с большой буквы, клинический опыт которой составляет более 25 лет. Пройдемся по коридору: светлые уютные палаты, просторная столовая, запах свежей выпечки и ручейком льющийся смех будущих мамочек из палат – таковы будни отделения.

Только лучшие специалисты трудятся здесь. До 2014 г. отделение работало под чутким руководством великолепного специалиста Е.И. Кишиневской – заслуженного врача РФ. Много прекрасных врачей начинали свою работу здесь, ведь З отделение является великолепной кузницей



Ирина Николаевна Машина

кадров: Н.В. Пак, С.В. Журавлев, Е.В. Новосадова, Н.В. Грицан, Е.А. Дворянинович, Л.П. Гурова, А.В. Стойко, О.В. Миллер, О.А. Кучугура, С.В. Екимов.

Следует отметить, что обязанности старшей медсестры вот уже на протяжении 25 лет выполняет Вероника Геннадьевна Овсянникова, победитель краевого конкурса «Лучшая старшая медсестра 2015 г.». Каждая медсестра по-настоящему любит свою работу еще с истоков работы З отделения, когда старшей медсестрой была В.Н. Коншинец, а за ней с 1998 г. А.Н. Бурмина. Продолжают нести трудовую вахту уже более 29 лет медсестра С.Ю. Балашова, более 10 лет Н. Блинкова, Е. Кругликова, Е. Терская, Н. Феофанова.

Чистота и порядок в отделении поддерживается благодаря труду наших санитарочек: В. Токаревой, Л. Речки, Л. Лавинской под руководством сестры-хозяйки М. Дерезюк.

Состав отделения на сегодняшний

знакомьтесь:



Эльвира Халиговна
Рустамова



Евгений Анатольевич
Елизарьев

день – это молодые специалисты с теплыми глазами и огнем в сердцах: Р.Б. Курбанисмаилов, Э.Х. Рустамова, А.Д. Калинина. А помогают им в решении сложных вопросах и нелегкой борьбе за жизни малышей опытные доктора Е.А. Елизарьев, врач 1 квалификационной категории и И.Н. Машина, заведующая отделением, врач высшей квалификационной категории.

Ежегодно 1 800 пациенток поступают в 3 отделение и более 1 660 выписываются с прогрессирующей беременностью.

Высокий профессионализм врачей и медицинских сестер, аккуратность и позитивный настрой санитарочек позволяют беременным пациенткам избежать ошибок и необоснованных тревог по поводу здоровья и развития будущего малыша.

знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 4

История отделения начинается с октября 1986 года. Тогда это было отделение № 11. Первой заведующей отделением стала Галина Васильевна Красавина (1986–1988), работавшая прежде главным акушером-гинекологом Городского управления здравоохранения г. Красноярска и обладавшая большим практическим опытом. Старшей сестрой отделения до 1997 года была Вера Васильевна Крылова. Основным направлением работы отделения являлось прерывание беременности ранних и поздних сроков (по медицинским и социальным показаниям) на 60 гинекологических коек. В отделении ежегодно оказывалась профессиональная медицинская помощь около 6 000 пациенткам. Работа была направлена на профилактику криминальных абортов, которых в то время было значительное количество. В это же время начата работа по контрацепции (после аборта женщинам стали вводить ВМС).

В разные годы заведующими отделением были: 1988–1989 гг. – Л.Г. Лабенская, 1989–1991 гг. – Э.К. Племянникова, 1991–1994 гг. – А.В. Трежбятовская. В отделении трудились высококвалифицированные врачи: В.А. Морозова, Л.Г. Лабенская, Т.М. Арсентьева, Г.Д. Томшина, О.Н. Тищенко.

С 1994 году 20 коек из 60 перепрофилировали на эндокринологические, в связи с закрытием эндокринного отделения. С 1994 по 1997 г. зав. отделением была О.Н. Тищенко. Оказывалась экстренная помощь девочкам с ювенильными кровотечениями.

С 1997 года отделением руководит Галина Александровна Бабушкина, врач высшей квалификационной категории, работает в больнице со дня ее основания. До перевода в отделение работала заведующей приемным отделением, врачом в гнойно-септическом отделении.

С 2012 года отделение оказывает помощь беременным женщинам с неразвивающейся беременностью, трофобластической болезнью до 22 недель. За последнее десятилетие отмечается резкое увеличение количества женщин с неразвивающейся беременностью, что делает эту патологию очень актуальной. В отделении разработан и внедрен алгоритм обследования и ведения таких больных, благодаря чему удалось существенно снизить процент коагулопатии



Галина Александровна Бабушкина

ческих кровотечений, что даёт возможность сохранения репродуктивной функции у данной категории пациенток с последующим рождением здорового потомства.

*«Гинеколог – важный из врачей.
Многих он избавил от проблемы.
Многим он помог родить детей
И решить различные диллемы».*

В отделении широко внедряются методы медикаментозного прерывания беременности в различных сроках, особенно в случае неразвивающейся беременности, что снижает неблагоприятное воздействие на матку инструментальных методов. Вторым направлением работы отделения является прерывание беременности ранних и поздних сроков (по социальным и медицинским показаниям). Прерывание беременности ведётся методом вакуум-аспирации, что позволяет снизить количество постабортных осложнений, что имеет низкие показатели.

С 2012 года в отделении активно внедряются новейшие эндоскопические технологии – гистероскопия. Всем пациенткам с не-



знакомьтесь:



составившимся выкидышем в ранних сроках беременности, с отягощенным гинекологическим анамнезом (миома матки, рубцы на матке после кесарева сечения, неудачных попыток медикаментозного прерывания беременности, неполных абортов, плацентарные полипы), проводится высабливание полости матки под контролем гистероскопа. Этот метод позволяет исключить остатки некротизированной ткани при замершей беременности, остатки плодного яйца, выявить пороки развития полости матки, хронические процессы, эндометриоз, патологию эндометрия, подслизистую миому матки.

В настоящее время в отделении работают: Ольга Николаевна Нечепаева, врач высшей квалификационной категории, работает в больнице с прохождения интернатуры 27 лет, работала в гнойном отделении.

Татьяна Алексеевна Прокопенко, врач высшей квалификационной категории, работает в больнице 23 года, поначалу в воспитательном отделении, в отделении плановой хирургии, эндоскопическом отделении, приемном покое. В отделении работает 10 лет.

Алла Васильевна Стойко, врач 2 квалификационной категории, стаж 6 лет. Работала в воспитательном отделении, отделении патологии беременности, отделении плановой хирургии. В отделении работает 1 год.

Полина Владимировна Газенкампф, молодой специалист, стаж работы 6 лет. Работала в отделении патологии беременности, воспитательном, в отделении экстренной помощи. В отделении работает 1 год.

Профиль нашего отделения такой, что здесь «рекой» у пациенток льются слёзы.

*«Гинекологом быть – как призвание,
Нужно чувствовать женщины суть
Важно знанья иметь и желание
Пациентам облегчить чтоб путь.
Быть психологом, быть реалистом,
Не давать обещаний напрасных.
Быть душою и помыслом чистым,
Миновать, чтоб ошибок опасных...».*

Наряду с оказанием экстренной и плановой медицинской помощи населению города Красноярска и Красноярского края персонал отделения участвует в становлении и воспитании многих молодых врачей. Начинающие врачи, которые проходили интернатуру в этом отделении, продолжают трудовой путь в больнице.

Школу отделения в разные годы прошли – Марина Юрьевна Бичурина, в настоящее время заместитель главного врача по лечебной работе, Андрей Александрович Кутенко, заведующий отделением оказания экстренной помощи, Ольга Арсентьевна Кучугура, заведующая прием-

ёмным покое, Татьяна Сергеевна Дёмина, (работает в клинике «Три сердца»), Андрей Сергеевич Логиновский, Татьяна Александрова Фадеева, Елена Валерьевна Новосадова, Евгений Анатольевич Елизарьев, Олеся Владимировна Миллер, Евгения Николаевна Сивова, Сергей Гаврилович Екимов, Малека Гасымовна Каримова.

Молодые врачи активно участвуют в молодежных медицинских форумах, где учатся и обмениваются опытом работы.

Климат доброты и сострадания – важнейший фактор скорейшего выздоровления, создаётся благодаря медицинским сестрам.

*«Угасла боль, вдохнуло тело,
Качнулась плавно тишина,
Когда вошла, как лебедь белый,
С улыбкой солнечной она...».*

С 1994 года (22 года) и по настоящее время бессменной старшей медицинской сестрой в отделении работает Ирина Алексеевна Черкашина, стаж работы в больнице более 30 лет. Благодаря Ирине Алексеевне сестринский состав отделения стабилен многие годы.

Медицинские сёстры отделения: Марина Владимировна Шумахина, стаж 29 лет, Валентина Петровна Соклакова – 25 лет, Клара Николаевна Цытыркина – 25 лет, Алиса Валерьевна Бараповская – 23 года, Галина Владимировна Плеханова – 20 лет, Наталья Игнатьевна Савина – 20 лет, Юлия Викторовна Овчаренко – 15 лет, Марина Юрьевна Курганова – 12 лет, Светлана Витальевна Белогурова – менее 1 года.

Уют, чистоту создают их помощники, младший медицинский персонал. Первая сестра-хозяйка – Валентина Ивановна

Петрова, а позже её сменила Любовь Викторовна Волкова.

Оксана Викторовна Ермилова – сестра-хозяйка отделения, работает в отделении 7 лет (стаж работы в больнице 8 лет), санитарочки: Юлия Серафимовна Карпенко, Надежда Владимировна Шипагина, Ирина Владимировна Котикова, Галина Георгиевна Эшметова, Ксения Николаевна Никифорова, Марина Витальевна Елгина.

А как приятно зайти в столовую, где хозяйки Людмила Васильевна Борисова и Наталья Анатольевна Рыбинская. Большинству санитарочек далеко за 50. Но они практически на руках носят пациенток после наркоза. Хочется, чтобы не иссякла благодарность людская за этот труд, чтобы она придавала медикам здоровья и укрепляла их внутренние силы.

Несмотря на тяжёлый труд, коллектив любит отдыхать. Активно принимает участие в различных мероприятиях больницы.

Отделение является частью клинической больницы, что позволяет своевременно выявить у пациентов сопутствующую патологию и в кратчайшие сроки провести соответствующее лечение.

Коллектив отделения трудится над улучшением качества жизни женщин города Красноярска и Красноярского края.

«Дай вам, друзья, не растерять душевных сил.

Пусть не коснутся вас ни бури, ни не-настия.

*Каждый из вас, поверьте, заслужил
Простого человеческого счастья!!!».*

И пусть судьба отплатит благоденствием всем сострадательным помощникам, врачающим человеческое горе.



знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 5



Надежда Яковлевна Литвинова

С 1986 года отделение располагалось в 1 корпусе на 4–5 этажах. В нем проводились плановые гинекологические операции

на матке и придатках матки, в т. ч. малые гинекологические операции. Заведующей отделением являлась Надежда Владиславовна Дваранаускене, старшей медсестрой Галина Яковлевна Дударева; врачебный состав: Н.Я. Литвинова, Т.И. Радченко, М.В. Кожевникова, Е.Н. Давыдова.

16 марта 1989 года состоялось открытие 3 и 4 корпусов, отделение переехало в 3 корпус на 4–5 этажи и получило название «Отделение плановой хирургии». Почти 90 % врачей больницы прошли через отделение, приобретая основные практические навыки при проведении полостных операций больших объемов: Т.И. Прокопенко, О.Ф. Позднякова, Т.В. Дресвянская, А.А. Кутенко, Ю.А. Фокин, И.А. Стакурский, М.В. Дударева и другие. Врачи-интерны и клинические ординаторы, начинавшие трудовой путь в этом отделении, остались работать в больнице.

С декабря 1996 года отделение возглавляет Н.Я. Литвинова, врач высшей категории, заслуженный врач РФ. Врачебный состав отделения меняется, но уже более 20 лет работает Е.Н. Давыдова. Сестринский состав стабилен: Г.Я. Дударева, работает в отделении 43 года, О.В. Маслова – 28 лет, Н.Б. Рязанцева – 24 года. После реорганизации 4 отделения в 2006 году к нам перешли работать мед. сестры



знакомьтесь:



Е.А. Клименченко (26 лет), Т.Д. Соломатина (23 года), Е.А. Корюкова (13 лет).

С момента открытия в отделении выполняются различные объемы оперативных вмешательств, такие как: гистерэктомия лапаротомическим и влагалищным доступами; пластические операции на промежности, гименопластики, операции на придатках и малые операции. С 2012 года в отделении активно внедряются эндоскопические технологии: гистероскопия. А с 2016 отделение специализируется на эндоскопических операциях широкого профиля: лапароскопические операции на придатках, консервативные



органосохраняющие операции на матке при доброкачественных опухолях, а также гистерэктомии.

Количество малоинвазивных высокотехнологичных операций с применением эндовидеохирургических технологий с каждым днем неуклонно растет.

Это придает уверенность и оптимизм трудовому медицинскому коллективу пятого гинекологического отделения.



знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 6



Ольга Александровна Когодеева

К 1989 г. на базе «Городской больницы № 4» был построен 4 корпус, в котором на 4 и 5 этажах развернули 9 гинекологическое отделение (сегодня 6) – отделение хирургического и консервативного лечения женского бесплодия.

Основоположниками в отделении были высокие профессионалы: первая заведующая отделением Тамара Ивановна Радченко; старшая медицинская сестра Мария Ивановна Евстюхина; сестра-хозяйка Зоя Ивановна Карпова; врач Наталья Владимировна Семёнова; врач Виталий Иванович Изеашвили. Эти замечательные специалисты организовали работу отделения, создали условия для комфортного пребывания пациентов.

Основной задачей отделения является выявление факторов, приводящих к бесплодию и их лечение и устранение. Второе направление – невынашивание беременности, диагностика его причин и дальнейшее сохранение наступивших беременностей. В начале своей работы основным хирургическим доступом лечения при операциях по поводу бесплодия был лапаротомический.

На базе больницы и профиля отделения в 1989 г. была проведена первая в городе конференция по лечению бесплодия с участием профессора С.Н. Давыдова из Санкт-Петербурга, в рамках которой провели первый мастер-класс по технике лапароскопических и гистероскопических операций.

В 1990 г. благодаря стараниям главного врача А.В. Степаненко и спонсорской поддержке завода цветных металлов в отделение было приобретено первое в Красноярском крае эндоскопическое оборудование, именно тогда стали проводиться лапароскопические и гистероскопические оперативные вмешательства. Первые операции в большинстве своем носили диагностический характер ввиду отсутствия видеокамеры и выполнялись под контролем зрения.

В 1998 г. в отделение приобрели эндоскопическую стойку «Карл Шторц», и появилась возможность выполнять оперативные лапароскопии на придатках матки. Также был приобретён гистерорезектоскоп, позволивший удалять полипы, подслизистые миоматозные узлы, рассекать синехии и перегородки полости матки, сохраняя целостность её стенки.

В рамках программы модернизации здравоохранения в 2013 г. появилась современная эндоскопическая стойка с дополнительным оборудованием, в том числе марциллятор, маточный манипулятор, биполярный резектоскоп, что расширило объемы оперативных вмешательств.

В 2013–2014 гг. в отделении произведен капитальный ремонт в соответствии с современными требованиями Роспотребнадзора.

Со временем коллектив отделения обновлялся новыми кадрами.

С 2009 г заведующей отделением является Ольга Александровна Когодеева. За время работы зарекомендовала себя как высококвалифицированный специалист. Особое внимание уделяет обучению молодых специалистов в направлении эндоскопической гинекологии.

Многие врачи, работающие в больнице, осваивали азы техники проведения эндоскопических операций именно в этом отделении. В разные годы в отделении работали А.И. Вергунов, Т.А. Прокопенко, Н.С. Дряпак, Н.Д. Сисаури, Т.А. Шагеев,

знакомьтесь:



М.Ю. Бичурина, Е.Р. Константинова, Е.В. Дударовская, Л.П. Гурова, С.Г. Екимов, М.В. Дударева, Е.Э. Жук, О.Н. Боченкова, Е.Н. Сивова, Е.А. Елизарьев, Н.А. Вергунов.

Врачебный коллектив в настоящее время: заведующая отделением О.А. Когодеева, врачи: Л.П. Гурова, А.С. Васильева, Ю.В. Раткевич, А.Г. Усманова. Врачи отделения постоянно повышают профессиональный уровень, участвуют в работе российских и международных форумов и конференций.

В 2007 году ушла на заслуженный отдых старшая медицинская сестра Мария Ивановна Евстюхина, а на эту должность заступила Галина Ивановна Лабыгина, проработавшая до 2012 г. В настоящее время работает



старшей медсестры выполняет Елена Владимировна Аблаева. Средний медицинский персонал – высококвалифицированные, профессиональные сотрудники, относящиеся к пациентам с добротой, вниманием, милосердием. Медицинские сестры каждые 5 лет проходят курсы повышения квалификации. Помимо этого, проводятся учебно-тематические занятия на различные медицинские темы внутри отделения, читаются лекции, осваиваются новые технологии, проводится работа в медицинской системе qMS.

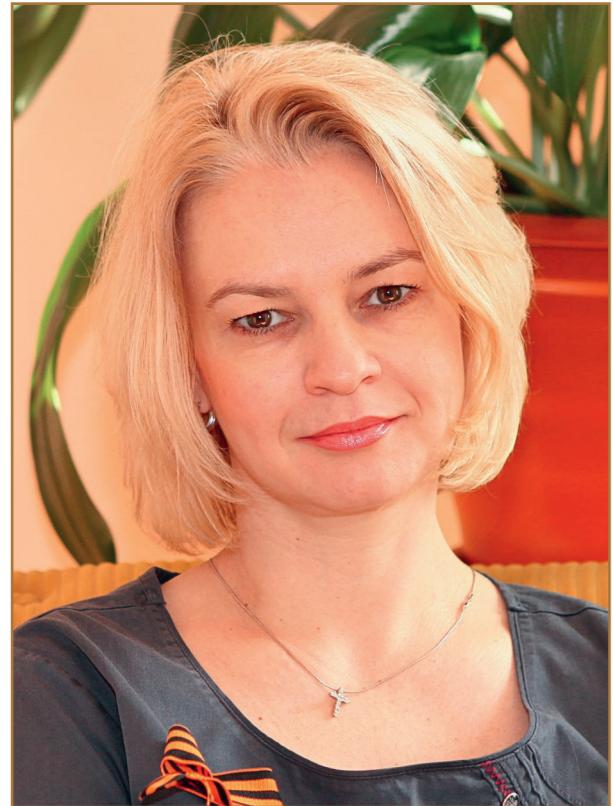
Помимо основной рабочей деятельности, медицинские сестры участвуют в проводимых в больнице конкурсах, других общественных мероприятиях (вечера открытия, спортивные соревнования).

Коллектив медицинских сестёр в настоящее время: Раиса Васильевна Мокроуз, Татьяна Яковлевна Герасимова, Светлана Вениаминовна Потылицина, Юлия Ивановна Васильева, Марина Валентиновна Челнокова, Светлана Александровна Дьякова, Ирина Александровна Шушкова, Елена Валерьевна Радионова, Марина Муратовна Мухаметшина, Гулия Абдылаевна Исманова, Ольга Николаевна Карасёва.

Итак, двадцать семь лет неустанно помогает женщинам этот мобильный медицинский коллектив.

знакомьтесь:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 7



Маргарита Викторовна Дударева

В июне 1996 года открыто хозрасчетное отделение для семейных пар (гинекологический, урологический, андрологический профиль), также на базе отделения с 1993 года функционирует операционная отделения липотрипсии.

Первый заведующий отделением – А.П. Гроза (1996–1999 гг.), старшая медицинская сестра Г.С. Зотова с 1996 года до настоящего времени (в больнице с 1993 года), сестра хозяйка О.М. Карнаух с 1996 года до настоящего времени (в больнице с 1992 года).

С 1999 по 2002 гг. заведующая отделением Н.В. Семенова. В 2000 году отделение переименовано в № 10.

С января 2002 по 2008 год в отделении работала Н.С. Кан. С апреля 2002 по 2008 год заведующая отделением М.Ю. Бичурина. В 2003 году отделение переименовано в № 11.

В 2008–2010 гг. заведующая отделением Л.П. Гурова, врач отделения Е.Р. Констан-

тинова. В 2009 году отделение переименовано в № 7.

В 2010–2014 гг. заведующая отделением Т.И. Радченко, врач отделения О.И. Котова в 2010 г., А.С. Логиновский (2010–2013), М.В. Дударева с 2013 года.

С 2014 года заведующая отделением М.В. Дударева, врач отделения Т.И. Радченко до мая 2016 года, с мая 2016 года Е.Э. Жук.

Состав отделения № 7: М.В. Дударева – заведующая отделением, Е.Э. Жук – врач-гинеколог, Г.С. Зотова – старшая медицинская сестра. Медицинские сестры: Н.С. Карпенко, Ю.Б. Броваренко, Л.Г. Шибкова, О.А. Мясникова, Т.А. Борташевич, Н.В. Гришна, Е.И. Андреева, Е.А. Ларинова, Ю.А. Бобкова, О.М. Карнаух – сестра-хозяйка. Буфетчицы: З.И. Ляпунова, В.В. Гришанова. Санитарки: Н.С. Горская, Е.Г. Шаркова, В.Г. Рындина, А.Н. Полякова, В.В. Бедарева.

В настоящее время одно из направлений работы отделения – это оперативное лечение заболеваний женских половых органов. Большая часть операций проводится по поводу бесплодия, задача – выявление факторов, приводящих к бесплодию и их устранение. Второе место занимают операции по поводу новообразований женских половых органов. Основным хирургическим методом является эндоскопический. Широко используется гистеро- и гистерорезектоскопия, операции, позволяющие выявлять и устранять патологию полости матки, удалять полипы, подслизистые миоматозные узлы, рассекать синехии, перегородки полости матки, сохра-



знакомьтесь:



няя целостность ее стенки. За последний год увеличилось количество полостных и операций, проводимых по поводу пролапса гениталий. Второе направление в работе – щадящее и гуманное сохранение беременности. В отделение поступают больные с угрозой прерывания беременности в сроке до 22 недель (со спонтанной беременностью и после

ЭКО и ПЭ); с истмико-цervикальной недостаточностью в сроке до 22 недель; синдромом гиперстимуляции яичников различной степени тяжести.

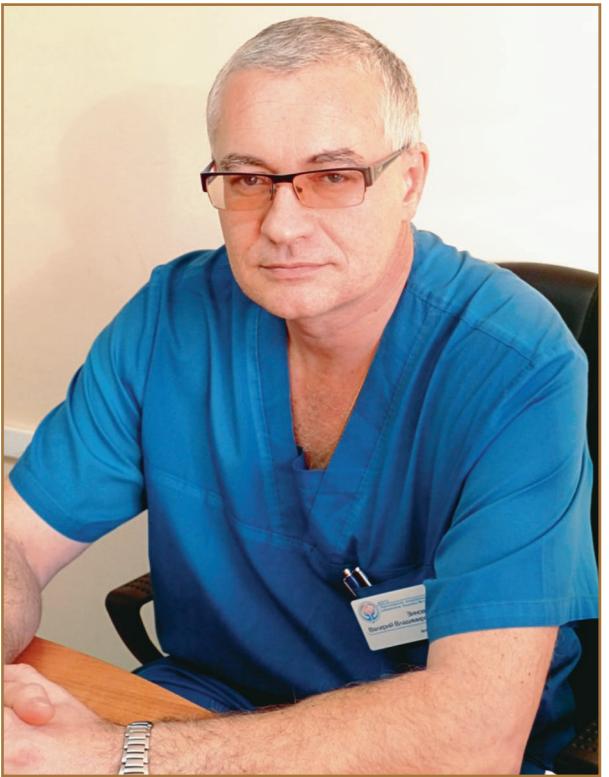
Отделение развернуто на 30 коек, есть 9 одноместных палат и 11 двухместных.

Все тщательно продумано для возвращения здоровья пациентам.



знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ УРОЛОГИИ



Валерий Владимирович Зиновьев

Отделение урологии организовано и работает на основании приказа городского управления здравоохранения № 481 от 3 октября 1990 г., мощность его составляет 50 коек. Заведующим назначен А.Л. Гро-за, врачи: В.Д. Азаренко, Е.А. Почежер-цева, И.В. Богданов, Н.А. Костюк, ст. мед. сестра Н.Р. Сидорова. С момента открытия отделение оказывало плановую помощь, но без экстренной помощи населению Красноярска.

С 1993 г. в составе отделения начинает функционировать операционная литотрипсия. В 2000 г. заведующим отделением становится Н.А. Костюк, в 2003 г. заведующий В.Д. Азаренко, старшая медсестра С.В. Мамаева.

В 2005 г. руководит отделением В.И. Кожухов, ст. медсестра А.И. Симо-нова. Отделение оснащено эндоскопиче- ским оборудованием, стали проводится операции с применением контактной ли- тотрипсии.

С апреля 2007 г. в связи с выросшей потребностью отделение урологии начало оказывать экстренную помощь жителям правобережья: три раза в неделю – поне-



дельник, среда, пятница. В 2011 году на его базе открыта палата интенсивной терапии на 3 койки. С середины 2012 года оно расширено до 60 коек.

С начала 2013 года неотложная помощь по урологии на базе отделения для жителей правого берега г. Красноярска оказывается 7 дней в неделю 24 часа в сутки. С этого же года стали широко внедряться эндоскопические методики опера- тивного лечения, в том числе и лапа- роскопические операции. С марта 2013 года заведует отделением Е.В. Старо- сельцев, старшая медсестра С.И. Соснов- ская.

В 2014 г. должность зав. отд. занял В.Ю. Омельчук, старшая медсестра С.И. Сосновская.

С 2015 года возобновлена работа каби- нета Рентген-ДЛТ.

В настоящий момент отделение уроло- гии работает на 55 коек, оказывает прак- тически весь объем плановой и экстренной урологической помощи населению г. Красноярска и Красноярского края. Руководит им уролог высшей категории В.В. Зино- вьев. Сестринский состав отделения в на- стоящее время: С.И. Сосновская, В.А. Ко- стина, Н.В. Малащенко, О.В. Ожогина,

Е.Н. Прохорова, И.В. Сорокина, Л.В. Ше- велева, М.Н. Панфилова, С.В. Глушкова, К.В. Дроздова, О.В. Сухорукова, Л.А. Ни- колаева, Л.В. Плащенко, Т.С. Тихонович, В.Н. Буданова, О.В. Качанова.

Санитарский состав: сестра-хозяйка Г.И. Митрашова, П.С. Федосеева, С.Н. Ан- дриеш, О.Н. Зимица, Г.Н. Голобокова, О.С. Харковлюк, А.П. Яковleva, В.Н. Козлова, О.М. Шлыкова, Е.И. Деревцова; буфетчи- цы: С.Г. Кириллова, Г.А. Амзаракова.

Планы дальнейшего развития отде- ления: на 2017 год запланирован его ка- питальный ремонт, с открытием второго перевязочного кабинета для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями и цистоскопического кабинета, увеличе- ние оперативной активности, в т. ч. за счет доли малоинвазивных и эндоскопических операций.

Коллектив отделения мобильный, зна- ющий, умный. Их жизнь и труд – во благо страждущих.

знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИИ



Александр Олегович Широбоков

Хирургическое отделение в КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» организовано 3 августа 2009 г. после проведенного ремонта 4 этажа 1 корпуса.

Открывали его заведующий Игорь Александрович Прусов, старшая медицинская сестра Людмила Ивановна Ошарова и сестра-хозяйка Людмила Анатольевна Сенокопенко.

В хирургическом отделении выполнялись плановые оперативные вмешательства.

3 февраля 2010 г. появилась служба по оказанию неотложной хирургической помощи.

В 2009-2013 гг. отделение содержало 60 коек, в 2014 г. – 55, с 2015 г. рассчитано на 50 коек.

Целью работы хирургического отделения является оказание качественной высококвалифицированной хирургической помощи пациентам города Красноярска и Красноярского края. Лечебное учреждение – это клинический многопрофильный хирургический стационар с привлечением сотрудников ГБОУ ВПО «Красноярский

государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого».

На сегодняшний день в отделении работают 4 врача высшей и 2 второй категории, 1 кандидат медицинских наук.

В 2013 г. в хирургическом отделении было пролечено 1914 пациентов, в 2014 г. – 2016, в 2015 г. – 1940 пациентов. В 2013 г. летальность составила 4,1 % (82 больных), в 2014 г. – 2,9 % (60 пациентов), в 2015 г. – 2,1 % (64 пациента).

Средняя длительность пребывания в стационаре в 2013 г. вышла на 8,6 койко-дней, в 2014 г. – 7,9, в 2015 г. – 7,3 койко-дня.

С 2010 по 2013 г. хирургическое отделение являлось клинической базой кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Владимирович Черданцев).

С 2013 г. по настоящее время хирургическое отделение стало клинической базой кафедры общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор Юрий Семёнович Винник). Сотрудники кафедры, работающие на клинической базе: кандидат медицинских наук, доцент, врач-хирург хирургического отделения, врач ультразвуковой диагностики Екатерина Валерьевна Серова, ассистент, врач-хирург хирургического отделения Альберт Викторович Лейман, ассистент Роман Иванович Андреев. С 2013 по 2015 г. работали кандидат медицинских наук, ассистент Николай Игоревич Цедрик, аспирант Алексей Сергеевич Струзик и аспирант Сергей Алексеевич Орлов. На клинической базе проходят обучение студенты I-III курсов факультета фундаментального медицинского образования, специальности «лечебное дело» и «педиатрия», III-IV курсов Института стоматологии, IV-VI курсов педиатрического факультета, а также готовятся интерны и клинические ординаторы.

Лидирующие позиции в структуре хирургической патологии занимают три группы заболеваний – аппендицит, болезни поджелудочной железы (в т. ч. острый панкреатит) и болезни желчного пузыря (в т. ч. острый и хронический холецистит),

что соответствует общероссийским показателям.

Соотношение экстренных и плановых операций выглядит следующим образом: в 2013 г. было выполнено 927 экстренных и 277 (23 %) плановых оперативных вмешательств, в 2014 г. – 878 экстренных и 234 плановых (21 %), в 2015 г. – 898 экстренных и 328 плановых (26,75 %) операций.

В хирургическом отделении с 2010 г. открыт эндоскопический кабинет, в котором выполняются интравенозные диагностические и лечебные мероприятия – фиброзэзофагострадуоденоскопия в экстренном и плановом порядке, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), фибробронхоскопия.

В хирургическом отделении с 2010 г. (впервые в Красноярске) при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта для достижения гемостаза применяется метод аргонусиленной коагуляции.

В хирургическом отделении с 2015 г. организован кабинет УЗИ, в котором выполняются ультразвуковые исследования у пациентов хирургического, урологического и гинекологического профилей с различной, в т. ч. сочетанной патологией.

Применяются малоинвазивные пункционные методики под контролем ультразвука и рентгеновского излучения.

Совместная работа хирургического отделения и кафедры общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана организована в виде содействия в присвоении врачебных категорий, поддержки при прохождении циклов повышения квалификации и сертификационных циклов, обучающих семинаров, участия в научно-практических конференциях, заседаниях Красноярского краевого научно-практического общества хирургов, оформления совместных грантов для выполнения научно-исследовательских работ, совместном выполнении



знакомьтесь:



Игорь Александрович
Прусов



Владимир Фролович
Левин

последних, публикации статей в научных журналах, подготовке докладов на конференции городского, краевого и российского уровней с международным участием.

С 2013 г. совместно с сотрудниками хирургического отделения опубликовано 7 статей, в т. ч. 6 – в журналах перечня ВАК РФ.

В дальнейшей работе необходимо совершенствовать навыки оперативной техники, повышать уровень знаний путём прохождения циклов усовершенствования, сертификационных, обучающих семинаров, научно-практических конференций, заседаний Красноярского краевого научно-практического общества хирургов. Планируется расширить объём выполняемых эндоскопических вмешательств в ургентной хирургии, проведении герниопластики при паховых, пупочных иentralных грыжах. В отделении планируется внедрение чрескожных методов дренирования и стентирования внутрипеченочных протоков, пункций и дренирования кист поджелудочной железы, очаговых и объемных образований органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

... Такова многотрудная и продуманная деятельность хирургического отделения.



знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ



Рамазан Амирович Бичурин

Представьте себе на минуту: два старых ветхих двухэтажных здания на правобережье Красноярска – это гинекологическая больница № 4.

В то время врачами-анестезиологами работали Оксана Юрьевна Мартынова, Олег Васильевич Смирнов.

Их помощницами были две медсестры-анестезистки: Галина Михайловна Кузнецова и Валентина Васильевна Нестерова.

Анестезиологическая бригада входила в состав хирургического отделения, больных после операции вся медицинская бригада со второго этажа переносила на руках в палату реанимации, т. к. каталка не помещалась в узких коридорах.

В 1981 году на должность главного врача приходит Александр Викторович Степаненко. С его приходом начинается история открытия и развития отделения анестезиологии и реанимации в больнице.

В апреле 1982 года благодаря усилиям Александра Викторовича Степаненко

открывается отделение анестезиологии и реанимации.

На должность заведующего отделением приглашается опытный врач высшей категории Владимир Петрович Карпачев. Под его началом работали врачи: А.Ш. Халиулин, В.Я. Свергун, Н.И. Терехов и медицинские сестры: К.П. Моисеенко, М.В. Соболева, Е.В. Шах, Н.А. Бахтина, Т.А. Командирова.

Старшей медсестрой отделения назначили Галину Михайловну Кузнецову, ставшую впоследствии главной медсестрой больницы и продолжающую работать в этой должности по настоящее время.

В связи с расширением оказываемых услуг, потребностью в оказании квалифицированной специализированной помощи в августе 1986 года вводятся в эксплуатацию новые здания городской гинекологической больницы № 4 на 610 коек на улице Кутузова, 71. Учитывая, что в больницу будут поступать женщины



знакомьтесь:



с тяжелой патологией, а также с осложнениями в послеродовом периоде со всех родильных домов города, отдел здравоохранения принял постановление об открытии палат реанимации и интенсивной терапии на 6 коек. Открытие состоялось 1 октября 1986 года.

С этого момента началась новая история отделения. За эти годы персонал отделения вырос более чем в три раза, увеличилось количество гинекологических отделений, открылись хирургическое и урологическое отделения, пополнилось количество операционных, изменилась структура оказанных пособий, возросла нагрузка на службу анестезиологии, количество анестезий доходило до 11 000 в год, укреплялась материально-техническая база отделений.

В разные годы заведующими отделением были: Владимир Петрович Карпачев – до 1988 г.; Владимир Владимирович Данилович (1988–1990); Любовь Ильинична Логинова (1990–1992); Валерий Евгеньевич Грушевский (1992–1994); Валерий Николаевич Шкиль (1994–2001); Николай Иосифович Терехов (2001–2004); Александр Геннадьевич Сорокин (2004–2010). С 2010 года

отделением руководит Рамазан Амирович Бичурин – врач высшей квалификационной категории, ассистент кафедры анестезиологии-реанимации, кандидат медицинских наук.

Отделение мощностью 12 коек оснащено современной аппаратурой для проведения респираторной поддержки и непрерывного мониторинга витальных функций. Сотрудники оказывают плановую и экстренную круглосуточную анестезиологическую и реанимационную помощь больным с тяжелыми осложнениями беременности, гнойно-септическими осложнениями, осложнениями после проведения вспомогательных репродуктивных технологий с урогенитальной тяжелой патологией (гинекология и урология) и хирургическими заболеваниями. Оперативные вмешательства гинекологического, урологического и хирургического профилей осуществляются на 12 операционных столах, все операции проводятся под тем или иным видом анестезии.

Специалисты отделения владеют современными видами анестезии. В отделении работают 15 врачей, имеющих в основном, высшую квалификационную категорию. Врачи отделения являются



знакомьтесь:

участниками международных исследований, постоянно участвуют в конференциях, конгрессах, съездах, мастер-классах и семинарах анестезиологов-реаниматологов.

Теплом сердец, опытом, знаниями и вниманием делились: В.Б. Кабанов, Л.П. Столярчук, И.О. Анисимов, Н.В. Багрянцев, С.П. Зайнулин, П.А. Голышев, С.М. Сидорова, В.С. Ваккер, И.Г. Вербоноль, В.А. Смирнов, В.Н. Матросов, А.М. Артюхов, А.Н. Григорьев.

Продолжают делиться: Н.Ф. Шевченко, Н.Г. Тржебятовский, В.Е. Надич, И.Ю. Новикова, М.А. Курносова, А.Г. Сорокин, Е.Б. Карпенко, К.В. Прокопьев, И.Е. Чуркин, Д.П. Фокша, В.В. Кснаткин, Г.И. Филатова.

История об отделении анестезиологии и реанимации была бы неполной, если не рассказать о медицинских сестрах, которые здесь работали и работают: медицинские сестры-анестезисты Е.В. Свергун, М.В. Соболева, Л.Н. Иванова, Т.А. Командирова, Е.К. Шмыглевская, Н.В. Терешина, Л.Ю. Канаировская, Л.П. Толстикова, Г.Ф. Винничук, К.П. Монсеенко, Е.С. Орловская, Л.Ф. Безъязыкова, И.Ю. Шадуро, Л.Б. Владимирова, Ю.А. Потапенко, Н.П. Федорова, Н.В. Шевалова, М.В. Потылицына, Н.Н. Новоселецкая, И.И. Кузнецова, Е.В. Сергеева, А.А. Иконникова, Л.И. Попова, Н.В. Кравченко.

Плохих медсестер-анестезистов попросту не бывает. Приходят многие, остаются единицы. Не выдерживают эмоциональных и физических перегрузок, но, пройдя через все испытания, медицинские сестры не огрубели душой, не утратили сострадания: они доброжелательны, выдержаны, терпеливы к пациентам. Палатные медсестры: Л.А. Юшкова, Л.Ю. Ложкина, А.В. Стошь, А.А. Гриник, Р.В. Гусейнова,



Г.В. Витусевич, А.Л. Кромкина, Я.В. Бахтина, Е.Н. Зверздинова, Н.В. Якимович.

Старшая медицинская сестра отделения Т.С. Прадед. Незаменимыми помощницами палатной медсестры являются младшие медицинские сестры по уходу за больными, и у нас работали и продолжают работать: Л.В. Будылина, М.А. Киселева, Л.Ю. Морозова, более двадцати лет проработала сестрой-хозяйкой. А.В. Калинкина в настоящее время продолжает ее дело.

Помимо основной работы, коллектив отделения участвует с радостью и оптимизмом в общественной жизни больницы. Она тут яркая и насыщенная. Без отдыха не выполнить их достойную миссию.

У коллектива отделения анестезиологии-реанимации впереди еще много трудных дел по улучшению качества жизни людей города Красноярска и Красноярского края с которыми коллектив как всегда успешно справится.

На базе отделения работает кафедра анестезиологии-реанимации Красноярского государственного медицинского университета, обучение врачей начинается со студенческой скамьи: к нам приходят студенты III-IV курсов, трудятся медбратьями, становятся ординаторами, а некоторые остаются работать врачами. Это их путь – стоять у порога драматической медицины, помогая страждущим, удаляя беду.

Зная много лет друга нашей семьи, известнейшего ученого-реаниматолога, анестезиолога с мировым именем Анатолия Павловича Колисниченко, верю, что его школа и в этом отделении находит последователей. Анатолий Павлович всегда говорит о реанимации, как о космосе: «Это прорыв, надежда, сохранность хрупкой, но бесценной человеческой жизни».

И верю, что это так.



знакомьтесь:

ОПЕРБЛОК

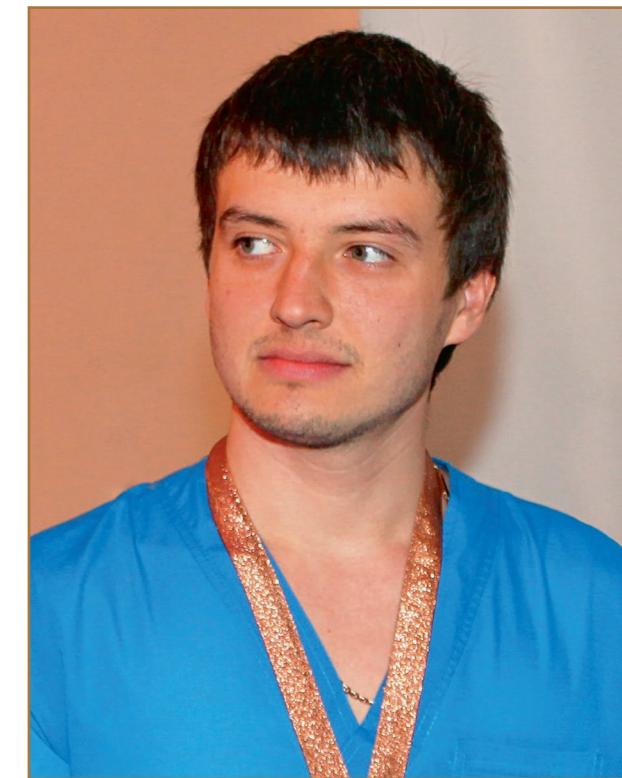
В 1961 году открылся шестой родильный дом, пятый родильный дом расформировали и открыли в двух корпусах гинекологическую больницу № 2. В первом корпусе на втором этаже находились операционные: чистая и гнойная.

В 1969 году открыли круглосуточную экстренную помощь Ленинского района. В операционной работали три операционные медсестры: Вера Дмитриевна Герасименко, Валентина Васильевна Петренко, Мария Ивановна Казанцева. Главный врач Клавдия Николаевна Оводова, заведующая первым корпусом Тамара Николаевна Берзон, затем Елена Станиславовна Калач. Заведующая вторым корпусом Галина Ильинична Аверьянова. Старшая сестра первым корпусом Наталья Никитична Ловцова, старшая сестра вторым корпусом Нина Ивановна Лопатина.

Оба здания были старыми и ветхими, косметический ремонт делали своими силами. Со временем во втором корпусе обвалился потолок в палате, операционную, персонал, больных временно перевели на «Красноярский рабочий» в бывшую вечернюю школу рабочей молодежи в районе ДК ТЭЦ.

В это время на ул. Кутузова, 71 строилось общежитие, после реконструкции общежитие отдали под больницу. Два корпуса открылись в сентябре 1986 года. Открывал главный врач Степаненко Александр Викторович.

В первом корпусе на втором этаже находились две гинекологические операционные: чистая – два стола, гнойная – один стол, оказывали круглосуточную экстренную



Алексей Юрьевич Фокин

помощь гинекологическим больным, и две плановые операционные на три стола на пятом этаже. Старшая медсестра Алла Кирилловна Заниманская, операционные относились к первому гинекологическому отделению, которым заведовала Клавдия Владимировна Каурова. Вскоре оперблок, согласно штатному расписанию стал самостоятельным подразделением. На должности заведующего оперблоком работали: Валентина Алексеевна Морозова, Галина Александровна Бабушкина, Виталий Иванович Езишвили, Сергей Владимирович Журавлев, Игорь Анатольевич Стакурский, старшая медсестра с февраля 1988 года по 2013 год Нина Александровна Белова.

В 1988 году открыли третий и четвертый корпуса, приобрели две эндоскопические стойки фирмы «Карл Штоль», производитель Германия, открыли две эндоскопические операционные в четвертом корпусе на пятом этаже на три операционных стола.

Работу на этих стойках начинали врачи: Виталий Иванович Езишвили, Наталья Владимировна Семенова, Тамара Ивановна Радченко, Андрей Иванович Вергунов,

знакомьтесь:



операционные медицинские сестры: Валентина Васильевна Петренко, Светлана Николаевна Бочкина. В октябре 1990 года открылось отделение урологии на пятом этаже с двумя операционными: чистая и гнойная. Экстренная помощь оказывалась жителям правого берега.

С 1994 года главный врач «Городская больница № 4» Юрий Александрович Фокин.

В 2007 году приобрели эндоскопическую аппаратуру для урологических больных.

С 2008 года главный врач КГБУЗ «КМКБ № 4» Фокина Альбина Павловна.

В 2008 году открылось отделение хирургии. После ремонта на третьем этаже открыли хирургическую и урологическую операционные. В 2009 году для хирургических больных приобрели эндоскопическую аппаратуру (производитель Казань), а в 2010 – эндоскопическую стойку фирмы «Карл Штюрц», производитель Германия.

В 2012 году по программе модернизации здравоохранения в экстренную операционную было получено новое эндоскопическое оборудование. Коллектив отделения во главе с А.А. Кутенко в полном объеме освоил все виды оперативных вмешательств, что позволило усовершенствовать оказание экстренной гинекологической помощи,

сделать ее малоинвазивной, на уровне ведущих клиник нашей страны.

Задачи оперблока: оказание полноценной, качественной плановой и экстренной хирургической помощи гинекологическим, хирургическим, урологическим и андрологическим больным г. Красноярска и Красноярского края.

С 2014 года оперблоком заведует Фокин Алексей Юрьевич.

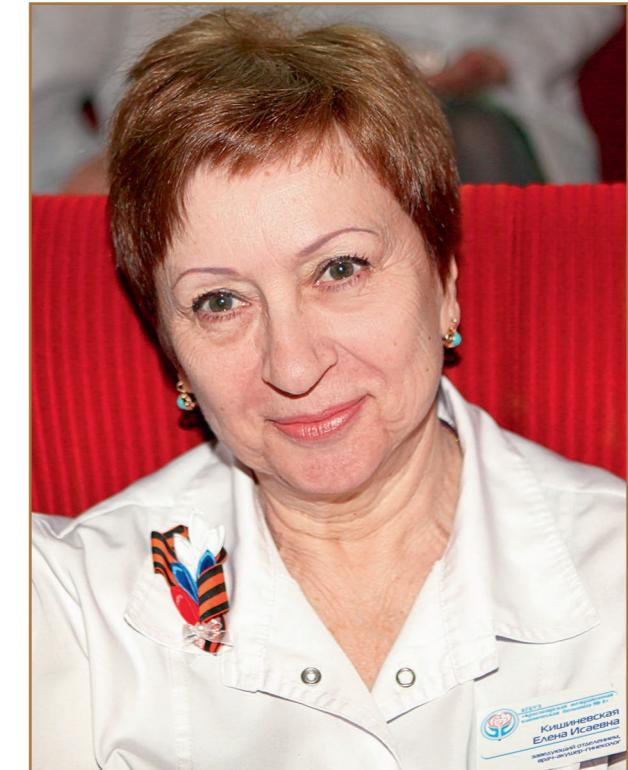
С января 2014 года на должности старшей медсестры работала Варвара Александровна Филина, в настоящее время – Марина Михайловна Замахаева.



знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Отделение дневного стационара было открыто на базе урологического (андрологического) отделения круглосуточного пребывания. В 1990 году имело мощность 50 коек. Заведующий отделением Владимир Андреевич Грушкин, старшая медицинская сестра Нина Александровна Некрасова. В 1992 году дополнительно открыто второе отделение андрологии на 40 коек в 3 корпусе на 2 этаже. В 1996 году из двух отделений образовано одно отделение урологии (андрологии) на 60 коек. Заведующий отделением Юрий Викторович Михайленко, старшая медицинская сестра Галина Петровна Кузнецова, сестра-хозяйка Вера Юрьевна Колганова. В отделении проходили лечение пациенты, не требующие круглосуточного наблюдения, проводились малые урологические операции при урологических заболеваниях: фимоз, гидроцеле, операции Винкельмана, Рейха, выполнялись биопсии.



Елена Исаевна Кишиневская

Путем нескольких реорганизаций до 01.07.2009 на площадях 3 этажа 4 корпуса находились 2 отделения: урологическое на 30 коек и 30 коек гинекологического профиля. Заведующая отделением Татьяна Васильевна Выговская, старшая медицинская сестра Галина Петровна Кузнецова, сестра-хозяйка Вера Юрьевна Колганова.

С 01.07.2009 работает отделение дневного стационара на 30 коек урологического и 30 коек гинекологического профиля. Заведующая отделением – Ирина Николаевна Машина, старшая медицинская сестра и сестра-хозяйка те же.

С августа 2014 г. заведующая отделением Елена Исаевна Кишиневская.

В отделении проходят лечение пациентки с гинекологическими заболеваниями: хронические воспалительные болезни женских половых органов, угро-



Евгений Витальевич Старосельцов

знакомьтесь:



Сергей Гаврилович Екимов

жающий самопроизвольный выкидыши при сроке беременности до 22 недель. Выполняются малые операции с помощью электрохирургического высокочастотного аппарата с аргонусиленной коагуляцией при заболеваниях шейки матки и влагалища, выполняется биопсия шейки матки. В отделении широко применяется современная технология медикаментозного аборта при нежеланной беременности для пациенток города и края. Кроме гинекологических заболеваний, в отделении проводится консервативное лечение пациентов урологического профиля с воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей, заболеваниями мочевого пузыря, предстательной железы и других мужских половых органов, при наличии показаний выполняются малые оперативные вмешательства при заболеваниях: гидроцеле, фимоз.

В отделении работает очень слаженный, квалифицированный, грамотный и добрейший коллектив!



знакомьтесь:

КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

В 1989 году на базе «Городской больницы № 4», по инициативе главного врача А.В. Степаненко, была открыта поликлиника, целью работы которой стало оказание специализированной помощи супружеским парам с бесплодием и невынашиванием. Был создан Центр по бесплодию, в состав которого входили: консультативно-диагностическая поликлиника; отделение диагностики и лечения бесплодия на 50 коек; отделение андрологии на 50 коек. Отделения Центра работали в тесном содружестве и преемственности с лабораторной службой больницы в связи с уникальностью и специфичностью обследования, что привело к высоким результатам лечения бесплодия.

На момент открытия в поликлинике осуществляли прием 3 акушера-гинеколога (Н.Г. Новик, И.М. Драб, И.А. Горбачёва); врач-андролог В.Н. Кауфман; врач секспатолог А.С. Михнюк; врач-терапевт О.М. Корень, врач УЗД Т.В. Камеко. Заведующей поликлиникой являлась Г.В. Кадулина.

В 1995 году Центру по бесплодию присвоен статус Краевого Центра реабилитации репродуктивной функции супружеских пар, который оказывал специализированную помощь жителям г. Красноярска, Красноярского края, территории Сибири и Дальнего Востока. В 1996 году консультативно-диагностическая поликлиника ГБ № 4 при лицензировании и аккредитации получила первую квалификационную категорию.

С учетом большой потребности в оказании помощи при бесплодии, отсутствия подобных лечебных учреждений в городе и крае на тот период времени, применение новых технологий при диагностике и лечении бесплодия, проведения прегравидарной подготовки, раннего выявления и лечения осложнений беременности I и II триместра и соматических заболеваний, высокой потребности в консультативно-диагностической и лечебной помощи беременным (на ранних этапах беременности) были организованы кабинеты специалистов: акушеров-гинекологов, аллерголога-иммунолога, психотерапевта,



Елена Ивановна Климатова

сексапатолога, стоматолога, терапевта, уролога, эндокринолога.

В состав поликлиники входили дневной стационар на 5 коек и пансионат, в котором жили пациенты, прибывшие для обследования по бесплодию и невынашиванию из края и отдаленных районов. В дневном стационаре поликлиники проводились лечебно-диагностические мероприятия и манипуляции: кольпоскопия, лечение шейки матки методом диатермоагуляции, метросальпингография, прерывание беременности на раннем сроке методом вакуум-аспирации. До 2009 года в поликлинике осуществлялось наблюдение беременных женщин до 22 недель беременности, беременность которых наступила на фоне лечения бесплодия и/или невынашивания, затем пациентки передавались в женскую консультацию по месту жительства.

За время работы поликлиники накоплен опыт и разработаны алгоритмы ведения пациентов с бесплодием и невына-

знакомьтесь:



шиванием, беременных с нарушениями гемостаза, которые применяются и совершаются до настоящего времени. Результат работы – стабильный процент наступления беременности при лечении бесплодия – 25–27 % – на протяжении многих лет.

В 2011 году поликлиника переименована в консультативно-диагностическое отделение, которое оказывает специализированную помощь по бесплодию и невынашиванию жителям г. Красноярска, Красноярского края в рамках ОМС.

С 2013 года в Красноярске проводится базовая программа ЭКО за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края. КДО активно участвует в реализации программы, за счет средств ОМС подготовлено и получено направление 1 127

супружеских пар. Удельный вес наступления беременности после проведения ЭКО составляет 28 %.

Опыт в ведении бесплодных супружеских пар передается молодым врачам, проводятся тематические планерные заседания



с целью совершенствования и учебы в сфере гинекологической эндокринологии, репродуктологии и общей эндокринологии. Врачи отделения являются членами Российской ассоциации гинекологов-эндокринологов. Они применяют современные методы лечения бесплодия и невынашивания, такие как контролированная индукция овуляции гонадотропинами, современная гормональная коррекция нарушений менструального цикла у женщин, лечение хронических эндометритов, бесплодия, связанного с другими факторами: эндометриоз, миома матки. При бесплодии, связанном с мужскими факторами, проводится искусственная инсеминация, коррекция веса при метаболическом синдроме, лечение эндокринопатий.

Итог нашей работы – более 8 тысяч супружеских пар стали счастливыми родителями!



знакомьтесь:



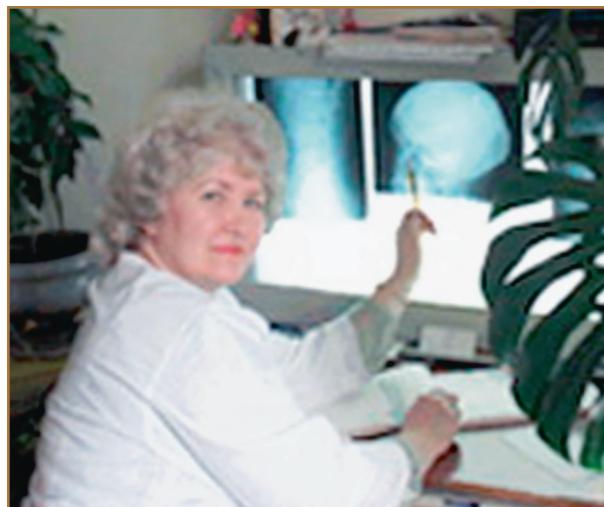
знакомьтесь:

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Жанна Владимировна Бикбова

В 1991 г. в Городской больнице № 4 был открыт рентгеновский кабинет, оснащенный рентгеновским аппаратом РУМ20М и передвижным рентгеновским аппаратом 10Л-6. В течение 21 года заведующей была Лариса Васильевна Наумова.



В 2008 г. на базе рентгеновского кабинета организована круглосуточная служба и присвоен статус рентгенологического отделения.

В 2012 г. в отделении были сделаны капитальный ремонт и переоснащение оборудования, установлен универсальный рентгенодиагностический комплекс «Apollo», Италия, 2012 г.в., а в операционной – рентгенохирургический аппарат «С-дуга» ARES, Германия, 2012 г.в., который широко применяется в оперативной урологии.

С 2015 года в составе отделения работает кабинет дистанционной литотрипсии, оснащенный аппаратом «MODULIT SL20», 1992 г.в., Германия. Всё оборудование в рабочем состоянии с наличием санитарно-эпидемиологических заключений.

Коллектив рентгенологического отделения преимущественно молодого и среднего возраста.

Заведующая отделением врач высшей категории Жанна Владимировна Бикбова.

Врачи-рентгенологи: Кристина Борисовна Полетаева – 2 категория, Алена Валерьевна Базарова, Ольга Александровна Прохорова, Александр Викторович Цимбалей.

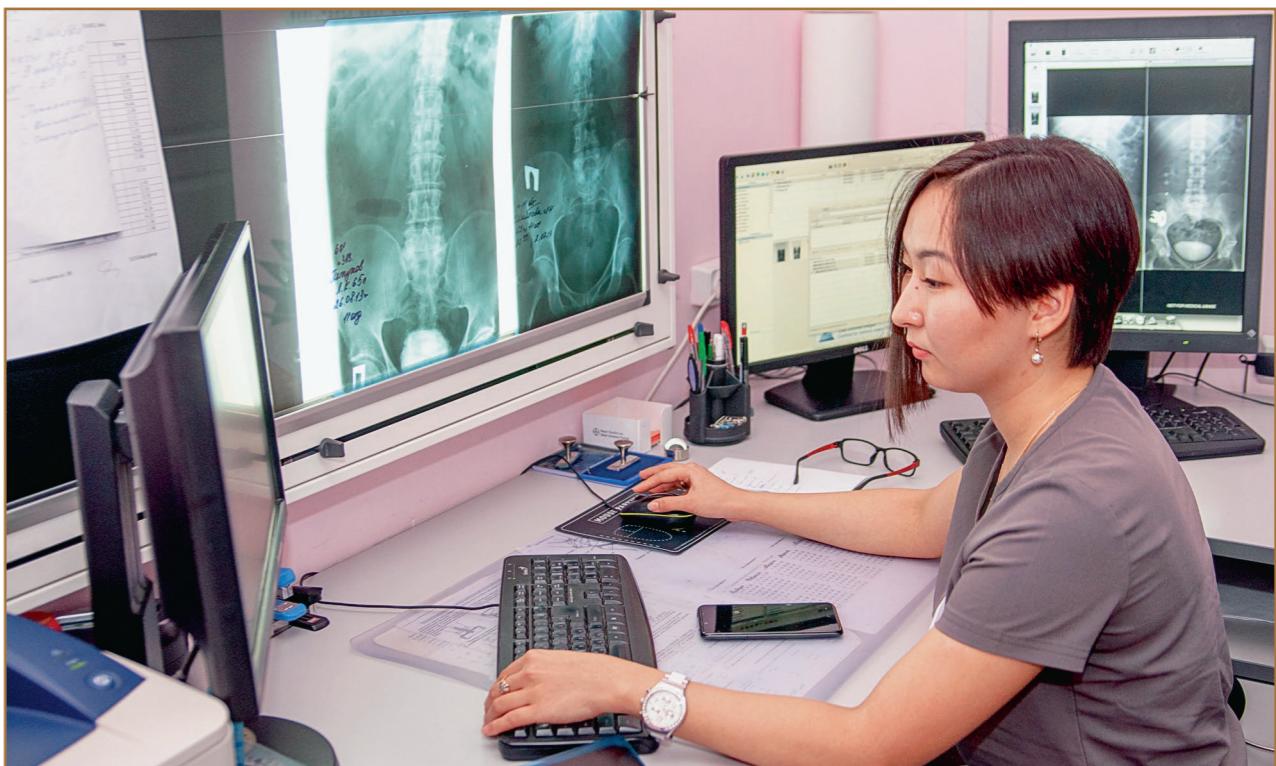
Рентгенолаборанты: Светлана Викторовна Виноградова – старший лаборант, Елена Валерьевна Степанова (высшая категория), Татьяна Евгеньевна Морозова (вторая категория), Елена Владимировна Смирнова,



Светлана Сергеевна Мирошниченко, Ольга Федоровна Шербатюк (первая категория). Старейший работник отделения – санитарка Светлана Борисовна Нефедова.

Все врачи и лаборанты в полном объеме владеют профессиональными методиками и навыками. Рентгенологическое отделение обслуживает стационарных плановых и экстренных пациентов, а также амбулаторно прикрепленный контингент – пациентов КГБУЗ «КМДКБ № 5» и КДО.

За последние годы в отделении выполняется более 14 000 исследований, из них основная доля приходится на урологический и хирургический профили.





знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ



Наталья Александровна Лейтис

В 1988 году открыли первый кабинет ультразвуковой диагностики, который был оснащен черно-белым аппаратом Toshiba. Ультразвуковые исследования проводились врачом Татьяной Васильевной Каменко. В 1989 году построены еще два корпуса больницы, и кабинет УЗД располагается в четвертом корпусе в составе консультативно-диагностического отделения. С 1991 года работают врачи Тамара Алексеевна Сербулова и Наталья Васильевна Пак – одни из лучших специалистов ультразвуковой диагностики в области гинекологии. Прием гинекологических пациентов осуществляется в две смены. Методы диагностики совершенствовались, потребность в исследовании возрастила. Постепенно с развитием диагностического отделения и увеличением нагрузки развивалось наше отделение. В 2001 году получен новый аппарат Logic 200, открывается еще один кабинет УЗД, и штат врачей пополняется молодыми специалистами. Наталья Александровна Лейтис, Марина Леонидовна Тулинова – энтузиасты своего дела. В связи с приобретением новой аппаратуры Aloka 500 в 2007 году, Philips 1500 в 2008, Aloka-A5 в 2009 году организован кабинет УЗД в приемном покое с круглосуточным режимом работы для пациентов, нуждающихся в экстренной гинекологической, урологической, хирургической помощи.

В 2010 году отделение ультразвуковой диагностики является структурным подразделением КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4». Возглавляет отделение Станислав Викторович Фадеев. Внедряется медицинская информационная система «ВИДАР». С сентября 2010 года руководит отделением УЗД канд. мед. наук, врач высшей категории Наталья Александровна Лейтис.

Медицинский персонал отделения оказывает высококвалифицированную диагностическую помощь населению в экстренном и плановом порядке в круглосуточном режиме. Сегодня в его составе работает 4 кабинета. В отделении проводятся исследования:

- УЗИ органов брюшной полости (исследование печени, желчного пузыря, желчевыводящих протоков на всем протяжении, селезенки с возможностью оценки интраорганного кровотока).

- УЗИ органов забрюшинного пространства (поджелудочной железы, почек, надпочечников, включая оценку почечно-го кровотока);

- УЗИ поверхностно расположенных органов и структур (щитовидной железы, парашитовидных желез, молочных желез с регионарными лимфатическими узлами);

- Ультразвуковое исследование органов репродуктивной системы (женских половых органов трансабдоминально, трансвагинально, УЗИ в I и II триместрах беременности, органов мочонки, исследование предстательной железы трансабдоминально, трансректально);

- УЗИ мочевого пузыря и плевральной полости.

В настоящее время отделение оснащено современными ультразвуковыми стационарными и портативными аппаратами высокого класса.



Основной его целью является предоставление пациентам полного и качественного спектра услуг в области ультразвуковой диагностики.

Главные задачи, стоящие перед коллективом отделения:

- обеспечение максимальной пропускной способности отделения посредством оптимизации времени и ресурсов;

- обеспечение точности диагностики через высокое качество визуализации во всех режимах сканирования;

- повышение компетенции сотрудников.

С 2015 года внедрена в работу компьютерная программа qMS.

В отделении организован контроль качества работы врачей и медицинских сестер, сотрудники отделения своевременно повышают уровень теоретической и практической подготовки, участвуя в городских, российских семинарах и конференциях.

Врачи отделения: заведующая – врач УЗД высшей категории Наталья Александровна Лейтис; врач УЗД высшей категории Наталья Васильевна Пак; врач УЗД

второй категории Елена Валерьевна Новосадова; врач УЗД Светлана Владимировна Ошуева; врач УЗД Дарья Павловна Каменщикова.

Старшая медицинская сестра высшей категории Светлана Викторовна Дайберт; медицинская сестра высшей категории Светлана Николаевна Третьякова; медицинская сестра первой категории Юлия Сергеевна Антонова; медицинская сестра второй категории Любовь Васильевна Бура.

В отделении ведут прием пациентов врачи и медицинские сестры высшей и первой категории. Также тут трудятся и молодые кадры. Высокий профессионализм, универсальность, добросовестность и ответственность за выполненную работу, отзывчивость и понимание по отношению к коллегам и пациентам, многолетние знания и опыт, а главное – истинная преданность любимому делу – те основные качества работающего сегодня состава врачей и медицинских сестер ультразвуковой диагностики, которыми по праву может гордиться наша больница.



знакомьтесь:

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Елена Владимировна Пугачёва

Физиотерапевтическое отделение КГБУЗ «КМКБ № 4» существует с момента открытия больницы в октябре 1986 года.

За 30 лет работы отделение прошло длинный путь, непрерывно развиваясь и совершенствуясь. В начале в отделении работала только одна медсестра В.С. Павлова, которая прошла обучение на цикле «Физиотерапия» и отпускала процедуры по направлениям лечащих докторов из отделений стационара. Врача-физиотерапевта тогда еще не было. Физиотерапевтическое отделение занимало всего два кабинета, в которых функционировало 9 аппаратов.

Постепенно расширялся коллектив, пополнялся новыми энергичными людьми. В июне 1990 года в отделение пришла врач-физиотерапевт Халевина Т.И., которая заведовала отделением в течение 21 года. Под руководством Татьяны Ивановны внедрялись новые методики для лечения гинекологических и урологических пациентов, многие из которых мы используем до сегодняшних дней, приобреталась новая аппаратура.

С приходом нового врача по лечебной физкультуре и физиотерапии Л.А. Журлевой в 1992 году открылся зал лечебной

физкультуры, приняты на работу две медсестры по массажу. Стало проводить реабилитацию пациентов в ранний послеоперационный период в реанимационном отделении, в палатах.

Параллельно с физиотерапевтическим отделением в КГБУЗ «КМКБ № 4» функционировало лазеротерапевтическое отделение, в котором работали два врача-лазеротерапевта и три медсестры. В отделении активно использовались эндоназальные, вагинальные, ректальные методики лазеротерапии, внутривенное лазерное облучение крови, проводилась электростимуляция простаты пациентам с хроническим простатитом.

В 2010 году в рамках оптимизации оказания медицинской помощи населению прошло объединение физиотерапевтического и лазеротерапевтического отделений.

С 2012 года отделением заведует Е.В. Пугачёва, с ее приходом улучшилось состояние материально-технической базы отделения за счет получения в 2012–2013 гг. новой современной аппаратуры. Внедрение нового оборудования сегодня позволяет использовать новые методики для более эффективного лечения пациентов, в дальнейшем увеличивать количество процедур и охват физиолечением пациентов нашей больницы. Расширились площади, на которых



размещается физиоотделение, теперь оно имеет в своем составе 16 кабинетов, общей площадью 339 кв.м.

На сегодняшний день отделение оснащено новым современным оборудованием (37 аппаратов), позволяющим использовать следующие виды физиопроцедур:

- электрофорез и гальванизация;
- импульсная электротерапия: электрон, диадинамические токи, амплипульстерафия;
- ультразвук;
- индуктотермия;
- УВЧ-терапия;
- магнитотерапия;
- лазеротерапия.

В физиотерапевтическом отделении работает высококвалифицированный персонал: заведующий отделением, два врача-физиотерапевта, 9 медсестер по физиотерапии, 1 медсестра по массажу. 50 % сотрудников отделения имеют высшую квалификационную категорию, 25 % – первую квалификационную категорию по специальности «Физиотерапия».

Исходя из потребности стационара в ежедневных физиопроцедурах в связи с сокращением койко-дней, работа отделения организована без выходных и праздничных дней.

Ежегодно в физиотерапевтическом отделении получают лечение более 13 600 пациентов, отпускается свыше 97 600 процедур, охвата физиолечением по стационару составляет 64–66%.

Физиотерапевтическое отделение, в соответствии с сегодняшними современными требованиями, в связи с активным развитием в КГБУЗ «КМКБ № 4» эндовоидеохирургических технологий осуществляет раннюю

послеоперационную реабилитацию – пациенты получают физиопроцедуры по показаниям со вторых суток после операции и до выписки.

В отделении проводится физиотерапевтическое лечение следующих заболеваний:

- воспалительные заболевания женских половых органов;
- хронический простатит и нарушение потенции;
- ранняя послеоперационная реабилитация пациентов после хирургических вмешательств;
- бесплодие (трубное и перитонеальное, эндокринная форма);
- мочекаменная болезнь;
- нарушение менструального цикла;
- угроза самопроизвольного прерывания беременности (используются методики для снижения патологически повышенной возбудимости маточной мускулатуры, что способствует сохранению беременности);
- после прерывания беременности и послеродовых осложнений с целью профилактики субинволюции матки, возникновения эндометрита.

Налажено тесное сотрудничество с врачами-гинекологами клинико-диагностического отделения, занимающегося проблемами бесплодия. В качестве предгравитарной подготовки пациенткам перед процедурами ЭКО, ИКСИ назначаются процедуры на область матки, что позволяет улучшить кровоснабжение матки, яичников, улучшить рецепторный аппарат матки.

С целью повышения эффективности лечения воспалительных заболеваний женской половой системы, а также хронического простатита у мужчин применяются внутриполостные методики (влагалищные и ректальные процедуры), внутриорганный электрофорез.

В перспективе для развития отделения, улучшения качества и объема медицинской помощи населению планируются приобретение новой аппаратуры и открытие кабинета гиродотерапии.



знакомьтесь:

ОТДЕЛЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КГБУЗ «КМКБ № 4»



Татьяна Всеволодовна Андреева

Для выявления патологии репродукции КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» располагает лабораторной службой (отделение лабораторной диагностики), в состав которой входит 5 лабораторий, выполняющих около 250 видов исследований:

– клинико-диагностическая (год создания – 1985) – более 80 видов клинических, биохимических, иммуногематологических, гематологических и коагулологических исследований, а также исследования эякулята и простатического сока, выделений половых органов;

– бактериологическая (год создания – 1990) – 28 видов микробиологических исследований (в том числе исследования микробной обсемененности воздуха и объектов окружающей среды, исследования на стерильность шовного, перевязочного материалов, хирургического инструментария, операционного поля и рук хирургов);

– гормональная (год создания – 1991) – более 45 видов исследования гормонов и онкомаркеров в режиме экспресс-диагностики с использованием полностью автоматизированного анализатора нового поколения;

– клинико-иммунологическая (год создания – 1991) – 22 вида исследований показателей иммунитета и аллергodiагностика (определение аллерген-специфических антител (IgE, IgG) для диагностики аллергических заболеваний, вызванных пыльцевыми, бытовыми, пищевыми, эпидермальными, грибковыми и бактериальными аллергенами);

– серологическая (год создания – 1993) – более 50 видов исследований инфекций, передаваемых половым путем, всех видов гепатитов и паразитарных инвазий.

Срок выполнения анализов по основному спектру исследований, проводимых лабораториями, от 2 до 24 часов.

С 2002 года лаборатории больницы ежегодно выполняют более 900 тысяч исследований в год. При этом для стационара больницы выполняется 600 – 700 тысяч исследований, амбулаторно – 200–250 тысяч исследований.

По решению ГУЗ Администрации г. Красноярска с 2000 года лаборатории работают по договорам с лечебными учреждениями г. Красноярска. Так, в 2000–2001 гг. было заключено 18 договоров с МО города (9 – с детскими МО; 9 – с родильными домами и женскими консультациями), а с 2012 года – ещё 6 договоров с МО правого берега (взрослое население).

В целом за 15 лет, с 2000 по 2015 г., лабораториями больницы обследовано более 340 тысяч пациентов, направляемых детскими МО, женскими консультациями и родильными домами города, а также взрослыми МО правого берега. Так, только за 2008–2015 гг. нами обследовано 117 487 человек.

При этом лабораториями больницы для лечебных учреждений г. Красноярска за 2000–2015 гг. выполнено 1 007 736 исследований. В КГБУЗ «КМКБ № 4» разработали специальную компьютер-

знакомьтесь:



ную программу по составлению реестра направляемых на обследование пациентов, которая была установлена в 2000–2001 гг. во всех МО города, работающих по договору с больницей, и которая работает до сих пор...

В лабораториях КГБУЗ «КМКБ № 4» трудятся опытные специалисты, прошедшие стажировку в ведущих центрах Москвы, Санкт-Петербурга, Англии и Израиля. Из 18 врачей клинической лабораторной диагностики 12 имеют высшую квалификационную категорию; среди специалистов со средним медицинским образованием – 13 человек с высшей квалификационной категорией.

В 2013 году сотрудник отделения лабораторной диагностики Т. В. Андреева стала победителем городского конкурса на соискание специальной премии «Лучший работник муниципальных учреждений здравоохранения» в номинации «Лучший врач-исследователь», в 2014 году – победителем краевого конкурса «Лучший врач Красноярского края» в специальной номинации и победителем Всероссийского конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший врач лабораторной диагностики» (диплом I степени и приз «Хрустальная Гигиена»).

В 2016 году сотрудник отделения Т.А. Фефелова заняла 1 место в краевом конкурсе «Лучший врач Красноярского края 2016 года» в специальной номинации.

В июне 2016 года за участие в конкурсе

на лучшее отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» отделению лабораторной диагностики был вручен диплом первой степени.

С 1996 года лаборатории КГБУЗ «КМКБ № 4» ежегодно участвуют во всех циклах проверки контроля каче-



знакомьтесь:



ства исследований, проводимых Федеральным центром. Так, в 2011–2015 гг. лабораторная служба получила сертификаты Федеральной системы внешней оценки качества по 25 разделам: «Гематология», «Биохимия», «Анализ мочи», «Определение гормонов», «Коагулология», «Лейкоцитарная формула», «Микробиология», «Гепатиты», «Хламидиоз», «Сифилис», «Герпес», «ЦМВ», «ВИЧ», «Клиническая цитология», «Определение иммуноглобулина Е», «Иммуногематология», «Микроскопия крови при анемии», «Микроскопия осадка мочи», «Микроскопия гонококков», «Микроскопия трихомонад», «Микроскопия эякулята», «Люминесцентная микроскопия хламидиоза», «Антитела к тиреоидпероксидазе и тиреоглобулину», «Антитела IgG к HELICOBACTER PYLORY», «Ревматоидный фактор».

Сотрудники лабораторий не только умеют хорошо работать, но и творчески

подходят к проведению всех значимых событий и праздников в больнице, выпускают интересные стенгазеты, участвуют в фотоконкурсах.

Так, в 2015 году сотрудники отделения Е.В. Беляева и С.В. Цымбаленко приняли участие в 3 номинациях фотоконкурса, проводимого в рамках Всероссийского конгресса лабораторной медицины. Замечательная фоторабота «С папой ничего не страшно» (автор С.В. Цымбаленко) победила в номинации «Приз зрительских симпатий». 4 500 делегатов Конгресса выбрали работу их коллеги!

В 2016 году сотрудники отделения лабораторной диагностики участвовали в шествии 9 мая «Бессмертный полк».

Коллектив отделения лабораторной диагностики – бесменные и круглосуточные (!) помощники клиницистов в постановке сложных диагнозов. Вместе они – сила!!!



знакомьтесь:

МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ ВСЕГДА

А как это происходило поведала нам Тамара Аркадьевна Фефелова.

«Тридцать лет назад я снова вернулась в медицину (из химической лаборатории алюминиевого завода) и поняла, что это мое дело. Пришла на прием к главному врачу Александру Викторовичу Степаненко, он засмеялся и сказал, что наконец моя глупость «уйти из медицины» закончилась. В то время больница еще была в процессе строительства, он показывал эскизы и рассказывал, как мы там будем работать. А пока я и лаборант Мария Алексеевна Горячева устроили свое рабочее место в школьном кабинете. Старая больница была на ул. Ползунова, а наш филиал находился в школе. Вот отсюда и начался наш путь на улицу Кутузова, 71.

Два корпуса общежития превращались в больницу. Вокруг корпусов были старые одноэтажные домики и пустая улица. Но мы радовались, когда переехали сюда и начали осваивать родные пенаты. Понимали, отсюда начнется наша жизнь и работа. Лаборатория разместилась на втором этаже второго корпуса. Надо было видеть, с каким удовольствием мы драили полы от строительного мусора, носили столы и шкафы, расставляли свое простенькое оборудование. Заведующая лабораторией Тамара Анатольевна Тетюева занималась биохимическим отделом, я взяла на себя гематологический и клинический отделы.

Простые монокулярные микроскопы, гемоглобин определяли с помощью гемометра, а форменные элементы крови набирали в специальные меланжеры. Реагенты на биохимические исследования готовили сами, постоянно подбирали методики, осваивали их и готовили новые. В 1987 году больница стала выполнять ургентную помощь, и мы вступили в новую полосу жизни. Нужна была новая аппаратура, получили новые фотоэлектроколоримеры – ФЭКи, электролиты измеряли с помощью пламенного фотометра, который работал на газопропане. Я приняла заведование и вместе с этим все заботы – работа, персонал, осваивание нового (разработки норм времени на проведение исследований, заявки на оборудование, лабораторную посуду, химреактивы и т. д.), подбор и постановки методик, выполняемых в лаборатории.



Тамара Аркадьевна Фефелова

Персонал менялся, но оставались люди, которые любили свое дело и мы шли вперед. Построили еще два корпуса, в 1989 году открылась поликлиника, в которой создали центр реабилитации репродуктивной функции супружеских пар. В лаборатории начали проводить исследование спермы, в то время это была непростая и длинная методика, мы сделали это, но мечтали, что когда-то нам на помощь придет совершенное оборудование.

Жизнь продолжалась, открылось новое урологическое отделение, потом хирургическое, и потребовались новые исследования и, следовательно, другие методики. Мы шли вперед, но мечты не оставляли нас, что будет новое оборудование. Время шло, мы плавно вступили в XXI век, работали, дежурили, отмечали дни рождения и мечтали, что и на нашей улице наступит праздник.

В марте 2012 года в клинико-диагностической лаборатории был установлен микровидеографический комплекс для анализа мужских гамет (спермоанализаторSCA),

знакомьтесь:



фирмы «Microptic» (Испания), представляющей собой автоматическую систему анализа сперматозоидов, дающую быстрые и детализированные объективные результаты за несколько минут. Наконец, наступил и на нашей улице праздник. Мечта стала явью, но хотелось еще и еще.

Основным достижением 2013–2014 гг. стало значительное переоснащение лаборатории. В отделе биохимического анализа крови и гемостаза были установлены биохимические анализаторы и автоматизированная система исследования гемостаза.

В отделе гематологических исследований появились автоматические гематологические анализаторы последнего поколения, в клиническом отделе – полуавтоматические анализаторы мочи.

За эти тридцать лет сложился слаженный и думающий коллектив, умеющий работать.

Старшее поколение: М.А. Горячева; В.Н. Колосовская.

Среднее поколение: С.А. Фролова; Т.В. Степанова, Т.Н. Усик, Л.В. Назарова, О.А. Старкова, Н.Э. Верховых.

Молодое поколение: И.О. Селезнева, И.Г. Золотухина, А.Н. Шушунова, А.М. Панкова, Е.В. Антонова, Н.А. Тамкович. У них еще все впереди...

Кто сказал, что мечты не сбываются! Мы надеемся, что это не последние наши надежды...

Наша больница стояла и будет стоять, а мы будем в ней работать. Есть одна очень

мудрая пословица: «Встречают по одежке, а провожают по уму». Это про нас и про нашу больницу. Снаружи – это обыкновенное здание, «общага», внутри – она полностью обновленная, чистые и отремонтированные палаты, кабинеты, современное оборудование и аппаратура, новые технологии, тысячи операций и спасенных жизней. За это время население города Красноярска увеличилось на 8 000 здоровых малышей, рожденных благодаря усилиям врачей КГБУЗ «КМКБ № 4». Вот на это надо обращать внимание.

Давайте продолжать мечтать!!!»



Президент Федерации Лабораторной Медицины
А.Г. Кошетов и Т. А. Феферлова

знакомьтесь:

КАК ПОЯВИЛАСЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

В 1990 году главным врачом больницы Александром Викторовичем Степаненко было принято решение об открытии бактериологической лаборатории. Для этого отвели помещение на первом этаже 4 корпуса больницы.

А начали все с нуля: единственное, что было в этом помещении – два автоклава. 17 апреля 1990 года был принят на должность фельдшера-лаборанта первый сотрудник бактериологической лаборатории Наталья Исаевна Богданова, которая в течение 26 лет активно работает и участвует в общественной жизни лаборатории.

Шло время, и 7 июля 1990 года была принята на должность заведующей бактериологической лабораторией Галина Тимофеевна Комарова, которая проработала в этой должности до 2006 года и многое сделала для правильной организации работы лаборатории на первых этапах развития.

9 сентября 1990 года принята на должность фельдшера-лаборанта Лариса Владимировна Хандогина. В таком малочисленном составе бактериологическая лаборатория проработала два года.



Елена Владимировна Порубова

Объем работы увеличивался, возникла необходимость в принятии еще одного врача-бактериолога, и 15 апреля 1992 года пришла в лабораторию Елена Владимировна Порубова, которая уже 24 года трудится на благо пациентов. Она долгое время исполняла обязанности заведующей лабораторией.

С 2015 года Е.В. Порубова – мудрым и ответственным наставником молодого специалиста – биолога – Анастасии Евгеньевны Илюхиной.

В 1993 году в лаборатории появилась врач-бактериолог Галина Петровна Смотрина. Галина Петровна начала внедрять в практику микробиологический метод исследования гонореи для пациентов больницы, который успешно использовался до 2014 года. Г.П. Смотрина была заведующей лабораторией после увольнения Г.Т. Комаровой и успешно преодолела все трудности лицензирования на 3–4 группу патогенности в 2006–2010 гг.



знакомьтесь:



В 1997 году ряды фельдшеров-лаборантов пополнила Светлана Васильевна Веремей, которая на протяжении 19 лет является очень ответственным и грамотным специалистом, выполняет функции старшего фельдшера-лаборанта, является наставником и учителем молодого поколения. На сегодняшний день на её попечении молодой фельдшер-лаборант Надежда Николаевна Павлухина.

С 2000 года бактериологическая лаборатория начала работать по договорам с лечебными учреждениями города: с 4 родильными домами, 12 женскими консультациями и с 8 детскими медицинскими организациями и их филиалами. За 16 лет работы с лечебными учреждениями города выполнен колоссальный объём микробиологических исследований.

Наградой за этот труд стали слова благодарности коллективов родильных домов.

Специально для работы с ними лаборатория расширила свой спектр исследований, а для достижения качественного оказания данных услуг был увеличен и штат сотрудников.

В 2001 году коллектив лаборатории пополнился Натальей Геннадьевной Корольковой, проработавшей в лаборатории 14 лет. Десять лет посвятила работе в лаборатории Наталья Владимировна Чекалова. В 2011 году штат фельдшеров-лаборантов лаборатории прирос Жанной Валерьевной Гришковой.

В январе 2012 года на работу был принят еще один врач-бактериолог, Анастасия Владимировна Перик, которая с 2015 по 2016 г. занимала должность старшего врача-бактериолога лаборатории.

Как не сказать хорошие слова и о младшем персонале лаборатории, без которого было бы очень тяжело в их нелегком «бою». Огромная благодарность санитарочки: Марине Петровне Поваровой (стаж 11 лет), Валентине Сергеевне Нургалиевой (стаж 8 лет), Людмиле Степановне Навицкой, которые за один день «переворачивают» сотни чашек, пробирок, контейнеров...

В настоящее время коллектив лаборатории состоит из одиннадцати человек: старшего врача-бактериолога, двух врачей-бактериологов, биолога, четырех фельдшеров-лаборантов и трех санитарок.

Благодаря дружному и слаженному коллективу бактериологической лаборатории любая работа им по силам и знаниям!!!



знакомьтесь:

КАПИТАН ИЗ СТРАНЫ «ГОРМОНИЯ»

«Ты помнишь, как всё начиналось...»

«Лаборатория! Лаборатория!

Ты – моя оратория!

Взмах дирижера важен:

За своим пюпитром – каждый...

И хоть не всегда всё в «ажуре»,

Но, однозначно, в мажоре!..

А сегодня души своей джаз

Мы играем для вас!!!...»

(Татьяна Кулакова, врач-лаборант
гормональной лаборатории)

Моя собеседница Татьяна Всеволодовна Андреева рассказывает:

«Сложное время для страны... 1991 год... Нас, сотрудников Института биофизики СО АН СССР, отправляют в длительные отпуска без содержания... И, вдруг, когда всё останавливалось, к нам, в лабораторию клеточных культур (руководитель, к.б.н. Н.А. Сетков), обращаются за помощью главный врач городской больницы № 4 Александр Викторович Степаненко и заместитель по лечебной части Иван Иванович Евдоченко: в замыслах гинекологов было создание (!) лаборатории искусственного (экстракорпорального) оплодотворения (ЭКО), о методе которого тогда мало кто знал, и наш опыт культивирования клеток вне организма (*in vitro*) очень бы пригодился...»

Вот так состоялось ее первое знакомство с гинекологами, и начался новый интересный период жизни, за который она всегда будет благодарна Александру Викторовичу Степаненко...

В мае того же года она стала первым врачом-лаборантом вновь созданной и столь необходимой больнице гормональной лаборатории, тогда же прошла обучение во Всеобщем диагностическом Центре (Москва) работе на новой иммуно-диагностической системе «Амерлайт» для диагностики гормонов (производства фирмы «Амершам», Великобритания), которую больница № 4

получила одной из первых в Советском Союзе (всего их было закуплено 46) и которую лично из Москвы привезли Ю.А. Фокин и И.И. Евдоченко. В 1991 году на базе больницы развернули Центр реабилитации репродуктивной функции. Гормональное обследование пациентов проводилось с помощью системы «Амерлайт».

Татьяна Андреева продолжает:

«Первое время приходилось работать, «пристегнувшись к креслу», от зари и до зари, так как на диагностику гормонов поступало до 150 и более человек в день (по 8–10 исследований гормонов каждому). Такой объём анализов (до 60 тысяч анализов в год!) объяснялся неподдельным интересом гинекологов к новому ИФА-методу диагностики гормонов и желанием обследовать пациентов с различными видами патологии».

Тогда же пополнились ряды гормональной лаборатории: после окончания медицинского института пришла в лабораторию Наталья Евгеньевна Калачева (Киреева) (уволилась в 2006 году), в декабре – Та-



знакомьтесь:

тьяна Константиновна Кулакова, которая со многими коллегами больницы работала ранее неонатологом в роддоме № 4.

Медицинским регистратором лаборатории стала Галина Милиславовна Коломийцева, которая перешла к ним из пансионата поликлиники.

«Дружным коллективом гормональной лаборатории и началось дружное погружение в диагностику гормонов, накопление материала, отработку региональных норм для здоровых женщин (по фазам цикла), здоровых мужчин и детей; для беременных женщин по срокам беременности, разработку бланков лаборатории, норм проведения анализа и т. д. Нелёгкой в первые годы была и доставка реагентов для диагностики гормонов, поскольку из Москвы в Красноярск мы все наборы привозили сами!»

Гормональная лаборатория прошла все этапы развития, начиная с первых самых трудных шагов становления, приобретения опыта и взаимопонимания с клиницистами, накопления собственных данных по обследованию больных.

Т.В. Андреева дополняет:

«Наша лаборатория одна из первых в городе начала массовые гормональные обследования жителей края методом ИФА, накопив колоссальный опыт в диагностике различных форм бесплодия, патологии беременности, заболеваний органов половой сферы, функциональных нарушений щитовидной железы и др. В 1991–1993 гг. разработали рекламные проспекты и заключили договоры по обследованию пациентов таких крупных больниц, как Краевая детская больница, Краевой госпиталь инвалидов ВОВ, ККБ № 2 и др.

*В организме, коль всё ладно,
Каждый маленький гормон
Может сделать жизнь отрадной...
Если же «хулиганит» он...:
Может так он почудить,
Может так он навредить,
Может даже он вне матки
Плодное яйцо внедрить...
Может даже, коль захочет,
Всех (!) бесплодьем наградить...*

*Татьяна Андреева, отрывок
из сказки «Страна Гормония»*

Результаты исследований лаборатории вызывают заслуженное доверие у специ-

алистов города, поскольку хорошо соглашаются с клиническими проявлениями заболевания и помогают своевременно поставить правильный диагноз, что дает заметный экономический эффект, сокращая время пребывания больного в стационаре».

В 1992 году ее назначили заведующей гормональной лабораторией, а вскоре – заведующей лабораторной службой больницы...

«Много воды утекло с тех пор... – размышляет Татьяна Всеолововна. – В 1994 году в лабораторию приняли Светлану Юрьевну Скobelеву (уволилась в 1999 году), а в 2006 году в гормональную лабораторию из иммунологической лаборатории перешла Татьяна Витальевна Повшедная».

В октябре 2004 года в их лаборатории установили автоматизированный иммуноферментный анализатор нового поколения (полный автомат) серии AIA, модификации AIA-21, производства фирмы «TOSOH BIOSCIENCE», представляющий совместную технологическую разработку компаний Японии, Бельгии и США, который пришел на смену труженице «Амерлайт»; а в 2014 году в лаборатории появился анализатор фирмы «TOSOH BIOSCIENCE» – AIA-1800ST.

С 2000 по 2008 г. по квотам ГУЗ они обследовали всех пациентов родильных домов и детских больниц города Красноярска (всего было заключено 18 договоров с ЛПУ г. Красноярска, выполнено более 120 000 гормональных исследований), с 2009 года и по сегодняшний день, наряду с пациентами отделений больницы, обследуют и пациентов поликлиник и больниц правобережья, а также пациентов детского соматического отделения КМКБ № 20 (по договору).

«Мы любим своё дело, свою маленькую, да «удаленскую» Гормональную лабораторию, – в записках пишет творчески одаренная личность Т.В. Андреева, – которая с января 2015 года стала структурным подразделением Отделения лабораторной диагностики, любим и ценим коллег больницы и нашу славную «четвёрочку»! Мы с ней (!) и в будни, и в праздники!!!»

...Так оно и есть. Всмотритесь в светлые, одухотворенные лица на фотографиях...



О, Гормональная!!!

*Знавала ты и взлёты, и падения,
Фавор, немилость, славу и почёт,
Но все плохое кануло в забвение,
Своим обидам не ведём мы счёт...*

*Работаем, как маги настоящие:
Колдуем вдохновенно в тишине кулис.
Не залетают к нам овации гремящие,
Зовущие раскланяться на «бис».*

*Но всё равно, не мудрствуя лукаво,
Лабораторную историю творим.
Гордимся тем, что часто помогаем
Мы выходить на подиум другим...*

Татьяна Кулакова



Вот такие стихи посвящают лаборатории ее сотрудники. И они правы: не аплодируют им люди, не вызывают их на сцену, но они гордятся своим божественным промыслом: делать счастливыми российские семьи. Скромные труженики лаборатории изначально опекают «колыбель» надежды будущих родителей.

знакомьтесь:

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ



Светлана Викторовна Цымбаленко

В КГБУЗ «КМКБ № 4» 1 ноября 1991 года была создана, согласно Приложению № 5 к решению коллегии Министерства здравоохранения СССР от 22 августа 1990 г., новая самостоятельная лаборатория – ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ под руководством канд. мед. наук Виктора Васильевича Тюкавкина.

Виктор Васильевич, работая в НИИ медицинских проблем Севера РАМН под руководством академика К. Р. Седова, занимался изучением влияния ИППП на невынашивание беременности. Он первый в Красноярском крае и городе Красноярске внедрил методики определения цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ), краснухи, хламидиоза, герпеса, токсоплазмоза. Определение проводилось иммуноферментными наборами американской фирмы “Abbott”. Это был настоящий прорыв в медицине.

И вот однажды, в начале 1991 года, на

одной из профессиональных конференций, встретившись с Иваном Ивановичем Евдоченко, заместителем по лечебной части городской больницы № 4, он получил приглашение организовать консультативный прием и лабораторию клинической иммунологии в городской больнице № 4.

Виктор Васильевич пригласил перейти вместе с ним в новую лабораторию и Светлану Викторовну Цымбаленко, которая тоже работала в НИИ медицинских проблем Севера и возглавляла там аналогичную иммунологическую лабораторию. Итак, при активной поддержке и полном содействии главного врача Александра Викторовича Степаненко, в ноябре 1991 года родилась новая лаборатория.

«Иметь в больнице иммунологическую лабораторию в начале 90-х было очень круто!!! Пациенты приезжали и прилетали к нам из разных уголков нашей Родины – из Владивостока, Хабаровска, Иркутска, Норильска, Дудинки, Игарки, Минусинска, Абакана и других населенных пунктов», – вспоминает Светлана Викторовна.

«До официального открытия лаборатории, которое состоялось 11 января 1992 года, мы активно участвовали в ремонте выделенного нам помещения и приобретении необходимого оборудования. Лабораторию открывали заведующий Виктор Васильевич Тюкавкин, врач клинической лабораторной диагностики Светлана Викторовна Цымбаленко и медицинская сестра, исполняющая обязанности старшего лаборанта, Валентина Михайловна Будзинская, которая перешла к нам из отделения № 7, а также санитарочка Нина Ильинична Дерцева». Позднее к ним перешли еще врачи-лаборанты из Института медицинских проблем Севера.

Этот замечательный коллектив состоял из 15 сотрудников: зав. лабораторией канд. мед. наук Виктор Васильевич Тюкавкин, врачи клинической лабораторной диагностики Светлана Викторовна

Цымбаленко, Надежда Борисовна Николаева, Татьяна Витальевна Повшедная, Лариса Владимировна Монастыршина, Марина Николаевна Семеновская, Лариса Юрьевна Яковлева; фельдшера-лаборанты Валентина Михайловна Будзинская, Ольга Карпель, Галина Николаевна Иванова, Любовь Алексеевна Кофтунова, медицинский регистратор Светлана Викторовна Федорова и санитарочки Нина Ильинична Дерцева, Евдокия Никаноровна Зотова и Татьяна Александровна Чиканова. Их было много и работы оказалось очень много, и они были очень дружным коллективом.

С 1995 по 2015 г. заведующим иммунологической лабораторией была Светлана Викторовна Цымбаленко – врач клинической лабораторной диагностики высшей квалификационной категории.

С января 2015 года иммунологическая лаборатория является подразделением отделения лабораторной диагностики.

Сегодня в лаборатории трудятся грамотные и высококвалифицированные сотрудники высшей квалификационной категории, очень любящие иммунологию и свою лабораторную работу: врач-лаборант С.В. Цымбаленко, фельдшер-лаборант Марина Александровна Мурина и санитарка Елена Викторовна Жигалина.

Основная функция лаборатории – выполнение иммунологических и иммуноферментных исследований пациентов консультативно-диагностического

отделения. Кроме того, по решению ГУЗ Администрации г. Красноярска с 2000 года иммунологическая лаборатория работает по договорам с лечебными учреждениями города: с городскими поликлиниками для взрослого и детского населения.

Основной задачей лаборатории является своевременное выявление лиц с иммунодефицитами и иммунопатологией, установление уровня иммунологического дефекта по параметрам иммунного статуса, подбор и оценка эффективности методов иммунотерапии, прогнозирование течения, тяжести и исхода иммунопатологических состояний.

Второе направление работы – диагностика заболеваний с аллергическим компонентом среди множества патологий, клинически проявляющихся как астма, частые заболевания дыхательных путей, хронические риниты и дерматиты, хроническая диарея и т. д.

Третье направление – выявление ревматоидного артрита, его течения и прогноза заболеваемости, т. к. ревматоидный фактор (РФ) является диагностическим критерием.

Совместно с лечащими врачами больницы и других медицинских учреждений взрослого и детского населения города проводится контроль эффективности лечения и диагностики рецидивов заболеваний.



Второй слева в нижнем ряду Виктор Васильевич Тюкавкин





знакомьтесь:

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ – ШЛАГБАУМ ДЛЯ ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ



Надежда Александровна Буряк

Создание серологической лаборатории обусловлено развитием и распространением инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), ВИЧ-инфекции, гепатитов. Так как до 1991 года в больницах г. Красноярска диагностика ВИЧ-инфекции и ИФА-диагностика сифилиса и гепатитов отсутствовала, а заболеваемость росла, возникла потребность в улучшении диагностики ИППП, ВИЧ-инфекции, гепатитов. Администрация больницы приняла решение об открытии серологической лаборатории.

Так, 1 апреля 1993 года родилась лаборатория. Закупили новое оборудование, выделили помещение, приняли сотрудников: зав. лабораторией Надежду Александровну Буряк, врачей-лаборантов Елену Валерьевну Беляеву, Наталью Викторовну Иваненкову, Татьяну Борисовну Костину. Появились фельдшеры-лаборанты: Елена Александровна Дубинина, Любовь Геннадьевна Зайферт, санитарка Алла Яковлевна Коваленко. Так, сложился этот крепкий, самодостаточный коллектив.

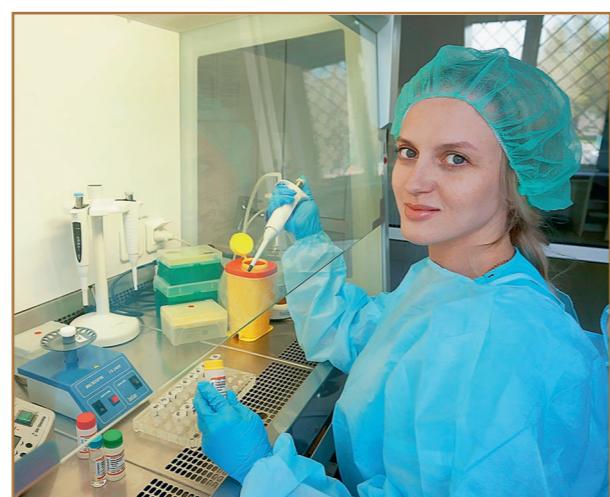
Они дружно делали ремонт в лаборатории, расставляли оборудование, осваивали новые методики. Всем сотрудникам пришлось проходить первичную специализацию по ВИЧ-инфекции и ИППП.

В 1993 году лаборатория впервые прошла процедуру лицензирования, получив эпидемиологическое заключение и разрешение на работу с микроорганизмами 3–4 групп патогенности. В 1994 году для выявления перинатальных инфекций внедрили анализы на комплекс наиболее опасных для развития плода при беременности инфекций (TORCH-инфекции). С 1994 года номенклатура и количество выполняемых исследований резко выросли.

Сюда пришли работать врач-лаборант Лариса Владимировна Монастыршина и фельдшер-лаборант Елена Анатольевна Гросу. В 2004 году вместо ушедшей на заслуженную пенсию Аллы Яковлевны Коваленко на должность санитарки приняли Татьяну Александровну Чеканову, а в 2009 году – Людмилу Павловну Романчук.

В 2015 году приобрели оборудование для молекулярно-биологических исследований. Это помогло внедрению методик ПЦР, позволивших улучшить диагностику ИППП, TORCH-инфекции.

В 2015 году коллектив пополнился молодым специалистом-биологом Василиной Сергеевной Самоваровой.



знакомьтесь:



Почти за четверть века в лаборатории сложился стабильный, умный коллектив. Сейчас здесь работают 4 врача-лаборанта, 1 биолог, 2 фельдшера-лаборанта и санитарка. Все сотрудники имеют высшую категорию, постоянно повышают свой профессиональный уровень, принимают активное действенное участие в общественной жизни больницы.



Но особенность коллектива в том, что они стали настоящей семьей, работают и отдыхают вместе, в выходные выезжают на природу, ходят в театр, а уж как весело отмечают праздники!

«Мы самый дружный коллектив! Нашей дружбе 23 года!» – восклицает Н.А. Буряк.

Коллеги соорудили надежный «шлагбаум» на пути опасных инфекций...



знакомьтесь:

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Наталья Ильинична Сафронова

С 2009 года заведует отделением Наталья Ильинична Сафронова, старшим лаборантом до 2011 г. была Елена Валерьевна Белякова.

С 2011 года и по настоящее время старшим лаборантом работает Наталья Валерьевна Безденежных.

С каждым годом улучшаются условия труда как врачей, так и лаборантов. Закупается оборудование, внедряются новые методы исследования, позволяющие на более высоком уровне ставить диагноз.

За это время сделан необходимый ремонт. Приобретены современные микроскопы «Биолам», новые микротомы.

В коллективе работают высококвалифицированные специалисты со стажем работы более 20 лет. Врачебный и лаборантский составы своевременно повышают квалификацию с выездом в НИИ; посещают семинары, конференции. Как врачи, так и лаборанты патологоанатомического отделения имеют высшую, квалификационную категорию.



Александр Алексеевич Барановский

В крупных лечебных учреждениях всегда есть патологоанатомическая служба. С легкой руки А.В. Степаненко в апреле 1990 г. было создано патологоанатомическое отделение на базе ГБ 4 под руководством д.м.н., профессора кафедры Красноярского медицинского Института Ларисы Дмитриевны Зыковой.

В состав отделения входили сотрудники кафедры Красноярского медицинского института: А.Э. Али-Риза, А.К. Кирichenko, С.П. Федякина, А.Н. Смирнов, Т.Б. Бичуринка,

Затем заведующим отделением был назначен В.Г Рябинин, ст. лаборантом – Т.М. Машура. В состав лаборантов входили Л. Кузнецова, Ю. Сизова, Л. Юзикович.

С 1996 года заведующим отделением стал врач-патологоанатом Краевого онкологического диспансера Александр Алексеевич Барановский. Старшим лаборантом назначена Надежда Павловна Ставер.

ГОСПИТАЛЬНАЯ АПТЕКА – НАДЕЖНЫЙ ПОМОЩНИК

28 февраля 2006 года приказом № 26 главного врача МУЗ «Городская больница № 4» Фокина Юрия Александровича была открыта аптека, которая разместилась во втором корпусе на первом этаже. В штат аптеки входили: фармацевт, провизор-аналитик, провизор-технолог, фасовщица, санитарки-мойщицы. Ирина Алексеевна Гаврилова возглавила руководство аптекой.

В настоящее время аптека имеет лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, здесь работают 3 провизора Ирина Алексеевна Гаврилова, Марина Дамировна Демиденко, Светлана Анатольевна Зорина и 2 уборщицы производственных помещений Вера Викторовна Бутусова, Людмила Георгиевна Андрианова.

Теперь основной фармацевтической деятельности в медицинской организации стала концепция фармацевтической помощи, которая характеризуется как ответственное оказание лекарственной помощи для достижения определенных результатов лечения, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

Многопрофильное лечебное учреждение определяет специфику работы аптеки и перспективы ее развития в дальнейшем. Все преобразования в госпитальной фармации осуществляются исходя из общей концепции развития клинической больницы.

Только с учетом всех этих факторов при имеющихся реальных возможностях финансирования можно наиболее оптимально решить проблему лекарственной помощи пациентам, получающим лечение в условиях стационара.

Одним из значимых разделов работы аптеки является организация работы по выявлению недоброкачественных, контрафактных и фальсифицированных лекарственных средств.

Основной задачей аптеки является своевременное и качественное обеспечение отделений лечебного учреждения товарами аптечного ассортимента в объемах утвержденного финансирования.

Осуществляется ежедневный контроль параметров микроклимата помещений хранения. Специалистом-проводизором аптеки проводится регулярный контроль за соблюдением условий хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий в отделениях больницы.



Ирина Алексеевна Гаврилова

Таким образом, больничная аптека, являясь неотъемлемой частью госпитального звена, способствует организации качественного лекарственного обеспечения, безопасности лекарственной терапии и оптимизации расходования бюджетных средств. Деятельность госпитальной аптеки в условиях непрерывного развития медицинской науки и совершенствования стандартов оказания медицинской помощи населению на всех уровнях направлена на обеспечение надежной взаимосвязи «врач–проводизор–пациент» и является залогом успеха лечения пациента.

Для повышения профессионализма мы регулярно направляем сотрудников на курсы повышения квалификации по специальности.

Провизоры обучаются на выездных курсах, организованных ФГОГ «ВУНМЦ Росздрава», ГОУ ВПО СибГМУРосздрава, Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академией.

знакомьтесь:

ОТДЕЛ АСУ



Ростислав Андreeевич Удальцов

История отдела автоматизированных систем управления (АСУ) начинается с 1989 года. Первым сотрудником отдела был программист Александр Семенович Потемкин. В 1991 году к нему присоединился программист Киперман Евгений Михайлович, который разработал программный комплекс «Операции».

В 1992 году должность оператора в отделе заняла Антонина Валентиновна Стальнova. Впоследствии Антонина Валентиновна модернизировала и дорабатывала программу «Операции», переработанной версией которой до сих пор пользуются в отделе медицинской статистики.

В дальнейшем Антонина Валентиновна занималась разработкой программы «Приемный покой».

В период с 2003 по 2008 год в отделе появились программисты Сергей Викторович Минчаков, занимавшийся программой «Парус», Игорь Валерьевич Булахов. Руководителем отдела с этого периода стал Егор Александрович Азеев.

Со временем в отделе появились новые сотрудники: Екатерина Викторовна Ло-

зицкая, Илья Сергеевич Ковязин, Максим Владимирович Моисеев, Максим Александрович Болсуновский.

С 2013 года в больнице началось внедрение медицинской информационной системы «qMS». Основным специалистом по внедрению и настройке МИС «qMS» был Егор Александрович Азеев. Он сумел убедить медицинский персонал в необходимости работы в этой медицинской системе, сплотил коллектив своего отдела для помощи медперсоналу в ее освоении. Екатерина Викторовна Лозицкая днем и ночью отвечала на многочисленные вопросы врачей и медсестер. И дело сдвинулось с мертвой точки. Система заработала, принеся не только дополнительную работу, но и пользу в виде появившихся отчетов, написанных Стальновой Антониной Валентиновной, «читабельной» истории болезни, персонального учета медикаментов, сопровождаемого Максимом Владимировичем Моисеевым, и многое другое...

Чтобы слаженная работа всего коллектива больницы в qMS не прерывалась, системные программисты Илья Сергеевич Ковязин и Максим Александрович Болсуновский решают возникающие технические проблемы.

В отделе автоматизированных систем управления под руководством Ростислава Андреевича Удальцова работают квалифицированные сотрудники, которые в краткие сроки решают возникающие проблемы с компьютерами, обслуживаются периферийные устройства, поддерживают работу сети в больнице, а также осуществляют техническую поддержку пользователей медицинской информационной системы qMS. Специалисты отдела живо интересуются нововведениями, периодически проходят обучение на различных курсах и постоянно изучают информацию, сопутствующую работе инженера-программиста. Это позволяет больнице находиться на лидирующих позициях среди медицинских учреждений, работающих с медицинской информационной системой.

Благодаря слаженной и оперативной работе коллектива отдела врачебный состав и администрация больницы могут не отвлекаться на неурядицы, случающиеся с техникой, и полностью посвятить себя высокой миссии – избавлению пациентов от недугов и повышению общего уровня здоровья населения.



НАУКА и практика



научные статьи

ВЛИЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ НА БЕРЕМЕННОСТЬ

Р.Б. Курбанисмаилов, О.А. Кучугура

КГБУЗ «КМКБ № 4», приемное отделение

Беременность — это волшебная пора в жизни каждой женщины. В организме с каждым мгновением происходят ощущимые изменения, которые полностью меняют отношение будущей мамы к жизни и окружающим. При наступлении беременности в организме женщины происходят сильнейшие гормональные изменения. Перестройка организма часто способствует усилению сексуального влечения, провоцирует в женщине желание ласк и нежностей. Это абсолютно нормальное явление, ведь в этот период происходит расширение и рост матки, клитор также увеличивается, увеличивается и приток крови к органам малого таза. Соответственно, желание женщин к половому акту во время беременности усиливается. Секс в пору беременности может быть весьма продуктивным: многие женщины отмечают, что оргазм во время вынашивания ребенка становится более ярким и сильным, а у некоторых он и вовсе наступает впервые, но так же секс может привести и к плачевным последствиям таким как угрожающий выкидыш. Мы решили разобраться с данной проблемой и понять причинно-следственную связь между половым актом (оргазмом) и беременностью.

В приемном отделении КМКБ № 4 в течение 6 мес. 2016 года проводилось исследование по выяснению причинно-следственной связи между угрозой прерывания беременности и половым актом.

Целью нашего исследования явилась оценка влияния полового акта на течение беременности.

Ввиду широкой распространенности диагноза (угрожающий выкидыш, самопроизвольный аборт) данная проблема на сегодняшний день заслуживает особого внимания. Причины угрозы выкидыша могут быть самые разнообразные. Согласно статистическим данным, до 20 % беременностей завершаются выкидышем.

Различают следующие причины прерывания беременности в ранние сроки.

1. Генетические дефекты у эмбриона, которые не совместимы с жизнью. Согласно статистике около 70 % случаев именно эта причина представляет угрозу выкидыша. Генетические расстройства не являются наследственными, а возникают в результате определенных мутаций в половых клетках мужчины и женщины вследствие действия экзогенных факторов (вирусы, алкоголь, лекарственные средства). Предупредить выкидыш, связанный с генетическими мутациями не представляется возможным, можно лишь заранее, до беременности, уменьшить риск возникновения генетических дефектов у плода, исключив мутагенные факторы.

2. Гормональные расстройства у женщины, связанные с недостаточной выработкой гормона прогестерона, необходимого для возникновения, поддержания и прогрессирования беременности. Предотвратить выкидыш, связанный с недостатком прогестерона возможно, если своевременно определить причинный фактор и устраниить его. Также высокий уровень андрогенов в организме беременной может способствовать угрозе выкидыша, т.к. эти гормоны подавляют се-

крецию женских гормонов — прогестерона и эстрогена, необходимых для беременности. Дисбаланс гормонов надпочечников и щитовидной железы в организме беременной также способствует угрозе выкидыша.

3. Резус-конфликт, возникающий в результате отторжения организмом резус-отрицательной женщины организма резус-положительного плода. При такой проблеме с целью предупреждения выкидыша часто назначают прогестерон.

4. Инфекционные болезни у женщины, вызванные неспецифическими и специфическими инфекциями. К неспецифическим болезням относят грипп, гепатиты, пневмонии, пиелонефриты, аппендицит и др.; к специфическим — гонорею, хламидиоз, трихомониаз, токсоплазмоз, герпес и цитомегаловирусную инфекцию. Учитывая высокий риск выкидыша вследствие инфекционных причин, рекомендуется до наступления беременности обследоваться и при необходимости пройти курс терапии, чтобы в последующем наступившая беременность протекала без осложнений.

5. Предшествующие аборты могут быть причиной выкидыша, поскольку аборт — это манипуляция, которая является стрессовой для организма женщины и нарушает работу ее половых органов.

6. Прием лекарственных препаратов и трав может вызвать угрозу выкидыша.

7. Психоэмоциональные расстройства.

8. Ведение неправильного образа жизни, которое заключается в приеме наркотических веществ, спиртных напитков, в том числе курение и прием кофеиносодержащих напитков.

Угрозе выкидыша также способствуют физически тяжелые нагрузки, падения, удары в живот. Причинными факторами угрозы выкидыша в поздние сроки беременности, кроме вышеописанных, могут также являться:

- нарушения свертываемости крови;
- патология плаценты — отслойка либо предлежание;

- преэклампсия и эклампсия — повышение артериального давления, нарушение функции почек, что сопровождается потерей белка с мочой и появлением отеков;

- многоводие;
- наличие истмико-цервикальной недостаточности, которая возникает после предшествующих травматических родов, абортов, операций на шейке матки.

Учитывая огромное количество причин, которые способствуют возникновению угрозы выкидыша как в ранние, так и в поздние сроки беременности, мы решили проанализировать одну из причин выкидыша. Это половой акт. При половом акте вырабатывается гормон окситоцин. Рассмотрим в нашем исследовании влияние данного гормона на женскую половую систему.

Окситоцин оказывает стимулирующее действие на гладкую мускулатуру матки, повышает сократительную активность и, в меньшей степени, тонус миометрия. В малых концентрациях окситоцин уве-

личивает частоту и амплитуду сокращений матки, в больших концентрациях способствует повышению тонуса матки, учащению и усилению её сокращений (вплоть до тетанических сокращений или развития тонической контрактуры матки). Окситоцин вызывает чувство удовлетворения, снижения тревоги и спокойствия рядом с партнером. Многие исследования доказали связь окситоцина в человеческих отношениях, повышении доверия и уменьшении страха. Это позволило предположить, что окситоцин может влиять на области мозга, ответственные за поведение, страх и тревогу.

Чтобы развеять сомнения будущих мам, литературные данные свидетельствуют — оргазм полезен будущему ребенку. Так, во время оргазма происходит сокращение стенок матки, а это приводит к усилиению кровотока, также усиливается циркуляция крови в плаценте. Таким образом, плод обеспечивается большим количеством питательных веществ и кислородом, усиливается обмен веществ. Помимо этого, гормоны удовольствия — эндорфины и энкефалины, которые вырабатываются в организме на пике удовольствия, — также положительно сказываются как на маме, так и на малыше. Еще одним фактором в пользу оргазма при беременности является то, что сокращение мускулатуры матки во время оргазма становится тренировочным моментом родовой деятельности.

Однако чрезмерная сексуальная активность не всегда может быть полезной. Неблагоприятно может оказаться оргазм, если есть угроза прерывания беременности. В этом случае придется быть максимально осторожной и лучше не жить половой жизнью до купирования угрозы. Также следует отказаться от секса за 2–3 недели до предполагаемой даты родов — в этот период оргазм может вызывать схватки. А вот если срок родов уже подошел, а малыш все никак не желает показаться маме с папой на глаза, оргазм может оказать хорошую услугу и стать приятным началом родового процесса за счет сокращения матки с помощью окситоцина, который вырабатывается при оргазме, а также воздействием эякулята на шейку матки, т.к. в эякуляте имеются простагландини, которые способствуют подготовке к родам.

Одним из главных факторов половой жизни при беременности является контроль инфекций, передающихся половым путем.

В приемном отделении КГБУЗ «КМКБ № 4» нами проведен анализ обращений 200 пациенток, поступивших по экстренным показаниям с жалобами на острые боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Отметим что данная группа выявлена путем опроса при сборе анамнеза. Путем анкетирования пациенток выяслено: у 80 % (160) женщин жалобы появились на фоне полного благополучия, у всех пациенток беременность раннего срока до 12 недель; у 10 % (20) женщин жалобы появились после активной физической нагрузки, также у всех пациенток беременность раннего срока до 12 недель; 6 % (12) женщин жалобы появились после пережитого стресса; 4 % (8) женщин отмечали тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, после полового акта отмечается усиление болей и кровянистых выделений. С данными жалобами пациентки поступили в стационар. Всем пациенткам задавался вопрос: был ли у них половой акт при данной беременности? 90 % ответили «Да», 10 % ответили «Нет». Пациенткам задан следующий вопрос, были ли какие-то боли или кровянистые выделения после полового акта? 98 % ответили, что не было, 2 %, что появились незначительные тянущие боли внизу живота. Из двухсот пациенток 150 госпитализированы в стационар, 50 направлены в дневной стационар.

Чтобы развеять сомнения будущих мам, литературные данные свидетельствуют — оргазм полезен будущему ребенку. Так, во время оргазма происходит сокращение стенок матки, а это приводит к усилиению кровотока, также усиливается циркуляция крови в плаценте. Таким образом, плод обеспечивается большим количеством питательных веществ и кислородом, усиливается обмен веществ. Помимо этого, гормоны удовольствия — эндорфины и энкефалины, которые вырабатываются в организме на пике удовольствия, — также положительно сказываются как на маме, так и на малыше. Еще одним фактором в пользу оргазма при беременности является то, что сокращение мускулатуры матки во время оргазма становится тренировочным моментом родовой деятельности.

научные статьи



Вывод. Активная сексуальная жизнь не влияет отрицательно на протекание беременности, а даже в некоторых аспектах влияет положительно на течение беременности и развитие плода, но при наличии противопоказаний с медицинской стороны половая жизнь категорически противопоказана при наличии признаков угрозы прерывания беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. С.1072.
2. Акушерство. Национальное руководство – Айламазян Э.К., Кулаков В.И. и др. – 2009 год – 1200.
3. Беременность малого срока и ретрохориальная гематома: диагностика, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства. Торчинов А.М., Умаханова М. М., Доронин Г.Л., Рон М.Г. // Молодой ученик. 2013. №4. С. 659-662.
4. Беременность высокого риска. Макацария А.Д. 2015.
5. Диагностический алгоритм при кровотечении в ранние сроки беременности. Вихарева О.Н.1,2, Тетруашвили Н.К., Воеводин С.М., Демидов В.Н., Шмаков Р.Г., Юсупов К.Ф.
6. Выкидыши в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения. Адамян Л.В., Смольнова Т.Ю., Артымук Н.В.

научные статьи

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (По данным Красноярской межрайонной клинической больницы №4)

А.В. Герасимов, Т.В. Дресвянская, О.Н. Боченкова, О.В. Миллер

КГБУЗ «КМКБ № 4», 2 гинекологическое отделение

Известно, что одной из основных проблем послеродового периода являются гнойно-септические заболевания (ГСЗ). Частота послеродового эндометрита (ПЭ) в популяции составляет 3–8 %, при патологических родах – 10–20 %, а у женщин с высоким инфекционным риском – 13,3–54,3 % [1]. Своевременная диагностика и эффективное лечение пuerperальной инфекции, в первую очередь ПЭ, несомненно, являются единственным резервом в снижении частоты генерализованных форм данной патологии и в конечном итоге позволяют снизить материнскую смертность и заболеваемость при развитии ГСЗ после родов и кесарева сечения [2]. Необходимость этого требует глубокого анализа причин послеродовых ГСЗ, а также поиска и совершенствования современных медицинских технологий в диагностике и лечении этой патологии [3].

В нашем исследовании нами был проанализирован 251 случай послеродовых осложнений, из них в 2013 – 83 (33,07 %), в 2014 – 75 (29,88 %), в 2015 – 93 (37,05 %). Таким образом, за период с 2013 по 2015 год количество случаев послеродовых ГСЗ увеличилось на 3,98%. (рис.1) Средний

возраст обследуемых больных составил $25,7 \pm 2,5$ лет. Из всех случаев осложнений 205 (81,67 %) были после родов через естественные родовые пути и 46 (18,33 %) – после операции кесарева сечения.

Структура анализируемых случаев послеродовых осложнений представлена в таб. 1. Таким образом, наиболее часто у больных был диагностирован ПЭ (в 81,67 % случаев). При анализе динамики структуры осложнений в различные годы отмечено, что частота ПЭ за период с 2013 по 2015 год возросла более чем на 6 % (табл.1).

У каждой третьей больной с послеродовыми ГСЗ анамнез был отягощен перенесенными инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и/или имеющимися хроническим воспалительным процессом в придатках матки. Из воспалительных заболеваний в анамнезе наиболее часто имели место: хронический аднексит в 36 случаях (45,0 %), ИППП (гонорея, трихомониаз, микоплазмоз, хламидиоз) в 31 (38,8 %), генитальный герпес и ЦМВ в 3 (3,8 %), хронический эндометрит в 4 (5,0 %), хронический пиелонефрит у 3 (3,8 %) женщин, вагинальный кандидоз – у 2 (2,5 %) больных



В структуре ПЭ после операции кесарева сечения можно отдельно выделить такое грозное осложнение, как несостоятельность швов на матке. В период с 2013 по 2015 год количество случаев подобного осложнения увеличилось на 13 %, однако частота оперативных вмешательств, в том числе проведение гистерэктомии, сократилась на 30 % (рис. 2).

Это обусловлено разработкой новой схемы антибиотикотерапии, противовоспалительной терапии, в которой на эмпирическом этапе использованный ранее препарат цефтриаксон заменился на препараты нового поколения, такие как левофлоксацин. Так же большую роль сыграло то, что до назначения антибактериальной терапии всем пациенткам с послеродовыми ГСЗ было проведено бактериологическое исследование не только мазка из цервикального канала, но и содержимого полости матки. Это позволило более точно определить возбудителя послеродовых ГСЗ и назначать более качественную этиотропную терапию.

Таким образом, в структуре послеродовых осложнений в настоящее время преобладает острый эндометрит, в том числе ПЭ на фоне остатков частей последа. Факторами риска развития послеродовых ГСЗ являются: «воспалительный» акушерский и гинекологический анамнез, перенесенные ИППП, а также наличие технических погрешностей в процессе операции кесарева сечения. Ведение больных с послеродовыми ГСЗ в условиях 2-го гинекологического отделения КГБУЗ «КМКБ №4» направлено в сторону качественного консервативного лечения за счет более точной диагностики возбудителей послеродовых ГСЗ, назначения препаратов нового поколения, что позволило значительно уменьшить случаи радикального оперативного лечения данной группе пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Гребёнкин Б.Е. Определение прогноза послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний / Б.Е. Гребёнкин, Н.В. Устюжанина // Медицинский альманах. 2010. – №4. – С. 182-184.
- Черемискин В.П. Диагностика послеродовых гнойно-воспалительных осложнений с определением уровня прокальцитонина в крови / В.П. Черемискин // Медицинский альманах. 2009. – №4. – С. 143-145.
- Пальчик Е.А. Эффективность комплексного лечения послеродовых эндометритов с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения / Е.А. Пальчик, Е.В. Соловьев, И.А. Сидоренко и др. // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. 2008. – № 4. – С. 70-74.
- Использование современных технологий в диагностике и лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний / А.В. Герасимов // Ежегодная научно-практическая конференция Красноярского государственного медицинского университета. 2011 г.

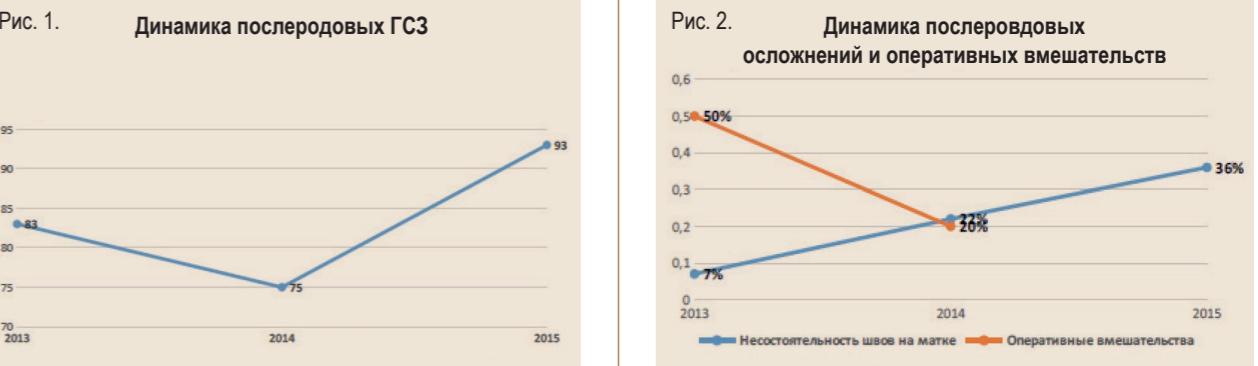


Таблица 1

Нозологическая форма ГСЗ	2013 (n=83)		2014 (n=75)		2015 (n=93)		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ПЭ	63	75,90	48	64,00*	77	82,80*	205	81,67
ПЭ после операции кесарева сечение	14	16,87	18	24,00*	14	15,05*	46	18,33
Позднее послеродовое кровотечение	6	7,23	9	12,00	2	2,15	17	6,77

Примечание: * - достоверность различий по сравнению с показателями в 2013 году, $p < 0,05$.



научные статьи

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

М.Ю. Бичурина, Т.В. Дресвянская, О.Н. Боченкова

КГБУЗ «КМКБ № 4», 2 гинекологическое отделение

Абстракт. Представлен клинический случай органоохраняющего лечения перешеечной беременности с локализацией плодного яйца в области рубца на матке после двух операций кесарева сечения.

Актуальность. Одно из серьезных осложнений беременности – угроза возникновения опасного для жизни кровотечения из-за имплантации плодного яйца в шейке матки. Шеечная и перешеечная беременность встречается довольно редко – в 0,3-0,4 % случаев всех внemаточных беременностей [3].

Основное лечение шеечно-перешеечной беременности состоит в экстренной гистерэктомии [4].

Возникновение шеечной беременности связано с затруднением или невозможностью имплантации оплодотворенной яйцеклетки в теле матки ввиду неполноценности эндометрия либо недостаточной зрелости трофобласта. Условия для шеечной локализации беременности возникают вследствие изменений миометрия, обусловленных осложненным течением предшествующих родов, многократными абортами, диагностическими выскабливаниями, эндометритами, операциями на матке, истмико-цervикальной недостаточностью. Считается, что риск шеечной беременности повышается при синдроме Аппермана, миоме матки, проведении экстракорпорального оплодотворения[2].

Клинический случай. Больная Ш. 34 лет обратилась в приемный покой КГБУЗ «КМКБ № 4» 21.01.13 с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянувшие боли внизу живота. При сборе анамнеза жизни и заболевания выяснено: Menses с 14 лет, регулярные, через 30 дней по 4–5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 19.11.12 в срок. Беременность четвертая нежелан-

ная. В анамнезе один медицинский аборт в 4–5 недель, двое срочных родов (родоразрешение путем операции кесарева сечение в 2000 и 2008 годах). Из гинекологических заболеваний отмечает хронический эндометрит с редкими обострениями.

17.01.13 в одной из частных клиник Красноярска проведено прерывание беременности в сроке 9–10 недель медикаментозным методом (мифепристон 600 мг, миролют 400 мг). С 19.01.13 у больной после приема миролюта появились необильные кровянистые выделения из половых путей, которые продолжались в течение двух дней. На фоне продолжающегося умеренного кровотечения через 2 дня 21.01.13 проведено ультразвуковое исследование, при котором выявлена замершая беременность, соответствующая сроку 9–10 недель, ретрохориальная гематома по передней стенке объемом 15 мл. Пациентка направлена в стационар.

При осмотре на момент поступления: состояние удовлетворительное, гемодинамика не страдает. Данные вагинального исследования: влагалище нерожавшей женщины; слизистая влагалища розовая, шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 9–10 недель беременности, отклонена резко кпереди, плотная, подвижная, незначительно болезненная. Область послеоперационного рубца на матке без особенностей, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Больной в экстренном порядке 21.01.13 произведено выскабливание полости матки, во время которого началось обильное кровотечение. В связи с подозрением на прикрепление плодного яйца в области послеоперационного рубца на матке, выска-

бливание полости матки прекращено. Произведено прошивание нисходящих ветвей маточной артерии с двух сторон, инфузионная терапия в объеме 2000 мл, утеротоническая, гемостатическая терапия. На фоне проводимой терапии кровотечение прекратилось, общая кровопотеря составила 600 мл. При проведении ультразвукового исследования в операционной выявлено: матка размерами 95x60x75 мм, по передней стенке послеоперационный рубец размерами 15x4 мм, в проекции рубца и в нижней трети матки визуализируется образование неправильной формы, гетерогенной структуры, размерами 40x39 мм, с локусами кровотока по периферии, толщина миометрия в области послеоперационного рубца 5 мм, в теле матки 27 мм. Заключение: остатки плодного яйца в области послеоперационного рубца на матке.

Выставлен клинический диагноз – перешеечная беременность 9–10 недель с локализацией плодного яйца в области рубца на матке после двух операций кесарева сечения в 2000, 2008 годах. Анемия средней степени тяжести.

В постabortном периоде проводилась симптоматическая, утеротоническая, гемостатическая терапия. С целью подавления персистенции трофобласта вводился метотрексат в/м 150 мг на курс. С 21.01.13 начат прием КОК (Ригевидон) в контрацептивном режиме.

На фоне проводимой терапии через две недели уровень ХГЧ снизился с 134 839,4 МЕ/л до 2 192,0 МЕ/л, но при контрольном ультразвуковом исследовании в проекции послеоперационного рубца выявлено образование 38x34 мм с локусами кровотока, по эхо-структуре – остатки хориальной ткани.

Произведена гистерорезектоскопия под контролем лапароскопии. При гистероскопии сразу за внутренним зевом в области рубца по передней стенке выявлена «ниша» 3,0x2,0x1,0 см, заполненная темными сгустками крови и остатками хориальной ткани (рис. 1). Петлей резектоскопа в биполярном режиме в «нише» удалена патологическая ткань (рис. 2). Гистологически подтверждено наличие ворсин хориона, элементов трофобласта.

В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко.

Больная выписана на 21 день в удовлетворительном состоянии, при отсутствии жалоб. ХГЧ при выписке 915,1 МЕ/л.

При контрольном ультразвуковом исследовании органов малого таза, проведенном на 7 день следующего менструального цикла – матка размерами 68x52x61 мм, по передней стенке послеоперационный рубец 14x5 мм, без особенностей, эндометрий 4 мм, при ЦДК кровоток не определяется. Заключение: Эхопатологии не выявлено. ХГЧ 0 МЕ/мл.

Выводы

Данный клинический случай демонстрирует возможность проведения органоохраняющего лечения перешеечной беременности с имплантацией плодного яйца в области рубца на матке после кесарева сечения в учреждениях здравоохранения 3 уровня, где есть возможность определения концентрации в- субъединиц ХГ в сыворотке крови и проведения УЗИ трансвагинальным датчиком с возможностью цветного доплеровского картирования.



Рис. 1. Остатки хориальной ткани

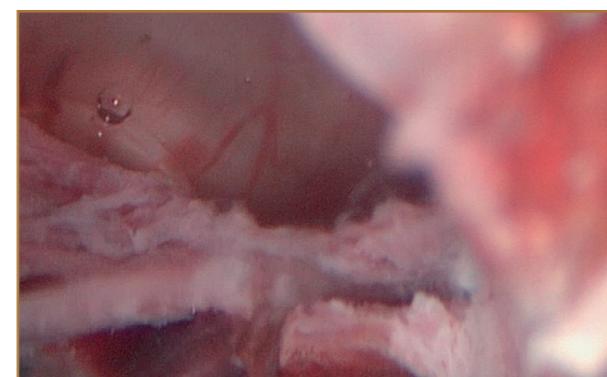


Рис. 2. Несостоятельность рубца на матке

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство от десяти учителей: пер. с англ. / Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. – М.: Мед.информ. агентство, 2004. – 464 с.
2. Акушерство: нац. рук. / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
3. Гинекология: нац. рук. / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Г. Н. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 880 с.
5. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – М.: Изд-во журн. StatusPraesens, 2011. – 688 с., ил.
6. Ранние сроки беременности / под ред. В. Е. Радзинского, А. А. Оразмурадова – М.: Мед.информ. агентство, 2005. – 448 с.

научные статьи

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЭКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ВОЗНИКОВЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

И.Н. Машина, Е.А. Елизарьев, Э.Х. Рустамова

КГБУЗ «КМКБ № 4», 3 гинекологическое отделение

Кровотечение и образование ретрохориальных гематом в первом триместре беременности являются клиническими формами невынашивания беременности и в 10–15 % случаев осложняют течение беременности у женщин с привычным невынашиванием. В половине этих случаев данные клинические проявления носят рецидивирующий характер и распространяются не только на первый триместр (до 12 недель), но также и на второй (до 16–18 недель). Однако в таких сроках гестации уже сформирована плацента, и гематомы имеют ретроплацентарный характер и являются проявлением преждевременной отслойки плаценты. Именно рецидивирующее течение ретрохориальной гематомы представляет наибольшую сложность в тактике ведения.

В третьем гинекологическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 4» в течение 2015 года проводилось исследование по рациональному применению транексамовой кислоты при возникновении кровотечения при беременности.

Цель исследования – оценить эффективность применения транексама при данной патологии.

Ввиду широкой распространенности вопрос невынашивания беременности сегодня заслуживает особого внимания. В течение многих лет данное осложнение остается актуальной проблемой акушерства, несмотря на прогресс науки в целом. Желанная беременность в 15–20 % случаев заканчивается досрочным спонтанным прерыванием, причем на эмбриональный период приходится до 75 % всех репродуктивных потерь, связанных с невынашиванием. Сложно переоценить медицинскую и социальную актуальность проблемы невынашивания беременности в современных условиях снижения рождаемости и возрастания смертности. Одним из признаков прерывания беременности на ранних сроках является ретрохориальная гематома, вследствие частичного отторжения плодного яйца от хориона — предшественника плаценты.

Ретрохориальная гематома – это образование, появляющееся, когда плодное яйцо отторгается от хориона. При этом образуется полость, наполненная свернувшейся кровью, которая и является ретрохориальной гематомой.

В зависимости от срока беременности выделяют два вида гематом:

– ретрохориальная (при отслойке плодного яйца от хориона). Данний вид гематомы может возникать до 16 недель;

– ретроплацентарная (при отслойке плодного яйца от плаценты). Плацента окончательно заканчивает формирование к 16 неделе беременности. При возникновении гематомы говорят о преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Классификация по степеням тяжести:

– легкая степень. В большинстве случаев гематома легкой степени является случайной находкой на УЗИ, женщина не предъявляет никаких жалоб;

– средняя степень. Беременную беспокоит тянущие боли внизу живота, возможно появление кровянистых выделений из половых путей;

– тяжелая степень. Появляются сильные схваткообразные боли внизу живота, интенсивное кровотечение, падение артериального давления. Общее состояние женщины значительно ухудшается, возможна потеря сознания.

Существует множество причин, способных вызвать подобное осложнение:

– нарушения, связанные с заболеваниями эндокринной системы;

– большие физические нагрузки. Именно поэтому беременным женщинам не рекомендуется поднимать тяжесть, так как это может привести к осложнениям в течении беременности и порокам развития плода;

– инфекционные и воспалительные процессы в мочеполовых органах. Любые признаки инфекционного заболевания должны послужить причиной для незамедлительного лечения;

– вредная работа, связанная с постоянным шумом или вибрацией;

– аутоиммунные заболевания. Это отклонения, при которых иммунная система вырабатывает антитела, реагирующие не на какие-то инородные элементы и микроорганизмы, а на здоровые клетки собственного организма;

– нарушения свертывания крови;

- хронический эндометрит;
- частые стрессы;
- травмы;
- опухоли матки.

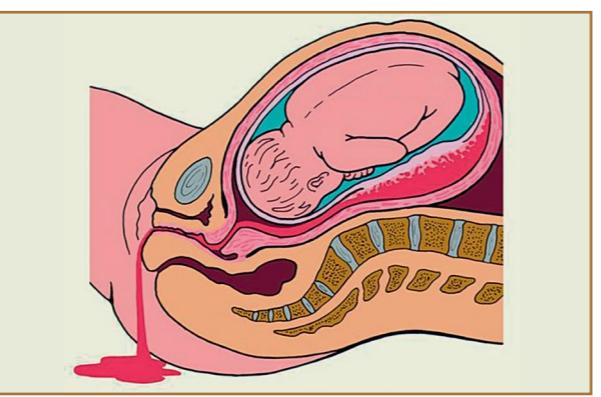


Рис 1. Ретрохориальная гематома

- тяжелая форма токсикоза;
- вредные привычки женщины;
- пороки развития ребенка;
- врожденные пороки развития матки;
- генитальный инфектилизм. Этот термин обозначает задержку полового развития, при которой у взрослой женщины наблюдается ряд половых признаков, более свойственных ребенку или подростку.

Предупредить появление ретрохориальной гематомы практически невозможно так же, как и установить точную причину ее образования.

В 3 гинекологическом отделении в комплекс лечения входит гестагенотерапия (урожестан, праджисан, дюфастон, масляный раствор погестерона) в лечебной дозировке, гемостатическая терапия (дицинон, транексамовая кислота). Гемостатические препараты должны назначаться по показаниям. Применение транексамовой кислоты показано при:

угрозе прерывания беременности на ранних сроках (отслойки хориона, гематомы);

низком расположением плаценты и кровотечения в первом и втором триместрах беременности;

беременности при пороках развития матки (двойная и двурогая матка, внутриматочная перегородка – кровотечения в первом и втором триместрах беременности);

заоболочечных гематомах во втором триместре беременности;

краевой отслойке нормально расположенной плаценты во втором триместре беременности.

Транексам – антифибринолитическое средство, специфически ингибирующее активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). Обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза (патология тромбоцитов, меноррагии), а также противовоспалительным, противоаллергическим, противоинфекционным и противоопухолевым действиями за счет подавления образования кининов и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях.

При анализе исследуемых историй болезни пациенток накопился отрицательный опыт назначения транексама при скучных темных кровянистых выделениях из половых путей. При наличии острого кровотечения (алых кровянистых выделений) применение препарата дает положительный результат. В случае кровянистых выделений из половых путей, связанных с опорожнением «старой» ретрохориальной гематомы, наблюдалась обратная тенденция в сторону увеличения объема гематомы. В этом случае транексам не показан. Скучные коричневые выделения из половых путей в ранние сроки беременности можно расценить как нидацию или миграцию плодного яйца в полости матки. В случае назначения препарата дицинон отмечается положительная динамика. Отсюда можно сделать вывод: точка приложения транексамовой кислоты есть остро возникшее кровотечение при беременности, которое, по мнению врача, потребует незамедлительных действий для остановки.

При кровотечениях во время беременности нами применяется следующая схема назначения препарата транексам – по 250–500 мг 3 раза в сутки до полной остановки кровотечения. При местном фибринолизе терапию начинаем с парентерального (в/в) введения препарата Транексам® с последующим переходом на пероральный прием по 250–500 мг 2–3 раза в сутки. Средняя продолжительность курса

научные статьи

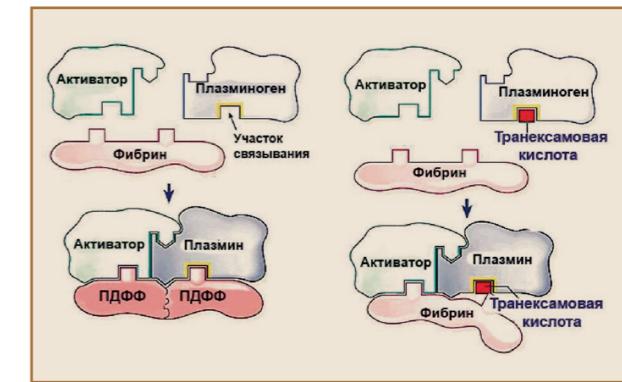


Рис 2. Механизм действия транексамовой кислоты

лечения – 7 дней. Побочные действия применения препарата транексам в отделении не отмечались.

Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациенток 3-го гинекологического отделения, получавших транексам. В 19 случаях назначение транексама при остром кровотечении, не связанном с объемом ретрохориальной гематомы, положительная динамика. В 11 случаях назначение препарата при скучных кровянистых выделениях из половых путей у больных, поступивших с клиникой ранее возникших ретрохориальных гематом, опорожняющихся на фоне транексама, увеличивается объем гематомы в 2–3 раза, через некоторое время при отсутствии каких-либо проявлений продолжающегося маточного кровотечения. В дальнейшем таким пациентам проводится антибактериальная терапия с целью профилактики восходящей инфекции, энзимотерапия на амбулаторном этапе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Торчинов А. М., Умаханова М. М., Доронин Г. Л., Рон М. Г. Беременность малого срока и ретрохориальная гематома: диагностика, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) // Молодой ученик. – 2013. – №4. – С. 659-662.
2. Милованова А.П., Серова О.Ф. 2011. Причины и дифференцированное лечение раннего невынашивания беременности.
3. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. 2010. Невынашивание беременности.
4. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Игнатко И.В., Белоцерковцева Л.Д. 2011. Невынашивание беременности.
5. Корнеева И.Е., Серова О.Ф. 2013. Угроза прерывания беременности различных сроков гестации. Тактика и стратегия современной терапии.
6. Макацария А.Д. 2015. Беременность высокого риска.
7. Подзлкова Н.М., Скворцова М.Ю. 2010. Невынашивание беременности.

научные статьи

АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е.Н. Сивова, Е.Н. Давыдова, А.С. Логиновский, Е.Р. Константинова, Е.Г. Выскубова

КГБУЗ «КМКБ № 4», 5 гинекологическое отделение

Аннотация. Гиперпластические изменения слизистой тела матки являются патологическими, а некоторые из них оказываются предвестниками эндометриальной аденокарциномы. Следует отметить, что «золотым стандартом» лечения атипической гиперплазии (АГЭ) и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия (ВДА) является гистерэктомия, которая приводит к потере fertильности.

Гиперплазия эндометрия как возможная основа для формирования рака эндометрия представляет важнейшую медико-социальную проблему и является одной из самых актуальных проблем современной гинекологии, так как занимает высокий удельный вес в гинекологической заболеваемости [2; 3; 4; 6; 7; 8].

По данным зарубежных авторов, в 83 % случаев наблюдается трансформация атипической гиперплазии в рак эндометрия в течение четырех лет [10; 12].

Согласно данным многочисленных исследований, от 3 до 5 % страдающих раком эндометрия это женщины до 40 лет, 70 % из них нерожавшие. Потери от злокачественных новообразований в репродуктивном возрасте (20–44 года) в женской популяции составили 15,7 % [1; 9; 11].

В США аденокарцинома эндометрия составляет 6 % от всех диагностированных злокачественных заболеваний среди женщин и находится на четвертом месте после рака груди, легких и колоректального рака. Это является причиной 3 % смертей от рака у женщин, восьмой по частоте причиной смертности женщин в США. С 2008 года в США увеличилось количество случаев аденокарциномы эндометрия на 21 %, а количество смертей возросло более чем на 100 % за последние два десятилетия [4].

Эндометрий является высокочувствительной тканью к гормонам, в частности к эстрогенам, прогестерону, в меньшей степени к андрогенам и глюкокортикоидам. Данные гормоны участвуют в росте, развитии и трансформации эндометрия в течение всего менструального цикла [5].

Нормальные эпителиальные клетки органов репродуктивной системы содержат цитоплазматические и ядерные рецепторы для каждого из гормонов. Решающая роль в осуществлении воздействия на ткани-мишени связана не столько с абсолютным содержанием стероидных гормонов, сколько с его рецептивностью, т. е. количеством функционально полноценных рецепторов в ткани эндометрия к соответствующим стероидным гормонам [4].

Цель исследования. Оценить эффективность лечения с помощью аналогов ГнРГ и левоноргестрелсо-

держащей внутриматочной системы (ЛНГ-ВГС) для лечения женщин fertильного возраста с атипической гиперплазией и высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия.

Материалы и методы. Данное исследование было выполнено в 2008–2014 гг. на клинических базах ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», в гинекологическом отделении Красноярского краевого онкологического диспансера им. А. И. Крыжановского, в Красноярской межрайонной клинической больнице № 4. Самостоятельная гормонотерапия заключалась в сочетанном применении агониста гонадолибираина (Бусерелин – депо) и левоноргестрелодержащую внутриматочную систему (Мирена).

Критерии включения пациентов в исследования – лица женского пола, различной национальной принадлежности, жители г. Красноярска и Красноярского края, в возрасте от 18 до 40 лет; морфологическое заключение соскоба или аспирации эндометрия – АГЭ и ВДА; нереализованная репродуктивная функция; наличие заключения онкогинеколога о возможности проведения консервативного органосохраняющего лечения; подписанное пациенткой информированное добровольное согласие на проведение данного вида терапии; категорический отказ от оперативного лечения. Всего в программу были включены 50 пациенток.

В объем проводимого исследования входили: анализ жалоб пациенток и анамнеза основного заболевания; инструментальный метод –ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием (УЗИ с ЦДК); томографический метод – МРТ, эндоскопический метод – гистероскопия с фракционным разделенным диагностическим выскабливанием полости матки; лабораторные методы – морфологическое исследование соскобов и аспираций эндометрия, иммуногистохимическое исследование с использованием следующей панели антител: ER, PR, Ki 67, Bcl – 2, p 53, E – cadherin.

Диагностическую гистероскопию проводили жестким панорамным гистероскопом фирмы «Karl Storz» (Германия), с использованием жидких сред, под внутривенным наркозом.

У большинства пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия исследование старались выполнять в раннюю фазу пролиферации с 5 по 9 день менструального цикла.

Гистероскопическое исследование проводили по общепринятой методике. В совокупности с данными гистероскопии формулировали диагноз, с

учетом которого, а также сведений анамнеза и результатов клинического исследования, определяли тактику (выполняли кюретаж или вакум-аспирацию содержимого полости матки). Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки и полости матки (РДВПМ) производили кюреткой № 6 или № 4 (удаляли весь функциональный слой), после чего под контролем гистероскопии.

Гистероскопия с РДВПМ проводилась всем пациенткам до назначения лечения, через 3 месяца на фоне проводимого лечения с целью оценки эффективности СГТ, при завершении онкологического этапа лечения, а также после родов.

Аспирацию из полости матки осуществляли с помощью шприца Брауна с внутренней канюлей. «Пайпель» – биопсия эндометрия проводилась после достижения атрофии эндометрия на фоне лечения у пациенток с АГЭ каждые 2 месяца в течение полуго-да, при ВДА – каждые 2 месяца в течение года.

Соскобы и аспириаты эндометрия направляли на морфологическое исследование. Дальнейшую тактику лечебно-диагностических мероприятий определяли с учетом результатов гистологического и иммуногистохимического исследований.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин варьировал от 20 до 40 лет. Медиана возраста в исследуемой группе составила 32 [26; 7; 36].

Среди пациенток с АГЭ в 20/39 (51,3 ± 8,0%) случаев в анамнезе отсутствовали беременности, а у пациенток с ВДА в 7/11 (63,3 ± 14,5%) случаев. Из тех пациенток, у которых в анамнезе были беременности 19/39 (48,7 ± 8,0%), срочными родами закончились в 16/39 (41,0 ± 7,9%) случаев, а у пациенток с ВДА 2/11 (18,2 ± 11,6%) случаев. На диспансерном учете по бесплодию среди пациенток с АГЭ состояло 18/39 (46,2 ± 8,0%), а среди пациенток с ВДА данный процент составил 8/11 (72,7 ± 13,4%). Статистически значимых отличий при анализе репродуктивной и генеративной функции между пациентками с АГЭ и ВДА нами выявлено не было ($p > 0,05$).

В исследуемой группе атрофия эндометрия на фоне проводимого лечения у 30/50 (60 ± 6,9%) женщин наступила через 3 месяца, у 12/50 (24,0 ± 6,0%) через 6 месяцев, у 7/50 (14,0 ± 4,9%) через 9 месяцев и у 1/50 (2,0 ± 2,0%) через 12 месяцев.

Медиана времени достижения атрофии эндометрия при АГЭ составила 3 [3,0; 6,0], а при ВДА 6 [6,0; 6,0]. Нами выявлены статистически значимые отличия по времени наступления атрофии эндометрия при АГЭ и ВДА ($p < 0,001$).

У пациенток с АГЭ и ВДА, которым проводилось органосохраняющее лечение, атрофия эндометрия была достигнута в 50/50 (100,0 ± 0,0%) случаев. Пятилетняя выживаемость составила 100,0 %. Данных за рецидив заболевания среди пролеченных женщин не выявлено. У 7/50 (14,0 ± 4,9%) пациенток наступила беременность после лечения.

Заключение. Результаты комбинированного лечения показывают высокую эффективность данного способа, применяемого у пациенток с АГЭ и ВДА. Наблюдение во время и после лечения имеет решающее значение. Данный способ лечения позволяет женщинам не только провести излечение АГЭ и ВДА, но и реализовать репродуктивную функцию. Беременность и последующие роды являются заключительным результатом проведенной комбинированной гормональной терапии и проявлением медико-социальной реабилитации женщины.

научные статьи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. 2012. № 1. С. 18-23.
2. Гребенникова Э. К., Цхай В. Б., Медведева Н. Н. Конституциональные особенности женщин с гиперпластическими заболеваниями матки // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. № 4. – С. 37-40.
3. Лысенко О. В., Занько С. Н. Патогенез гиперпластических процессов эндометрия (литературный обзор) // Охрана материнства и детства. – 2007. – № 2. – С. 51-57.
4. Пацов А.И., Сивова Е.Н., Букреев А.В. Иммуно-гистохимические аспекты консервативного комбинированного лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия у женщин репродуктивного возраста // Онкогинекология. – 2015. - №4. – С.29-33.
5. Сивова Е.Н., Пацов А.И., Букреев А.В. Некоторые вопросы этиологии и патогенеза пролиферативных процессов эндометрия // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №1.- С.16-22.
6. Чернышова А. Л., Коломиец Л. А., Бочкарева Н. В. Иммуно-гистохимические критерии прогноза при раке эндометрия // Сиб. онкол. журн. – 2010. – № 37. – С. 79-84.
7. Шахламова М. Н., Исаева Э. А., Панкратов В. В. Этиология и патогенез гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 76-84.
8. Шешукова Н. А., Макаров О. И., Фомина М. Н. Гиперпластические процессы эндометрия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 16-21.
9. Craig A. M., Hou J. Y., Goldberg G. L., Kuo D. YS. Angiogenesis and its modulation in the pathophysiology and treatment of endometrial carcinoma // Oncol. Rev. – 2011. – Vol. 5. – P. 43-48.
10. MacLaughlan S. D. Endometrial expression of Cyr 61: a marker of estrogenic activity in normal and abnormal endometrium // Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 110, № 1. – P. 146-154.
11. Reed S. D., Newton K. M., Clinton W. L., Weiss N. S. Incidence of endometrial hyperplasia // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 200, № 6. – P. 678. e1-678.e6.
12. Varma R. The effectiveness of a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in the treatment of endometrial hyperplasia – a long-term follow-up study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprodact. Biology. – 2008. – Vol. 139. – P.169-175.



научные статьи

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОК С НЕПОЛНОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ

О.А. Когодеева, Е.Н. Сивова, Л.П. Гурова, А.С. Васильева, А.Г. Усманова

КГБУЗ «КМКБ № 4», 6 гинекологическое отделение

Аннотация. Гистерорезектоскопия на данный момент является операцией выбора после установления диагноза внутриматочная перегородка. Цель данного хирургического лечения – это восстановление нормального менструального цикла и fertильности, так как основной жалобой, с которой женщины обращаются к врачу акушеру-гинекологу, это неспособность реализовать свою репродуктивную функцию. Широкое внедрение эндоскопии в гинекологии позволяет избежать трансабдоминальной метропластики.

Актуальность. Врожденные пороки развития женских половых органов составляют 4 % всех врожденных аномалий, и в последние годы наблюдается тенденция к их увеличению. До настоящего времени не установлено, что лежит в основе возникновения пороков развития матки и влагалища. Диагностика пороков развития матки представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера заболевания. Оптимальная тактика ведения таких пациенток возможна только при наличии максимально полной и достоверной информации об анатомии порока развития. Это особенно важно поскольку от правильного диагноза зависит метод выбора корригирующего лечения. От определения тактики ведения пациентки с пороками развития матки зависит не только здоровье пациентки, но и ее генеративная, половая функции и качество жизни [2; 5].

Возникновение различных форм пороков развития матки и влагалища зависит от патологического влияния тератогенных факторов или реализации наследственной предрасположенности в процессе эмбриогенеза [5].

О пороках развития женских половых органов еще упоминал в своих трактатах Гиппократ. Впервые порок развития матки был описан во время патологоанатомического вскрытия. Рокитанский описал перегородку в полости матки как «двуполостная матка», Kussmaul в 1803 году назвал «матка с перегородкой». Авторы указывали на продольную выступающую линию, идущую со дна матки вниз и доходящую до того места, на котором по внутренней поверхности развилась внутриматочная перегородка. Впервые в 1884 году R. Ruge выполнил слепое рассечение внутриматочной перегородки через цервикальный канал. Далее, в 1907 году предложили данную операцию абдоминальным или вагинальным доступом. Преимуществами этого метода операции являются простота выполнения, небольшая кровопотеря, сохранение тканей эндометрия и миометрия. Безусловно, интерес ученых к данной проблеме не ослабевал, и в процессе развития медицинской науки усовершенствовались техники операции. Одни авторы предлагали широкий клиновидный разрез в дне матки для иссечения внутриматочной перегородки, другие предлагали иссечение внутриматочной перегородки сагittalным разрезом матки. В 1974 году K. Edstrom сообщил о двух положительных результатах операции – удаление внутриматочной перегородки с помощью гистероскопа [1; 8].

В настоящее время существует множество классификаций пороков развития влагалища и матки, которые основываются на различиях эмбриогенеза внутренних половых органов. В процессе эмбриогенеза матка формируется из мюллеровых протоков. В результате канализации и обратного рассасывания срединной перегородки образуется единая полость матки. Под влиянием неблагоприятных факторов как экзогенных, так и эндогенных, не происходит полного рассасывания срединной перегородки, и формируется аномалия развития матки. Данную патологию (внутриматочную перегородку) выявляют у 2–3 % женщин в общей популяции [3; 4; 7].

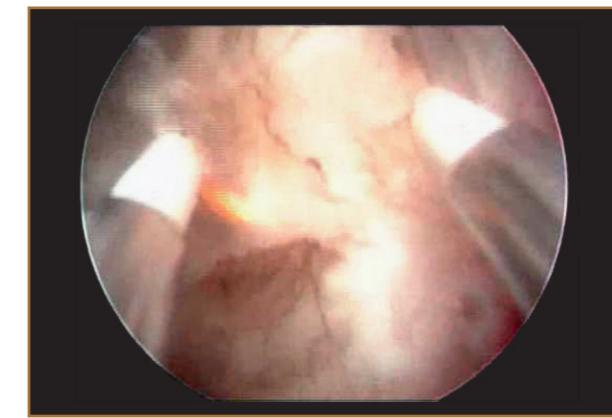
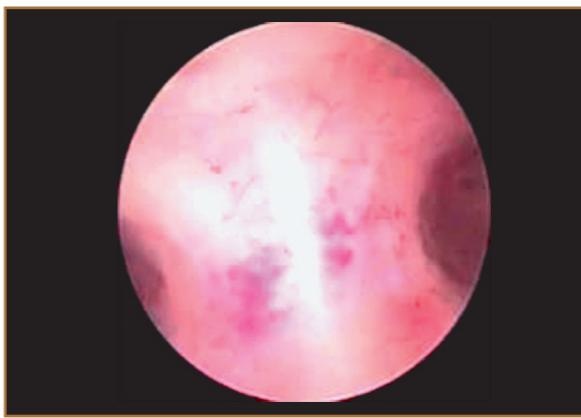
Диагностика пороков развития матки и влагалища представляет значительные трудности. До недавнего времени наиболее распространенными методами диагностики аномалий развития матки являлись гистеросальпингография и пневмопельвиография. Следует также отметить, что порою для уточнения диагноза прибегали к пробному чревосечению [6; 8].

Внутриматочная перегородка – порок развития матки, при котором ее полость разделена на две половины (гемиполости) продольной перегородкой различной длины.

Клинические проявления внутриматочной перегородки (полной или неполной) могут отсутствовать либо пациентки предъявляют жалобы на болезненные менструации. У пациенток с внутриматочной перегородкой наблюдаются выраженные нарушения репродуктивной функции, проявляющиеся самопроизвольными выкидышами, невынашиванием беременности и бесплодием, как первичным, так и вторичным. При наличии внутриматочной перегородки частым симптомом является аномальное маточное кровотечение [1; 3; 4; 6].

Материалы и методы. Наиболее часто встречающейся аномалией развития матки, с которой пациентки состояли на учете по бесплодию и невынашиванию беременности в КБУЗ КМКБ № 4 за период 2013–2016 гг. явилась неполная внутриматочная перегородка, хирургическая коррекция которой проводилась в гинекологическом отделении № 6 КБУЗ Красноярской межрайонной клинической больницы № 4. Всего гистерорезектоскопия внутриматочной перегородки была проведена за данный промежуток времени 36 пациенткам.

Перед операцией с целью уменьшения толщины эндометрия, снижения кровопотери и лучшей визуализации внутриматочной перегородки пациенткам предварительно назначались аналоги гонадотропного рилизинг-гормона (ГнРГ) – Бусерелин – депо 3,75 мг, внутримышечное введение в течение двух месяцев. Гистероскопию проводили жестким панорамным гистероскопом фирмы «Karl Storz» (Германия), с использованием жидкого сред, под внутривенным наркозом. Цервикальный канал расширялся расширителями Гегара до № 10,5, и в полость матки вводили гильзу реэктоскопа. Внутриматочную перегородку по ее центру от вершины к основанию рассекали



Г-образной петлей реэктоскопа, последовательно, короткими движениями, монополярным током мощностью 60–80 Вт в чисто режущем режиме. Перегородку иссекали до формирования гладкой полости матки. Объем вводимой жидкости не превышал 6 литров; скорость подачи жидкости от 150–400 мл/мин, среднее давление в полости матки – 60–80 мм.рт.ст. В постоперационном периоде пациенткам в течение трех месяцев назначали гормональную контрацепцию. Метод гистероскопии расширяет диагностические возможности выявления внутриматочной патологии и поможет выполнять оперативные манипуляции в полости матки. Окончательная диагностика внутриматочной перегородки возможна при одновременном выполнении гистеро- и лапароскопии.

Результаты и обсуждение. По данным отечественных и зарубежных авторов, при внутриматочной перегородке невынашивание беременности наблюдается в 6 раз чаще, чем при двурогой матке. Нами выделены две группы пациенток: в первую группу вошли пациентки, состоящие на учете по невынашиванию беременности 19/36, во вторую группу вошли пациентки, которые состояли на учете по бесплодию (первичное или вторичное) 17/36. Длительность бесплодия составила от 2 до 13 лет, среднее значение – 6,6 лет. Процент женщин с первичным бесплодием составил 7/17 (41,2 ± 11,9%), а пациенток, наблюдавшихся по поводу вторичного бесплодия – 10/17 (58,8 ± 11,9%). Возраст пациенток I группы варьировал от 22 до 39 лет, II группы – от 26 до 43 лет. Средний возраст пациенток I группы составил 29 лет, II группы – 32 года.

Средний возраст менархе пациенток I группы составил 13 лет, во II группе – 12 лет. При анализе данных о менструальной функции пациенток значимых различий нами выявлено не было.

На основании данных анамнеза среди пациенток I группы среднее значение беременностей составило 1,7 случаев, во II группе – 0,9 случаев. Среди пациенток I группы превалировали в анамнезе самопроизвольные и несостоявшиеся выкидыши в сроке 6–7 недель беременности. Среди пациенток II группы с вторичным бесплодием количество беременностей, которые закончились самопроизвольным или несостоявшимися выкидышами, в процентном соотношении было равным. У 5/17 пациенток с вторичным бесплодием в анамнезе медицинское прерывание беременности в сроке 5 недель.

Длительность заболевания от появления первых симптомов до установления правильного диагноза колебалась от двух до 15 лет. Для уточнения диагноза амбулаторно проводились рентгенологические, ультразвуковые методы, однако данные методы позволяли предположить аномалию развития матки. С целью уточнения и дифференциальной диагностики аномалии развития матки проводилось эндоскопическое исследование (лапароскопия, гистероскопия).

При выборе корригирующей операции предпочтение отдается методикам, которые сохраняют мышечный слой матки, что создает условия для донашивания беременности до срока родов и способствует завершению родов через естественные родовые пути, учитывая отсутствие рубца на матке. Генеративная функция после гистерорезектоскопии внутриматочной перегородки восстанавливается в 63,8 % случаев.

У 10/36 пациенток после реэктоскопии неполной внутриматочной перегородки наступила спонтанная беременность, которая закончилась срочными родами.

Таким образом, гистерорезектоскопия является операцией выбора у пациенток с внутриматочной перегородкой. Данная методика менее травматична, меньше возникает осложнений в постоперационном периоде по сравнению с метропластикой, уменьшается количество койко-дней. Также использование данного метода уменьшает возникновение показаний для оперативного родоразрешения, а следовательно травматизации, постоперационной реабилитации и пребывания в стационаре родильного дома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Пороки развития матки и влагалища / Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукове А.З. М.: Медицина, 1998. С. 327.
- Гинекология: национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 1072.
- Кулаков В. И. Руководство по оперативной гинекологии / Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Белоглазова С. Е. М.: Мед. информ. агентство, 2006. С. 640.
- Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1998. С. 535.
- Руководство по эндокринной гинекологии / под ред. Е. М. Вихляевой. – 3-е изд., доп. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. С. 784.
- Савельева, Г. М. Гистероскопия: атлас и руководство / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 248.
- Эндоскопия в гинекологии / под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1999. С. 623.
- Эндоскопия в гинекологии: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. С. 384.

научные статьи

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ

М.В. Дударева, Е.Э. Жук

КГБУЗ «КМКБ № 4», 7 гинекологическое отделение

Эндометриоз – это одно из самых распространенных и непонятных гинекологических заболеваний, которое чаще всего проявляется болевым синдромом и бесплодием. Распространенность эндометриоза как причины бесплодия, по литературным данным достигает 75 %. Диагностика эндометриоза:

1. Биохимические маркеры CA-125 – гликопротеин. При эндометриозе в крови повышается его уровень, маркер не специфичен и не отражает степень выраженности эндометриоза.

2. Ультразвуковое исследование органов малого таза. С помощью этого метода можно обнаружить

наличие наружного эндометриоза, в частности эндометриоидных кист яичников, эндометриоидной ткани в позадиматочном пространстве при таком состоянии, как ретроцервикальный эндометриоз, выявить ЭХО-признаки и предположить наличие диффузной и узловой форм adenомиоза (аденомиоз – эндометриоз с локализацией в мышечном слое матки).

3. Гистероскопия. Информативный метод для определения диффузной формы adenомиоза. Позволяет увидеть слизистую оболочку полости матки, устья маточных труб и эндометриоидные ходы, которые выглядят как темно-красные точки на фоне бледно-розовой слизистой.

4. Магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ имеет значительные преимущества по сравнению с УЗИ-исследованием для диагностики эндометриоза при наличии кист яичника или поражения соседних органов (кишечника, мочевого пузыря, прямокишечно-влагалищной перегородки). Но в связи с тем что в большинстве случаев размеры гетеротопий на брюшине не превышают нескольких миллиметров в диаметре, этот метод не имеет высокой диагностической ценности для большинства больных.

5. Лапароскопия. На сегодняшний день лапароскопия в диагностике наружного генитального эндометриоза находится на первом месте, является золотым стандартом, есть возможность подробно осмотреть все анатомические образования малого таза и брюшной полости.

Цель: Провести анализ распространенности наружного эндометриоза, приводящего к бесплодию.

Задачи исследования: Выявить группы повышенного риска развития генитального эндометриоза с целью ранней диагностики, назначения лечения и возможности беременности без применения ВРТ.

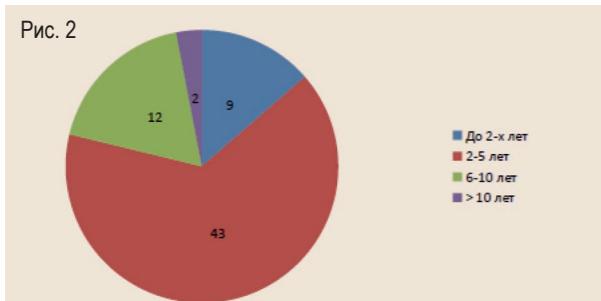
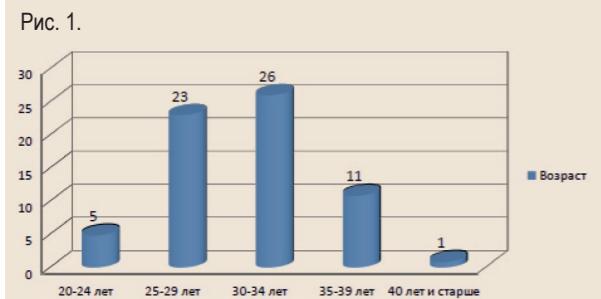


Таблица 1

20–24 г		25–29 л		30–34 г		35–39 л		40 л и >	
I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
4	1	14	9	14	12	4	7	1	0

научные статьи

Материалы и методы

Нами ретроспективно проведен анализ 126 историй болезни с оперативным лечением пациенток по поводу бесплодия в нашем отделении. В 66 (52,4 %) случаях бесплодие ассоциировано с эндометриозом. Наибольшая распространенность эндометриоза выявлена в возрастной группе от 25 до 35 лет, что составляет 74,2 %.

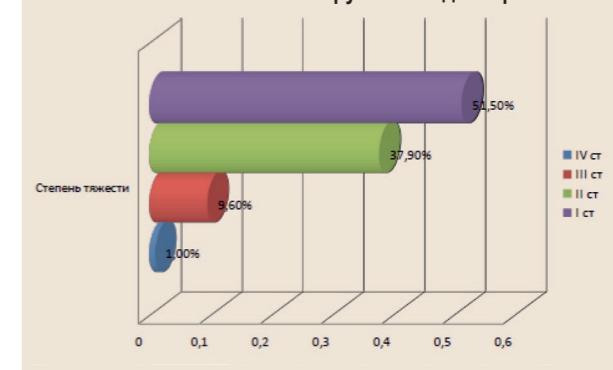
Первичное бесплодие у 37 (56,1 %), вторичное у 29 (43,9 %) пациенток.

Длительность бесплодия в исследуемой группе в подавляющем большинстве от 2–5 лет, что связано с поздним обращением и постановкой на учет, а также длительной консервативной терапии без подтверждения диагноза и выявления факторов бесплодия.

При проведении анализа, выявлено сочетание наружного эндометриоза с кистами яичников в 28 (42,4 %), с миомой матки в 13 (19,7 %), с adenомиозом в 22 (33,3 %) случаях.

Выводы: В настоящее время эндометриоз является одной из ведущих причин бесплодия. Наибольшая распространенность эндометриоза в возрастной группе с высокой fertильностью от основной популяции. Отмечены поздняя постановка на учет по бесплодию, длительное обследование

Рис. 3. Степень тяжести наружного эндометриоза



и позднее направление на оперативное лечение. Для раннего выявления начальных стадий эндометриоза необходимо при отсутствии инфекционных и гормональных факторов бесплодия своевременно направлять женщин на оперативное лечение (лапароскопия+гистероскопия), что позволит избежать запущенные формы эндометриоза и повысить вероятность наступления беременности без применения ВРТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Генитальный эндометриоз: взгляд практикующего врача» Дамиров М.М. Год издания: 2013
2. «Национальное руководство. Гинекология». Савельева Г.М. Год издания: 2015
3. «Руководство по гинекологии» Айламазян Э.К. Год издания: 2012
4. «Наружный генитальный эндометриоз» Пособие для врачей. Ярмолинская М. И., Тарасова М. А. Год издания: 2010
5. «Эндометриоз: современные аспекты» Ищенко А.И. Год издания: 2008.



научные статьи

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

М.В. Дударева, Е.Э. Жук

КГБУЗ «КМКБ № 4», 7 гинекологическое отделение

Осложнения методов вспомогательной репродукции, требующие оперативного лечения, наблюдают у 5–6 % пациенток. Риск развития подобных осложнений у данного контингента больных, несомненно, выше по сравнению с общей популяцией. Индивидуальный подход, тщательное наблюдение и динамический контроль клинико-лабораторных показателей – залог своевременной постановки диагноза и оказания экстренной хирургической помощи. Наиболее частым осложнением является внематочная беременность. Необходимость сохранения, а в дальнейшем реализации детородной функции диктует применение особой тактики ведения и реабилитации данного контингента больных.

Существуют предрасполагающие факторы, способствующие увеличению частоты эктопических беременностей. Один из факторов риска — широкое применение индукторов овуляции и методов вспомогательной репродукции в клинике бесплодия. По данным мировой литературы, около 1 % всех беременностей оказывались внематочными. Кроме того, частота наступления внематочной беременности у женщин, участвующих в программе ВРТ, достигает 2–10 %, что в несколько раз превышает частоту внематочной беременности в общей популяции.

Особенность эктопических беременностей после ВРТ – увеличение редких форм с локализацией в интерстициальном отделе или культе маточной трубы, множественными трубными беременностями, а также с различными другими вариантами гетеротопической беременности. Это связано с тем, что в популяции женщин, страдающих бесплодием, существенно увеличена доля пациенток, имеющих следующие факторы риска внематочной беременности:

- хроническое воспаление органов малого таза;
- спаечный процесс в малом тазу – после перенесенных воспалительных заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем, вследствие применения внутриматочных контрацептивов, оперативных вмешательств на органах малого таза, прежде всего на маточных трубах;
- доброкачественные заболевания матки и придатков матки;
- эндометриоз маточных труб.

Все перечисленные состояния могут приводить к нарушению транспорта оплодотворённой яйцеклетки и имплантации её вне полости матки. Кроме того, при применении ВРТ, вследствие искусственного введения оплодотворённой яйцеклетки в полость матки, что не является вполне физиологичным процессом, и невозможности на сегодняшний день учёта всех особенностей и условий, в которых

происходит миграция яйцеклетки и имплантации в эндометрий, частота потерь плодного яйца и наступления внематочной беременности значительно повышается. В связи с этим при наступлении беременности в результате применения ВРТ следует уже с ранних сроков точно определить локализацию плодного яйца. На практике не всегда картина внематочной беременности протекает типично. По литературным данным, только у каждой десятой пациентки. Наиболее характерны следующие проявления:

- задержка очередной менструации и её качественные изменения как по количеству теряющей крови, так и по продолжительности;

- боль – один из наиболее характерных симптомов внематочной беременности, возникает внезапно, чаще в нижних отделах живота, резкая, схваткообразная, перемежающаяся, при трубной беременности – наиболее выражена на стороне поражения. Характерна иррадиация болей в задний проход, ключицу и подреберье, боль может сопровождаться резким ухудшением общего состояния: слабостью, головокружением, холодным потом, тошнотой, рвотой, иногда потерей сознания;

- кровянистые выделения из половых путей, как правило, скучные, тёмного цвета.

При выраженной картине острого живота и гиповолемии дополнительных методов исследования не требуется, так как больные нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве. Окончательный диагноз устанавливают во время операции.

Более сложную задачу представляет диагностика прогрессирующей трубной беременности, что связано с отсутствием типичных для внематочной беременности проявлений. Необходимо учитывать, что пациентки после применения ВРТ входят в основное именно в эту категорию больных. Это связано, во-первых, с тем, что беременность у пациенток, участвующих в программе ЭКО, всегда запланированная и сроки наступления беременности известны; во-вторых, эта группа больных после проведения процедуры переноса эмбрионов в полость матки находится под тщательным наблюдением. В этой ситуации на первое место выступает вопрос о локализации наступившей беременности. Решающая роль принадлежит таким методам диагностики, как определение концентрации ХГЧ в крови и УЗИ. Оптимальным следует признать применение этих методов с интервалами в 2–3 дня до получения результата, однозначно свидетельствующего в пользу маточной или внематочной беременности. При динамической оценке содержания в крови ХГЧ необходимо учитывать следующие моменты:

- концентрация ХГЧ в крови при внематочной бе-

ременности всегда ниже соответствующего уровня при маточной беременности на одинаковом сроке;
– нарастание концентрации ХГЧ при внематочной беременности происходит медленнее, чем при маточной беременности.

Применение высокочастотных ультразвуковых датчиков позволяет обнаружить плодное яйцо в полости матки с 2-недельного срока беременности. При отсутствии плодного яйца в матке характерными ультразвуковыми критериями внематочной беременности выступают следующие:

- обнаружение плодного яйца (эмбриона, элементов желточного мешка и децидуальной оболочки) вне полости матки;

- увеличенные размеры матки при отсутствии в её полости плодного яйца и органической патологии миометрия.

- утолщение эндометрия (более 12 мм);

- выявление в проекции придатков матки структур неоднородной эхогенности без чётких контуров (при обязательной идентификации яичников как отдельных анатомических образований).

При сочетании характерной клинической картины, типичных данных УЗИ и результатов определения концентрации ХГЧ в крови, свидетельствующих в пользу внематочной беременности, проводят оперативное лечение. Предпочтителен лапароскопический доступ (окончательный метод диагностики и лечения).

Внематочная беременность является нередким (до 10 %) осложнением после ВРТ. Более того, именно после ВРТ возможно сочетание маточной и внематочной беременности. Одновременное возникновение маточной и внематочной беременности называют гетеротопической беременностью. При подобном осложнении ВРТ стремятся удалить трубу, содержащую плодное яйцо, при этом сохранить маточную беременность.

В нашем отделении проведено два случая гетеротопической беременности.

Больная Г. 27 лет. Поступила с диагнозом – угрожающий самопроизвольный выкидыши при беременности 9–10 недель. Ретрохориальная гематома. Децидуальный полип. Беременность четвертая, желанная, наступила после инсеминации. В анамнезе два самопроизвольных выкидыши: 10 недель – 2005 год, 5 недель – 2006 год;

Замершая беременность 8 недель в августе 2008 года. Бесплодие в течение 1,5 лет неясного генеза, обследована в центре ЭКО. Проведено лечение бесплодия методом инсеминации. При поступлении жалобы на постоянные ноющие боли внизу живота, темно-кровянистые выделения из половых путей. По УЗИ признаки ретрохориальной гематомы. Назначена сохраняющая, гормональная, гемостатическая терапия. На фоне проводимой терапии болевой синдром купирован, но продолжали беспокоить периодические темно-кровянистые выделения из половых путей. На контролльном УЗИ через 10 дней отмечено увеличение объема ретрохориальной гематомы, область придатков без особенностей. На 11 день терапии развилась клиника острого живота, произведена лапаротомия, удаление маточной трубы слева по поводу прервавшейся трубной беременности по типу трубного аборта. Послеоперационное течение гладкое, проводилась сохраняющая

терапия, в том числе гормональная. Выписана с прогрессирующими маточными выкидышами. Беременность закончилась срочными родами.

Больная П. 40 лет. Поступила с диагнозом – угрожающий самопроизвольный выкидыши 8–9 недель после ЭКО и ПЭ. Двойня. Миома матки. Беременность вторая, желанная, наступила методом ЭКО и ПЭ (перенос четырех эмбрионов). В анамнезе один медицинский аборт в 1997 году, длительное бесплодие, три неудачные попытки ЭКО 2003, 2005, 2007 гг. Беременность протекала с явлениями угрозы, сопровождалась постоянными кровянистыми выделениями из половых путей, в 5–6 недель курс сохраняющей терапии (в том числе гормональной терапии) в условиях стационара, выписана в удовлетворительном состоянии. Перед выпиской сделано контрольное УЗИ: беременность 6–7 недель двойня, миома матки. Повторная госпитализация через неделю. При поступлении жалобы на ноющие боли внизу живота, темно-кровянистые выделения из половых путей. По УЗИ беременность 8–9 недель. Несостоявшийся выкидыши второго плодного яйца. Прогрессирующая трубная беременность справа. Произведена операция: лапароскопия. Удаление правой маточной трубы. Послеоперационное течение гладкое, получала сохраняющую терапию, в том числе гормональную. Беременность закончилась преждевременными родами в 34 недели, дородовое излитие околоплодных вод, ребенок жив.

В обоих случаях трудности диагностики связаны с нетипичным течением эктопической беременности, наличием развивающейся маточной беременности. Таким образом, пациентки, прошедшие ВРТ заслуживают особого внимания, т.к. локализация и течение беременности в каждом случае индивидуальны и требуют тщательного обследования для выявления аномалий на самых ранних сроках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностика и лечение
Автор: Пирлман М Год издания 2012.
2. Эктопическая беременность: Методические рекомендации
Автор: Баранов А. Н. Год издания 2010.
3. Экстракорпоральное оплодотворение
Автор: Элдер Кэй, Дэйл Брайан Год издания 2008.



научные статьи

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

**Т.В. Дресвянская, И.А. Прусов, А.П. Фокина, М.Ю. Бичурина, Р.А. Бичурин,
В.Е. Надич, О.Ф. Позднякова, С.В. Ошуева, Н.И. Сафонова, Е.В. Серова**

КГБУЗ «КМКБ № 4», отделение хирургии; КрасГМУ,
кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана

АННОТАЦИЯ Эндометриоз – заболевание, не являющееся опухолевым процессом, но тем не менее, обладающее некоторыми характерными для него признаками: инфильтративным ростом, частичной автономией, способностью к метастазированию. Частота экстрагенитального эндометриоза составляет 6–8 % от числа всех случаев выявления эндометриоидной болезни. В последнее время частота выявления эндометриоза возрастает. Описываемые в публикациях случаи нестандартны, проявления болезни стерты или симулируют другие заболевания. Пациентки с экстрагенитальным эндометриозом часто попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Правильный диагноз нередко устанавливается во время операции и подтверждается результатами гистологического исследования, а лечение часто требует привлечения специалистов других направлений [1, 2].

Представляем случай успешного лечения пациентки с экстрагенитальным эндометриозом. В гинекологическом отделении № 2 КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» находилась на стационарном лечении больная О., 39 лет.

Больная поступила в стационар в плановом порядке по направлению из женской консультации с жалобами на боли в передней брюшной стенке справа от пупка, появляющиеся периодично за неделю до менструации, постепенно уменьшая свою интенсивность в течение одной недели после менструации. Максимальная интенсивность боли в животе отмечалась непосредственно перед началом менструации, когда одновременно появлялось нарастание опухолевидной деформации брюшной стенки в месте наибольшей болезненности справа от пупка, также исчезающее после стихания боли через неделю после менструации. Из анамнеза выясниено, что в 1993 и 2003 годах больная перенесла кесарево сечение. Причём в 2003 году операция проводилась в срочном порядке в связи с тяжелым состоянием пациентки на фоне резкого повышения артериального давления. До обращения в женскую консультацию больная проходила обследование в поликлинике по месту жительства у врача хирурга, исключалась невправимая послеоперационная вентральная грыжа и онкологическая патология. Из хронических заболеваний отмечает хронический цистит.

Несмотря на большое число проведенных исследований и множество предложенных теорий, патогенез этого заболевания остается предметом дискуссий. Наиболее полно возникновение ЭГЭ объясняет имплантационная (метастатическая) теория, согласно которой фрагменты эндометрия вследствие ретроградной менструации контактным либо лимфо-, гематогенным путем проникают в отдаленные органы и ткани, имплантируются там, функционируют, образуя эндометриоидные очаги [3].

Частота ЭГЭ составляет 6–8 % от числа всех случаев выявления эндометриоидной болезни. Необходимо отметить, что в последнее время частота выявления эндометриоза растет. Описываемые в публикациях случаи ЭГЭ нестандартны, проявления болезни стерты или симулируют другие

заболевания. Пациентки с ЭГЭ часто попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Правильный диагноз ЭГЭ нередко устанавливается во время операции и подтверждается результатами гистологического исследования, а лечение часто требует привлечения специалистов других направлений [1, 2].

Представляем случай успешного лечения пациентки с экстрагенитальным эндометриозом. В гинекологическом отделении № 2 КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» находилась на стационарном лечении больная О., 39 лет.

Больная поступила в стационар в плановом порядке по направлению из женской консультации с жалобами на боли в передней брюшной стенке справа от пупка, появляющиеся периодично за неделю до менструации, постепенно уменьшая свою интенсивность в течение одной недели после менструации. Максимальная интенсивность боли в животе отмечалась непосредственно перед началом менструации, когда одновременно появлялось нарастание опухолевидной деформации брюшной стенки в месте наибольшей болезненности справа от пупка, также исчезающее после стихания боли через неделю после менструации. Из анамнеза выясниено, что в 1993 и 2003 годах больная перенесла кесарево сечение. Причём в 2003 году операция проводилась в срочном порядке в связи с тяжелым состоянием пациентки на фоне резкого повышения артериального давления. До обращения в женскую консультацию больная проходила обследование в поликлинике по месту жительства у врача хирурга, исключалась невправимая послеоперационная вентральная грыжа и онкологическая патология. Из хронических заболеваний отмечает хронический цистит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. Кожный покров физиологической окраски, нормальная влажность, оволосение по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы. Молочные железы мягко-эластичной консистенции, пальпаторно опухолевидных образований не определяется. В лёгких дыхание везикулярное проводится по всем полям. ЧДД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 ударов в минуту, соответствуют пульсу. АД 120/70 мм рт. ст. Костно-суставная система без видимой патологии,

движения в суставах свободные, в полном объёме. Неврологический статус без особенностей. Стул регулярный. Диурез нет.

Локально: Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричный, не участвует в акте дыхания. Аускультативно перистальтика выслушивается хорошо. При пальпации печень и селезенка не увеличены, перкуторно печень по краю рёберной дуги, размеры селезёнки не увеличены. Справа на 3 см латеральное и на 3–4 см ниже пупка в проекции прямой мышцы живота пальпируется плотное, болезненное образование размером 4,0 × 5,0 см, которое неподвижно по отношению к коже и подкожной клетчатке. Кожа над образованием подвижна, визуально не изменена, локальной гипертемии нет.

Гинекологический статус: 24 день менструального цикла. Наружные половые органы развиты правильно, клитор нормальной формы, размера. Слизистая влагалища не гиперемирована, нормальной складчатости. Шейка матки коническая, макроскопически не изменена, без воспалительных явлений. Матка не увеличена, плотная, безболезненная, придатки не увеличены с обеих сторон.

Ректально: наружные геморроидальные узлы не увеличены, тонус сфинктера сохранён, опухолевидных образований, нависания, болезненности стенок прямой кишки нет. Ампула прямой кишки свободна, на перчатке следы кала обычного цвета.

Данные инструментальных методов исследований: ультрасонография брюшной стенки, брюшной полости (21 день менструального цикла): в мягких тканях передней брюшной стенки справа от пупка на глубине 2,1 см от поверхности кожи визуализируется гиперэхогенное умеренно неоднородной структуры образование с капсулой слабо выраженной эхогенности до 0,2 см. Заключение: Очаговое образование передней брюшной стенки. Эхопатологии печени, поджелудочной железы, почек и забрюшинного пространства не выявлено. Органы малого таза без патологии. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Фиброзофагогастроуденоскопия: диффузный поверхностный гастрит. Флюорография: сердце и лёгкие без патологии. Лабораторные показатели клинических и биохимических анализов в норме.

С учетом анамнестических данных, данных ультразвукового исследования, объективного осмотра, лабораторных показателей больной выставлен диагноз – экстрагенитальный эндометриоз с локализацией в передней брюшной стенке. Пациентке установлены показания к оперативному лечению на 25 день менструального цикла в период наибольшей болезненности образования в брюшной стенки, совпадающее с увеличением размеров эндометриоидного очага.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена операция: нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости эндометриоидных очагов и какой-либо органической патологии не выявлено, спаечный процесс в брюшной полости умеренный. В проекции правой прямой мышцы живота пальпаторно определяется плотное, неподвижное образование размерами 6,0 × 4,0 × 4,0 см. Верхний край образования находится под пупком с распространением по прямой мышце. Лапаротомный разрез продлен вверх для более полноценной ревизии и оценки степени поражения и опреде-

ления объема иссечения данного образования. Со стороны брюшины к образованию интимно подпаяна прядь большого сальника, которая резецирована на протяжении 5–6 см. Брюшина рассечена окаймляющим разрезом по границе опухолевидного образования в пределах здоровых тканей, вскрыто влагалище прямой мышцы живота латеральнее эндометриоидного узла, мышца выделена в пределах неизмененных тканей с помощью электроножа. С соблюдением правил аблстики эндометриоидный узел иссечен и направлен на срочное гистологическое исследование – злокачественного роста не выявлено. С учетом значительного на 2/3 ширины прямой мышцы живота дефекта произведена мышечно-апоневротическая пластика брюшной стенки местными тканями. Были вскрыты влагалища прямых мышц живота слева и справа. Раздельно сшиты внутренний листок mm. recti abdominis с обеих сторон, ушит дефект прямой мышцы справа с последующей фиксацией левой мышцы нитью ПГА 1,0. Отдельно сопоставлен и сшит наружный листок mm. recti abdominis. Данный способ пластики позволил максимально восстановить и заместить иссеченный участок мышцы с наименьшим натяжением и деформацией брюшной стенки. Эндопротезирование брюшной стенки сетчатым эндопротезом решено не выполнять из-за возможного риска обширного обсеменения эндометриоидными очагами сетчатого эндопротеза и брюшной стенки, опасности увеличения зоны поражения в послеоперационном периоде эндометриоидными очагами, и крайне сложную в техническом плане возможную в будущем операцию при рецидиве эндометриоза.

Макропрепарат: представлен участком мышечной ткани размером 6,0 × 4,0 × 4,0 см с участками фиброза. В центре препарата и меньше к периферии имеется множество полостей размерами

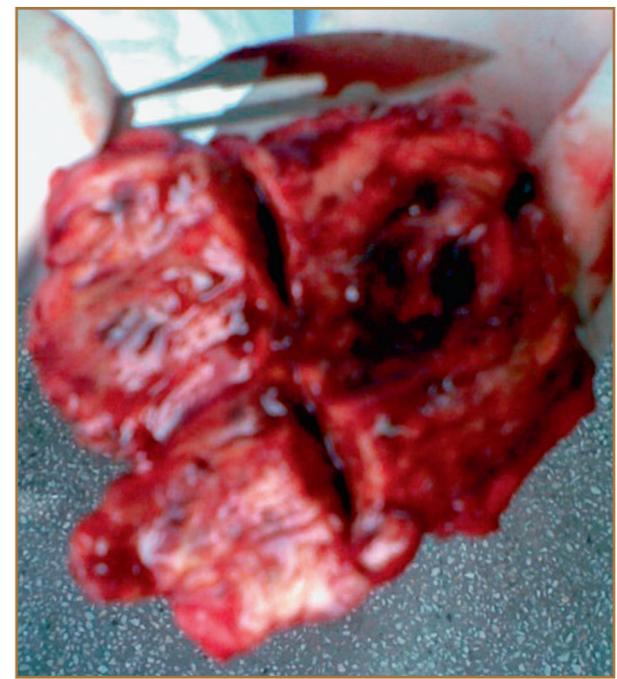


Рис. 1. Макропрепарат: очаг экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки

научные статьи

от 0,1 до 1,0 см заполненных гемолизированной кровью (рис. 1).

Диагноз после операции – экстрагенитальный эндометриоз с локализацией очага в прямой мышце живота справа.

Гистологическое заключение: в препаратах определяются фрагменты лимфоидной ткани, мышечная ткань с очагами кровоизлияния, очаговой лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией с наличием диффузных очагов эндометриоза с кистозными образованиями желёз. В резецированном сальнике полнокровие сосудов, кровоизлияния, очагов эндометриоза не обнаружено.

Послеоперационное течение гладкое, заживление послеоперационной раны первичным натяжением, кожные швы сняты на 8 сутки. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога и хирурга в поликлинике по месту жительства. С противорецидивной целью больной был назначен препарат «Жанин» по контрацептивной схеме в течение одного года.

Пациентка один раз в 2 месяца в течение полутора и далее раз в полгода в течение 1,5 лет осматривалась в нашей больнице оперировавшими хирургами, признаков рецидива эндометриоза, грыжи передней

брюшной стенки не обнаружено. Пациентка работает, ведёт активный образ жизни.

Выводы

Описанный в статье случай полностью объясняется имплантационной теорией возникновения экстрагенитального эндометриоза и свидетельствует в пользу её состоятельности.

При хирургическом лечении эндометриоза, а также других хирургических вмешательствах, связанных со вскрытием полости матки (например, кесарево сечение), специалисту следует помнить о возможности имплантационного распространения эндометриоидных гетеротопий и избегать контакта эндометрия либо тканей, пораженных эндометриозом с брюшиной и операционной раной.

Специалистам, осуществляющим первичный осмотр пациенток с очаговыми образованиями, локализованными вне органов репродуктивной системы (хирургам, урологам, проктологам и др.), необходимо быть настороженными не только в отношении онкологической патологии, но и помнить о возможности возникновения очагов ЭГЭ.

Соблюдение принципов аблэстики в хирургическом лечении экстрагенитального эндометриоза снижает вероятность развития рецидива в отдаленном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демидов, В. Н. Экстрагенитальный эндометриоз и его ультразвуковая диагностика / В. Н. Демидов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 3. – С. 102-111.
2. Печеникова, В. А. Экстрагенитальный эндометриоз: клинико-морфологический и иммунологический анализ 45 наблюдений различной органной локализации / В. А. Печеникова, Д. Ф. Костючек // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. LIX. – № 2. – С. 69-77.
3. Марченко, Л. А. Эндометриоз (современный взгляд на этиопатогенез и перспективы меди-каментозной терапии) / Л. А. Марченко, Л. М. Ильина // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18. – № 4. – С. 171-175.

научные статьи

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРБУНКУЛА ПОЧКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ПЕРИТОНИТА

**Е.В. Серова, В.Ю. Омельчук, И.А. Прусов, И.П. Силкин,
Е.В. Старосельцев, В. М. Черняков**

КГБУЗ «КМКБ № 4», отделение хирургии; КрасГМУ,
кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана

АННОТАЦИЯ: Флегмона клетчатки забрюшинного пространства – острый воспалительный гнойный процесс в ретроперитонеальной клетчатке, не имеющий тенденции к ограничению от здоровых тканей. В урологическом отделении КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» за год встречается до 3 случаев флегмона забрюшинного пространства. Клиническая симптоматика гнойников забрюшинной клетчатки разнообразна, что создает определенные трудности в диагностике.

Флегмона клетчатки забрюшинного пространства – острый воспалительный гнойный процесс в ретроперитонеальной клетчатке, не имеющий тенденцию к ограничению от здоровых тканей.

Клиническая симптоматика гнойников забрюшинной клетчатки разнообразна, что создает определенные трудности в диагностике. На первый план выступают общие симптомы, характерные для синдрома системной реакции на воспаление (высокая температура тела, ознобы, тахикардия, тахипноэ, лейкоцитоз 12,0 × 10⁹/л и более, ускорение СОЭ). Отмечаются боли в поясничной области, боковых отделах живота. При контакте гнойного содержимого с подвздошно-поясничной мышцей отведение бедра назад вызывает боли, иногда развивается сгибательная контрактура в тазобедренном суставе. В случае прорыва забрюшинной флегмоны в брюшную полость развивается перитонит. Существенную помощь в диагностике оказывают ультразвуковое исследование и компьютерная томография [1; 2].

Причиной возникновения гнойного паранефрита, флегмона забрюшинного пространства является инфекционный агент, отличающийся самыми разнообразными морфологическими свойствами. Чаще это микроорганизмы группы кишечной палочки, стафилококка. При первичном паранефrite инфекция попадает в околопочекную клетчатку гематогенным путем из отдаленных гнойных очагов на фоне сниженной общей реактивности организма. Вторичный паранефрит развивается на фоне воспалительного процесса в почке (пиелонефрит, пионефроз), который с почкой переходит на окружающую ее животную клетчатку. Некоторые воспалительные заболевания, локализующиеся в соседних с почкой органах, могут привести к развитию паранефрита (параколит, гнойный аппендицит, параметрит). Иногда паранефрит возникает при нагноении гематом в околопочекной клетчатке, мочевых засадках. При распространенному гнойному процессе в паранефральной клетчатке происходит расплав-

ление межфасциальных перегородок и гной попадает в наиболее слабые места поясничной области – треугольники Пти, Лесгата-Грюнфельда. В случае дальнейшего прогрессирования гнойного процесса формируется флегмона забрюшинного пространства [2; 3].

Под нашим наблюдением находилась больная старческого возраста с трудным дифференциально-диагностическим случаем деструкции почки и флегмона забрюшинного пространства с опухолевым поражением при клинической картине перитонита.

Больная Г., 85 лет, была доставлена в хирургическое отделение КБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» г. Красноярска в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в 10:20 10.01.2016 с клинической картиной острого холецистита (?), острого аппендицита (?).

При поступлении больная жаловалась на постоянные боли в животе, более выраженные в правой подвздошной области, тошноту, вздутие живота, общее недомогание, двукратный жидкий стул, повышение температуры тела до 37,5 град. С. Со слов больной, боли в животе начали беспокоить с 19:00 09.01.2016.

В анамнезе – хроническая ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения II ф. кл., постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда дважды в 2000 г.). Имплантация электрокардиостимулятора в 2013 году по поводу синдрома слабости синусового узла. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4 (очень высокий). Хроническая сердечная недостаточность II A (2 ф. кл. по NYHA).

При объективном обследовании: состояние больной средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом, диспепсией. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормостеническое, питание повышенное (ожирение I ст.). Кожный покров чистый, обычной окраски, умеренно влажный. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые, обычной влажности. Язык сухой, густо обложен белым налетом. Живот симметричный, правая половина отстает в акте дыхания, не вздут. При пальпации живот резко болезненный, напряженный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительные в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ситковского, Образцова, Бартомье-Михельсона положительные. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости нет. Печёночная тупость сохранена. Перি-

научные статьи

стальтика выслушивается. Газы отходят. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, несколько учащено (в связи с постоянным приёмом диуретических препаратов). Диурез снижен. Стул был 09.01.2016. При ректальном осмотре без патологии.

При ультрасонографии органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства получены следующие результаты.

Печень: правая доля 172 × 145 мм, левая доля 89 × 59 мм, контур ровный, четкий, эхогенность нормальная, эхоструктура однородная. Желчные протоки не расширены (4–5 мм). Очаговой патологии не выявлено. Желчный пузырь 86 × 27 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется конкремент (21 мм). Воротная вена 11 мм. Печёночные вены 7–9 мм. Нижняя полая вена 20 мм. Брюшной отдел аорты 16 мм. Поджелудочная железа не увеличена, контур ровный, эхогенность повышенна, эхоструктура однородная. Головка 28 мм, тело 19 мм, хвост 23 мм. Селезенка 113 × 41 мм.

Правая почка: определяется, в горизонтальном и вертикальном положениях расположена обычно. Контуры ровные, чёткие. Дыхательная подвижность нормальная. Длина 92 мм, ширина 51 мм, толщина 50 мм. Паренхиматозный слой в среднем сегменте 11 мм. Эхогенность нормальная. Эхоструктура паренхимы однородная, хорошо дифференцируется кортико-медуллярный слой. Почечный синус не изменён. Чашечно-лоханочная система не расширена. В почечном синусе в среднем сегменте гиперэхогенное образование с четкой акустической тенью (8 мм).

Левая почка: определяется, в горизонтальном и вертикальном положениях расположена обычно. Контуры ровные, чёткие. Дыхательная подвижность нормальная. Длина 74 мм, ширина 46 мм, толщина 36 мм. Паренхиматозный слой в среднем сегменте 8 мм. Эхогенность повышенна. Эхоструктура паренхимы однородная, хорошо дифференцируется кортико-медуллярный слой. Почечный синус не изменён. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов не определяется.

Забрюшинное клетчаточное пространство не изменено.

Заключение. Гепатомегалия. Конкремент желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Эхо-признаки нефросклероза слева. Конкремент правой почки.

В анализах при поступлении: эритроциты 3,94 × 1012/л, гемоглобин 108 г/л, лейкоциты 16,58 × 109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов 20%), тромбоциты 415 × 109/л, СОЭ 60 мм/ч. Протромбиновое время 12,80 сек., фибриноген 9,15 г/л. Общий белок 69,5 г/л, глукоза крови 6,34 ммоль/л, мочевина 15,9 ммоль/л, креатинин 229,0 мкмоль/л, билирубин общий 11,0 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза 13,9 МЕ/л, аланинаминотрансфераза 9,8 МЕ/л, амилаза 52,0 ЕД/л. Общий анализ мочи: плотность 1025, pH 5,0, лейкоциты сплошь, эритроциты 6–8-12 в п./зр., эпителий плоский в небольшом количестве в п/зр., белок 3,0 г/л.

При поступлении больная была осмотрена урологом. Заключение: Мочекаменная болезнь. Хронический калькулезный пиелонефрит справа. Камень

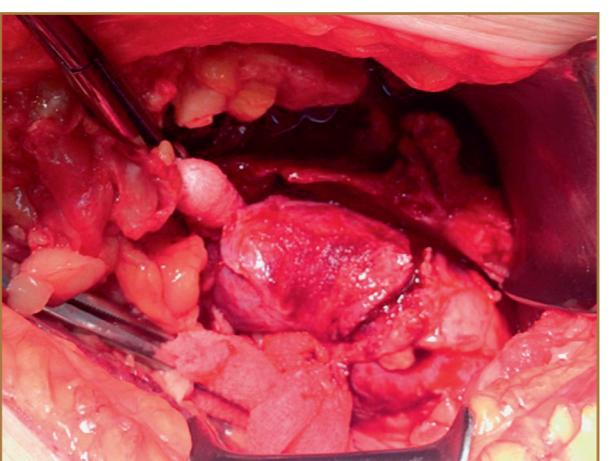
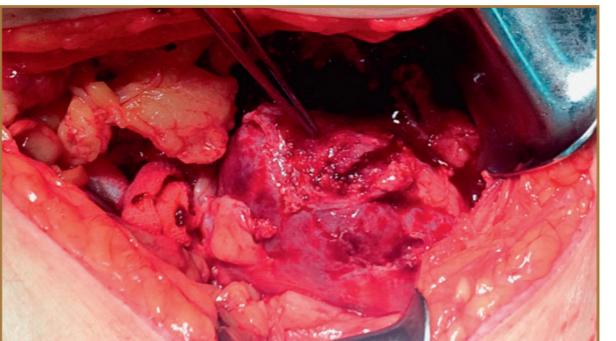


Рис. 1. Опухоль с распадом правой почки



Рис. 2. Этап ушивания кровоточащего участка опухоли правой почки с использованием гемостатической губки

правой почки. Нефросклероз слева. Хроническая почечная недостаточность I ст.

С учетом клинико-лабораторных данных, результатов инструментального обследования, данных динамического наблюдения, после предоперационной подготовки была взята в операционную с диагнозом острый аппендицит. 10.01.2016 в экстренном порядке по жизненным показаниям под спинно-мозговой анестезией был выполнен доступ по Волковичу-Дьяконову. Вскрыт апоневроз наружной косой мышцы живота, послойно рассечены, расслоены внутренняя косая и поперечная мышцы живота. При этом выделилось до 50 мл мутного густого гноя с геморрагическим компонентом – взят на посев. При дальнейшей ревизии обнаружено распространение гнойного процесса

по подвздошной ямке в парапнефральном направлении в забрюшинное пространство, при ревизии выделилось еще до 100 мл гноя, с фрагментами жировой клетчатки. В операционную приглашён уролог.

После санации и ограничения раны, смены перчаток и инструментов вскрыта париетальная брюшина в правой подвздошной области. В правой подвздошной ямке до 50 мл мутного серозного выпота, осущен. В рану выведен купол слепой кишки с неизменённым червеобразным отростком. При дальнейшей ревизии патологии органов брюшной полости не выявлено. Выпот расценен как реактивный. В правую подвздошную ямку установлена дренажная трубка, введено 20 мл раствора диоксицина. Брюшина ушита. В забрюшинное пространство по направлению к парапнефральной клетчатке установлены трубчатый и перчаточный дренажи. Операционная рана послойно ушита до дренажей. Наложена асептическая повязка.

Выполнена люмботомия справа. Послойно вскрыто забрюшинное пространство. При разведении краев раны обильно опорожняется гной с детритом, представленным забрюшинной клетчаткой и единичными сгустками крови. Забрюшинная клетчатка деревянистой плотности. Произведена некреквестрактомия, санация забрюшинного пространства. Гнойный процесс распространяется от нижнего полюса правой почки до подвздошной области. Выполнена ревизия почки: в нижнем полюсе тканевой (опухоль) участок диаметром около 5,0 см с распадом, обильно кровоточащий (рис. 1).

Взята биопсия опухолевидного образования почки. Кровоточащий участок ушит с применением гемостатической губки.

При ревизии всей поверхности почка розовая, не увеличена, паренхима не изменена. Гемостаз, контроль на инородные тела. Забрюшинное пространство санировано 1,5% раствором перекиси водорода, физиологическим раствором. Установлены 4 перчаточных дренажа: один – по задней поверхности почки, два – к нижнему полюсу, два – в правую подвздошную область. Установлены два трубчатых дренажа с целью орошения: один – выведен через разрез Волковича-Дьяконова, второй – через дополнительный контрапертурный разрез в поясничной области справа. Мыщцы послойно ушиты. Наложены редкие швы на кожу. Асептическая повязка.

В послеоперационном периоде больная получала инфузционную, дезинтоксикационную, антибактериальную (мерексид 1,0 3 раза в сутки, с последующей сменой на ампициллин 1,0 2 раза сутки), симптоматическую терапию, профилактику венозных тромбоэмбологических осложнений.

В послеоперационном периоде дважды в день проводилась санация забрюшинного пространства раствором диоксицина. Дренажи постепенно удалены на 7–10 сутки. Заживление люмботомической раны вторичным натяжением. Ввиду диастаза краев раны 04.02.2016 наложены вторичные швы. Послеоперационная рана после доступа Волковича-Дьяконова зажила первичным натяжением.

Течение послеоперационного периода гладкое.

Бактериологический посев раневого отделяемого: получена культура Enterococcus faecalis, чувствительная к ампициллину и ванкомицину, резистентная к цiproфлоксацину и левофлоксацину.

Лабораторные показатели в динамике нормализовались. В анализах крови: эритроциты 3,43 ×

научные статьи

1012/л, гемоглобин 89 г/л, лейкоциты 9,98 × 109/л (без сдвига лейкоцитарной формулы, лимфоциты 29%), тромбоциты 385 × 109/л, СОЭ 27 мм/ч. Глюкоза крови 5,69 ммоль/л, мочевина 10,1 ммоль/л, креатинин 196,0 мкмоль/л.

Результат гистологического исследования от 15.01.2016: присланный материал представлен фиброзно-жировой тканью с густой диффузной полиморфоклеточной воспалительной инфильтрацией с примесью ксантомных клеток и гигантских многядерных клеток типа инородных тел, участки склероза, расстройства кровообращения, кровоизлияния. Морфологическая картина воспалительного инфильтрата с формированием стенки хронического абсцесса. Данных за опухоль в представленных препаратах не определяется. Ткани почки не определяются.

Больная была выписана с выздоровлением в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, уролога в поликлинике по месту жительства.

Таким образом, представленный клинический случай и проведённый анализ литературы позволили сделать следующие выводы.

1. При обследовании и лечении urgентных хирургических больных, особенно пожилого и старческого возраста, с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо помнить о возможных редких состояниях, в том числе о возможной острой урологической патологии, и применять полный комплекс доступных диагностических мероприятий с целью их ранней диагностики.

2. При ультрасонографии необходимо помнить не только о прямых, но и косвенных дифференциально-диагностических признаках воспалительных изменений органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства с прицельным исследованием «области интереса» и решением вопроса о дальнейшей тактике лечения, выполнения адекватных и своевременных оперативных вмешательств для улучшения результатов лечения этой категории больных.

3. Врачам-хирургам, урологам, врачам ультразвуковой диагностики, работающим в условиях оказания неотложной помощи, необходимо помнить о возможных редких, сочетанных и пограничных воспалительных состояниях органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства, отмечать и дифференцировать клинические, ультрасонографические признаки данных urgентных состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Арбулиев К. М. Оперативная тактика при осложнённых формах острого гнойного пиелонефрита // Урология. – 2008. – № 1. – С. 15-20.
- Бруклич Н. А., Нерсесян Е. Г., Феданов Л. В., Цитронов Е. С. Диагностика и лечение гнойных процессов в забрюшинной клетчатке // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 11. – С. 37-40.
- Осипов В. И., Легких И. Г., Чепцов Ф. Р. К вопросу причинности забрюшинных флегмон // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2008. – № 3. – С. 122-123.



научные статьи

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНИТОРА ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ iCARD

А.П. Фокина, Р.А. Бичурин, А.Г. Сорокин, Н.Ф. Шевченко

КГБУЗ «КМКБ № 4», отделение анестезиологии и реанимации

Введение. Интраоперационный мониторинг глубины анестезии в современных условиях видится как очень важная часть анестезиологического мониторинга и безопасности пациента, а также безопасности самого врача.

В 1937 году Гведен описал клинические симптомы адекватности эфирной анестезии. В настоящее время многие симптомы не отражают применение современных анестетиков. Некоторые из препаратов или их сочетания, не оказывающие влияния на уровень сознания, позволяют управлять АД и ЧСС.

В одной из работ в гуманной медицине сообщалось о восстановлении сознания во время анестезии 12,4 на 10 000 случаев, что в 1989–1990 гг. привело к 15 % юридических исков против анестезиологов. Некоторые из больных приписывали свои ощущения к сновидениям или воображению.

Аппаратный мониторинг

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ). Применение ЭЭГ для мониторинга глубины анестезии ограничено, т.к. её трудно интерпретировать, а различные препараты по разному влияют на ЭЭГ-активность. Монитор функции мозга (МФМ) использует двухтеменные отведения для получения частотной диаграммы, которая даёт данные, сходные с ЭЭГ. Частота и амплитуда волн ЭЭГ обрабатывается с помощью метода Fourier для сравнительной оценки мощности фундаментальных частот. Существует определенная корреляция между этой информацией, гипоксией мозга и, возможно, глубиной анестезии. Для количественной оценки ЭЭГ одной из наиболее часто применяемых характеристик является частота правого края спектра ЭЭГ (spectral edge frequency – SEF), до которой (или ниже которой) суммарная мощность всех частот составляет тот или иной процент от общей мощности электроэнцефалограммы (95 % – SEF-95; 90 % – SEF-90; 50 % – SEF-50 или средняя частота MDFr). Считается, что SEF выражает степень замедления и ускорения активности ЭЭГ. Под действием большинства из применяемых анестетиков в динамике SEF отмечается коррелирующаяся с концентрацией препарата в крови динамика к снижению. Однако абсолютные цифры SEF могут сильно различаться в зависимости от конкретной модели энцефалографа, а именно от характеристик применяемых фильтров сигнала.

Биспектральный метод

В конце 80-х фирма «Aspect» предложила оригинальный метод обработки ЭЭГ, носящий название bispectral index (BIS). Обработка происходит на основании очень сложного алгоритма и сравнения полученных данных с имеющейся базой данных, созданных на предшествующих исследованиях. Основное достоинство в том, что линейный числовой масштаб числовых единиц относительно отражает уровень седации. Для оценки глубины анестезии используются вызванные соматосенсорные, слуховые и зрительные потенциалы. Корковые вызванные

потенциалы более чувствительны, чем потенциалы со ствола головного мозга, т.к. впервые вовлекается больше синапсов. Требуется большое искусство для интерпретации этих данных, в связи с чем и этот вид мониторинга имеет ограниченное клиническое применение. В настоящее время не существует общепринятого и достоверного метода мониторинга «глубины анестезии». Анестезиолог вынужден полагаться на клинические симптомы адекватности анестезии, наиболее информативными из которых являются изменения мышечного тонуса и характер дыхания. Миорелаксанты и принудительная ИВЛ устраняют эти симптомы. При использовании в/в анестетиков изменения АД являются менее достоверным показателем глубины анестезии, чем при ингаляционной анестезии. Многие препараты меняют во время анестезии активность вегетативной системы.

Для невозникновения «неадекватной анестезии» необходимо назначать соответствующие анальгетики и гипнотики при определенном уровне ноцицептивной стимуляции. Неизвестна взаимосвязь дозы и эффекта для большинства в/в анестетиков. Если появились признаки поверхностной анестезии, ее можно углубить струйным введением до того момента, когда интраоперационное сознание достигнет уровня для сохранения воспоминания о происходящем в операционной, но предотвратить нежелательные воспоминания (к сожалению, воспоминания, не желательные для анестезиолога). Бензодиазепины можно использовать (или использовать) для нарушения эксплицитной и имплицитной памяти.

Расчет биспектрального индекса (BIS) электроэнцефалограммы как способ контроля глубины общей анестезии был предложен в конце восемидесятых годов. В настоящее время за рубежом практически нет ни одного крупного исследования в области анестезиологии, в котором бы не фигурировал этот показатель. По мнению некоторых авторов, BIS можно отнести к наиболее информативным и точным методам, отражающим в числовой форме степень седации пациента во время общей анестезии и в ходе пробуждения в послеоперационном периоде. Есть сообщения и использования BIS для оценки уровня сознания у больных в критическом состоянии. Все это стало возможным во многом благодаря появлению на рынке медицинской техники специализированных мониторов ЭЭГ фирмы Aspect (США), рассчитывающих это параметр [2].

Также на рынке представлены и другие технологии определения глубины анестезии, такие как вызванные слуховые потенциалы и технология WAVE. Однако, по собственному опыту, указанные технологии имеют свои минусы. Так, например, один налобный электрод для модуля BIS стоит порядка 50 евро.

Вызванные слуховые потенциалы тоже не оправдали наших надежд. Во-первых, сложностью самой методики, во-вторых, множеством факторов способных повлиять на результат исследования. Успешной

была работа аппарата всего в 20 % случаев его применения.

Технология WAVE лишена этих недостатков, однако, имеет свои, например, громоздкость модуля, что не всегда удобно в операционной.

Последним словом техники в области мониторинга глубины анестезии является монитор iCARD, принцип действия которого основан на анализе ЭЭГ по особой технологии ANFIS. Анализ включает оценку двух параметров: qCON – уровень седации, qNOX – уровень ноцицепции и фентанилизации. Достаточной считается седация на уровне 40–50 ед., анальгезия на уровне 30–40 ед.

Этот метод сочетает в себе надежность, точность и бюджетность. Самый главный расходный материал – электроды для ЭКГ, которые здесь используются в качестве налобных электродов.

Сам модуль компактен и прост в обращении. В операционной крепится на стойку для капельницы или может быть просто установлен на ровной поверхности.

Таким образом, возможность оценки качества анестезии не только по глубине седации, но и по уровню анальгезии, небольшая стоимость расходных материалов, стабильность работы, компактность и простота обращения остановили взгляд авторов именно на этой методике.

Целью данного исследования явилось изучение возможности правильной оценки глубины анестезии на основании клинических данных в сравнении с использованием монитора глубины анестезии iCARD (Chirana s.r.o., Словакия).

Задачи исследования

– Оценить глубину анестезии на основе клинических данных.

– Оценить глубину анестезии с использованием специального монитора iCARD.

– Сравнить две группы пациентов по параметрам гемодинамики и гормонов стресса.

Материалы и методы. В исследование включены 30 женщин в возрасте 30,8±6,0 лет, оперированных по поводу тубочно-перитонеальной формы бесплодия. Всем больным проводились оперативные вмешательства в плановом порядке с выполнением следующих объемов оперативного лечения: лапароскопия, рассечение спаек, хроматосальпингография, гистероскопия, энуклеация кисты яичника, тубэктомия. Всем больным проводилась премедикация на операционном столе. Внутримышечно назначался атропин в дозе 1 мг и внутривенно диазепам в дозе 10 мг.

В зависимости от методики оценки глубины анестезии пациенты разделены на две равные группы по 15 человек. В первой группе применялась оценка глубины анестезии на основании данных монитора iCARD, во второй – на основании клинических данных.

В обеих группах использовалась низкоточная анестезия на основе десфлюрана и наркотических

анальгетиков. Индукция осуществлялась пропофолом в средней дозе 2,34±0,35 мг/кг и фентанилом в средней дозе 1,8±0,23 мкг/кг. После индукции устанавливается надгортанный воздуховод I-gel, больная переводилась на вспомогательную вентиляцию легких, поддержание анестезии осуществлялось ингаляционным введением десфлюрана в концентрации 6–7 об.% с кислородом, а анальгезия достигалась дробным введением фентанила в суммарной дозе 250 мкг/час.

Для проведения ингаляционной анестезии и респираторной поддержки использовался наркозно-дыхательный аппарат Chirana Venar Libera Screen (Словакия) в режиме вентиляции с контролем до объему (VC) с параметрами: PEEP 5 см.вод.ст., ДО 500 мл, частота 12 в минуту, FiO2 50 %.

В исследование включались женщины, имеющие гинекологическую патологию в возрасте от 20 до 45 лет включительно, не имеющие экстрагенитальной сопутствующей патологии, с риском анестезиологического пособия по ASA I-II.

Критерии исключения из исследования:

- возраст старше 45 лет;
- наличие экстрагенитальной патологии;
- риск анестезиологического пособия по ASA III и выше;
- наличие ожирения II степени и выше.

В предоперационном периоде все больные были осмотрены анестезиологом. С учетом объективного статуса, анамнеза и клинико-лабораторных данных производилась оценка риска анестезиологического пособия по схеме Американского общества анестезиологов.

В обеих группах применялся мониторинг гемодинамики (АДсис, АДср, АДдиас, ЧСС), ЭКГ во II стандартном отведении и мониторинг сегмента ST, газообмена и состояния вентиляции (фотоплетизмография, капнография), а также мониторинг глубины анестезии на основе BIS при помощи многофункционального монитора Mindray T8 (КНР), определение уровня гормонов стресса (кортизол). Уровень qCON и qNOX оценивался при помощи монитора глубины анестезии iCARD.

Не было выявлено ни одного случая нарушения газообмена.

Данные показатели оценивались на следующих этапах: (1) поступление в операционную; (2) через 10 минут после наложения карбоксиперитонеума.

Определение уровня гормонов стресса производилось в клинико-диагностической лаборатории КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 4», на первом и втором этапах исследования.

Результаты и их обсуждение

Динамика показателей гемодинамики представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, обе группы не имеют статистически значимых различий по исследуемым параметрам.

Динамика уровня кортизола в крови представлена в табл. 3.

Таблица 1

Характеристика исследуемых больных,
n=30, M±SD

Показатели	Группы исследования		p
	1 группа	2 группа	
Число больных, abc (%)	15 (50)	15 (50)	<0,05
Возраст, лет (min-max)	30,8±5,55 (21-41)	31,5±6,5 (20-44)	<0,05
Масса тела, кг (min-max)	60,6±8,61 (48-85)	59,9±8,8 (48-82)	<0,05

научные статьи

Таблица 2

Динамика показателей гемодинамики в процессе анестезии,
 1 группа (n=15) и 2 группа (n=15), M±SD, p<0,05

Параметр	Группа	Этапы исследования	
		1 этап	2 этап
<i>АДс, мм.рт.ст.</i>	1	124±13,58	114,2±13,72
	2	130,93±9,12	114,93±8,95
<i>Адд, мм.рт.ст.</i>	1	80,4±9,09	75,8±11,21
	2	87,86±9,55	74,0±9,44
<i>Адср, мм.рт.ст.</i>	1	94,93±10,3	88,6±11,55
	2	102,22±9,05	87,64±9,01
<i>ЧСС, уд/мин</i>	1	84,9±13,12	81,73±16,37
	2	91,8±11,87	85,13±15,98

Таблица 3

Динамика содержания кортизола в крови в процессе анестезии,
 1 группа (n=15) и 2 группа (n=15), M±SD, p<0,05

Параметр	Группа	Этапы исследования	
		1 этап	2 этап
<i>Кортизол, нмоль/л (min-max)</i>	1	520,12±127,02 (335,28-748,62)	556,51±110,37 (380,94-795,9)
	2	516,11±149,44 (300,58-810,16)	681,72±81,25* (557,32-789,69)

Примечание: * – статистически значимые различия (p<0,05) между 1 и 2 группами на соответствующих этапах исследования.

Как видно из таблицы 3, через 10 минут от наложения карбоксиперитонеума отмечается статистически значимая разница между 1 и 2 группами. Это говорит о том, что оценка глубины анестезии на основе клинических данных является менее объективной.

Уровень кортизола в крови пациентов 2 группы выше верхней границы нормы и статистически значимо выше уровня кортизола у пациентов 1 группы.

Выходы

Оценка глубины анестезии на основе клинических данных не является точной и объективной. Уровень кортизола в крови у пациентов 2 группы выше верхней границы нормы и статистически значимо выше уровня кортизола у пациентов 1 группы.

Оценка глубины анестезии с помощью монитора iCARD является более удобной и объективной. Поддержание qCON на уровне 40–50 ед. и qNOX на уровне 20–30 ед. соответствует среднему содержанию кортизола в крови на уровне 556,51±110,37 нмоль/л.

Параметры гемодинамики в обеих группах не имеют статистически значимых различий на всех этапах, а уровень кортизола на втором этапе исследования во 2 группе статистически значимо выше, чем в 1 группе. Это подтверждает объективность метода мониторинга глубины анестезии на основе qCON и qNOX.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Оценка глубины анестезии», метод. рекомендации под ред. Козловской Н.Г., - М.: 2012.
2. «Биспектральный индекс электроэнцефалограммы как метод контроля глубины общей анестезии у больных с термическими поражениями», - автореф. диссерт. канд. мед. наук И.Ю., - М.: 2004.
3. Бичурин Р.А. Выбор оптимальных и безопасных методов анестезиологического обеспечения лапароскопических операций при бесплодии: Диссертация канд. мед. наук. – Красноярск, 2007. С. 139.
4. Хемпель В.Р. Показания для применения ларингеальной маски. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. Архангельск, 2000, С. 16-18.
5. Интернет ресурс <http://www.chirana.ru>.

научные статьи

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Е.И. Кишиневская, С.Г. Екимов, Ю.А. Михайлова, А.Н. Каширцева

КГБУЗ «КМКБ № 4», дневной стационар

Добропачественные процессы шейки матки составляют до 60 % в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста. Изучение патологии шейки матки имеет большое значение в плане профилактики рака шейки матки. Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии онкогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки. Основным средством профилактики рака шейки матки является своевременная диагностика и лечение предраковой патологии (дисплазии, пролиферирующая лейкоплакия с атипией).

В дневном стационаре КГБУЗ «КМКБ № 4» активно идет работа с пациентами с патологией шейки матки, а именно проводятся конизация шейки матки, удаление кондилом наружных половых органов, биопсии, с применением современного метода радиоволновой хирургии.

Цель: оценить достоинства и эффективность применения аппарата Фотек для лечения патологии шейки матки.

Актуальность обусловлена высокой частотой встречаемости патологии шейки матки и развитием ее у женщин репродуктивного возраста. Применимые методы лечения патологии шейки матки с использованием методов коагуляции (химической, крио-, лазерной деструкции, а также диатермокоагуляцией и диатермоэксизией) сопряжены с относительно длительной реабилитацией больных, что обуславливает возможность инфицирования, возникновения рецидивов и патологической пролиферации и метаплазии эпителия и соединительной ткани. Особенно длительный процесс регенерации отмечается после диатермокоагуляции и диатермоэксизиции, крио- и лазеродеструкции патологических очагов эпителия на фоне рубцовых изменений шейки матки. В таких случаях имеет место высокий процент образования синдрома «коагулированной шейки», кровотечений, обострение хронических воспалительных процессов, образование стеноза цервикального канала, истмико-цервикальной недостаточности. Особенностью применения данных

методов является то, что любой из них вызывает локальный некроз тканей, «репарация эндоцервика происходит под струпом».

Вне зависимости от выбранного способа деструкции репаративные процессы имеют единные законы течения послеоперационного периода. Условиями эффективной эпителизации является отсутствие инфекционных осложнений и достаточные репаративно-регенеративные способности эндоцервика. Актуальность проблемы побуждает к поиску более современных методов лечения фоновых и предраковых процессов шейки матки, позволяющих ускорить эпителизацию и избежать осложнений после проведенного лечения.

Достоинства метода лечения патологии шейки матки аппаратом «Фотек»:

- возможность взятия качественного материала для гистологического лечения;
- возможность коагуляции мелких сосудов одновременно с рассечением;
- практически бескровное операционное поле;
- быстрая проведения оперативного вмешательства;
- минимальный отек и инфильтрация в послеоперационном периоде;
- минимальная интраоперационная и послеоперационная боль;
- заживление послеоперационной раны без грубого рубцевания;
- стерилизующий эффект радиоволны.

Биопсия шейки матки – взятие у пациентки небольшого объема ткани шейки матки для исследования с диагностической целью.

Основные показания для биопсии шейки матки:

- выраженная аномальная кольпоскопическая картина;
- аномальные кольпоскопические картины при положительном ВПЧ тесте на высоконаклонные типы ВПЧ;
- аномальная цитограмма.

Конизация шейки матки – конусовидное иссечение патологически измененных тканей шейки матки.

Таблица 1

Нозология	2015	2016
Эндоцервикоз	77	25
Дисплазия	10	7
Кондиломы	6	4
Рак шейки матки	1	5



научные статьи

Основные показания для конизации шейки матки:

- возраст старше 30 лет;
- выраженные аномальные кольпоскопические картины;
- аномальные кольпоскопические картины без четких границ у зева при положительном ВПЧ тесте на высокоонкогенные типы ВПЧ;
- аномальная цитограмма;
- является предпочтительным лечением дисплазии шейки матки (дисплазии тяжелой степени).

Лечение проводилось методом радиоволновой хирургии с помощью аппарата «Фотек EA 142», в 1 фазу менструального цикла (до 10 дня). Перед проведением процедуры женщины были обследованы амбулаторно: кровь на ВИЧ, гепатит В, С, сифилис, группа крови, развернутый анализ крови, кровь на сахар, мазок на флору, кольпоскопия, мазок на атипичные клетки, анализ на ВПЧ инфекцию, ФЛГ, заключение терапевта, УЗИ малого таза на 5–7 день менструального цикла, ОАМ.

Результаты и их обсуждение. Общее количество манипуляций за 2015 год – 94, за 2016 (первое полугодие) – 41. Всего 135 пациенток. Пациентки с патологией шейки матки за 2015 год составили 6 % от общего количества пациенток дневного стационара. Лечение, выполненное в 2016 г. проходило в следующем объеме: средний возраст пациенток составил 43,5 года. У 30 пациенток проведена биопсия шейки матки с последующей коагуляцией шейки матки, у 7 пациенток – конизация с последующей коагуляцией шейки матки, у 4 пациенток – удаление

кондилом. При выполнении конизации шейки матки применяли насадку «парус» в рабочем режиме «смеси», использовалась мощность в пределах 60 Вт. После забора материала проводили гемостаз раневой поверхности с помощью шарикового электрода при мощности 40 Вт. Процедура выполнялась плавным вращением конизатора по часовой стрелке с поворотом на 360 гр. Патологическая ткань удалялась единным блоком.

Иссечение кондилом проводилось с помощью петли с последующей коагуляцией. В ходе манипуляции сформировался плотный коагулянт без следов карбонизации, обеспечивающий надежный гемостаз. По выявленным и подтвержденным нозологиям пациентки разделились на группы (табл.).

Послеоперационный период протекал без воспалительных и геморрагических осложнений, дополнительного обезболивания не требовалось. Во время проведения биопсии, конизации шейки матки и после отторжения струпа обильных кровотечений, а также грубых ожоговых повреждений не отмечалось.

Выводы: Радиоволновая хирургия патологии шейки матки позволяет значительно уменьшить продолжительность оперативного вмешательства, травматизацию тканей и кровопотерю. Применение аппарата «Фотек EA 142» для биопсии и конизации позволило получить качественный материал, без участков обугливания и значительной деструкции тканей, что является очень важным при проведении последующего гистологического исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинекология. Национальное руководство. / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой, ГЭОТАР Медиа.
2. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широколосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции. Пособие для врачей. / Под. ред. С.И. Роговская, Т.И. Прялепская.



научные статьи

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Т.А. Шагеев, Е.И. Климатова, Н.А. Лейтис, М.В. Дзелдзайн.

КГБУЗ «КМКБ № 4», консультативно-диагностическое отделение

В структуре воспалительных заболеваний половых органов особое место занимает хронический эндометрит. Он впервые выделен как отдельная нозологическая форма в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти IX пересмотра в 1975 г.

В 80–90 % случаев хронический эндометрит встречается у женщин репродуктивного возраста и обуславливает нарушения менструального цикла, репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), является причиной неудачных попыток ЭКО и ПЭ, осложнений течения беременности и родов. Трудности диагностики, клинической и морфологической верификации хронического эндометрита влияют на оценку частоты данного заболевания. Частота хронического эндометрита от общего числа биопсий эндометрия колеблется от 2,3 % до 19,2 % (по данным разных авторов).

Хронический эндометрит – клинико-морфологический синдром, при котором в результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую трансформацию и репротивность слизистой оболочки тела матки.

Целью нашего исследования явилось изучение роли хронического эндометрита в нарушении репродуктивной функции женщин с вторичным бесплодием и частоты наступления беременности после лечения данного заболевания, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диагностическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 4».

Проведен анализ результатов обследования и лечения 100 пациенток с вторичным бесплодием, в анамнезе которых имелись медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, патологии родов и послеродового периода, ВМС. Возраст обследуемой группы женщин составил от 25 до 35 лет. Пациенткам проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования:

- инфекционный скрининг;
- ультразвуковое исследование органов малого таза на 5–7 день менструального цикла, допплерометрия;

– оценка иммунного статуса.

35 женщинам проведена гистероскопия: из них – 5 пациенткам раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала; у 30 осуществлена биопсия эндометрия с последующим микробиологическим исследованием ткани.

65 пациенткам проведено морфологическое исследование эндометрия, полученного в амбулаторных условиях путем биопсии с помощью кюретки «Pipell» на 7–10 день менструального цикла.

В результате проведенных исследований у 87 женщин был диагностирован хронический эндометрит. С учетом гистологической и УЗ-картины пациентки были разделены на 3 группы.

Первая группа включала 77 женщин (88,5 %), у которых гистологическая картина была представлена эндометрием пролиферативного типа с умеренно выраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, эхопризнаки хронического эндометрита (зазубренность контуров базального слоя эндометрия, мелкие гиперэхогенные включения, расширение полости матки с преобладанием повреждений преимущественно на уровне базальных и спиральных артерий).

Данной группе пациенток проведено следующее лечение: курсы антибактериальной, противовоспалительной терапии, внутриматочные инстилляции, ЗГТ в циклическом режиме с натуральными гестагенами в оптимальной трансформирующей дозе 17B-эстрадиол 2мг/сут 25 дней и дидрогестерон 20мг/сут или утроместан 300мг/сут с 16 по 25 день менструального цикла, системная энзимотерапия, физиолечение.

Во вторую группу вошли 5 обследуемых (5,7 %) с результатами гистологии: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, эхопризнаками (М-эхо в I фазу менструального цикла более 5 мм). Проведено лечение: антибактериальная, противовоспалительная терапия, терапия натуральными гестагенами в циклическом режиме с 16 по 25 день менструального цикла в течение 3–6 месяцев.

В третью группу обследуемых включены 5 (5,7 %) пациенток, у которых гистологически выявлено: эндометрий пролиферативного типа со склеротическими изменениями в строме, по УЗИ – М-эхо во II фазу менструального цикла менее 8 мм. Проведено лечение: курсы антибактериальной, противовоспалительной терапии, внутриматочные инстилляции, препараты, улучшающие кровообращение, ЗГТ в циклическом режиме с натуральными гестагенами в оптимальной трансформирующей дозе 17B-эстрадиол 2мг/сут 25 дней и дидрогестерон 20мг/сут или утроместан 300мг/сут с 16 по 25 день менструального цикла, системная энзимотерапия, физиолечение.

После проведенного патогенетически обоснованного лечения был произведен контроль излеченно-



научные статьи

сти путем Pipell-аспирации эндометрия во II фазу менструального цикла. У 12 (13,7 %) пациенток гистологический эндометрий секреторного типа с сохранением очагов лимфоплазмоцитарной инфильтрации и у 75 (86,2 %) – эндометрий секреторного типа без признаков хронического эндометрита.

Анализируя вышесказанное, следует отметить, что при хроническом эндометrite значительно изменяются структурно-функциональные характеристики эндометрия, что неизменно приводит к нарушению рецептивности ткани и является неблагоприятным фактором для наступления и успешного прогрессирования беременности.

Таким образом, наше исследование показывает значимость хронического эндометрита в структуре женского бесплодия, особенно при отягощенном анамнезе, что, в свою очередь, диктует необходимость проведения прегравидарной подготовки, включающей комплексное лечение хронического эндометрита.

Успешная диагностика и лечение хронического эндометрита в нашем исследовании подтверждены наступлением беременности у 67 % женщин в исследуемой группе, из которых у 81 % беременных имели место срочные роды доносенным плодом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Манухин И.Б., Захарова Т.П. Комплексное лечение хронических эндометритов у женщин с привычным невынашиванием беременности. / Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. – Т.3 – №5. С. 54-55
2. Невынашивание беременности: Этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение (учебное пособие). Н.-Л. Санкт-Петербург. 2002 г.
3. Демидов В.К., Демидов В.С., Марченко Л.А. Эхографические критерии хронического эндометрита. Ультразвук, диагностика в акушерстве и перинатологии. 1993; № 4. С 21-27.
4. Шуршилина А.В. Хронический эндометрит. В книге «Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению» /Под ред. Акад. РАМН В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; С404-410.
5. Журнал для практикующих врачей «Гинекология». Том 09/ N 2/2007.
6. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной подготовки у женщин. // Акушерство и гинекология. 2001 г. № 1. С. 19-23.



научные статьи

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Е.И. Климатова, Е.В. Пугачёва, Ю.А. Бычкова

КГБУЗ «КМКБ № 4», консультативно-диагностическое отделение,
физиотерапевтическое отделение

Бесплодие – отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств. Частота бесплодного брака колеблется от 10 до 20 %. Отдельно выделяют женское и мужское бесплодие. Сочетание женского и мужского бесплодия – это сочетанное бесплодие.

У женщин различают первичное и вторичное бесплодие при отсутствии беременности в анамнезе и при наличии ее в прошлом, а также относительное бесплодие, когда вероятность беременности сохраняется, и абсолютное бесплодие, когда возможность забеременеть естественным путем полностью исключена (при отсутствии матки, маточных труб, яичников, а также при аномалиях развития половых органов).

Клинически можно выделить следующие основные формы бесплодия:

– трубно-перитонеальное бесплодие – до 43 % (перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза, часто это хламидийная инфекция, внутриматочные манипуляции, в том числе искусственные abortionы)

– эндокринное бесплодие (до 40 %) характеризуется отсутствием овуляций. Поражение может быть на различных уровнях репродуктивной системы. На СПКЯ приходится более половины всех случаев эндокринного бесплодия – 56,2 %, при котором происходит избыточное образование андрогенов

– другие формы женского бесплодия (обусловленное миомой матки, эндометриозом);

– маточные формы бесплодия (врожденные аномалии матки, полипы и гиперплазия эндометрия, внутриматочная перегородка, двурогая матка, хронический эндометрит);

– женское бесплодие, связанное с изолированным мужским фактором;

– иммунологическое бесплодие диагностируют лишь после исключения трубно-перитонеального, эндокринного бесплодия и внутриматочной патологии (15–20 % случаев). Физиофакторы при данном виде бесплодия неэффективны.

В КГБУЗ «КМКБ № 4» функционирует консультативно-диагностическое отделение (КДО), которое более 25 лет оказывает специализированную помощь в лечении бесплодия жителям города Красноярска и Красноярского края в рамках ОМС. В 2015 году на учете в КДО по бесплодию состояли 1366 человек. Наиболее важными и диагностически значимыми методами обследования при бесплодии являются оценка овуляции и проходимости маточных труб у женщин и анализ спермы у мужчин. Все необходимые для этого диагностические исследования

проводятся в нашем КДО: метросальпингография, кольпоскопия, анализ спермы, тесты функциональной диагностики, ПЦР-диагностика, аспирация эндометрия методом Пайшель, посткоитальный тест, серологическое, бактериоскопическое, цитологическое, иммунологическое, гормональное исследования, современные методы индукции овуляции под контролем УЗ-мониторинга. По показаниям, специалисты КДО после обследования направляют пациентов в профильные отделения нашего стационара либо в дневной стационар для лечения воспалительных процессов или для оперативного лечения. В структуре бесплодия наших пациентов стабильно преобладает сочетанный фактор бесплодия (34 %), когда у женщины наблюдается сочетание нескольких факторов, ведущих к бесплодию: трубный с непроходимостью маточных труб, гормональные нарушения, хронический эндометрит, эндометриоз, мужской фактор. Таким образом, большое значение имеет лечение воспалительных заболеваний женских половых органов физиотерапевтическими факторами.

Методом выбора в лечении хронических воспалительных заболеваний женских половых органов в физиотерапевтическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 4» является комплексное использование лазеротерапии и электрофореза лекарственных средств, на которых мы бы хотели остановиться подробнее. Сочетанные методы физиотерапии особенно показаны пациентам с хроническими и длительно текущими воспалительными заболеваниями с целью повышения эффективности, потенцирования действия физических факторов. С рассасывающей, противовоспалительной, трофической целью назначаем электрофорез 5 %-ного раствора димексида, 1 %-ного р-ра сульфата цинка, 3 %-ного р-ра тиосульфата натрия, 5 %-ного раствора калия йодида по брюшно-крестцовой методике, курс 8–10 процедур. Лазеротерапию проводим аппаратом «Милта-01» по методике лечения хронического аднексита и эндометрита, представленной в методических рекомендациях к аппарату, курс 8–10 процедур.

За последний год в нашем отделении с использованием комбинированной методики электрофореза и лазеротерапии пролечены 846 пациентов, в том числе 59 пациенток по направлению врачей КДО. Процедуры лазеротерапии и электрофореза назначались после комплексного обследования, включающего кольпоскопию, развернутый анализ крови, бимануальное влагалищное исследование, мазки на бактериальную флору и атипичные клетки, ультразвуковое исследование органов малого таза с целью исключения онкологических,



научные статьи

опухолевидных образований, воспалительных процессов в придатках матки, требующих оперативного лечения. В ходе лечения контролировались ответные реакции организма больной, динамика самочувствия, жалоб, клинических анализов крови, мазков, динамика УЗИ. Пациентки перед лечением предъявляли следующие жалобы: 89,8 % – периодические боли внизу живота и /или пояснице, 21,6 % – дисменорея, 48,9 % – бели, 13,5 % – повышение температуры тела, 30,8 % – диспареуния, 39,7 % – астенический синдром (слабость, повышенная утомляемость). У больных, в лечении которых применяли электрофорез и лазеротерапию, характерные признаки воспаления купировались в более ранние сроки, чем у пациенток, которым проводилось другие виды физиолечения (в частности, магнитотерапия, ультразвук). Так, боли внизу живота и пояснице, бели прекращаются обычно на 5–7 процедуре, для магнитотерапии, ультразвука требуется, как правило, больше процедур. Болезненность и увеличение придатков матки при влагалищном двуручном исследовании исчезали у больных, пролеченных электрофорезом и лазером к 5–7 дню лечения, при других видах физиотерапии возможно незначительное увеличение придатков матки до 10–12 дней. При анализе лабораторных показателей лейкоцитоз исчезал одинаково быстро у пациентов, пролеченных лазером и электрофорезом, как и у пациентов, лечившихся другими видами физиопроцедур. Что касается скорости оседания эритроцитов, повышенное СОЭ сохраняется дольше у больных, получавших, магнитотерапию, ультразвук. В динамике лечения (до 7 суток) у пациентов, пролеченных электрофорезом и лазером, эхографическая картина менялась более активно: отмечалось уменьшение диаметра маточных труб, размера яичников, объема «свободной» жидкости в прямокишечно-маточном углублении.

Необходимо отметить очень хорошую переносимость процедур лазеротерапии. Процедуры электрофореза переносятся пациентками хуже, в 11,3 % случаев наблюдались аллергические реакции на вводимый лекарственный препарат, непереносимость постоянного тока.

Таким образом, применение комбинированного метода электрофореза и лазеротерапии в лечении хронических воспалительных заболеваний женских половых органов дает хороший клинический эффект.

При наличии спаечного процесса в малом тазу применяем ультразвук. Зона воздействия мезо- и гипогастральные отделы живота (на 2 см ниже пупка по трапеции), продолжительность 5–6 мин.; пояснично-крестцовая область – 4 мин., интенсивность 0,4–0,6 Вт/см², импульсный режим (10 мс); курс 10–12 процедур. При назначении ультразвука следует учитывать такие противопоказания, как: миома матки, кисты яичника, гирсутизм, подозрение на гиперандrogenию.

Широко используем индуктоэлектрофорез – сочетанное воздействие индуктотермии и электрофореза, что обеспечивает потенцирование их действия, а также способствует поступлению в организм большего количества вещества и на большую глубину.

При лечении эндокринной формы бесплодия у женщин с нарушением менструального цикла применяем электрофорез микроэлементов циклично,

вводя в первую фазу менструального цикла медь, а во вторую – цинк для стимуляции продукции соответственно эстрогенов и прогестерона. Влияние меди, йода и цинка на эндокринную функцию не является непосредственным. Оно реализуется лишь после изменения секреции гонадотропных гормонов гипофиза. Кроме того, ионы цинка при электрофорезе оказывают фибролитический эффект и повышают вегетативный тонус органов малого таза. При ановулаторных циклах целесообразно лечение электрофорезом йода или йода и цинка, радоновыми и йодобромными водами, а при гипоплазии – электрофорезом цинка.

Гипофункция яичников является показанием к применению ультразвука в импульсном режиме, импульсных токов низкой частоты, электрофореза меди, импульсного магнитного поля.

Широко используем транскutanально лазерное облучение крови от аппарата «Матрикс» воздействием на подключичный, паховый сосудисто-нервный чулок матричная импульсная лазерная головка красного спектра, мощность 20–25 Вт стабильно контактируя 5 минут на зону №8 ежедневно. Методику применяем в лечении воспалительных заболеваний и в послеоперационный период.

В КГБУЗ «КМКБ №4» для уточнения диагноза бесплодия применяют лапароскопию с хромосальпингоскопией, выполняются эндоскопические реконструктивно-пластические операции на придатках матки, лапароскопическую миомэктомию, коагуляцию эндометриоидных гетеротопий при наружном эндометриозе, эндоскопическое удаление кист яичников.

В ранний послеоперационный период после лапароскопической операции с целью профилактики воспалительных, спаечных процессов назначаем магнитотерапию от аппарата «Полюс-1» пульссирующий вид магнитного поля, режим прерывистый на надлобковую область 15 минут, курс 5 сеансов ежедневно либо лазеротерапию от аппарата «Милта», частота следования импульсов 1500 Гц, время экспозиции излучателя 4 минуты на область проекции придатков матки. По данным литературы, включение магнитотерапии и лазеротерапии в комплекс реабилитационных мероприятий позволяет повысить частоту восстановления репродуктивной функции.

Эффективность лечения бесплодия в 2014 году в КДО составила 25,4 %. По частоте наступления беременности первое место занимает лечение сочетанной формы бесплодия – 60 %, при трубно-перитонеальной форме бесплодия – 20 % и эндокринной форме – 19,5 %. Резкое снижение наступлений беременности при трубно-перитонеальной форме происходит за счет превалирования тяжелых форм трубно-перитонеального бесплодия, преобладания 3–4 степени спаечного процесса малого таза и выраженных анатомических изменений маточных труб за счет сактосальпингов больших размеров, необходимости интрамуравальных отделов с явлениями надозных сальпингитов, позднего обращения пациенток для обследования.

При неэффективности консервативного и оперативного лечения бесплодия, в случаях так называемого «неясного» бесплодия, при мужском бесплодии успешно применяются вспомогательные репродуктивные технологии – ЭКО, ЭКО+ИКСИ, внутриматочная инсеминация обработанной спермой мужа



научные статьи

или донора. В 2015 году клинико-диагностическим отделением направлены 215 пациенток на программу ЭКО/ЭКО, ИКСИ за счет средств Территориального фонда обязательного страхования Красноярского края.

В качестве прегравидарной подготовки пациенткам перед процедурой ЭКО, ИКСИ проводим магнитотерапию, воздействуем импульсным магнитным полем от аппарата «Авимп» на область матки (45–50 импульсов в минуту), 10 минут, 10 процедур ежедневно. Цель назначения: улучшить трофику, кровоснабжение органов малого таза, процессы пролиферации эндометрия. За исследуемый период 1 год пролечено 39 пациенток, планирующих процедуру ЭКО. У 28 женщин отмечается увеличение толщины эндометрия по данным УЗИ по сравнению с предыдущим менструальным циклом, у 11 женщин толщина эндометрия не изменилась. Следует отметить хороший клинический эффект данной процедуры, улучшение психоэмоционального состояния женщины. Пациентки отмечают улучшение сна, уменьшение раздражительности, улучшение самочувствия, что можно объяснить тем, что гениталии представляют

ют мощную рецепторную зону, состояние которой отражается на психофизическом статусе женщины и деятельности основных систем организма. Таким образом, импульсное магнитное поле можно рекомендовать в качестве предгравидарной подготовки эндометрия перед процедурой ЭКО, ИКСИ.

Таким образом, современные методы лекарственной терапии в лечении бесплодия позволяют добиваться положительного эффекта только у 50–60 % больных. Такое положение обусловлено не только полисистемным характером воспалительных заболеваний, сопутствующим спаечным процессом, появлением резистентности возбудителей к применяемым лекарственным средствам, но и возникновением ряда побочных эффектов при проведении медикаментозной терапии (аллергических реакций, дисбактериоза, иммуносупрессивного действия). В этих условиях актуальным является применение физиотерапевтических факторов как немедикаментозных методов, позволяющих существенно повысить эффективность лечения. Этим целям в большой степени отвечают методики, применяемые в физиотерапевтическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 4».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.М. Стругацкий, Т.Б. Маланова, К.Н. Арсланян «Физиотерапия в практике акушера-гинеколога» 2008 г.
2. В.М. Стругацкий «Физические факторы в акушерстве и гинекологии» (профилактика, терапия, реабилитация) 1981 г.
3. Физиотерапия: национальное руководство под ред. Г.Н. Пономаренко. 2013 г.
4. Клиническая лазерология. Практическое руководство для врачей под редакцией А.Р. Евстигнеева, Л.П. Пешева. 2008 г.
5. Исаев А.К., Торчинов А.М., Умаханова М.М. Магнито-ИК-светолазерная терапия в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки. // Материалы научно-практической конференции. – Москва, 2006. – с. 75.
6. Пешев Л.П., Грибанов А.Н., Гречишникова Н.В. Квантовая терапия расстройств репродуктивного здоровья женщин. // Сб. Статьи научно-практической конференции по квантовой терапии. 1998 г.
7. Беликова Е.В. Влияние магнитотерапии на региональный кровоток у больных хроническим воспалением придатков матки. // Тез. докл. конф. молодых ученых – Саранск, 1997. С. 165.
8. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство для врачей. Под редакцией В.И. Кулакова 2010 г.
9. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии: Справочное пособие / В.С. Улащик. 2013 г.
10. Кублинский К.С. Реабилитационное лечение больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия в раннем послеоперационном периоде с применением магнитолазера. // Автореферат 2015 г.



научные статьи

СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.В. Новосадова, Н.А. Лейтис

КГБУЗ «КМКБ № 4», отделение ультразвуковой диагностики

Внематочная яичниковая беременность (ВЯБ) является разновидностью эктопической беременности и встречается в 3,1–8 % от всех случаев внематочной беременности [3]. Первые описания ВЯБ относятся к XVII в., однако диагноз во всех случаях был установлен после смерти беременной. Первую классификацию внематочной беременности, предусматривающую деление на трубную, яичниковую и брюшную внематочную беременность, опубликовал Левре (1752). С развитием эпохи ультразвука возможности своеобразной диагностики ВЯБ значительно возросли, хотя и имеют определенные ограничения.

Если яичниковая беременность возникает при оплодотворении яйцеклетки в яичнике, то она считается первичной, если же оплодотворение происходит в результате трубного выкидыша путем повторной имплантации эмбриона – вторичной [2;3].

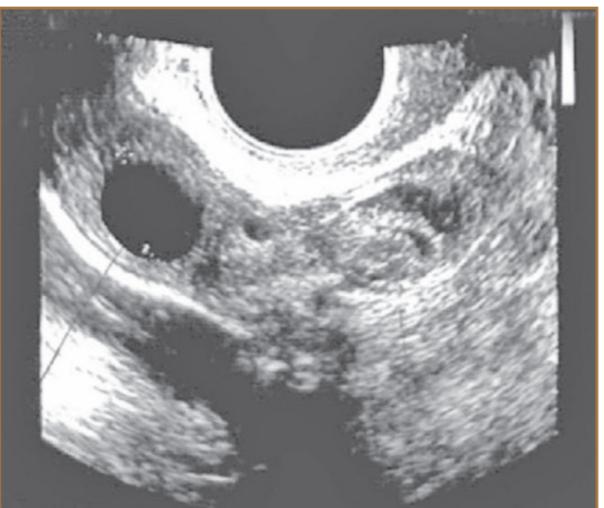
Этиологию ВЯБ соотносят с воспалительными процессами в придатках матки (до 92,5 % описанных случаев ВЯБ), вследствие которых маточные трубы претерпевают морфофункциональные изменения. Среди других факторов, способствующих развитию ВЯБ, по всей видимости, важную роль играет использование внутриматочных контрацептивов, приводящих к нарушению перистальтики труб (в группе женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, частота ВЯБ увеличена в 3,5–6 раз). «Овулогенная теория», связывающая эктопическую беременность с преждевременным проявлением нидационных свойств хориона либо повышением биологической активности зиготы, что приводит к эктопической имплантации зародыша, хотя и не является ведущей, но по всей видимости, играет важную роль в возникновении ВЯБ. Среди других причин ВЯБ рассматриваются: наследственные и генетические факторы, эндометриоз и инфартилизм маточных труб, врожденная непроходимость или патологическая асимметрия маточных труб, длительная послеродовая лактация, объемные образования маточных труб, стрессы, никотиновая интоксикация, оперативные вмешательства на маточных трубах [2;3].

Эхографическая диагностика яичниковой беременности ранних сроков невозможна, так как плодное яйцо, желточный мешок симулируют фолликул или желтое тело.

Мы приводим собственное наблюдение ВЯБ у женщины К., 31 года. Пациентка К. обратилась в больницу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, задержку menstrualных. Из анамнеза известно, что беременность вторая, от одного здорового мужа. Профессиональных вредностей ни у мужа, ни у пациентки нет. Первая беременность закончилась с/выкидышем в сроке до 12 недель.

Вторая беременность – желанная, наступила спонтанно. На учете в женской консультации беременная не состоит. С задержкой menstrualных в две недели пациентка с вышеописанными жалобами обратилась в женскую консультацию по месту жительства, откуда была направлена на госпитализацию в КГБУЗ «КМКБ №4» с диагнозом начавшийся с/аборт раннего срока, отягощенный акушерский анамнез.

При поступлении пациентка К. была направлена к врачу ультразвуковой диагностики для проведения ультразвукового исследования органов малого таза. УЗИ проводилось на ультразвуковом сканнере «Phillips HDI 1500» вагинальным датчиком в режиме 2D с применением цветного допплеровского картирования. По данным проведенного исследования: тело матки размером 45x40x45 не увеличено, толщина эндометрия 13,5 мм, строение эндометрия не изменено. Левый яичник б/о, правый яичник увеличен в размере 50x42x48 мм, в нем визуализируется желтое тело



диаметром 17 мм, рядом с желтым телом визуализируется округлое образование 27x24 мм без четких контуров, гетерогенной структуры, в центре образования визуализируется анэхогенное включение диаметром 10 мм, напоминающее плодное яйцо.

При ЦДК картировался интенсивный кровоток по периферии образования. Контуры правого яичника нечеткий, неровный. В заднем своде жидкость в небольшом количестве. Заключение: Эхопризнаки внематочной яичниковой беременности. Данные гормонального исследования показывали повышение уровня хорионического гонадотропина до 1742,3 МЕ/л. Женщина К. была прооперирована по поводу внематочной беременности. Гистологические исследования, проведенные в дальнейшем,

подтвердили факт яичниковой беременности. При дальнейшем контроле уровня ХГЧ отмечено его снижение до 287,4 МЕ/л.

Мы приводим этот случай, так как описания ВЯБ в практике врача встречаются достаточно редко и диагностика ВЯБ всегда затруднена. Трудности диагностики ВЯБ обусловлены тем, что прогрессирование данного вида эктопической беременности, как правило, не происходит (кровотечение на ранних сроках беременности, апоплексия яичника) [2;3;4] и разрешающая способность УЗИ на ранних сроках ВЯБ низкая [1].

Наш случай демонстрирует хорошую корреляцию между результатами гинекологического, биохимического и ультразвукового исследования пациентки К. с яичниковой беременностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Волдохина Э.М. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей яичниковой беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. 1993. № 4. С. 71-72.
2. Озерская И.А., Агеева М.И. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2005. № 2. С. 101-113.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. Изд. 2-е, перераб. и дополн. М.: Медицина, 2001, С. 215.
4. Marret H., Hamamah S., Alonso A.M., Pierre F. Case report and review of the literature: primary twin ovarian pregnancy // Hum. Reprod. 1997. V. 12. № 8. P. 1813-1815.



научные статьи

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ И ВЫНАШИВАНИЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М. Ю. Бичурина, Н. А. Лейтис, Е. В. Новосадова

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»,
отделение ультразвуковой диагностики

В настоящее время одной из важнейших проблем современного акушерства во всем мире является возрастающая частота кесарева сечения. По России частота операции в среднем составляет 17 %, а в отдельных родовспомогательных учреждениях достигает 40,3 % [1]. В связи с этим растет процент женщин fertильного возраста с рубцом на матке. По данным мировой литературы, каждая четвертая женщина родоразрешается путем кесарева сечения, и у каждой пятой из них послеоперационный период протекает с осложнениями, что является основной причиной формирования несостоительного рубца на матке. По данным различных авторов, частота разрыва матки в родах после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом колеблется от 0,5 до 1,8 % [3], во время беременности разрывы матки по рубцу происходят в 1,1–3 % случаев [9].

Следует признать, что важность проблемы кесарева сечения многие годы недооценивалась, и только в последнее время ей посвящены многие исследования и разрабатываются практические рекомендации. В структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает одно из первых мест. Выбор тактики ведения родов зависит от состояния рубца на матке. Поиск резервов снижения частоты абдоминального родоразрещения побуждает совершенствовать диагностику состояния послеоперационного рубца на этапе планирования и во время беременности [8].

Для оценки состояния рубца на матке после операции кесарево сечение на этапе планирования беременности применяют УЗИ, гистероскопию, МРТ, КТ, а во время беременности УЗИ, МРТ. При оценке состоятельности рубца на матке диагностическая ценность МРТ, КТ не превышает таковую УЗИ, стоимость же исследования значительно выше, а проведение КТ во время беременности противопоказано из-за опасности радиационного действия на плод.

Сонографическое исследование является неинвазивным, безопасным для пациента и позволяет оценить толщину, форму и строение рубца на матке. УЗИ позволяет выявить полную и частичную несостоительность рубца на матке [1; 2; 7; 8]. По данным различных авторов, точность УЗ-метода составляет 57,5–83 % [3; 8; 9].

С целью оценки состояния зоны рубца для планирования повторной беременности целесообразно

проводить ультразвуковое исследование не ранее чем через 8 месяцев после кесарева сечения или метропластики [4].

УЗ-признаки состоятельного рубца на матке после операции кесарево сечение, метропластики [1; 2]:

- положение рубца соответствует области операции;
- в зоне рубца отсутствуют деформации, «ниши», участки втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки;
- толщина миометрия в области рубца равна толщине передней стенки;
- в структуре рубца отсутствуют соединительно-тканые включения;
- в зоне рубца визуализируется адекватный кровоток.

К признакам частичной несостоительности рубца на матке относится визуализация:

- ниши и деформаций в проекции рубца с истончением миометрия до 4–5 мм и менее. Очень часто такие дефекты имеют неправильную щелевидную форму, располагаются как в центре, так и эксцентрично;
- лигатур в проекции рубца;
- втяжений эхогенной ткани со стороны серозы в виде тяжей и неопределенных полей неправильной формы без четких границ;
- эндометриоз рубца;
- отсутствие убедительной вакуляризации миометрия при энергетическом картировании.

Данная эхо-картина у пациенток на этапе планирования беременности является показанием для проведения дополнительных исследований, таких как гистероскопия, а также эхоконтрастного исследования полости матки (эхогистероскопия) с последующим решением вопроса о метропластике.

К ультразвуковым маркерам полной несостоительности рубца следует отнести:

- визуализацию полного дефекта миометрия в проекции рубца в виде «ниши» со стороны полости матки, доходящей до серозной оболочки матки;
- визуализацию неполного дефекта в миометрии в проекции рубца в виде «ниши» со стороны полости матки с истончением неизмененного миометрия 3 мм и менее;
- визуализацию деформации миометрия с втяжением со стороны серозной оболочки матки и

«нишей» со стороны полости матки, с истончением неизмененного миометрия 3 мм и менее.

У беременных с рубцом на матке при ультразвуковом исследовании в I триместре беременности необходимо определить место прикрепления плодного яйца в матке, а во II триместре важное значение имеет определение локализации плаценты с оценкой состоятельности рубца, так как расположение плаценты на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным. [5; 7]

В связи с высоким удельным весом оперативного родоразрещения в Красноярском крае (28%) представляется важным проведение ультразвукового исследования рубца на матке на этапе планирования и вынашивания беременности с целью своевременной диагностики его несостоительности.

Цель исследования

На основании скринингового ультразвукового исследования пациенток с рубцом на матке:

- оценить состояние послеоперационного рубца;
- при выявлении по результатам эхографической картины несостоительности рубца провести дополнительные методы обследования (гистероскопия);
- сопоставить результаты УЗИ и данных, полученных после проведения оперативного лечения (интраоперационный осмотр, данные гистологического исследования);
- оценить эффективность ультразвукового исследования в диагностике несостоительности рубца.

Материалы и методы исследования. Для изучения состояния рубца на матке проведено обследование 64 женщин после операции кесарева сечения в анамнезе. Возраст пациенток от 28 до 40 лет. На этапе планирования беременности осмотрены 33 женщины; беременных в сроке до 22 недель – 31, из них в сроке до 12 недель – 21, в сроке от 12 до 22 недель – 9.

Ультразвуковое исследование органов малого таза осуществлялось трансабдоминально с наполнением мочевого пузыря и трансвагинально по общепринятой технологии исследования. Особое внимание уделялось изучению рубца на матке: толщине, структуре, равномерности, наличию участков деформации, ниш со стороны полости матки и участков втяжений со стороны серозной оболочки. У беременных в I триместре определяли расположение плодного яйца относительно рубца на матке, во II триместре устанавливали локализацию плаценты. Для оценки кровотока применялся метод цветного и энергетического допплеровского картирования области рубца на матке.

Результаты

По результатам проведенного УЗИ все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от состояния рубца на матке.

У 60 женщин (из них 30 пациентов на этапе планирования беременности и 30 беременных в сроке до 22 недель), которые в нашем исследовании составили 1-ю группу, структурных изменений в области послеоперационного рубца, по данным УЗИ, не выявлено, толщина миометрия в области послеоперационного рубца составляла от 6 до 10 мм и была равна толщине миометрия передней стенки, при допплеровском исследовании отмечалась равномерная вакуляризация области перешейка.

4 женщины с эхографическими признаками несостоительности рубца составили 2-ю группу (1

пациентка – беременность 17–18 недель, 3 пациентки – на этапе планирования беременности).

У 3 пациенток 2-й группы на этапе планирования беременности обнаружена частичная несостоительность рубца на матке. При оценке толщины миометрия у этих женщин выявлено истончение миометрия в области послеоперационного рубца от 3 до 4 мм, симптом «ниши» – дефект миометрия со стороны полости матки, У-образное втяжение со стороны серозной оболочки в области рубца (1 женщина); при оценке структуры миометрия в области послеоперационного рубца – выявление лигатур (1 женщина), наличие зон высокой эхогенности (участков фиброзных изменений) – 1 женщина. В дальнейшем с целью уточнения состояния рубца произведена гистероскопия. По результатам гистероскопии: в области рубца обнаружена ниша по ходу всего рубца различной глубины, а также множественные дефекты миометрия размерами от 0,2–0,3 см. Женщины направлены на оперативное лечение. Произведена лапароскопия, метропластика. При визуальном осмотре: в области рубца истонченная ткань, в латеральных отделах с образованием ниш. По результатам гистологии иссеченной ткани рубца: фрагменты фиброзно-мышечной ткани с очаговым гиалинозом со слабо вакуля-

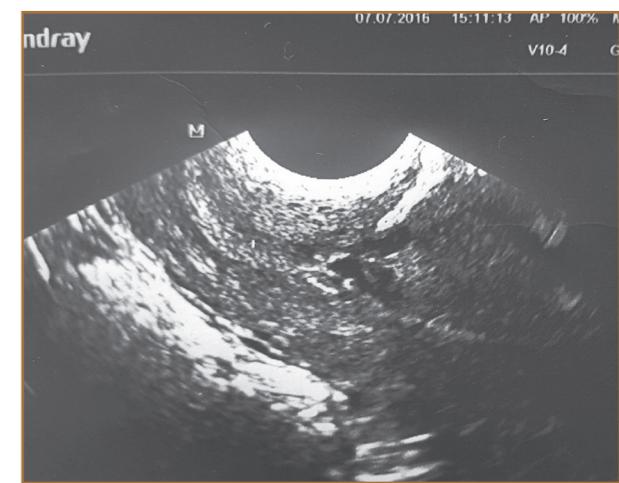


Рис. 1. Несостоительный рубец после двух кесаревых сечений. Жидкостные включения в нижнем сегменте.

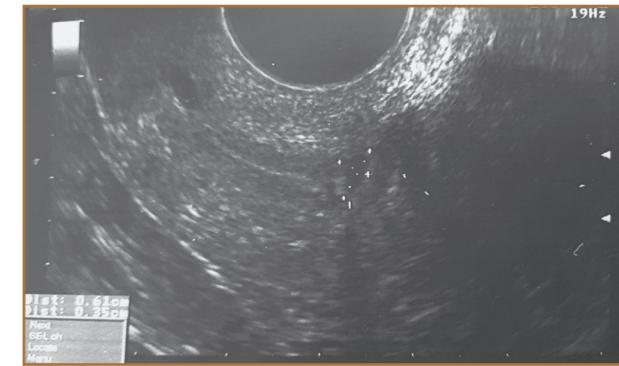


Рис. 2. Несостоительный рубец. «Ниста» в области рубца. Истончение миометрия в области рубца

научные статьи

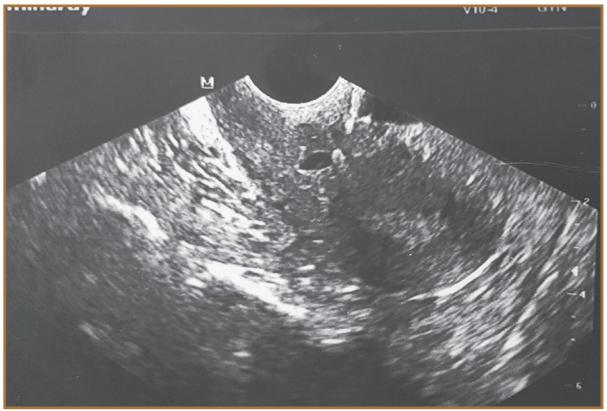


Рис. 3. Частичная несостоятельность рубца.
Истончение миометрия, «ниша» со стороны
полости матки, соединительнотканые
включения в области рубца

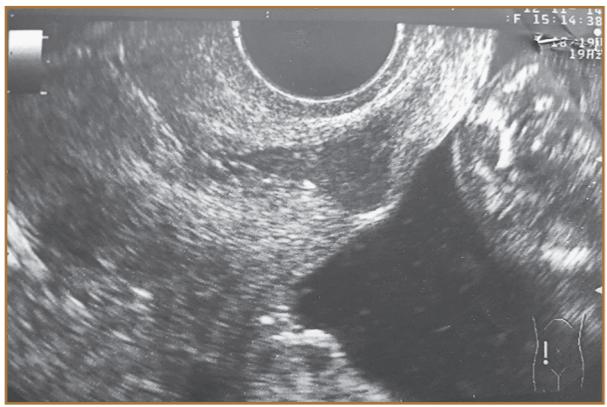


Рис. 4. Беременность 17-18 недель. Несостоятельный
рубец. Глубокая «ниша» в области рубца.
Миометрий не определяется

ризованными сосудами артериального и капиллярного типа.

При ультразвуковом исследовании беременных до 22 недель с рубцом на матке после операции кесарева сечения у 1 пациентки в сроке 17–18 недель беременности выявлена полная несостоятельность рубца. Эхографически в проекции рубца со стороны полости матки визуализировалась ниша, доходящая до серозной оболочки (клинических данных за угрозу разрыва матки не было). Плацента располагалась по задней стенке.

Интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью составил 3 года.

Пациентка прооперирована в экстренном порядке: произведена лапаротомия, плодоразрушающая операция, метропластика. При визуальном осмотре рубца во время операции выявлено истончение его – «дефект рубца прикрытый серозной оболочкой».

Выходы

1. Сонографическое исследование в диагностике состояния рубца на матке после операции кесарево сечение на этапе планирования беременности и у беременных по сравнению с другими методами исследования (МРТ, КТ) является безопасным и легкодоступным для пациента и позволяет выявить полную и частичную несостоятельность рубца на матке.

2. Ультразвуковые признаки несостоятельности рубца на матке не могут являться единственным критерием в диагностике. Для более достоверной диагностики используют оперативные методы (гистероскопию).

3. При подтверждении диагноза несостоятельности рубца на матке целесообразно проведение миотомии.

4. Оценка данных ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности рубца по результатам гистероскопии, интраоперационного осмотра матки и морфологического исследования ткани измененного миометрия позволяет расценивать ультразвуковое исследование как информативный метод оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения.

5. Своевременная ультразвуковая диагностика несостоятельности рубца на матке на этапе планирования беременности позволяет предпринять меры к эффективному лечению и снижению частоты абдоминального родоразрешения при повторной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барто Р.А. Критерии ультразвуковой диагностики несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения.
2. М.А. Чечинова, Л.И. Титченко, С.Н. Буянова, Н.В. Пучкова Ультразвуковая диагностика несостоятельного рубца на матке в отдаленном постоперационном периоде // Медицинский журнал «SonoAce-Ultrasound» № 22, 2011 г
3. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты): автореф. дис. ...д-ра мед. Наук. – М., 1996.
4. Азанова Д.Б. // Особенности формирования рубца на матке после операции кесарева сечения тема диссертации и автореферата по ВАК 14.00.01 кандидата медицинских наук – Казань 2003
5. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения : течение, осложнения, исходы. – 2002. – Т.1. – № 2. – С. 40-46.
6. Абрамченко В.В. Кесарево сечение в перинатальной медицине / Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., Шамахалова И.А. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 226 с.
7. Хорошко Е. Е., Курзанцева О. М. Возможности ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности рубца на матке у беременных после операции кесарева сечения // МиД. 2006. № 3. С.26-28
8. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М.: Миклам, 2006.-132 с.
9. Leberman E. // Clin. Obstetr. Gynecol. – 2001. – Vol. 44. № 3. – P. 609-621.

научные статьи

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА С ВНЕДРЕНИЕМ АНАЛИЗАТОРА ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Т.А. Фефелова, О.А. Старкова, Т.В. Андреева, А.П. Фокина

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»,
отделение лабораторной диагностики

Анализ периферической крови представляет важную информацию о параметрах, используемых при оценке гематологических состояний и заболеваний, которые могут быть полезны для постановки диагноза, а также мониторинга течения заболевания.

Автоматизация гематологических исследований – технологический прогресс в лабораторной диагностике. Современные гематологические анализаторы определяют множество параметров, включая обнаружение аномальных клеток.

С 2014 года в нашей лаборатории установлен анализатор фирмы «Sysmex», серии XN. В гематологической серии XN наряду с улучшением традиционных функций используются последние разработки фирмы «Sysmex» в области автоматизации гематологических исследований.

Клеточный анализ на основе проточной цитометрии – метод проточной цитометрии с использованием полупроводникового лазера с последующим анализом прямого рассеянного света (FSC), бокового рассеянного света (SSC) и бокового флуоресцентного света (SFL). Уникальные цифровые технологии и алгоритмы позволяют использовать эти три сигнала для подсчета общего количества лейкоцитов, ядросодержащих эритроцитов, ретикулоцитов, тромбоцитов, для дифференциации лейкоцитов по пяти популяциям, а также для определения аномальных и незрелых клеток. Фирма «Sysmex» использует эту технологию с 1999 года.

Метод прямого подсчета в проточном канале используется в анализаторах для подсчета количества эритроцитов и тромбоцитов.

Клетки эритроцитов и тромбоцитов, находящиеся в проточной жидкости, проходят по четко заданной траектории через центр апертуры, с каждой стороны которой имеются электроды, по которым проходит постоянный ток. Использование гидродинамической фокусировки позволяет обеспечить прохождение через детектор только (!) одиночных клеток, поэтому распределение эритроцитов по размеру практически соответствует нормальному. Благодаря нововведениям и уникальной цифровой технологии производится высокоточная фиксация сигналов, это позволяет получить точную информацию о размерах клеток, что является важным в дифференциальной диагностике некоторых заболеваний.

Корпорацией «Sysmex» разработана удобная система «флагов», или «сигналов тревоги», что значительно облегчает интерпретацию результатов и оптимизирует работу в целом.

Изначально все образцы определяются как:

– образцы с нормальными показателями крови («Negative») и с возможностью дальнейшей выдачи результата без визуального подтверждения (рис.1);

– образцы крови с патологическими показателями (по количеству клеток, по морфологии клеток, по дифференцировке) («Positive»), которые нуждаются в дополнительной проверке. В зависимости от ситуации программа анализатора может предложить повторить анализ образца по тем же параметрам или расширить набор тестов (рис. 2).

Все клинические анализы крови на анализаторах серии XN автоматически включают определение клинически значимых параметров. Клинически значимые параметры представляют собой дополнительную ценность классической гемограммы и являются основой, особенно в комбинации, для создания клинической значимости при интерпретации результата.

Клинически значимые параметры

IG – распознавание и подсчет **незрелых гранулоцитов** (Immature Granulocyte), начиная с метагамилоцитов. Присутствие незрелых гранулоцитов в периферической крови (рис. 3) свидетельствует о первой реакции иммунной системы на инфекцию, воспаление или другой возбудитель со стороны костного мозга. Дифференциальный анализ крови (DIFF) обеспечивает достоверный подсчет незрелых гранулоцитов (IG). Благодаря системе «флагов», высокой чувствительности и точности методов потребуется значительно меньше времени на первичный анализ либо мониторинг различных критических нарушений.

В целом автоматизированный подсчет незрелых гранулоцитов означает, что можно сократить количество мазков крови и снизить трудозатраты на подсчет вручную.

NRBC (рис. 3; 4) – обнаружение и комплексный подсчет **ядросодержащих эритроцитов** NRBC (Nucleated red blood cells). В пробах здоровых взрослых пациентов результат автоматизированного подсчета NRBC должен равняться нулю! Считается, что появление ядросодержащих эритроцитов возможно при наличии острого гемолиза, сильного гипоксического стресса либо является следствием гематологических новообразований, а также при некоторых видах анемии, сильном кровотечении.

Подсчет ретикулоцитов с применением проточной флуоресцентной цитометрии получил признание благодаря своей точности. Наряду с подсчетом ретикулоцитов применение данного метода обеспечивает обнаружение фракций ретикулоцитов, которые отражают стадии созревания и, следовательно, активности эритропоэтина, что является важным при лечении препаратами железа и/или эритропоэтиновой терапии.

RET-He (Reticulocyte haemoglobinisation – гемоглобинизация ретикулоцитов) относится к клинически значимым параметрам и является ранним маркером дефицита железа, не зависящим от вос-



научные статьи

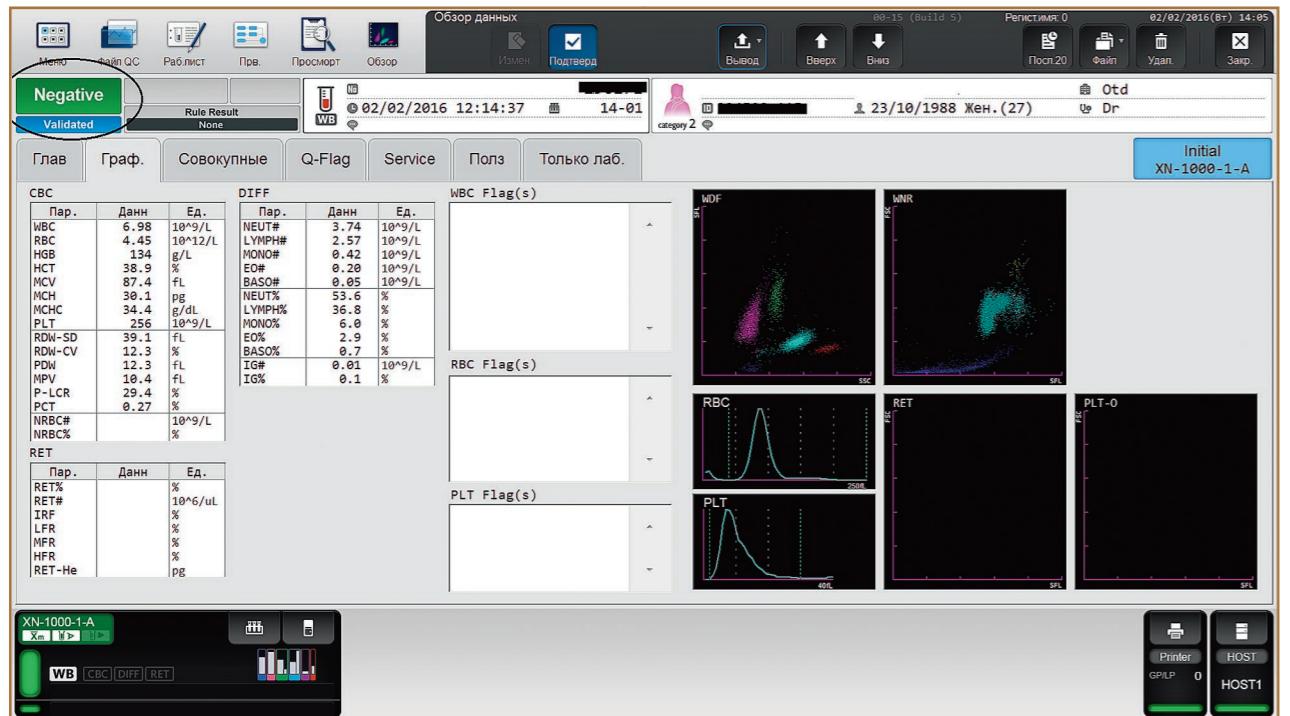


Рис. 1. Пример анализа нормального образца крови

палильного процесса. Применяется для точной дифференциальной диагностики железодефицитной анемии (ЖДА), наблюдения за развитием этого заболевания и оперативным мониторингом терапии препаратами железа.

Ретикулоциты, «клетки-прекурсоры» зрелых эритроцитов попадают в кровоток из костного мозга и, как правило, созревают в течение двух дней. Измерение ретикулоцитов представляет собой способ быстрого подсчета их «количество» при эритропозе

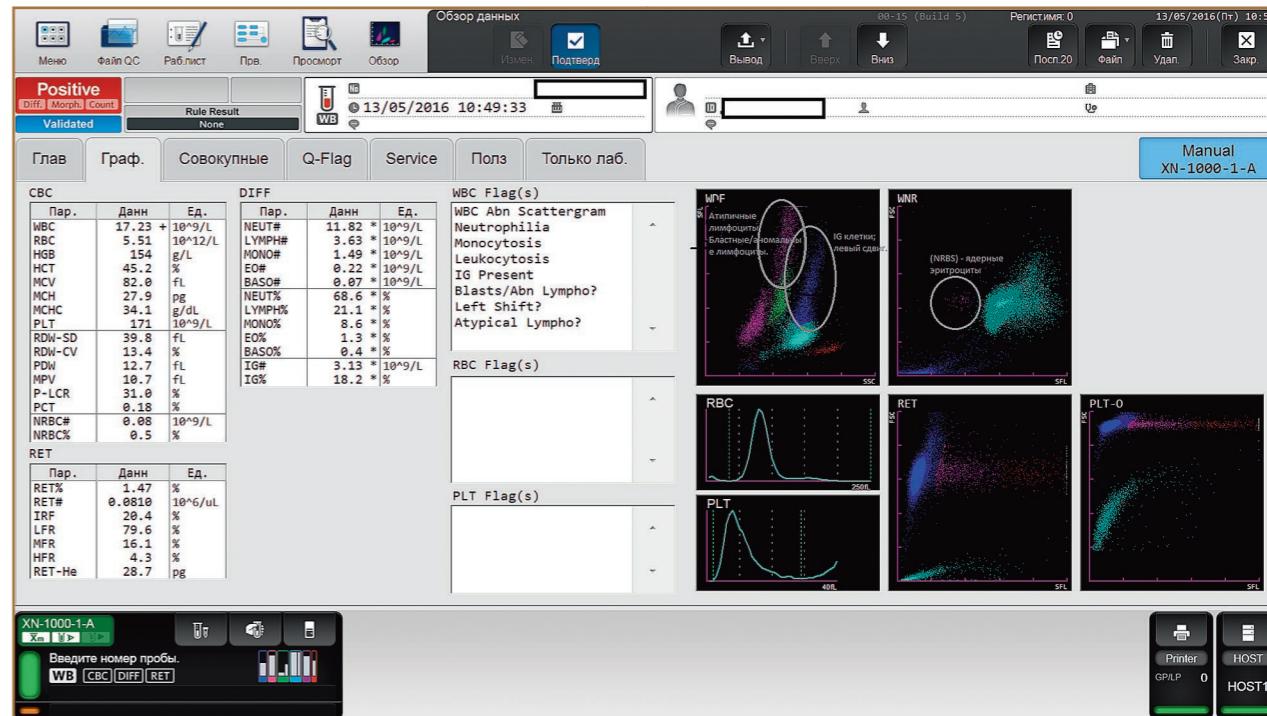


Рис. 3. Повышенное количество незрелых гранулоцитов, левый сдвиг; вероятность наличия атипичных лимфоцитов, аномальных лимфоцитов/blastных клеток

костного мозга. Определение содержания гемоглобина в ретикулоцитах (RET-He) означает, что можно проанализировать текущее поступление железа в систему эритропоза и оценить уровень «качества» клеток. Это позволяет выявлять изменения в статусе

железа намного раньше, чем путем измерения содержания гемоглобина в зрелых эритроцитах.

Измерение RET-He (рис. 5) имеет важное значение для пациентов с анемией хронических заболеваний (АХЗ). АХЗ может развиваться у любого пациента

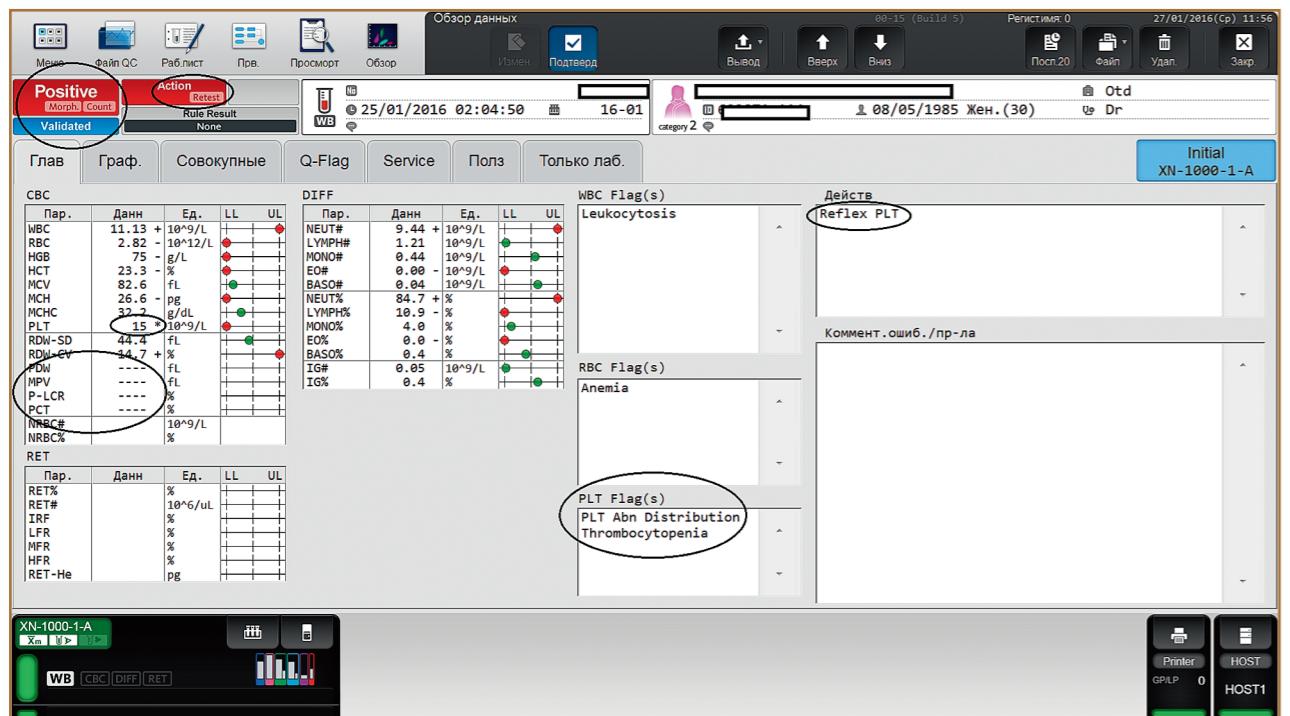


Рис. 2. Низкое число тромбоцитов (PLT), аномальное распределение, часть значений скрыта (прочерк) из-за низкой надежности измерения. Рекомендации (для PLT): выполнить анализ повторно другим методом

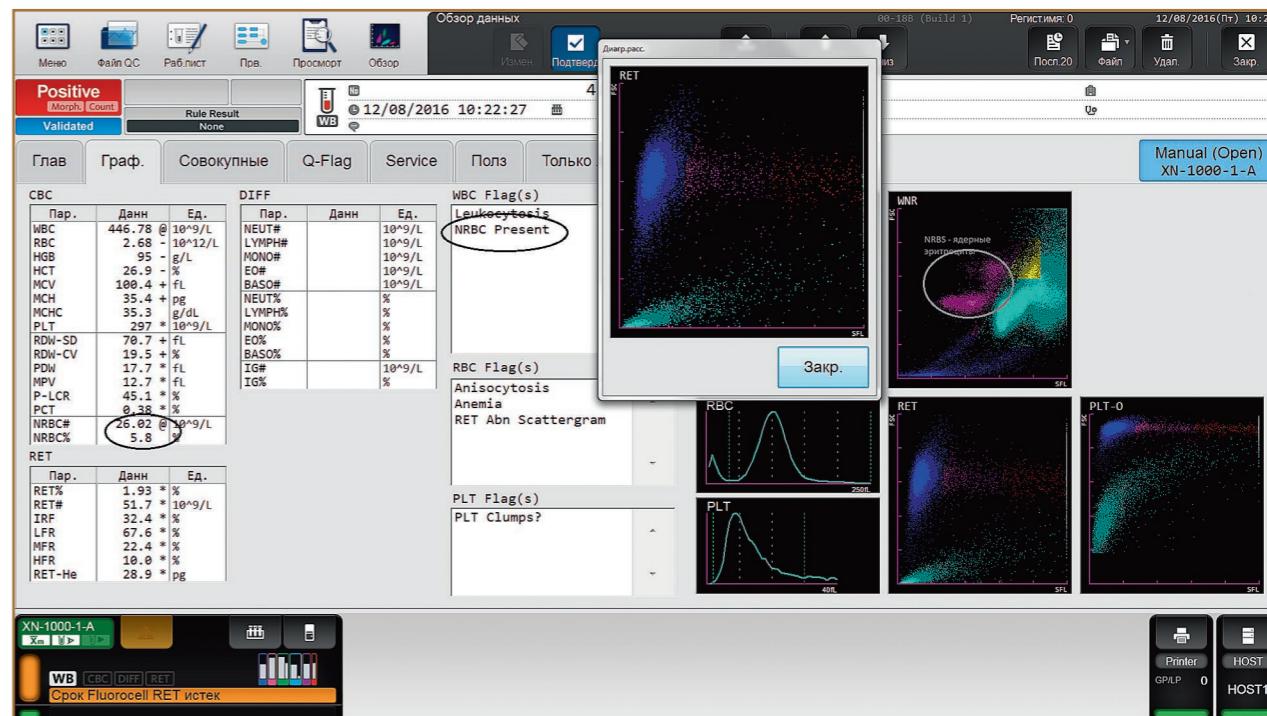


Рис. 4. Наличие ядерных эритроцитов (NRBC) в большом количестве; гиперлейкоцитоз, незрелые гранулоциты (IG) в большом количестве (у больного гематологическое заболевание, предположительно хронический миелолейкоз (ХМЛ), рекомендована консультация гематолога

научные статьи

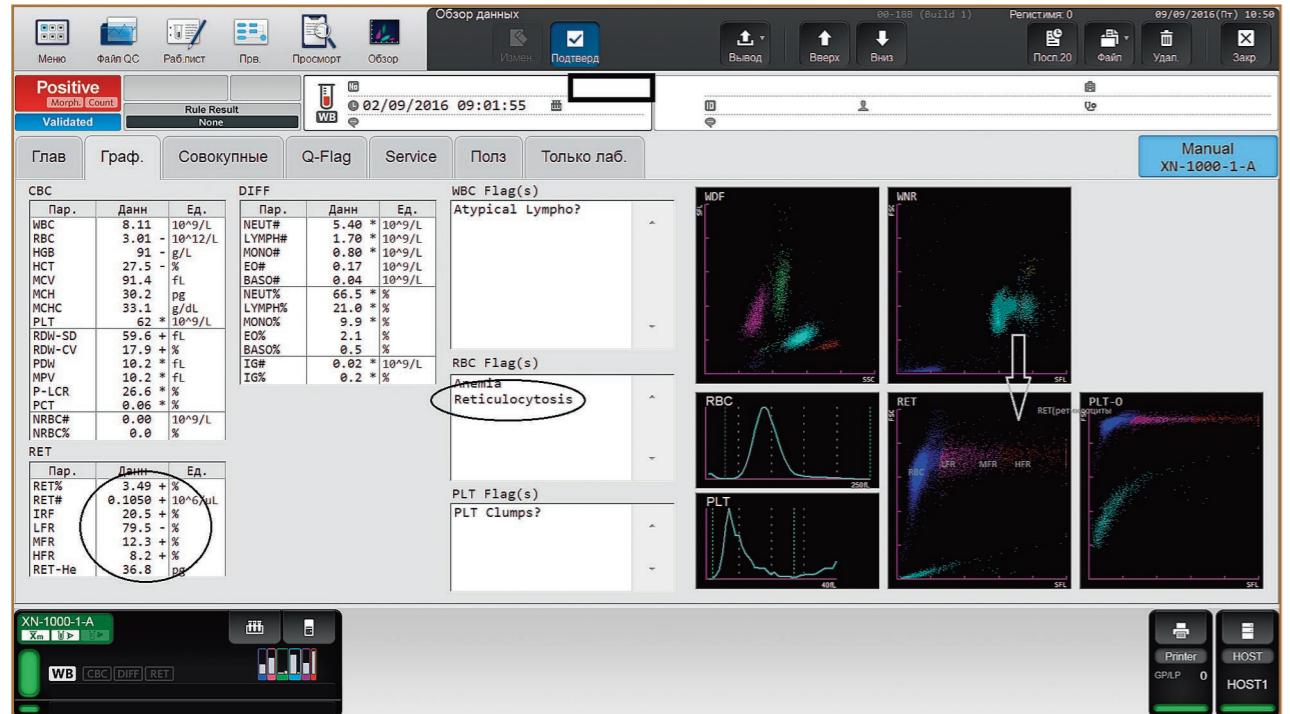


Рис. 5. Разворнутый анализ крови с подсчетом числа ретикулоцитов, комбинированный анализ количества и качества стадий созревания (фракций), а также подсчетом RET-Не

с хроническим воспалением, хронической инфекцией или злокачественным новообразованием.

Автоматический анализ исследований крови дает нам более точное и правильное представление об анемических отклонениях в клетках, что позволяет врачам принять правильное решение для лечения больного.

Программа анализатора дает возможность отследить динамику изменений различных показателей крови в числовом и графическом вариантах. Графический вариант подачи результатов очень удобен для оценки эффективности лечения (наглядность).

Фирмой «Sysmex» разработана система сообще-

научные статьи

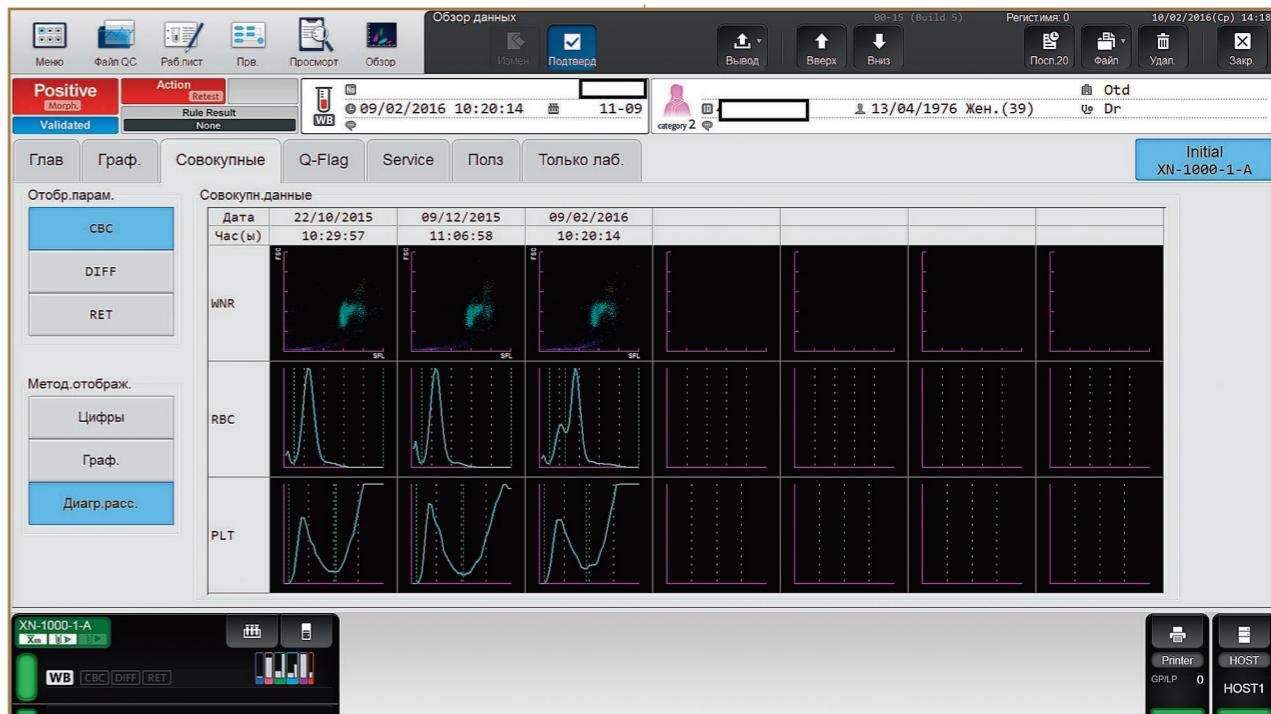


Рис. 7. Динамика изменений показателей красной крови в графическом варианте

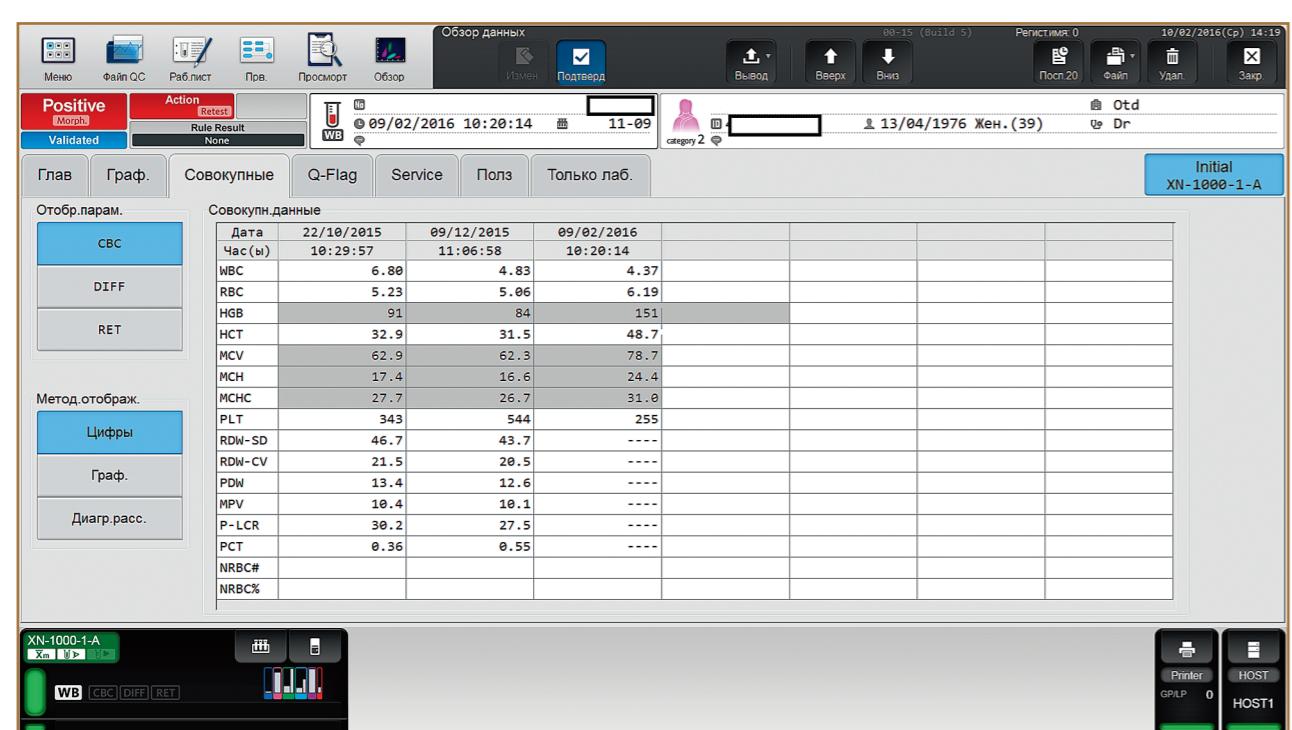


Рис. 6. Динамика изменений числовых показаний красной крови

ний («флагов») о подозрительных изменениях RBC (Red blood cells – клетки красной крови).

Липемия – дает интерференцию при измерении гемоглобина.

При изменении ряда показателей (RBC, MCHC, MCV, RDW-CV) анализатор указывает на возможность наличия у пациента ЖДА. При изменении (RBC, MCV, RDW-CV) – возможность присутствия дефектного гемоглобина Hb (например, талассемия). Всегда можно проанализировать графические изображения красной крови – гистограммы (рис. 6; 7). В случае необходимости их можно распечатать и прикрепить к результату анализа.

Автоматический подсчет лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов и гемоглобина свел к минимуму так называемый «человеческий фактор» (индивидуальные ошибки лаборанта).

Большое значение в гематологическом анализе имеет преаналитический этап. В анализаторе установлен датчик аспирации крови, который дает возможность проверить на однородность анализируемый образец крови, а достоверное «флагирование» обеспечивает оптимальную чувствительность и специфичность для уменьшения количества мазков.

В заключение можно сказать, что использование в работе анализатора «SYSMEX XN 1000» позволило существенно оптимизировать проведение всех гематологических анализов, так как это:

- высокая чувствительность и выявление патологий;
- высокая скорость выдачи анализа;
- стандартизация процессов;
- простой, надежный и экономически эффективный технологический процесс;
- диагностическая и клиническая значимость для мониторинга проводимой терапии;
- снижение объема забираемого материала;
- получение быстрого и достоверного результата исследования из лаборатории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М. Г. Абрамов. Гематологический атлас. - М., 1985.
2. В. В. Долгов, С. А. Луговская, В. Т. Морозова, М. Е. Почтарь. Лабораторная диагностика анемий. – Тверь, 2001. – 84 с.
3. Г. И. Козинец, В. М. Погорелов, О. А. Дягилева, И. Н. Наумова. Кровь. Клинический анализ, диагностика анемий и лейкозов, интерпретация результатов // М.; Медицина ХХI, – 2006, - 250 с.
4. С. А. Луговская, М. Е. Почтарь. Гематологический атлас. – Триада, – М., 2004. – 227 с.
5. С. А. Луговская, В. Т. Морозова, М. Е. Почтарь, В. В. Долгов. Лабораторная гематология – М., 2002 – 115 с.
6. С. А. Луговская, М. Е. Почтарь. Ретикулоциты // М., 2006, – 58с.
7. В. М. Погорелов, Г. И. Козинец, О. А. Дягилева, Д. Д. Проценко. Цветной атлас клеток системы крови / один источник и четыре составные части миелопозза // М., 2007, 175 с.
8. Руководство по гематологии. Под ред. А. И. Воробьева. – М., 2003. Т. 1-2.
9. Т. Н. Соболева, Е. Б. Владимирская. Острые лейкозы – М., 2003, – 22 с.
10. С. А. Луговская, М. Е. Почтарь, В. В. Долгов. Гематологические анализаторы. Интерпретация анализа крови: Методические рекомендации. – М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2007 – 112с., 115 ил.
11. Отчет о клинических случаях, том 2, гематологический анализатор Sysmex, серия XN.



научные статьи

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ СТРЕПТОКОККАМИ ГРУППЫ «В» БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ

Е.В. Порубова, Г.П. Смотрина, Т.В. Андреева

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»,
отделение лабораторной диагностики

Абстракт. Проблема СГВ-инфекции новорожденных в последнее время становится всё более актуальной. Поэтому в данной работе мы обобщили результаты бактериологического исследования биологического материала, полученного от пациентов гинекологической больницы и от пациентов родильных домов (женщины и новорожденные дети) г. Красноярска.

Актуальность. Стрептококки группы В (СГВ) являются представителями нормальной микрофлоры человека. К этой серологической группе относится вид *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*).

СГВ являются представителями нормальной микрофлоры уrogenитального, кишечного тракта и верхних дыхательных путей человека. Стрептококки группы В обычно присутствуют во влагалищной флоре у 30 % здоровых женщин. В разных группах населения *S. agalactiae* обнаруживают в половом и желудочно-кишечном тракте 5–40 % здоровых людей, которые являются носителями данных бактерий [1]. Этот резервуар вместе с внутрибольничными очагами инфекции обеспечивает постоянное заражение детей, которое обычно происходит при рождении.

Преобладает бессимптомная колонизация (носительство), но СГВ может стать причиной развития у женщины воспалительных процессов: инфекции мочевых путей, сепсиса, хорионамнионита, эндометрита, тромбофлебита и эндокардита.

S. agalactiae входит в состав нормальной микрофлоры влагалища у 5–25 % беременных. Около 25–30 % беременных являются бактерионосителями (носоглотка, влагалище и перианальная область). У беременной может возникнуть: тонзиллит, фарингит, пневмония, мочевая инфекция, хорионамнионит, эндометрит, послеродовый сепсис [2].

Основным источником инфицирования стрептококками группы В новорожденных детей является мать. Инфицирование ребенка может произойти внутриутробно, а также в родах, с последующим риском возникновения неонатального сепсиса. От 1–5 % новорожденных заболевают ранним СГВ-сепсисом, летальность составляет 20–70 % [3].

Существует тесная связь между колонизацией организма матери и ее ребенка. Чем интенсивнее инфицированность матери, тем чаще происходит заражение ребенка. При родоразрешении через естественные родовые пути частота интранаталь-

ной инфекции составляет 50–60 %, а по некоторым данным, 65–75 %. Риск заболевания доношенного ребенка – 1–2 %, недоношенного – 15–20 %, при сроке менее 28 нед беременности – 100%.

Родоразрешение путем кесарева сечения не исключает риска инфицирования ребенка стрептококками группы В – в случае экстренного кесарева сечения контаминируется до 30% новорожденных [3].

Влияние на плод: в 80 % – ранняя инфекция (инфицирование в родах) – сепсис; в 20 % – поздняя инфекция – менингит, тяжелые неврологические осложнения.

Способность СГВ вызывать менингит свидетельствует о том, что данный микроорганизм может проникать через гематоэнцефалический барьер.

Риск смертности при сепсисе в случае раннего начала заболевания составляет 20–30 % при преждевременных родах и 2–3 % при своевременных родах [4]. По данным других авторов смертность новорожденных от пневмонии, сепсиса или менингита достигает 4–6 % [6].

Причиной большинства инфекций новорожденных является заглатывание околоплодных вод с бактериями. Грудное молоко, содержащее СГВ, также может стать причиной возникновения В-стрептококковой инфекции у новорожденных [2].

У незрелых детей инфекция часто протекает в виде сепсиса, у доношенных новорожденных – в виде пневмонии. В тяжелых случаях заболевание начинается сразу после рождения и быстро прогрессирует. При «ранней атаке» у новорожденного источником этих бактерий всегда является ректово-гинекальная flora матери. «Поздняя атака» может быть результатом внутрибольничной инфекции. При адекватном наблюдении за беременными и новорожденными и своевременной терапии «ранней атаки» наблюдается снижение летальности до нуля. Прогноз при «поздней атаке» менингита несравненно хуже [2].

Отдаленными последствиями являются двигательные нарушения церебрального происхождения, гидроцефалия и задержка умственного развития. Риск для ребенка повышается при преждевременном разрыве плодного пузыря, преждевременных родах, симптомах хорионамнионита у матери.

В США неонатальная смертность, связанная со стрептококками группы В, превышает 10 %. Спектр инфекций, обусловленных этими стрептококками, в перинатальном периоде очень широк. Он варьирует от септического выкидыши до транзиторной

научные статьи

Таблица 1 Высеваемость *Streptococcus agalactiae* из биоматериала пациентов родильных домов (женщины и новорожденные дети) в 2013–2015 гг.

Наименование биоматериала	2013 год		2014 год		2015 год				
	Всего исследовано биопроб	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%	Всего исследовано биопроб	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%	Всего исследовано биопроб	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%
Отделяемое женских половых органов (беременных)	1348	8	0,6	1617	41	2,5	1419	85	5,9
Моча беременных	410	15	3,7	704	10	1,4	619	26	4,2
Биоматериал от новорожденных	343	6	1,7	67	2	3,0	409	2	0,5
Всего	2101	29	1,4	1676	53	3,2	2447	113	4,6

бактериемии [2; 6].

В данной работе исследование биоматериала проводилось культуральным методом: посев на 5 % кровяной агар, выделение чистой культуры, дифференциация с помощью биохимических тестов, идентификация с помощью «Диагностикума для выявления стрептококка в реакции коагглютинации», группы «В».

Все этапы бактериологического исследования выполнялись традиционными ручными (рутинными) методами, хотя некоторые авторы отмечают необходимость использования более современных методов, например ПЦР, что позволяет выявить в 3 раза больше случаев колонизации новорожденных стрептококков группы В по сравнению с культуральным исследованием [5].

За трехлетний период высеваемость *Streptococcus agalactiae* от пациентов родильного дома выросла с 1,4 до 4,6 %. Такая динамика связана с увеличением

высеваемости из отделяемого женских половых органов (беременных) с 0,6 до 5,9 %, и свидетельствует, по нашему мнению, об актуальности данной проблемы.

Более низкие показатели по сравнению с литературными данными мы объясняем не только использованием рутинных методов бактериологического исследования. В случае с биоматериалом от новорожденных низкий процент высеваемости объясняется тем, что биоматериал собирали методом скрининга – от всех новорожденных, не только с признаками инфицирования, но и от клинически здоровых.

По нашим данным, за три года высеваемость *Streptococcus agalactiae* от пациентов гинекологической больницы увеличилась с 4 до 6 %.

В стационаре гинекологической больницы поступают пациенты с воспалительными заболеваниями женской половой сферы.

В поликлинику гинекологической больницы

Таблица 2 Высеваемость *Streptococcus agalactiae* из биоматериала пациентов гинекологической больницы в 2013–2015 гг.

Отделяемое женских половых органов	2013 год		2014 год		2015 год	
	Всего исследовано биопроб	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%	Всего исследовано биопроб	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%
Всего	2051	83	4,0	1840	89	4,8
	1131	68	6,0			



научные статьи

Таблица 3 Структура высеиваемости *Streptococcus agalactiae* из биоматериала пациентов стационара и поликлиники гинекологической больницы в 2013–2015 гг.

Отделяемое женских половых органов	2013 год			2014 год			2015 год		
	Всего исследовано биопрот	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%	Всего исследовано биопрот	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%	Всего исследовано биопрот	Абс. кол-во проб, в которых выделен <i>S.agalactiae</i>	%
в т.ч. от пациентов стационара	31	37,3		29	32,6		15	22,1	
в т.ч. от пациентов поликлиники	52	62,7		60	67,4		53	77,9	
Всего	2051	83	100	1840	89	100	1131	68	100

обращаются амбулаторные пациенты по причине бесплодия, невынашивания и других проблем репродуктивной функции.

Мы проанализировали наши данные о высеиваемости *Streptococcus agalactiae* отдельно для пациентов стационара и поликлиники.

Результаты наших исследований показали, что высеиваемость *Streptococcus agalactiae* от пациентов поликлиники в 2–3 раза выше, чем от пациентов стационара, то есть *Streptococcus agalactiae* в большей степени вызывает проблемы репродуктивной функции (невынашивание, бесплодие), хотя и воспалительные заболевания не редки.

По данным других авторов, также отмечается сравнительно низкий уровень тяжелых инфекций при высокой частоте вагинального носительства *Streptococcus agalactiae*, что может свидетельствовать о выраженных механизмах защиты организма-хозяина [3]. Необходимо изучение этого вопроса и создание вакцин для профилактики СГВ-инфекции у новорожденных.

За трехлетний период в структуре высеиваемости *Streptococcus agalactiae* от пациентов поликлиники произошли изменения в сторону увеличения их доли с 62 до 78 %. Это свидетельствует, по нашему мнению, об актуальности данной проблемы.

Выходы

С целью профилактики инфекций, обусловленных стрептококками группы В, необходимо обследовать беременных женщин на носительство *Streptococcus agalactiae* и при наличии медицинских показаний в родах проводить антибиотикопрофилактику.

Представляется целесообразным и актуальным скрининг всех беременных в III триместре на наличие стрептококков группы В при помощи бактериологического посева отделяемого половых органов, а в научной перспективе – необходимость изучения вопроса создания вакцин для профилактики СГВ-инфекций у новорожденных.

Рутинные методы исследования являются недостаточными, когда речь идет о лабораторной

диагностике *Streptococcus agalactiae*. Для повышения качества высеиваемости бактериологическая лаборатория должна быть оснащена современным диагностическим оборудованием (бактериализаторы и др.), возможно также использование других современных методов лабораторной диагностики, например, ПЦР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. И. Покровский. Стрептококки и стрептококкозы [Текст] / В. И. Покровский, Н. И. Брико, Л. А. Ряпис. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 544 с.
2. И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. «Руководство по акушерству», 2006 г.
3. А. С. Анкирская. Профилактика СГВ-инфекций у новорожденных, Материалы Общероссийской научно-практической конференции, октябрь, 2014 г.
4. А. А. Томолян, Стрептококки группы В в патологии человека [Текст] / А. А. Томолян, А. Н. Суворов, А. В. Дмитриев; под общ. ред. А. А. Томоляна. – СПб.: Человек, 2009. – 212 с.
5. Natarajan G., Johnson Y.R., Zhang F., Chen K.M., Worsham M.J. Real-time polymerase chain reaction for the rapid detection of group B streptococcal colonization in neonates. Pediatrics, 2006; 118(1): 14-22.
6. Verani, J. R. Prevention of perinatal group B streptococcal disease revised guidelines from CDC, 2010 [Text] / J. R. Verani, L. McGee, S. J. Schrag // MMWR Recomm. Rep. – 2010. – Vol. 59, N RR10. – P. 1-32.



научные статьи

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ НА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КГБУЗ «КМКБ № 4»

Н.С. Кан, Н.А. Прокофьева, Г.П. Деревягина

КГБУЗ «КМКБ № 4», отделение клинической фармакологии и КМП

Открытие и внедрение в медицинскую практику антибактериальных препаратов стало революционным достижением человечества, позволившим сохранить жизни людей, которые в «доантибиотиковую» эру неизбежно были бы потеряны. Обратная сторона медали – развитие резистентности микробов к антибиотикам, в том числе вследствие их широкого и часто необоснованного применения, что делает необходимым осуществление контроля и анализа применения данной группы препаратов в медицинских организациях (МО) [1; 2; 9]. Особенно актуальна эта проблема в свете ограниченных финансовых ресурсов МО [7; 8].

Для оценки структуры затрат МО и эффективности использования лекарственных средств обязательным, согласно приказу МЗ РФ № 494 от 22.10.2003 «О совершенствовании деятельности врачей клинических фармакологов», является ежегодное проведение ABC/VEN анализа – оценка рациональности использования денежных средств на основе ретроспективного анализа реальных затрат (A-80 %, B-15 % и C-5 % затрат на V (Vital) – жизненно-необходимые, E (Essential) – важные или N (Non-essential) – второстепенные лекарственные средства) [5]. Этот анализ, а также расчет индекса потребления (ИП) медикаментов (ИП характеризует частоту использования препарата в МО по отношению к проведенным больными койко-дням в зависимости от количества потребленных суточных доз препарата) позволяют регулировать рациональное применение лекарственных средств (ЛС), включая группу антибактериальных препаратов.

Цель исследования. Изучить финансовые затраты и структуру потребления антибактериальных препаратов по учреждению в целом, а также по структурным подразделениям за 2008–2015 годы.

Задачи. Показать, что анализ и регулирование потребления антибактериальных препаратов позволяют снизить затраты на эту группу и оптимизировать их применение.

Материалы и методы. Анализ выполнен на основе данных из информационной системы «ПАРУС Медицина. Учет лекарственных средств» КГБУЗ «КМКБ № 4» с 01.01.2008 по 31.12.2015 с применением ABC/VEN анализа и расчета ИП [6].

Результаты и обсуждения. По результатам проведенного в 2008–2009 гг. ABC/VEN анализа, затраты на группу антибактериальных препаратов составляли 46,3–46,5 %, т.е. почти половину суммы расходов на лекарственные средства. В связи с этим данной группе препаратов было уделено более пристальное внимание, что привело к существенному снижению затрат до 27,7 % в 2010 г. и до 10,4 % в 2015 г.

Внутри группы антибиотиков наибольшая доля затрат в 2008–2010 гг. приходилась на цефтриаксон и составляя более трети, снизилась в 2014–2015 гг. до шестой части. Стал реже использоваться другой цефалоспорин (ЦС) 3 поколения – цефотаксим, т.к. кратность его применения 3 раза в сутки в сравнении с однократным введением цефтриаксона. Уменьшение потребления данного препарата позволило сэкономить на медицинских изделиях (шприцы, перчатки и т.д.). В сумме ИП за 2008–12–15 гг. на цефтриаксон и цефотаксим менялся следующим образом: 5→9,5→10,8. При снижении суммы затрат в 5 раз, ИП увеличился в 2 раза (табл. 1), что обусловлено поступлением дешевых дженериков в сравнении с оригинальными препаратами. Потребность в препаратах была полностью удовлетворена.

Отмечается дальнейшее снижение, как суммы затрат, так и частоты использования цефазолина (ЦС 1 пок.), ниша которого остается только для peri-операционной антибиотикопрофилактики.

На ингибиторзациченные (ИГЗ) пенициллины в 2010 г. существенно снизились как затраты, так и ИП. Наряду с ЦС 1 поколения эти препараты в основном используются для периоперационной антибиотикопрофилактики и, за редким исключением, для терапии – при пиелонефрите беременных, осложнениях послеродового периода, а также в абдоминальной хирургии при внебольничных инфекциях. Во всех случаях применяется ступенчатая терапия (инъекционные формы в течение 3–5 суток с последующим переходом на прием таблетированных препаратов). В связи с увеличением частоты использования таблетированных форм для ступенчатой терапии, в том числе после ЦС 3 поколения, с 2013 г. отмечается тенденция к увеличению ИП ИГЗ пенициллинов за счет амоксициллина/claveulanата.

В 2009 г. отмечается появление, а в дальнейшем увеличение на порядок потребления ингибиторзациченного цефалоспорина цефоперазона/сульбактама, в связи с политикой приобретения данного препарата для лечения тяжелых и нозокомиальных инфекций [3; 4], что крайне актуально для хирургического, урологического и реанимационного отделений.

Карбапенемы (меропенем, имипенем/циластатин – препараты выбора при нозокомиальных инфекциях) стали использоваться чаще (ИП 0,06–0,25). Назначаются после консультации врача клинического фармаколога, за исключением выходных и праздничных дней, когда назначение согласовывается с ответственным дежурным врачом, ввиду предметно-количественного учета данной группы препаратов.

научные статьи

С 2011 года стали применять для лечения тяжелых внебольничных инфекций в качестве стартовой терапии препарат инванс из группы карбапенемов – эртапенема. Преимущество его использования – однократное введение (вместо 3–4-разового для меропенема и имипенема/циластатина), что дает экономию свыше 500 рублей в сутки, а также оригинальность препарата.

В 2015 г. в арсенале МО появился дорипенем – карбапенем с большей в сравнении с другими препаратами этой группы антисинегнойной активностью. Его применение позволило получить положительный эффект эмпирической антибактериальной терапии у пациентов с очень тяжелым течением инфекционного процесса, в том числе вызванного полирезистентной синегнойной палочкой, устойчивой к меропенему и имипенему.

Более чем в 6 раз снизился ИП аминогликозидов (гентамицин и амикацин) и тетрациклических (доксициклин), даже, несмотря на свою дешевизну, т.к. в настоящее время в арсенале лечащих врачей есть антибактериальные препараты с большим профилем безопасности. Хочется отметить рациональное применение амикацина как препарата резерва, только при выявлении чувствительной к нему микрофлоры. Назначение его в качестве стартовой эмпирической терапии исключено полностью.

Значительно реже стала использоваться группа макролидов, что обусловлено их статусом препарата для амбулаторной практики.

Неизменными остаются позиции фторхинолонов (ИП около 7). За анализируемый период времени значительно изменился качественный состав группы фторхинолонов. Внутри группы свои позиции несколько уступил пефлоксацин, в пользу ципрофлоксацина за счет более широкого спектра действия и увеличения суточной дозы до 800–1200 мг в тяжелых

случаях, а также за счет роста частоты применения левофлоксацина и появления в небольшом количестве моксифлоксацина.

Группа нитроимидазолов (в основном представлена метронидазолом) по индексу потребления остается лидирующей среди антибактериальных препаратов, учитывая специфику МО (большой коекный фонд по профилю «гинекология», а также развертывание в 2010 году хирургических коек).

Для оптимизации использования антибактериальных препаратов в МО с 2009 г. проводится анализ их расхода по отделениям.

На основании данного анализа были разработаны нормы потребления антибиотиков по отделениям, с учетом особенностей контингента и тяжести больных.

Лидером по потреблению антибиотиков в 2015 году оказалось отделение урологии – 32,8 % затрат на антибактериальные препараты. Это связано с ростом тяжелых пациентов, поздней госпитализацией, а также повышением частоты высыпа рецидивных штаммов возбудителей. На 2 месте – расход в ОРИТ (22,5 %), что обусловлено тяжестью состояния больных, приоритетом получения высокоеффективных и дорогостоящих антибиотиков, а также пополнением их неснижаемого запаса и проведением антибиотикопрофилактики при вводном наркозе. На 3 месте 2 гинекологическое отделение – 18,9 %. Основной контингент отделения составляют пациентки с воспалительными заболеваниями органов малого таза, гинекологическими перитонитами, инфицированными выкидышами и осложнениями послеродового периода. 4 место занимает хирургическое отделение с расходом на антибактериальные препараты 13,6 %. На другие гинекологические отделения (в т.ч. и дневной стационар) приходится 11 %.

Таблица 1 Индекс потребления (ИП) по основным группам антибактериальных препаратов 2008–2015 гг. в КГБУЗ «КМКБ № 4»

Группы препаратов	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Природные пенициллины	-	0,01	0,04	-	0,01	0,07
ИГ3 пенициллины	2,92	3,83	1,84	2,98	5,07	4,74
Цефалоспорины 1-2 пок.	3,64	1,89	1,38	1,03	1,32	1,29
Цефалоспорины 3-4 пок., ИГ3 ЦС	4,96	6,05	6,89	10,1	10,0	11,1
Карбапенемы	0,06	0,04	0,07	0,20	0,33	0,25
Итого по Б-лактамным антибиотикам	11,58	11,82	10,23	14,31	16,71	17,44
Фторхинолоны	7,19	7,42	7,08	7,16	8,28	6,73
Аминогликозиды	6,42	3,88	4,48	1,12	0,71	0,98
Макролиды	0,30	0,36	0,18	0,01	0,03	0,04
Тетрациклины	3,33	1,96	4,31	2,47	1,9	1,97
Гликопептиды	-	0,01	0,03	0,03	0,06	0,01
Линкозамины	-	0,03	0,27	0,24	0,22	0,09
Нитроимидазолы	18,41	15,24	18,07	14,25	11,53	21,79

научные статьи



Динамика расхода средств на антибактериальные препараты по отделениям следующая: снижение в 2–3 раза в 2010–2012 гг. по отделениям воспалительного профиля за счет более частого использования дешевых дженериков. (Диаграмма №2)

В прочих отделениях существенное снижение затрат на антибактериальные препараты в 2013–2014 гг. связано с проведением периоперационной профилактики во время вводного наркоза и перераспределением затрат на ОРИТ. При этом значимого увеличения расходов по ОРИТ не произошло, что говорит о более рациональном использовании данной группы препаратов.

ВЫВОДЫ

Клиническо-экономический анализ способствует повышению качества медицинской помощи и одной из главных задач на первом этапе должна быть оптимизация приобретения и применения лекарственных препаратов, расширение их ассортимента и качества, что в целом позволит повысить уровень медицинского обслуживания населения.

Количественный анализ использованных антибиотиков позволяет выявить недостатки в вопросах лекарственного обеспечения и проведения лечебного процесса, а также определить дальнейшую политику антибактериальной терапии в многопрофильном стационаре.

Комплексный анализ позволяет перераспределить финансовые средства в группе антибактериальных препаратов с улучшением ассортимента, обеспечить постоянное наличие безопасных и эффективных лекарственных средств в МО стационарного типа, что даёт возможность провести лечебный процесс в полном объёме и сделать его наименее затратным при сохранении качества оказания лекарственной помощи.

Раздел антибактериальных препаратов в лекарственном обеспечении является стратегически важным направлением, а определение круга проблемных препаратов позволяет формировать политику закупа и применения этих препаратов.

Проведенный анализ потребления антибактериальных препаратов показал, что планирование потребности препаратов по отделениям, а также контроль обоснованности назначения антибактериальной терапии и проведение периоперационной антибиотикопрофилактики во время вводного наркоза позволили снизить затраты на данную

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по антибактериальной терапии. / Под ред. Л.С. Страчунского, С.Н. Козлова. – М., 2004.
2. С.Н. Козлов. Политика применения антибиотиков и обоснование включения antimikrobnih препаратов в формуляр лечебного учреждения. – Журнал «Фарматека» № 4, 2007 г.
3. Современные клинические рекомендации по antimikrobnoy terapii. Выпуск 2. / Под ред. Р.С. Козлова, А.В. Дехнича, 2007 г.
4. Справочник по antimikrobnoy terapii. Выпуск 3. / Под ред. Р.С. Козлова, А.В. Дехнича, 2013 г.
5. В.А. Нетеса, Л.Н. Свидерская. Фармакоэкономический анализ: методические рекомендации для врачей. – Красноярск, 2004.
6. Е.Н. Бочanova, Н.И. Головина, Е.В. Артемьевна, Е.М. Куриц. Применение ATC/DDD методологии для анализа потребления антибактериальных препаратов в ККБ № 1.
7. Н.Б. Дремова, И.В. Толкачева. Организация лекарственной помощи пациентам специализированных отделений многопрофильных стационаров. Журнал «Главный врач» № 4, 2010 г.
8. Е.Б. Москвина и др. Опыт разработки формулярного перечня лекарственных средств. Журнал «Заместитель главного врача» № 5, 2014 г.
9. Методические рекомендации МЗКК «Актуальные вопросы рациональной antimikrobnoy terapii в клинике хирургических болезней» 2013 г.



это интересно

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» – современное лечебное учреждение, имеющее ряд специализированных отделений, хорошо оснащенных оборудованием. Условия лечения пациентов и работы для медиков заметно улучшились за последнее время. Из года в год государственное задание по оказанию специализированной медицинской помощи больница успешно выполняет за счет слаженной работы коллектива, использования современных медицинских технологий, повышения интенсивности лечения и снижения средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре.

Успешное развитие больницы и ее авторитет были бы невозможны без самоотверженного труда всего коллектива. Для пациентов одинаково важна виртуозная работа докторов, профессионализм медицинских сестер, незаменимый повседневный труд санитарок и всех сотрудников больницы.

Сегодняшний коллектив больницы гордится своими предшественниками, которые стояли у истоков рождения больницы, ее развития и совершенствования.

Сплоченный высокопрофессиональный коллектив – вот главное достояние учреждения.



МОЛОДОСТЬ И ДОЛГОЛЕТИЕ ПО-АНГЛИЙСКИ

Врач Майкл Розен исследовал тысячи способов продления долголетия и хорошего самочувствия. Выводы он сформулировал в нескольких главных правилах.

Вот они:

– Ежедневно для выработки в организме витамина D проводите на солнце 10–20 минут. Не загорайте под ультрафиолетовыми лампами. Результат – помоложеете на полтора года.

– Бросьте курить. За 2 месяца помоложеете на год, за 5 лет – на семь лет.

– Осторожнее с лекарствами. Проконсультируйтесь у специалистов. Неверно подобранные лекарства лишат года жизни. Мера алкоголя для женщин – 0,5–1 доза в день, для мужчин – 2 дозы. Дозой считается бокал сухого вина, кружка пива или рюмка водки. Это поможет сбросить 1,9 года.

– Не начинайте день на голодный желудок. Те, кто привык завтракать – помоложе сверстников на 1,1 года.

– Чаще смеяйтесь. Смех снимает стресс и укрепляет иммунную систему. Результат хохота – становимся на два года моложе.

– Меньше ешьте жирной пищи. В идеале в организм должно попадать не более 60 граммов жиров. Результат – минус 6 лет.

ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ

В 1885 году в Красноярске было создано общество врачей Енисейской губернии.

Подвижничество его членов, дипломированных докторов – бесценно. Ими охвачены все области медицины. Не оставлены без внимания «акушерство и гинекология»

... Столетие со дня рождения (13 ноября 1910 г.) известного хирурга И.П. Павлова отметила вся Россия и не только. Общество врачей провело торжественное заседание. А чуть позже были сделаны доклады. Например, действительный член А.П. Жуков выступил с сообщением «Плодоизгнание как социальное зло и борьба с ним».

В январе 1920 года изъяли из Общества врачей фельдшерскую школу, аптеку, все здания, имущество, капиталы... Но врачи с трудом отстояли свое существование как научное общество.

13 ноября 1921 года Я.Л. Гинцбург

– Высыпайтесь. Мужчинам спать по 8 часов в сутки, женщинам – достаточно 7 часов. Сбрасываете независимо от пола 3 года.

– Заведите домашнее животное. Будете больше двигаться и помоложеете еще на целый год.

– Ежедневная часовая прогулка на свежем воздухе уменьшит ваш возраст на 3–8 лет.

– Сокращение холестерина в крови помогает помолодеть на 3,7 года.

– Регулярно обследуйтесь у врача. Во время начатое лечение может подарить 12 лет жизни.

– Минимум трижды в неделю по 20 минут занимайтесь гимнастикой. Результат – минус 6,4 года.

– Избегайте стрессов. Волнения отнимают до 30 с лишним лет жизни. Научившись бороться со стрессом, прибавите себе более 2 лет. Не теряйте связи с близкими людьми, родственниками и друзьями. Общение подарит вам целую жизнь.

... И замечательно проведенный нынешний юбилей клиники обогатит эмоциями, стойким здоровьем.

сделал доклад «Случай перфорации беременной матки при вмешательстве». В феврале следующего года он же прочитал лекцию «К вопросу о расширении показания к искусственному аборту». На заседании 11.01. 1924 г. доктором Хворовым озвучена расширенная информация «Случай аборта при помощи гусиного пера».

В 1926 году деятельность общества была прекращена. Но еще долго красноярцы, проходя мимо здания «Общества врачей», расположенного в Театральном переулке, прикасались к ручке его двери. Таково было поверье, чтобы получить здоровье. Это здание, олицетворяющее «родник» красноярской медицины, изображено на обложке нашей книги (у двери сестричка милосердия Елизавета Любова).



На посошок

АВТОРСКОЕ СЛОВО



Вот и заканчивается наша небольшая, но емкая книга. Её страницы насыщены научно-документальными материалами о достижениях и умных задумках. Представлены публицистические рассказы о длинном пути становления клиники. А в новеллах о корифеях больницы, ветеранах, её «золотом фонде благородства» зозвучен их, порой, экстремальный подвиг в постоянной борьбе за жизнь пациентов. И то, что они часто побеждали в немыслимых сражениях над человеческой болью. Их последователи подхватили гордое знамя – сострадание.

Мне нравится выражение французского писателя Анатоля Франца: «Только с обожжённой рукой можно говорить о том, каков был огонь, сжегший её!»

Здешняя медицинская когорта знает о нем («огне»). Может оттого и прежде временно покинули земную обитель Великие «главные врачи» Александр Степаненко (Кожемякин) и Юрий Фокин.

Довольна, что мною тут найдены славные врачебные династии: Баркан-Кишиневских и Фокиных (стаж 260 лет). Надеюсь, они будут прирастать и дальше другими фамилиями.

Отрадно, что почти все врачебное словие клиники вышло из Красноярского медицинского института, что тут работают его кафедры. А четко их работу организует ректор Иван Павлович Артюхов, замечательный ученый, светлый, милосердный человек.

Приятно, что в клинике трудятся выпускники красноярского университета (СФУ), медицинских колледжей и училищ.

Великолепно, что у больницы немало друзей и помощников. А.П. Фокина вспоминает: «Когда я пришла в Юрину больницу, то вскоре обратилась к главе города Петру Ивановичу Пимашкову. Он сразу дал 10 млн рублей на ремонт, а позже еще 26 млн рублей на обновление корпусов, оборудования, покупку двух автобусов. Он настоящий хозяин!»

Дай же Бог всем – медицинскому народу, пациентам – долгого здоровья, ангелов в душе и многие счастливые лета...

P.S. Ведут клинику по ступенькам судьбы два замечательных русских человека: Ползунов – механик-изобретатель и Кутузов – полководец. И это – символично! Пусть в дни Юбилея – 30 (70) и всегда потом «четвёртая милосердная» процветает мастерством и ПОБЕДАМИ!!!

В.Андр

Ваша
Вероника Владимировна
(родилась в роддоме на улице Ползунова, 7)

наши спонсоры



содержание

<i>Клятва врача России.....</i>	3
<i>Послевоенная радость.....</i>	4
<i>Слово во славу клинической больницы № 4.....</i>	7
СТРАНИЦЫ ЛЕТОПИСИ.....	9
«Ударница» – страницы летописи.....	10
Неуемный рыцарь медицины.....	13
Доктор, супруга доктора, мать доктора.....	18
Предводитель медицинского народа.....	21
Воплощенные мечты.....	22
Оптимизм её спутник.....	23
Доктор с планеты «Ангара».....	24
С молитвой – к операционному столу.....	25
Непрекаемый авторитет.....	27
В выборе не усомнилась.....	28
«Не живи лицемерием...».....	29
Полвека женщинам помогала.....	30
Влюбленная в белый халат.....	31
ЛЕТОПИСЬ ОТДЕЛЕНИЙ.....	33
Введение.....	34
Приемное отделение.....	36
Гинекологическое отделение № 1.....	38
Гинекологическое отделение № 2.....	41
Гинекологическое отделение № 3.....	43
Гинекологическое отделение № 4.....	45
Гинекологическое отделение № 5.....	48
Гинекологическое отделение № 6.....	50
Гинекологическое отделение № 7.....	52
Отделение урологии.....	54
Отделение хирургии.....	56
Отделение анестезиологии и реанимации.....	58
Оперблок.....	61
Отделение дневного стационара.....	63
Консультативно-диагностическое отделение.....	65
Рентгенологическое отделение.....	68
Отделение ультразвуковой диагностики.....	70
Физиотерапевтическое отделение.....	72
Отделение лабораторной диагностики КГБУЗ «КМКБ № 4».....	74
Мечты сбываются всегда.....	77
Как появилась бактериологическая лаборатория.....	79
Капитан из страны «Гормония» «Ты помнишь, как всё начиналось...».....	81
Иммунологическая лаборатория.....	84
Серологическая лаборатория – шлагбаум для опасных инфекций.....	86
Патологоанатомическое отделение.....	88
Госпитальная аптека – надежный помощник.....	89
Отдел АСУ.....	90
НАУКА И ПРАКТИКА.....	91
Р.Б. Курбанисмаилов, О.А. Кучугура. Влияние сексуальной жизни женщины на беременность.....	92
А.В. Герасимов, Т.В. Дресвянская, О.Н. Боченкова, О.В. Миллер. Анализ структуры послеродовых гноино-септических заболеваний по данным Красноярской межрайонной клинической больницы № 4.....	94

содержание

<i>М.Ю. Бичурина, Т.В. Дресвянская, О.Н. Боченкова. Клинический случай благоприятного исхода перешеенной беременности с имплантацией плодного яйца в области рубца на матке после кесарева сечения.....</i>	96
<i>И.Н. Машина, Е.А. Елизарьев, Э.Х. Рустамова. Рациональное применение транексамовой кислоты в комплексном лечении при возникновении кровотечения при беременности.....</i>	98
<i>Е.Н. Сивова, Е.Н. Давыдова, А.С. Логиновский, Е.Р. Константинова, Е.Г. Выскубова. Аспекты консервативного лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия у женщин молодого возраста.....</i>	100
<i>О.А. Когодеева, Е.Н. Сивова, Л.П. Гурова, А.С. Васильева, А.Г. Усманова. Эндоскопия в диагностике и хирургической коррекции пациенток с неполной внутриматочной перегородкой.....</i>	102
<i>М.В. Дударева, Е.Э. Жук. Генитальный эндометриоз как причина бесплодия.....</i>	104
<i>М.В. Дударева, Е.Э. Жук. Вспомогательные репродуктивные технологии и внemаточная беременность.....</i>	106
<i>Т.В. Дресвянская, И.А. Прусов, А.П. Фокина, М.Ю. Бичурина, Р.А. Бичурин, В.Е. Надич, О.Ф. Позднякова, С.В. Ошуева, Н.И. Сафонова, Е.В. Серова. Клинический случай эндометриоза передней брюшной стенки.....</i>	108
<i>Е.В. Серова, В.Ю. Омельчук, И.А. Прусов, И.П. Силкин, Е.В. Старосельцев, В.М. Черняков. М.Ю. Бичурина, Р.А. Бичурин, Л.В. Шаманова. Клинический случай карбункула почки с клинической картиной перитонита.....</i>	111
<i>М.Ю. Бичурина, Р.А. Бичурин, Л.В. Шаманова. Инфузционная терапия синдрома гиперстимуляции яичников. Рекомендации или инструкции?.....</i>	114
<i>А.П. Фокина, Р.А. Бичурин, А.Г. Сорокин. Опыт применения монитора глубины анестезии iCARD.....</i>	116
<i>Е.И. Кишиневская, С.Г. Екимов, Ю.А. Михайлова, А.Н. Кашиццева. Опыт применения радиоволновой хирургии в лечении патологий шейки матки.....</i>	119
<i>Т.А. Шагеев, Е.И. Климатова, Н.А. Лейтис, М.В. Дзелдзайн. Диагностика, лечение и восстановление репродуктивной функции у женщин с хроническим эндометритом.....</i>	121
<i>Е.И. Климатова, Е.В. Пугачева, Ю.А. Бычкова. Опыт применения физиотерапевтических методов в лечении женского бесплодия.....</i>	123
<i>Е.В. Новосадова, Н.А. Лейтис. Случай внemаточной яичниковой беременности.....</i>	126
<i>М.Ю. Бичурина, Н.А. Лейтис, Е.В. Новосадова. Оценка состояния рубца на матке после операции кесарево сечение на этапе планирования и вынашивания последующей беременности.....</i>	128
<i>Т.А. Фефелова, О.А. Старкова, Т.В. Андреева, А.П. Фокина. Оптимизация процесса гематологического анализа с внедрением анализатора последнего поколения.....</i>	131
<i>Е.В. Порубова, Г.П. Смотрина, Т.В. Андреева. Инфицированность стрептококками группы «B» беременных женщин и новорожденных.....</i>	136
<i>Н.С. Кан, Н.А. Прокофьева, Г.П. Деревягина. Опыт работы по оптимизации затрат на антибактериальные препараты в КГБУЗ «КМКБ № 4».....</i>	139
<i>Заключение.....</i>	142
<i>Это интересно. Молодость и долголетие по-английски.....</i>	143
<i>Это интересно. Из медицинской помощи дореволюционной России.....</i>	143
<i>Авторское слово.....</i>	144

ЧЕТВЕРТАЯ +

милосердная

Редактор-составитель Вероника Владимировна Ануфриева

Верстка Кристина Викторовна Лоскутова

Выражаем благодарность Татьяне Всеиводовне Андреевой за помощь искреннюю и отчаянную в создании книги. Живет в беспокойной натуре неземная любовь к родной клинике и её людям. Её консультации и содействие помогли почти в месячный срок создать бесценное произведение

Большое спасибо заместителю главного врача Тимуру Анварьевичу Шагееву за консультативную помощь.

При подготовке книги использованы фотоработы: В.В. Кснаткина, Е.В. Беляевой, С.В. Цымбаленко, Е.Л. Цымбаленко, А.Ю. Фокина, В.Я. Медведева, Л.В. Медведева, Т.В. Булаховой, Е.В. Кустовой, И.Н. Демидовой и фотожурналистов Бориса Бармина, Алексея Горелова, Геннадия Миронова (на задней части обложки).

Стихи «Глаза» на внутренней обложке – Т.К. Кулаковой.

Подписано в печать 26.09.16
Бумага мелованная
Тираж 1000 экз. Заказ № 513
Цена свободная

Отпечатано
ООО РПБ «Амальгама»
660049, Красноярск, ул. Дубровинского, 112,
т. 221-86-27, 221-84-75,
e-mail: amalgama2007@mail.ru