ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 4 (75)

краевая клиническая больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Хирургический корпус как подарок к Новому году

Мы открылись 2 декабря 2019 года!

Профилактика рисков в краевой клинической больнице

Ректорский дебют профессора Протопопова

декабрь 2019 год

Миссия краевой клинической больницы:

Мы оказываем профессиональную медицинскую помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациентов

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин – *главный врач*

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Фото Сергея Головача,
Валерия Тяпкина, Олега Кузьмина,
с сайта Newslab.ru
Используются материалы из музея Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова – корректор

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

Тираж 999 экз.
Декабрь 2019 г.

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

Содержание

Рейтинг событий 2019 года 4

От первого хирургического корпуса до второго 80 лет 8

Так строился хирургический корпус 10

Анализ промежуточной аттестации производственной практики студентов младших курсов медицинского университета по уходу за больными 18

33 «зеленые» авоськи восьмой больницы против двух триллионов пластиковых пакетов 20

CASUS EXTRAORDINARUS / НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ

Организовавшаяся гематома средостения 24

Оперативное удаление загрудинной аденомы паращитовидной железы у «хрустальной» пациентки 26

Первый случай удачной беременности у пациентки с пересаженной почкой в Красноярском крае 28

DOCEMUS, DISCIMUS / ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ DUM

У вас мороз, а у нас соляная пещера 32

Переломы челюстей у детей 34

Система управления рисками в ККБ 36

EX ANIMO / ОТ ДУШИ

У хедлайнера династии Кульга – юбилей 44

Ливанский кедр как продолжение счастья 46

Мой диагноз – донор 50

Ода грызунам особого назначения 53

Больничные крыски ждут Нового – своего года 54





Уважаемые жители Красноярского края!
Поздравляем вас с наступающим Новым годом!

Этот праздник каждый из нас ждет с радостным волнением и особой надеждой. На рубеже времен мы по-новому осмысливаем пройденный путь, вспоминаем самое важное, думаем о будущем.

Юбилейный для края 2019 год останется в нашей памяти как время ярких событий и масштабных свершений. Встретив первую для России Белую универсиаду, красноярцы на отлично выдержали экзамен как одна большая, слаженная команда. Всемирные студенческие игры в краевой столице признаны лучшими за всю историю Зимних универсиад. Мощный импульс обновления получил не только Красноярск – весь край.

Примером бережного отношения к духовному наследию региона стала подготовка к 400-летию Енисейска. Ощутимыми для земляков переменами к лучшему станут и результаты работы по подготовке к четырехвековому юбилею Красноярска, 200-летию нашей южной столицы – Минусинска.

В этом году мы добились уверенного роста во всех отраслях экономики. Аграрии собрали самый богатый урожай от Урала до Тихого океана. Нефтяники приступили к освоению крупного месторождения на Таймыре. Врачи по праву гордятся качеством новых медицинских центров, которые раздвинули границы возможностей краевого здравоохранения.

В культуре знаковым событием стал первый фестиваль Дмитрия Хворостовского, собравший в Красноярске оперных звезд мировой величины.

Все наши общие победы и достижения – достойный подарок к 85-летию края. В 2020-м, объявленном Президентом Годом памяти и славы, вместе со всей страной нам предстоит достойно встретить 75-ю годовщину Великой Победы, решить немало задач, связанных с новым освоением Енисейской Сибири, реализацией национальных проектов. Год будет таким, каким мы сделаемого сами.

Желаем всем землякам счастливых событий, здоровья, удачи и благополучия! Мира и добра каждому дому, каждой семье!

Губернатор Красноярского края
А. В. Усс
Председатель Законодательного Собрания края
Д. В. Свиридов



Уважаемые медицинские работники!

Поздравляю вас с наступающим Новым годом!

Я знаю, что не все из вас, дорогие коллеги, поднимут бокалы под бой курантов. Кто-то встретит новое время за операционным столом, в машине скорой помощи, на посту в реанимации, у постели больного. Такова наша работа, основанная на любви и чувстве долга, – лучшая работа в мире.

Желаю всем вам в Новом году удачи, здоровья, больших профессиональных успехов.

Министр здравоохранения Красноярского края
Борис Немик



Дорогие коллеги!

Мы вступаем в Новый год под уникальным номером – 2020. Понятно, что это магия чисел, но пусть 2020-й окажется счастливым для нас всех.

Пусть будет мир, покой, благополучие, чтобы мы могли и дальше заниматься любимым делом и приносить пользу нашим пациентам.

Счастье на первые несколько месяцев нового года нам гарантировано – больница справляет новоселье. Нужно заселить новый хирургический корпус, привыкнуть к нему, почувствовать все преимущества высокотехнологичного здания.

Думаю, к концу 2020-го мы будем задавать себе вопрос: а как мы вообще раньше жили без этого корпуса?

Желаю вам в новом году большого личного счастья, удачи и профессиональной радости.

Ваш главный врач
Егор Корчагин



РЕЙТИНГ СОБЫТИЙ 2019 ГОДА

I место

Сдача нового хирургического корпуса

Это событие вне конкуренции – оно историческое. 2 декабря 2019 года Красноярская краевая клиническая больница стала лидером по технологической оснащенности за Уралом. Все, кто видел новый корпус, бывал в операционных, реанимационных отделениях, просто заглядывал в палаты, где будут лежать пациенты, не испытывают ничего, кроме восхищения.

Мы постарались очень подробно зафиксировать это знаменательное событие.

Читайте об открытии нового корпуса в следующей теме.



II место

XIX Всемирная студенческая универсиада

Город готовился к этому событию несколько лет. Готовилась и краевая клиническая больница. Строители не успели сдать в эксплуатацию к старту форума новый хирургический корпус, но это не помешало больнице заслужить самые положительные отзывы от тренеров, участников, дирекции Универсиады, а главное – от зарубежных коллег. Мы помним, как менялось настроение врачей команд, побывавших в нашей больнице, в частности, в ее приемном покое: профессионалы сразу понимали что к чему, и у них пропадало волнение за своих подопечных, потенциальных пациентов ККБ.

Всемирная зимняя Универсиада прошла в Красноярске со 2 по 12 марта, но медики начали работать раньше, с 23 февраля, а закончили, когда уехали последние участники, – 15 марта. Универсиаду обслуживали 142 врача, 149 медсестер, 121 волонтер, 48 спасателей, 81 водитель, 154 сотрудника медицинского центра деревни Универсиады (всего 695 человек).

По состоянию на 14 марта всего за медицинской помощью на Универсиаде обратилось 2282 человека, из них 71 ребенок. 2102 обратившихся получили медицинскую помощь на месте, 180 человек были транспортированы в базовые госпитали, из них госпитализировано 77 человек. По поводу общих заболеваний обратилось 2010 человек, по поводу травм – 272. Из общего числа обратившихся: 211 – спортсмены, из них двое детей; 924 – члены оргкомитета «Красноярск-2019», из них 23 ребенка; 70 – члены делегации НФСС; 44 – технические официальные лица; 28 – пресса; 20 – телерадиовещатели; 715 – волонтеры игр, из них 22 ребенка; 7 – тренеры; 59 – члены семей ФИСУ; 26 – гости Оргкомитета зимней Универсиады; 46 – члены судейских бригад по видам спорта; 1 – высокопоставленное лицо; 131 – зрители, из них 23 ребенка.

В основном медицинские проблемы характеризовались как легкие – 1995 (87,4%). С патологией средней степени тяжести обратились 283 человека (12,4%), и только четыре человека (0,2%) было тяжелых.

Удалось обеспечить достойный сервис для всех участников Универсиады. И в этом смысле краевой клинической больнице с развитой системой менеджмента качества не пришлось предпринимать критических усилий, чтобы приблизить уровень сервиса к международному.





III место

80 лет санавиации

Это масштабное событие для краевой медицины и, конечно, для краевой больницы, подразделением которой санавиация является с 1942 года.

Мы отметили эту дату наилучшим способом – под обложкой 73-го номера журнала «Первая краевая» собрали всю архивную и современную информацию о «крылатой» медицинской помощи, воспоминания сотрудников, фотографии и даже газетные публикации.

Более того, киноархив Красноярского края к юбилею обнаружил короткий фильм 1952 года о рейсе санавиации, где мы видим лица давно ушедших, наших дорогих врачей: Михаила Ховеса, Вениамина Аронова, героической Анны Кокориной.

Материалы о санавиации вы найдете по ссылке:

http://www.medgorod.ru/sites/default/files/magazin/zhurnal_blok_no73_web.pdf



IV место

III Всероссийская научно-практическая конференция по качеству

Состоялась 25-26 сентября 2019 года. Приняли участие 426 специалистов (в 2018 году – 370, в 2017-м – 338), проведено семь пленарных заседаний, представлен 31 доклад, два мастер-класса в ККБ.

Участники прибыли из 20 регионов РФ и шести стран – Казахстана, Японии, Южной Кореи, Норвегии, Нидерландов, Сербии. По словам председателя оргкомитета конференции Егора Корчагина, все прошло на одном дыхании.

Были великолепные выступления профессоров из Университетской клиники Нагойи о методах бережливого производства, заимствованных у компании Toyota; коллег из Казахстана об их опыте сертификации по международному стандарту JCI. Гостья из Норвегии рассказала о «прогулках безопасности» в своей клинике, во время которых руководство обсуждает с персоналом актуальные моменты в обеспечении качества и безопасности при оказании медицинской помощи. Коллега из Нидерландов поделился способами сделать каждого сотрудника в коллективе сторонником изменений.

В выступлениях спикеров звучали схожие утверждения о составляющих успеха в улучшении качества оказания медицинской помощи. Первое – это искреннее понимание темы и желание лидера изменить к лучшему ситуацию в каждом конкретном учреждении.

Второе – эффективные инструменты. Некоторые из них были представлены в докладах российских и зарубежных коллег. Третье – культура безопасности, которую необходимо формировать в каждой медицинской организации. Четвертое – государственная поддержка.

Еще одна важная мысль касалась неблагоприятных событий, случающихся в медицинских организациях. Главная задача – свести к минимуму саму возможность возникновения таких трагедий через спокойный анализ, разбор каждой конкретной ситуации с целью найти ее корневую причину. Покидая Красноярск, все участники нашей конференции высказали пожелание встретиться через год, чтобы поделиться опытом внедрения услышанных историй из реальной практики.





V место

Конференция трансплантологов

Это первый форум в городе, который всего пять лет назад пересадил почку, печень и сердце.

Организаторы конференции очень волновались, ведь ждали в гости главного трансплантолога России, директора Института имени Шумакова, академика Готье. А волновались зря – после 11-часовой операции по пересадке легких академик сел в самолет со своей женой, профессором Цирульниковой, и прилетел в Красноярск в прекрасном настроении. И конечно, очаровал нас всех – аристократической доступностью, живым умом и чувством юмора.

А конференция удалась, она была интересна даже непрофессионалам.

Материалы о ней в 73-м номере «Первой краевой», 27-32 стр. http://www.medgorod.ru/sites/default/files/magazin/zhurnal_blok_no73_web.pdf





VI место

Лидерство ККБ в Сибири

Стратегическая цель развития ККБ до 2020 года – лидерство в СФО среди многопрофильных больниц. Цель почти достигнута: сегодня мы лидируем в Сибири по самым значимым показателям.

ККБ – безусловный лидер по оказанию ВМП (14% всех операций). У ближайших конкурентов, в Иркутской областной больнице, ВМП составляет 12% от числа всех операций.

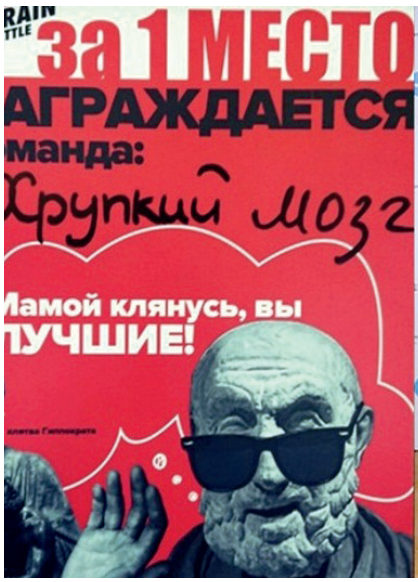
В ККБ высокий процент плановой госпитализации – 65%. Это свидетельство преемственности этапов оказания медицинской помощи. На одного больного в ККБ тратится в среднем 70 тысяч рублей. Дороже обходятся пациенты только в Иркутской области.

У нас самая высокая укомплектованность младшим медицинским персоналом (90%) и одна из самых высоких укомплектованностей врачебным и средним медицинским персоналом. В ККБ самая высокая средняя зарплата в Сибири – около 95 тысяч рублей у врачей и около 45 тысяч у медицинских сестер. Зарплата младшего персонала на втором месте в СФО – более 40 тысяч рублей.

VII место

Книга трех профессоров «Хрупкий мозг» на пьедестале конкурса «Здравомыслие»

На книжку о сложнейшем биологическом процессоре – человеческом мозге, написанную профессорами Шнякиным, Протопоповым, Исаевой невероятно доступным и легким языком, обратили внимание не только коллеги-медики из федерального министерства, но и крупнейшее российское издательство АСТ. Скоро мы увидим «Хрупкий мозг» во всех книжных магазинах. А пока получаем отзывы на очень нужную и полезную книгу – не только из России, но и других стран.





VIII место

Наши медики-победители

Региональный профессиональный конкурс за 2018 год выиграли заведующий нейрореанимацией Николай Довбыш и медицинская сестра ожогового отделения Светлана Варламова.

А лучший в крае врач-эндоскопист Павел Жегалов занял третье место во Всероссийском профессиональном конкурсе, в номинации «Лучший хирург».

Гордимся, уважаем, благодарим.









IX место

Триумф начмеда Натальи Головиной

С октября медики, журналисты, пациенты, жители Красноярска и других городов России голосовали за нашу Наталью Ивановну – участницу Всероссийского конкурса заместителей главного врача по лечебной работе.

Проект выстраивания системы профилактики рисков в краевой больнице, воплощаемый Головиной, занял второе место.

Это неудивительно: безопасность и пациентов, и медработников – превыше всего. Снизить риски можно только фиксацией и анализом всех неблагоприятных событий, а также четко прописанными регламентами всех процессов.

Это прекрасно, что вся Россия теперь знает, какая наша Наталья Ивановна мудрая, талантливая и уникальная.

Победную презентацию начмеда Головиной представляем вам в разделе «Пока учим, учимся».

X место

Зарубежные стажировки наших врачей

Спасибо правительству Красноярского края и лично губернатору Александру Уссу за эту отличную инициативу – обучение наших перспективных врачей в лучших европейских клиниках.

Мы уже проучили нейрохирургов, трансплантологов, урологов, инвазивных хирургов, инфекционистов, абдоминальных хирургов и других врачей. Впечатлений у наших специалистов много, но самое главное – нет былого разрыва между европейской медициной и нашей. Ни в технологическом, ни в организационном, ни в моральном отношении. Все достижимо. Тем более, при таком хирургическом корпусе, который теперь у нас есть.



ОТ ПЕРВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КОРПУСА ДО ВТОРОГО – 80 ЛЕТ



Между хирургическим корпусом Загородной больницы 1939 года и хирургическим корпусом краевой клинической больницы 2019 года, на первый взгляд, пропасть.

Это и время, вместившее кровопролитную войну, возрождение и развитие специализированной медицины, перепрофилирование корпуса в легочно-аллергологический, смену нескольких поколений врачей и медицинских сестер.

Это и технологии строительства – сталинское здание из лиственницы, ручного бетона и довоенного замеса кирпичей. Корпус 2019 года – монолитные технологии, металл, пластик, навесные фасады и так далее.

Это и медицинские технологии, которые даже сравнивать неловко. В 1930-е, например, даже профессии анестезиолог не было.

Но, как ни странно, общего между этими двумя зданиями тоже предостаточно.

Сегодня в нашей больнице праздник, который касается и сотрудников, и пациентов, и руководителей региона, и отечественной медицины в целом, потому что это лучший хирургический корпус за Уралом. Но мы можем легко представить праздник 1939 года, когда в Красноярске открылась первая настоящая большая больница – на 200 коек! Она сразу увеличила коечный фонд города в два раза.

Больница была построена с огромной любовью к людям и качеством, которое контролировалось Советской властью чрезвычайно жестко. Достаточно подержать в руках смету хирургического корпуса довоенного времени. Огромный «талмуд», заполненный каллиграфическим почерком, без единой помарки, с подписями ответственных лиц под каждой партией бревен, кирпича, досок и даже гвоздей. Не говоря уже о заработной плате каменщиков, плотников, бетонщиков, отделочников. И апофеоз этой сталинской точности стоимость корпуса – 1 миллион 498 тысяч 840 рублей 16 копеек.

Хирургическая больница 1939 года стала и серьезным технологическим скачком – просторные операционные, палаты, лучшие доктора. Она изменила медицинскую географию края, ведь еще до получения статуса краевой клинической в 1942 году, Загородная больница принимала деревенских жителей. О том, какие технологии принес с собой хирургический корпус 2019 года, отдельный разговор. Но он тоже изменил медицинскую географию своими превосходными качествами. И, в отличие от первого, теперь легочно-аллергологического корпуса, и девятиэтажного Главного корпуса, новое здание имеет стратегический технологический запас как минимум на четверть века.

Кстати, о Главном корпусе.

Сравнивая хирургические корпуса с такой красивой возрастной разницей в 80 лет, мы можем уверенно сказать, что в течение последних 30 лет основную функциональную нагрузку в краевой клинической больнице нес Главный корпус, открытый в последние годы существования СССР.

По сути, то, что происходило в Главном корпусе, было переходом от перестроечной разрухи, через трудные 1990-е, к больнице, которой сегодня гордится Красноярский край.

Главный корпус был самой сложной и длительной стройкой из всех, что происходили на территории больницы, – он возводился около десяти лет.

Само решение о строительстве девятиэтажного корпуса стало легендой: главный врач Петров пришел ко второму секретарю крайкома Татарчуку с просьбой о расширении краевой больницы. Татарчук возмутился: «У меня коровники не на что строить, а ты со своей больницей! Сам выбивай в Москве!».

И Родион Иванович выбил. Он ночевал в республиканском Минздраве, летал туда несколько раз, и у него получилось.

По воспоминаниям бывшего заместителя председателя крайисполкома Юрия Абакумова, Главный корпус в самом конце строительства подорожал на несколько миллионов рублей. Когда подчиненные принесли Абакумову на подпись документы о дополнительном финансировании, Юрий Константинович пришел в ярость. Но деваться было некуда – корпус строился так долго, что закупленные для девятиэтажки лифты… не вошли по размеру в шахты! Дело в том, что лифты размера запроектированного промышленность просто больше не выпускала. Пришлось расширять лифтовые шахты.

А еще в 1988 году главный врач ККБ Гаус настоял об обязательных санузлах в палатах. Конечно, это тоже удорожило корпус, но как же благодарны Гаусу сегодняшние пациенты!..

Главный корпус придал больнице законченное величие. Это здание, с воздуха напоминающее гигантскую расческу, известно всем жителям Красноярского края.

Здесь освоены сотни новых технологий, здесь организованы специализированные центры, здесь выстроена система менеджмента качества, здесь получен международный сертификат качества ISO-9001, и сюда приезжают коллеги из многих регионов России перенимать административный опыт.

В Главном корпусе, естественно, с первого дня разместилась администрация больницы. В кабинете главного врача хозяевами были трое – Гаус, Петров, Маштаков. Четвертым пришел Корчагин. И именно Егору Евгеньевичу, выведшему краевую больницу по значимости и известности на федеральный уровень, Главного корпуса стало мало. Высокие технологии просто не умещались в операционных девятиэтажного здания.

О новом хирургическом корпусе на уровне исполнительной власти края администрация Корчагина заговорила с 2013 года. Красноярск готовился к Всемирной зимней универсиаде. В контексте этой подготовки и возник проект хирургического корпуса.

Было много «за», было много «против». Главным аргументом главного врача Корчагина была необходимость строительства корпуса не только для спортсменов, но и для всех жителей Красноярского края, которые получат хирургическую помощь европейского качества.



Когда-нибудь Егор Евгеньевич Корчагин обязательно напишет воспоминания о том, как его мечта, его амбициозный проект стали реальностью. Как советская многопрофильная больница менее чем за десять лет стала клиникой европейского уровня – во всех отношениях.

А пока приведем слова проектировщика Werfau Medical Engineering Игоря Гончара, который с командой коллег создавал проект нашего корпуса. Он стоял в приемном покое корпуса во время торжественного открытия и выглядел несколько отстраненным.

– Как себя чувствуете? – спросили мы Игоря.

– Это случилось, – задумчиво сказал Гончар. – Вы даже представить не можете, как часто такие проекты замораживаются или вообще не начинаются. Меняются главные врачи, власть в министерствах здравоохранения, власть в регионах. Как я себя могу чувствовать? Счастлив. Корпус открыт.

И мы счастливы. Поэтому создали пока еще короткую фотохронику нового хирургического корпуса краевой клинической больницы. Когда-нибудь эти свидетельства пригодятся – ну, например, на 100-летний юбилей клиники.

В добрый путь!



ТАК СТРОИЛСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОРПУС



II декада июня 2017 года. Снос гаража и прачечной



IV декада июня. Стройплощадка готова



Август. Котлован вырыт, началась заливка бетона





Корпус будет стоять на трехметровой бетонной подушке



С первых дней собирался еженедельный штаб по строительству с участием руководства компании «Сибиряк» и краевой клинической больницы



Сентябрь 2017 года. Растут первые монолитные этажи







Три башни поднимаются





Стройка - вид с крыши главного корпуса





Октябрь 2017 года. Начальник охраны ККБ Максим Лапковский и главный инженер больницы Михаил Воронцов (справа)



ТАК СТРОИЛСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОРПУС







Декабрь 2017 года. Еще два этажа, и первая башня будет готова



Егор Корчагин ведет по стройке министра здравоохранения Красноярского края Вадима Янина (третий справа) и его заместителя Бориса Немика (четвертый справа)



С проектом масштабной реконструкции ККБ знакомятся гости больницы



Два с половиной года главный врач ККБ жил грандиозным строительством



Февраль 2018 года. Согласовываем внутренний дизайн нового корпуса и отделочные материалы

В хирургическом корпусе доминируют матовые благородные оттенки





С визитом в ККБ полпред Президента в СФО Сергей Меняйло





Февраль 2018 года. Обшивается башня и стилобат

ТАК СТРОИЛСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОРПУС



Весной и летом 2018 года производился монтаж фасада на зеленой, оранжевой и желтой башнях









Кислородная станция. Теперь в больницу кислород привозить не надо - его будут производить на месте



Оформляется приемный покой





Осень 2018 года. Прокладываются внутренние коммуникации





В корпус завозят медицинское оборудование



Весна 2019 года. Умная хирургическая лампа MAQUET уже под потолком



Лето 2019 года. Монтаж медицинского оборудования - сложный, длительный процесс



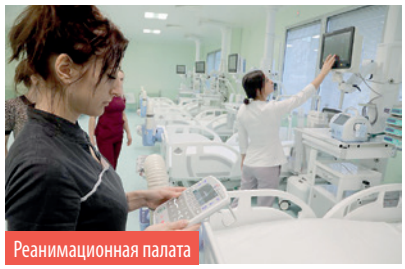
Осень 2019 года. Строительство корпуса на финишной прямой

МЫ ОТКРЫЛИСЬ 2 ДЕКАБРЯ 2019 ГОДА!



Этот день войдет в историю краевой клинической больницы и всего краевого здравоохранения


На открытии присутствовали все СМИ Красноярска


Реанимационная палата


Пневмопочта будет доставлять анализы пациентов прямо из операционной в лабораторию



Заведующий приемным отделением Максим Суворов объясняет губернатору края Александру Уссу работу отделения по принципу светофора


Так было. Панорама 1988 - 2018 годов



За этой дверью под крышей паркуются машины скорой помощи



Александр Усс поздравляет с открытием корпуса прекрасного врача, ветерана краевой больницы Елену Пучко

На спинке реанимационной кровати прикреплена специальная «печка» для пациентов с нарушением гемодинамики



Уникальная гибридная операционная с единственным в России ангиографом последнего поколения





Так есть. Вид с воздуха на краевую больницу (осень 2019 года)

ОБРАЗОВАНИЕ

АНАЛИЗ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

Ж. Е. ТУРЧИНА
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Производственная практика – важная составляющая часть подготовки студента медицинского вуза.

В статье рассматриваются актуальные вопросы проведения промежуточной аттестации студентов младших курсов по программам производственной практики «Помощник младшего медицинского персонала», «Помощник палатной медицинской сестры» по специальности «Лечебное дело».

Представлен сравнительный анализ показателей успеваемости (средний балл, общая успеваемость, качественный показатель) за 2017-2019 гг. Рост показателей успеваемости можно объяснить повышением дисциплины студентов по отношению к практике.

Подробно изложены этапы рейтинговой оценки студента: оценка руководителя, практические навыки, собеседование. Отражена роль симуляционного обучения при подготовке к практике и фонда оценочных средств при проведении итогового зачета с оценкой.

Большое место в процессе организации практики отводится учебно-методическому обеспечению. В дневнике производственной практики отражены не только количественные показатели, но и ежедневный самоанализ выполненной работы.

Производственная практика совершенствует сестринское обследование больных, навыки интерпретации результатов клинического, лабораторно-инструментального обследования, закрепляет основы врачебной деонтологии, медицинской этики. При прохождении летней производственной практики в медицинском коллективе происходит оценка психологической готовности студента к работе с больными.

Введение

Задачами любого вида практики являются:

– формирование профессиональной компетентности (овладение профессионально-практическими, научно-исследовательскими, педагогическими и производственными умениями, навыками, инновационными технологиями);

– развитие деловых, организаторских и личностных качеств будущего специалиста в медицинской сфере.

В процессе прохождения летних производственных практик в базовых лечебно-профилактических учреждениях происходит проверка соответствия умений и навыков студентов потребностям практического здравоохранения.

С 2011 года студенты лечебники, педиатры и стоматологи проводят производственную практику на кафедре сестринского дела и клинического ухода, о чем сотрудники кафедры неоднократно отмечали в своих научных публикациях.

За последние пять лет в вузе и на кафедре активно внедрялись различные инновации по организации производственных практик: совершенствование учебно-методического обеспечения, создание чек-листов, организация центра и кабинетов симуляционного обучения.

В основе производственной практики лежит компетентностный подход, идет реализация, прежде всего, профессиональных компетенций (ПК), общекультурных (ОК) и общепрофессиональных компетенций (ОПК). Достаточно интересными являются вопросы промежуточной аттестации студентов, после практики, а также «обратной связи», т.е. взгляд студента на этапы практики.

Цель исследования

Изучить мнения студентов о прохождении производственной практики, провести сравнительный анализ результатов промежуточной аттестации студентов младших курсов по программам производственной практики «Помощник младшего медицинского персонала», «Помощник палатной медицинской сестры» на лечебном факультете за 2017-2019 гг.

Материал и методы исследования

Анкетирование студентов 1-го и 2-го курсов лечебного факультета университета после прохождения производственной практики. Количество: 768 человек (380 – студенты 1-го курса, 388 – студенты 2-го курса).

Статистический метод – выкипировка данных из дневников производственной практики, отчетов кафедры СД и КУ по итогам практики.

Анкета разработана учебно-методическим управлением университета, расположена на сайте вуза в модуле «Производственная практика». Анкетирование проходило в электронном формате и было обязательным для каждого студента.

Аттестация по производственной практике проводится в виде зачета с оценкой на кафедре сестринского дела и клинического ухода. Студенты на защиту практики представляют:

– дневник, заверенный руководителем и печатью организации;

– рецензию на работу (характеристику), заверенную базовым руководителем, руководителем и печатью организации. Приказом по университету назначаются члены экзаменационной комиссии. Рейтинг промежуточной аттестации складывается из трех компонентов: «О» – оценка руководителя по итогам практики, выставленная в дневнике (1-й этап); «П» – практические навыки (2-й этап), отработка в фантомном классе (в экзаменационном билете по три практических навыка согласно программе практики), «С» – собеседование (3-й этап). Вместе они составляют 100%.

На каждый практический навык сотрудниками кафедры разработаны чек-листы, т.е. подробный алгоритм проведения манипуляции. Чек-листы позволяют экономить время студента и преподавателя при

оценке степени освоения того или иного практического навыка на симуляторе или тренажере, позволяют довести уровень его усвоения до автоматизма.

В дневнике производственной практики отражен ежедневный самоанализ выполненной работы.

В первый день практики студент отвечает на вопрос в дневнике: «Какие качества позволят вам успешно пройти производственную практику?».

Ежедневно студенты отвечают на несколько вопросов: «Мое самое значимое достижение сегодня»; «Трудности, с которыми мне не удалось справиться сегодня»; «Что мне нужно улучшить завтра?». Ответы на вопросы позволяют выявить наиболее слабые моменты прохождения производственной практики и помогут наметить план оптимизации практической подготовки.

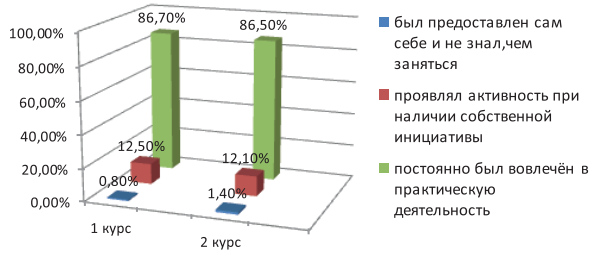
Во время собеседования экзаменаторы оценивают количество практических навыков, которыми студент овладел «самостоятельно», «выполнял под контролем медицинского персонала», «практический навык освоен только теоретически». Соответственно и количество баллов студенты получают различное. Максимальное, когда выполнил процедуру «самостоятельно», – 1 балл.

Также учитывается качество заполнения дневника, особое внимание уделяется практическим навыкам, с которыми студент вообще «не встретился», учитывая профиль клинического отделения. Тогда экзаменатор может провести собеседование по выполнению данного навыка в теории.

Результаты исследования и их обсуждение

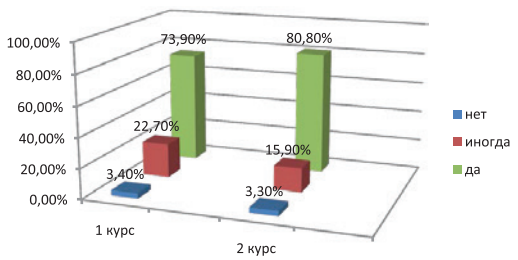
После анкетирования были получены следующие результаты: на вопрос «Как бы вы охарактеризовали свою активность в процессе производственной практики?» большая часть студентов 1-го (86,7%) и 2-го курсов (86,5%) отметили, что постоянно были вовлечены в практическую деятельность. Значительно меньшая часть студентов (12,5 и 12,1%) отметили, что проявляли активность только при наличии собственной инициативы.

Данные представлены на рис. 1.

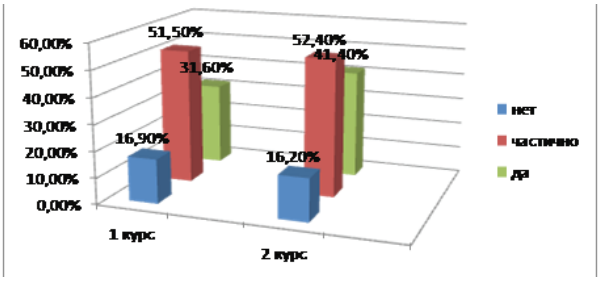


На вопрос: «Была ли возможность отрабатывать навыки на больных?», большинство студентов 1-го (73,9%) и 2-го курсов (80,8%) ответили «да», 22,7 и 15,9% соответственно ответили «иногда», и совсем незначительная часть (3,4 и 3,3%) ответили «нет».

Данные представлены на рис. 2.

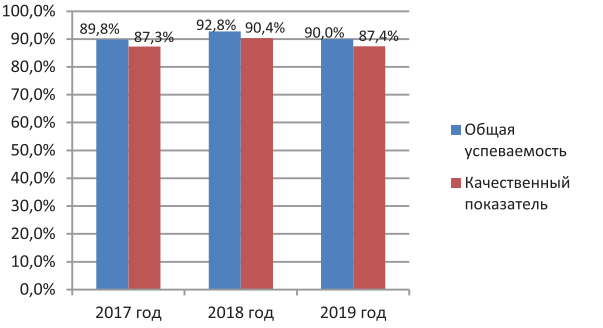


На вопрос: «Была ли возможность отработать алгоритм практического навыка в экстренных ситуациях?», наибольшая часть студентов 1-го и 2-го курсов ответили «частично», что составляет 51,5 и 52,4% респондентов соответственно. Ответили «да» 31,6 и 41,4% респондентов, ответили «нет» 16,9 и 16,2% респондентов, что представлено на рис. 3.



Анализируя показатели успеваемости по производственной практике «Помощник младшего медицинского персонала» за 2017-2019 гг., следует отметить, что качественный показатель в 2018 году составил 90,4%. Это несколько выше по сравнению с 2017 и 2019 гг., где данный показатель составил 87,3 и 87,4%.

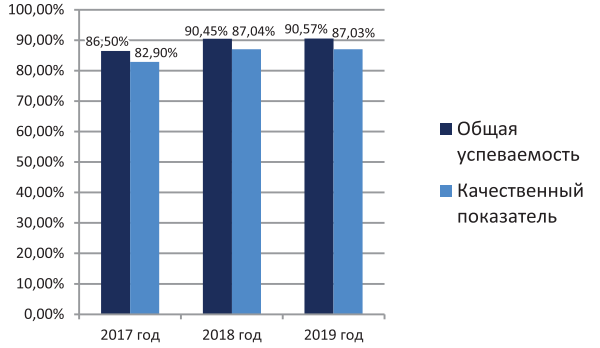
Общая успеваемость в 2017 году составила 89,8%. Это ниже показателей 2018 (92,8%) и 2019 гг. (90%). Повышение общей успеваемости можно объяснить более качественным ведением дневников и более высоким уровнем выполнения практических навыков.



Анализируя показатели успеваемости летней производственной практики «Помощник палатной медицинской сестры» за 2017-2019 гг., следует отметить, что качественный показатель с 2017 года (82,9%) вырос до 87,03% в 2018 году и 87,04% в 2019 году.

Общая успеваемость в 2017 году составила 86,5%.

В последующие годы (2018-2019) также отмечается стабильный рост этого показателя – 90,45 и 90,57% соответственно.



Рост вышеуказанных показателей успеваемости можно объяснить повышением дисциплины студентов по отношению к практике, оптимизацией учебно-методического обеспечения, активным внедрением симуляционного обучения.

Анализируя динамику среднего балла по программам производственных практик, по данным отчетов кафедры, можно отметить стабильность этого показателя: 4,6-4,7 в 2017-2019 гг.

Выводы

Таким образом, производственная практика студентов младших курсов – необходимая составная часть подготовки будущего врача. Она представляет собой переходную ступень к следующим, более сложным по набору практических умений практикам: «Помощник процедурной сестры», «Помощник фельдшера», «Помощник врача».

Как показало данное исследование, большая часть студентов обладает достаточной мотивацией при прохождении практики. Положительные результаты отмечаются также в динамике показателей успеваемости.

Литература

1. Зорина Е.В., Мудрова Л.А. Определение наиболее значимых для студентов технологий обучения в медицинском вузе // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019. Т. 10, № 3. С. 8-14. doi: 10.24411/2220-8453-2019-13001.

2. Ходжаян А.Б., Агранович Н.В. Особенности организации эффективной самообразовательной деятельности студентов в медицинском вузе // Фундаментальные исследования. 2011. № 11-1. С. 149-153.

3. Мягкова Е.Г., Шитьковская Е.П. Применение личностно-ориентированных технологий в проведении производственной практики у студентов-медиков: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании» (Красноярск, 7-8 февраля 2018 г.). Издательство КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. С. 127-131.

4. Танченко О.А., Гончарова О.М., Нарышкина С.В. Производственная практика – важный этап совершенствования практических навыков студентов на кафедре терапии: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании» (Красноярск, 7-8 февраля 2018 г.). Красноярск: Издательство КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. С. 159-162.

5. Галактионова М.Ю., Маисеенко Д.А., Таптыгина Е.В. От симулятора к пациенту: современные подходы к формированию у студентов профессиональных навыков // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 5. С. 108-110.

6. Зорина Е.В., Каскаева Д.С., Мудрова Л.А., Манухина Е.А. Новые подходы в организации производственной практики студентов первого курса // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 91-95.

7. Турчина Ж.Е., Шарова О.Я., Нор О.В., Черемисина А.А., Битковская В.Г. Симуляционное обучение как современная образовательная технология в практической подготовке студентов младших курсов медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. URL: http://www.science-education.ru/article/view?id=24677 (дата обращения: 18.10.2019 г.).

ЭКОЛОГИЯ

33 «ЗЕЛЕНЫЕ» АВОСЬКИ ВОСЬМОЙ БОЛЬНИЦЫ ПРОТИВ ДВУХ ТРИЛЛИОНОВ ПЛАСТИКОВЫХ ПАКЕТОВ

М. Ю. Маслова, Т. Спожакина, Е. П. Горбылева, С. А. Артюхова
КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»



По статистике, именно такое количество пакетов производится на земле за год – два триллиона. Но ведь было время, когда человечество не знало смертельного комфорта полиэтиленового пакета. Народ спокойно обходился авоськами, сумочками, кульками, не слишком вредными ни для владельцев, ни для природы.

Сегодня все понимают, что пластик захватил землю, что он опасен, что надо останавливаться, но только немногие, не дожидаясь указов свыше, решились вернуться к привычной и долговечной матерчатой сумке.

В КГБУЗ КГДП № 8 конкурс по изготовлению экосумок провела в ноябре 2019 года экологическая молодежная организация «Зеленый кошелек». Одиннадцать подразделений больницы представили свои изделия на суд народного жюри.

Голосование помогли провести волонтеры. Фото всех 33 конкурсных работ они показывали не только сотрудникам, но и пациентам, которые искренне удивлялись «зеленой» инициативе врачей, медсестер и обслуживающего персонала.

Победителем конкурса стала Ольга Борисовна Сафронова, врач-педиатр Центра здоровья. За ее симпатичную сумку проголосовал 31 человек.

Второе место у сумки, изготовленной Ольгой Анатольевной Аксеновой, техничкой поликлиники № 1 (29 голосов). На третьем месте экосумка Галины Петровны Беляевой, делопроизводителя поликлиники № 1 (21 голос).

Победители получили призы от своего «зеленого» наставника – КРОМЭО «Зеленый кошелек».

Сотрудники больницы вот уже второй год активно поддерживают инициативы краевой экологической организации. И пусть наши «зеленые» шаги еще робки, и результаты по сбору вторсырья не столь масштабны, но главное, что наш коллектив сделал: от слов мы перешли к реальным, нужным и важным для себя, природы и общества делам.

И наша маленькая победа на стороне 33 экосумок. Именно они должны вернуть человеку инстинкт самосохранения, который отключил полиэтиленовый пакет.

Главный врач учреждения Маргарита Юрьевна Маслова высоко оценила проведение данного конкурса:

– Целью проведения мероприятия «Экосумка» является привлечение внимания к актуальным экологическим проблемам в нашем городе. Сегодня полиэтиленовые пакеты повсюду. Конечно, они очень удобны, но мы понимаем, что использовать полиэтиленовые пакеты – значит, губить природу.

Очень приятно было видеть, с каким энтузиазмом включились наши сотрудники в процесс изготовления сумок многоразового использования. Я рада, что работаю с такими талантливыми и неравнодушными людьми.

И спасибо «Зеленому кошельку», что дают повод задуматься об экологии нашего города.



Второе место заняла Ольга Аксенова


Победительница Ольга Сафронова



ВЫРЕЖИ И СОХРАНИ

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ДЛЯ ВАС

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

ЦЕНТР КОМПЕТЕНЦИЙ ККБ ПРЕДЛАГАЕТ обучение современным методикам управления и создания системы менеджмента качества

I. Мастер-классы (стажировки) на рабочем месте по различным направлениям:
• Система обеспечения лекарственными средствами с помощью системы КАНБАН.
• Система идентификации пациентов.
• Система автоматизации операционного плана.
• Система сортировки потоков движения пациентов по степени тяжести состояния.
• Технология мониторинга движения пациентов в приемном отделении.
• Работа медицинской сестры по модели «Универсальная медицинская сестра».
• Организация рабочего пространства по системе 5S.
• Система профилактики падений.
• Технология оценки боли у пациентов.
• Кейс-менеджмент в поликлинике.
• Опыт автоматизации процессов медицинской деятельности и многое другое.

II. Семинары и тренинги по управлению компанией на базе стандартов ISO
• ISO 9001:2015. Создание и развитие системы менеджмента качества на основе международного стандарта ISO 9001:2015.
• Внутренний аудит системы менеджмента.
• Графические методы описания бизнес-процессов.
• Внутрипроизводственное обучение (TWI).
• Эффективная стандартизация. Разработка стандартов.
• Эффективная стандартизация. Разработка рабочих инструкций.
• Организация работы службы качества. Основные функции и навыки.
• Управление лекарственными средствами и медицинскими изделиями с помощью системы КАНБАН.
• Система управления инцидентами и критическими ситуациями. Анализ причин возникновения инцидентов и критических ситуаций.
• Применение информационных систем при внедрении систем менеджмента.

III. Семинары на базе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
• Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
• Идентификация личности пациента.
• Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).
• Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
• Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
• Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения.
• Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер в другие МО.
• Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
• Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.
• Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений.

IV. Семинары по направлениям/нозологиям
• Порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Технология оптимизации процесса. Способы сокращения времени от момента поступления до госпитализации.
• Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой. Технология оптимизации процесса. Способы сокращения времени от момента поступления до госпитализации.

V. Консалтинговое сопровождение
• Консалтинговые услуги по внедрению системы менеджмента качества на основе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
• Консалтинговые услуги по стандартизации процессов, разработке порядков стандартов.
• Консалтинговые услуги по разработке инструкций с помощью подхода TWI (Training Within Industry – система обучения персонала на рабочем месте).

Сотрудники центра проводят консультирование и обучение по разработке и внедрению системы менеджмента качества на основе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, стандартов серии ISO 9000 и инструментов бережливого производства.

Контактная информация:
8-902-922-97-47
smkkkb@bk.ru
Николаева Надежда Михайловна
Головина Наталья Ивановна

Необыкновенный случай

Casus extraordinarus

ОРГАНИЗОВАВШАЯСЯ ГЕМАТОМА СРЕДОСТЕНИЯ

С. Е. Волынкин, Д. И. Китаев, И. Г. Ковалев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Гематома средостения встречается в 6-17% всех ранений груди и шеи [1], наблюдается также после закрытой травмы. Кровотечение часто самопроизвольно останавливается (особенно при разрывах малых венозных сосудов средостения).

Данный вид гематомы имеет различные размеры, форму и расположение. Увеличение размеров гематомы средостения обусловливается присоединением экссудата из окружающих тканей.

Симптомы

Клинические проявления гематом средостения зависят от их характера, локализации и размеров. Вследствие давления, оказываемого гематомой на соседние ткани, могут появиться дисфагия, стенотическое дыхание, кашель, боль в груди, осиплость голоса, синдром верхней полой вены или неврологическая симптоматика. Эти симптомы возникают при сдавлении смежных с гематомой органов и анатомических структур – верхней полой вены, трахеи и главных бронхов, пищевода, диафрагмального или гортанного нервов. Все симптомы могут быть объединены в медиастинальный синдром.

Боль в груди носит тупой характер. Ее локализация зависит от расположения патологического процесса. Стенотическое дыхание характеризуется затрудненным выдохом и вдохом. В связи с этим грудная клетка вздута, в акте дыхания принимают участие шейные и межреберные мышцы. Сеть подкожных вен на груди расширена, вены шеи утолщены. Лимфостаз приводит к образованию лимфангиэктазий, отеку, появлению транссудата в плевральной и брюшной полостях [1, 2].

Иногда давление на окружающие органы нарастает так быстро, что гематома требует срочного оперативного удаления.

Диагностика

Выявление и детальная анатомическая характеристика гематом средостения возможны по данным лучевого исследования. Обычно оно начинается с рентгенографии грудной клетки или флюорографии.

На рентгенограммах в переднезадней проекции выявляется расширение соответствующего отдела средостения, имеющее довольно четкий, ровный и даже выпуклый контур. Характер последнего зависит от количества излившейся крови и срока, прошедшего после травмы. В частности, при выраженном пропитывании кровью тканей парамедиастинального пространства и медиастинальной плевры, наружная граница тени средостения на значительном протяжении может быть неровной и нечеткой.

В ряде случаев на присутствие гематомы указывают и косвенные признаки: смещение трахеи, главных бронхов, пищевода, крупных артериальных и венозных стволов. При рентгенологическом исследовании лучше распознаются гематомы заднего средостения [2].

Компьютерную томографию следует рассматривать как основной метод уточняющей диагностики при гематомах средостения. Показанием к ее проведению является уже сам факт обнаружения на рентгенограммах признаков патологического образования в средостении.

Гематомы средостения, диффузные или локализованные, отличаются повышенной плотностью при КТ в первые часы после травмы. С течением времени их плотность постепенно уменьшается, начиная с центральных зон.

Дополнительная информация о характере повреждения средостения может быть получена при контрастном исследовании пищевода, бронхоскопии и ФГС. Смещения пищевода и трахеи позволяют ориентировочно судить о локализации и величине гематомы.

Прогноз

Исходы кровоизлияния в клетчатку средостения могут быть различными. Полное рассасывание излившейся крови наступает сравнительно редко. Чаще гематома отграничивается, уплотняется и прорастает соединительной тканью. В дальнейшем здесь нередко откладывается известь. Иногда разрастание рубцовой ткани не ограничивается зоной гематомы, а распространяется на клетчатку средостения, вовлекая в патологический процесс пищевод, трахею, главные бронхи, сосуды. Подобные хронические склерозирующие медиастиниты являются нередкими осложнениями травм средостения.

Клинический случай

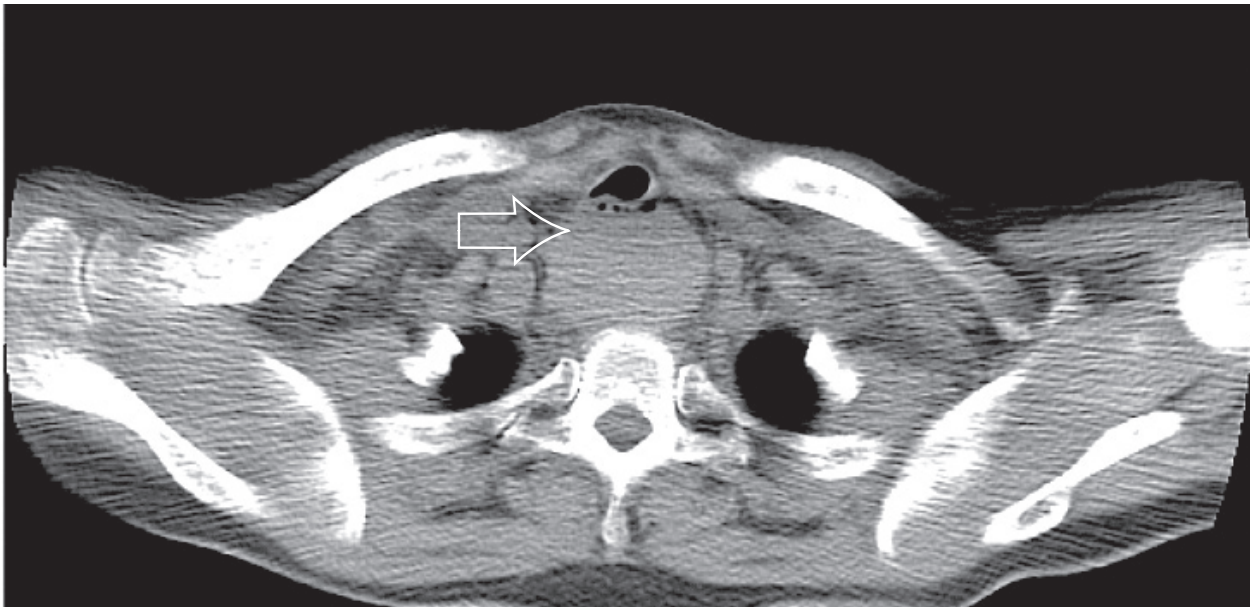
В начале июня 2015 года машиной скорой медицинской помощи из Сосновоборской ЦГБ доставлена пациентка Б., 1951 г.р., с подозрением на медиастинит, расслаивающуюся аневризму аорты. Жалобами пациентки были: слабость, боль в грудной клетке при дыхании, чувство комка в горле, приступообразный кашель, одышку, чувство нехватки воздуха, отек шеи. Вышеперечисленные жалобы появились после интенсивной физической нагрузки на даче, после чего муж пациентки вызвал скорую помощь.

В приемном отделении краевой клинической больницы пациентка осмотрена сосудистым хирургом, кардиологом. Проведена ультразвуковая допплерография брахиоцефальных артерий – расслоения интимы БЦА, подключичной артерии (ПКА) не выявлено. Учитывая жалобы пациентки, дыхательную недостаточность, объективный статус, пациентка переведена в отделение реанимации, где продолжалось дальнейшее обследование.

Данные физикального обследования: гемодинамика стабильная, тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный. ЧСС – 88-87 в минуту. АД – 100/60 мм рт. ст. ЭКГ – ритм синусовый. Острая патология со стороны сердечно-сосудистой системы исключена.

Пациентку осмотрел врач-невролог – данных за острую патологию со стороны нервной системы не выявлено. Больную осмотрел стоматолог-хирург – данных за острую хирургическую патологию челюстно-лицевой области нет. Осмотрена хирургом. Выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости – свободного газа нет. На момент осмотра данных за острую хирургическую патологию брюшной полости нет.

После введения 60 мг преднизолона общее состояние пациентки незначительно улучшилось, была осмотрена врачом-аллергологом.



Учитывая анамнез, лабораторные показатели крови, исключен отек Квинке.

Больная осмотрена отоларингологом. При фарингоскопии на задней стенке глотки выявлено кровоизлияние, спускающееся в гортаноглотку, в виде полосы шириной до 2 см.

Выполнено УЗИ мягких тканей шеи. При обзорном сканировании передней поверхности шеи позади щитовидной железы обнаружено гипоэхогенное тканевое образование с анэхогенными включениями, уходящее на глубину до 4,5 см, размерами 4,5х2,2х4 см. Стоматологом-хирургом назначено рентгенологическое исследование грудной полости.

R-графия: легкие расправлены, справа в проекции средней доли определяется фокус инфильтрации, легочный рисунок усилен в нижних отделах, корни структурны, тень средостения не смещена, расширение верхнего средостения с четким контуром, интенсивное, куполы диафрагмы с ровным, четким контуром, плевральные полости свободны. В условиях отделения реанимации врачом-эндоскопистом пациентке проведены трахеобронхоскопия и эзофагогастродуоденоскопия. От устья пищевода до средней трети пищевода определяется сдавление извне, в области сдавления слизистая не изменена.

С подозрением на медиастинит пациентка направлена на МСКТ органов грудной полости с бодюсным усилением. В задне-верхнем средостении с распространением в шейную область, по задней стенке верхнего отдела пищевода визуализировалось образование размером 115х45х34 мм, с относительно четкими, ровными контурами, плотностью около +50 ед. Н (плотность содержимого соответствует плотности крови 40-50 ед. Н).

При контрастном усилении и в отсроченную фазу определяются небольшие участки неравномерного слабого контрастирования. Образование оттесняет пищевод, трахею кпереди, смещает сосудистые пучки. Парамедиастенально справа определяется небольшое количество жидкости. Костные структуры не изменены. Средостение не смещено, сердце не расширено. Аневризматических расширений грудной аорты и диссекции интимы не выявлено.

Стоматологом-хирургом совместно с торакальным хирургом принято решение о проведении экстренного оперативного вмешательства – цервикотомии слева, ревизии образования, с определением объема вмешательства интраоперационно.

В условиях экстренной операционной после обработки операционного поля произведена типичная цервикотомия по Разумовскому слева. Послойно вскрыты фасции шеи. После вскрытия листка щитовидной фасции и смещения кнутри левой доли щитовидной железы, тупым путем обойден сзади пищевод, предпозвоночная фасция имбибирована темной кровью, пальпаторно ниже щитовидного хряща определяется эластической консистенции образование. При попытке выделения образования вскрылась гематома, состоящая из плотных темных сгустков, объемом до 100 мл, без жидкостного компонента, уходящая в задне-верхнее средостение. Гематома опорожнена, отмыта раствором водного хлоргексидина.

Признаков нагноения и инфицирования нет, поступления крови в рану не отмечено. Полость после эвакуации гематомы дренирована трубчатым дренажом. Рана послойно ушита. Наложена асептическая повязка.

Выставлен послеоперационный диагноз глубокая гематома шеи, верхнего средостения.

Разобрав детально данный клинический случай, при поступлении пациентов с подобными клиническими проявлениями и симптоматикой стоит заподозрить сдавление каким-то образованием верхней полой вены, трахеи и главных бронхов, пищевода, диафрагмального или гортанного нервов.

Дежурному врачу следует, в первую очередь, назначать МСКТ мягких тканей шеи и средостения с контрастным усилением.

При подозрении на медиастинит или опухолевидное образование глубоких тканей шеи, дальнейшая тактика ведения – трахеобронхоскопия с одномоментной интубацией трахеи и проведение цервикотомии, медиастинотомии по Разумовскому по экстренным показаниям.

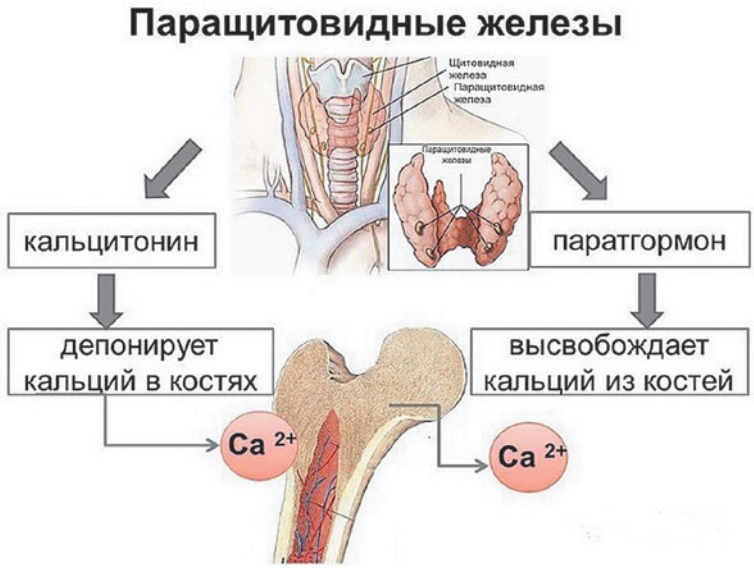
Литература

1. Дегтярев О.Л., Турбин М.В., Саркисян В.А., Скнар В.В. Гематомы средостения – дифференциальная диагностика и методы лечения // XVI съезд Российского общества эндоскопических хирургов. Ростов-на-Дону. 2013.

2. Тюрин И.Е., Евграфова С.Ю. Дифференциальная диагностика новообразований средостения // Практическая пульмонология. 2010. № 4.

ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗАГРУДИННОЙ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У «ХРУСТАЛЬНОЙ» ПАЦИЕНТКИ



Основная задача паращитовидных желез – выработка в достаточном объеме паратгормона. Именно он вместе с кальцитонином, витамином Д регулирует метаболизм фосфора и кальция.

Паратгормон повышает концентрацию кальция в крови и снижает показатели фосфора. Благодаря этому организму удается подстраиваться под условия внешней среды.

При гиперфункции паращитовидных желез растут показатели паратгормона и страдают практически все системы органов, особенно скелет, почки и кишечник.

Гиперфункцию паращитовидных желез сопровождают:

– деформация скелета и размягчение костей;

– остеопороз;

– частые переломы;

– вымывание минералов с костей и оседание в органах;

– камни в почках;

– почечная недостаточность;

– панкреатит и язвы желудка и ДПК;

– нарушения в работе нервной системы;

– миопатия.

Среди возможных причин гиперпаратиреоза – опухоли и аденомы, гиперплазия желез.

Мы представляем клинический случай успешного удаления аденомы паращитовидной железы переднего верхнего средостения у пациентки с патологическими переломами костей.

Клинический случай

Пациентка М. 53 года поступила в хирургическое отделение № 2 краевой клинической больницы с жалобами на боли в костях, бессонницу, сухость кожи, жажду до 3-4 литров в сутки, частое мочеиспускание, боли в глазах, тошноту. Появились боли в желудке до рвоты съеденной пищей. Ежедневно принимает кетанов внутримышечно. Самостоятельно не ходит.

Из анамнеза

Боли в ногах у 43-летней М. начались в 2011 году. Именно тогда она сломала колено, шесть месяцев провела на больничном, но нога продолжала болеть.

В 2012 году поступила в травматологическое отделение ККБ с переломом левого бедра. Установлена металлоконструкция, при обследовании впервые выставлен диагноз гиперпаратиреоз, остеопороз (уровень паратгормона 182,9 при норме 1,45-10,41).

В сентябре 2012 года прооперирована в эндокринном хирургическом отделении – удалена левая паращитовидная железа.

В связи с остеопорозом в послеоперационном периоде произошло укорочение правой ноги на 3,5 см за счет усадки кости из-за снижения плотности. Пациентка самостоятельно не ходила, передвигалась на коляске.

В 2014 году зафиксировано повышение ПТГ до 107,6 пг/мл. Осенью появились жалобы на судороги ног, онемение лица, дискомфорт в области шеи.

Принимала препараты кальция и фосфора. На фоне приема миокальцика пациентка самостоятельно начала двигаться, ходить, но с 2016 года прием миокальцика прекращен.

В мае 2018 года – перелом надколенника справа. В июне 2019 года – перелом шейки левого бедра со смещением.

В сентябре 2019 года на прием к эндокринологу пришла дочь и сообщила, что мама сломала правое бедро, совершенно обездвижена. Рентгенографию не делали. Анализы сданы инвитро: гемоглобин – 101 г/л, СОЭ – 19, витамин Д – 12 нг/мл (30-100). Уровень паратгормона – 166,4 г/моль/л (1,6-6,9).

– Учитывая беспомощность пациентки, выраженность болевого синдрома, обследование мы проводили в условиях приемного покоя, – рассказывает эндокринный хирург Олеся Еселевич. – Ко мне на осмотр пациентку принесли на матрасе.

В приемном покое ККБ выставлен диагноз остеопороз смешанного генеза с патологическими переломами.

Гиперпаратиреоз первичный? Третичный? Дефицит витамина Д.

Снимки пациентки обсуждены с к.м.н. И. И. Красицким и главным травматологом-ортопедом Красноярского края А. М. Лубниным. Показано дообследование – сцинтиграфия скелета и далее дообследование пациентки в условиях отделения ортопедии с проведением консилиума в составе эндокринного хирурга, эндокринологов и специалистов Центра остеопороза для определения тактики дальнейшего ведения.

10 октября проведена компьютерная томограмма: обнаружено образование в верхнем средостении, на уровне рукоятки грудины, размерами 2,8-0,9-1 см, подозрительное

в отношении атипичной околощитовидной железы.

Результат денситометрии от 26 сентября 2019 года: остеопения, остеопороз.

УЗИ щитовидной железы: узлообразование правой доли щитовидной железы TI-RADS-2.

Рентгенография правого тазобедренного сустава и правой бедренной кости: гиперпаратериоидная остеодистрофия.

Паратиреоидный гормон в первые дни стационарного лечения достигал огромных цифр – 2500 и более пг/мл. Выраженная анемия – 101 г/л.

Учитывая наличие атипично расположенной аденомы околощитовидной железы, пациентке было показано оперативное лечение в плановом порядке с проведением стернотомии.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного статуса и результатов обследования выставлен клинический диагноз первичный гиперпаратиреоз костная форма, тяжелое рецидивирующее течение. Образование переднего верхнего средостения.

Остеопороз с множественными патологическими переломами шейка бедра слева (2012) и справа (2019), позвонков (?) Т кр По – 2,0 и пр – 4,8.

В ноябре 2019 года пациентке проведено оперативное лечение по жизненным показаниям: стернотомия, паратиреоаденомэктомия атипично расположенной околощитовидной железы в переднем средостении.

Операционная бригада: кардиохирург А. В. Мызников, эндокринный хирург О. В. Еселевич, анестезиолог А. А. Гордеев, медсестра-анестезист О. С. Талалуева.

Ход операции

Выполнена срединная мини-стернотомия до середины грудины. При ревизии переднего средостения выделена атипично расположенная околощитовидная железа, расположенная в клетчатке переднего средостения между v. brachiocephalicussinistra и arcusaortae. Размер железы 3,5-2 см, удалена.

Во время операции дважды бралась кровь на паратиреоидный гормон – во время выделения околощитовидной железы и после удаления через 15 мин.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

– Это была не самая технически сложная операция, – комментирует аденотомию кардиохирург Артур Мызников. – Но мы довольно редко используем такой доступ. Важно, что мы сработали в одной команде с хирургом-эндокринологом и добились хорошего результата.

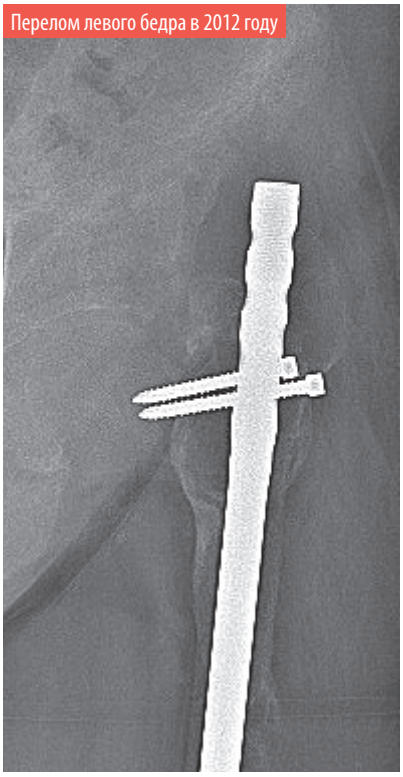
Действительно, результат уже заметен: выравниваются лабораторные показатели, паратгормон крови снизился в пять раз, хотя все еще не достиг нормативных значений.

– Мы справились с рецидивом гиперпаратиреоза и, надеюсь, остановили череду патологических переломов, – говорит Олеся Еселевич. – Пациентка выписывается по месту жительства, но будет под нашим наблюдением. Если все пойдет хорошо, она должна подняться с инвалидного кресла и пойти.

Подготовила
Елена Семенова



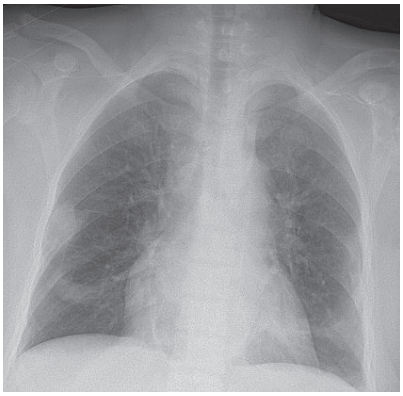
Пациентка М. перед выпиской. Врачи надеются, что после семи лет обездвиженности она встанет с инвалидного кресла



Перелом левого бедра в 2012 году



Перелом правого бедра в 2019 году



ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ УДАЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКОЙ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

С. В. Ивлиев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Успешная пересадка почки наиболее полно обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию пациентов с хронической болезнью почек V стадии. К настоящему времени в трансплантологии достигнуты очень хорошие результаты – выживаемость почечных трансплантатов в течение первого года достигает 95%.

Важным показателем реабилитации пациенток после пересадки почки является восстановление репродуктивной функции и способность к рождению здоровых детей.

Наступление беременности происходит у 5-12% женщин детородного возраста с пересаженной почкой.

Благоприятный исход беременности после пересадки почки достигает 65-92% случаев, но при этом частота материнских и фетальных осложнений у женщин с пересаженной почкой выше, чем в общей популяции.

Первая в истории успешная беременность у пациентки с пересаженной почкой наблюдалась в 1958 году. В настоящее время насчитываются уже тысячи успешных беременностей у женщин после пересадки почки.

Предикторами благоприятного течения и исхода беременности у женщин с пересаженной почкой являются:

– интервал между пересадкой почки и наступлением беременности от 2 до 7 лет;

– уровень креатинина сыворотки крови не более 150 мкмоль/л;

– суточная потеря белка не более 500 мг;

– артериальное давление не выше 140/90 мм рт. ст.;

– небольшие дозы иммуносупрессивных препаратов.

Необходимо убедиться также в отсутствии отторжения почечного трансплантата, активных инфекций и урологических осложнений пересаженной почки.

В целом исходы беременностей у женщин с пересаженной почкой благоприятные, однако имеется повышенный риск преэклампсии, гестационного сахарного диабета, необходимости кесарева сечения, преждевременных родов, низкого веса при рождении. При этом беременность не является значимым фактором риска развития осложнений со стороны почечного трансплантата.

Недавно были опубликованы результаты систематического обзора 50 исследований из 25 стран, в котором проанализированы исходы 4706 беременностей у 3570 пациенток с почечным трансплантатом.

Отмечалось, что у пациенток с пересаженной почкой достоверно чаще отмечалась преэклампсия – 9,3% против 3,85% в популяции, гестационный диабет – 8% против 3,9%, преждевременные роды – 45,6% против 12,5%.

Средний срок беременности на момент родоразрешения был 35,6 недели (в популяции 38,7 недели), масса тела при рождении 2420 граммов (в популяции 3298 граммов).

Характерными осложнениями беременности для пациенток с пересаженной почкой являются:

– хроническая артериальная гипертония до беременности – у 36%, присоединение гипертонии во время беременности у 50%;

– гестационный пиелонефрит – от 19 до 40%;

– анемия – у 44%.

Пиелонефрит почечного трансплантата является самым частым инфекционным осложнением во время беременности, он составляет около 40%.

Применение большинства иммуносупрессантов оказывает отрицательное влияние на материнский организм, повышая риск развития у таких беременных и родильниц инфекционных осложнений, возникновение или усугубление артериальной гипертонии, гиперурикемии, гиперлипидемии, остеопороза, гипергликемии. Влияют иммуносупрессанты и на плод, вызывая риск развития различных внутриутробных аномалий и хромосомных аббераций (3-7%), высокий риск дисфункции иммунной системы, возникновения надпочечниковых кризов и очень высокий риск развития инфекционных осложнений – как внутриутробно, так и в неонатальном периоде.

Тем не менее, частота аномалий развития у детей, рожденных пациентками с пересаженной почкой, не отличается от соответствующего показателя в популяции. Исключение составляют микофенолаты – частота пороков развития может достигать 23%. Поэтому микофенолаты должны отменяться на этапе планирования беременности. Во время беременности также противопоказан прием ингибиторов пролиферативного сигнала – сиролимуса и эверолимуса.

Чаще всего во время беременности используются режимы иммуносупрессивной терапии, включающие: ингибитор кальцинейрина (циклоспорин или такролимус) + преднизолон + азатиоприн или без него. Учитывая изменение концентрации ингибиторов кальцинейрина во время и в ранние сроки после родоразрешения, необходим более частый контроль концентрации циклоспорина и такролимуса.

Клинический случай

В 2019 году в ККБ впервые в Красноярском крае пациентка с пересаженной почкой благополучно выносила и родила ребенка.

Больная К., 34 года.

Из анамнеза: в марте 2010 года впервые диагностирован хронический гломерулонефрит. Амбулаторно наблюдалась нефрологом, лечилась консервативно, патогенетическая терапия не проводилась. Ухудшение состояния с мая 2011 года: нарастает клиника уремической интоксикации. В анализах: мочевина 33,2 ммоль/л, креатинин 919 мкмоль/л, при УЗИ почек – двухсторонний нефросклероз.

Госпитализирована в отделение гемодиализа с целью определения остаточной функции почек, решения вопроса о проведении заместительной почечной терапии.

В июне 2011 года с целью создания постоянного сосудистого доступа в нижней трети левого предплечья сформирована артерио-ве-



нозная фистула. В связи с клиническими проявлениями уремической интоксикации, высокими азотемическими показателями, в октябре 2011 года начата заместительная почечная терапия – хронический программный гемодиализ в режиме 4 часа 3 раза в неделю.

В 2014 году пациентка поставлена в лист ожидания трансплантации почки.

14 октября 2014 года во II хирургическом отделении ККБ проведена аллотрансплантация трупной почки в правую подвздошную область (левая почка).

Индукционная терапия: базиликсимаб (симулект) 20 мг интраоперационно и на четвертые послеоперационные сутки, метипред 500 мг + 250 мг. Функция трансплантата немедленная, нормализация уровня креатинина на вторые послеоперационные сутки до 89 мкмоль/л. Назначена трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия: ингибиторкальциневрина (такролимус) + микофенолаты (микофеноловая кислота) + стероиды.

В ноябре 2015 года проведено разобщение артерио-венозной фистулы на левом предплечье. За период более чем трехлетнего амбулаторного наблюдения состояние пациентки стабильное, функция трансплантата почки хорошая.

В 2018 году пациентка на очередном осмотре высказала желание иметь ребенка. В связи с этим в марте 2018 года госпитализирована во II хирургическое отделение ККБ в плановом порядке для дообследования, уточнения функции трансплантированной почки и коррекции иммуносупрессивной терапии.

Проведен комплекс клинико-лабораторных методов исследований. Данных за отторжение трансплантата почки, активную инфекцию не выявлено.

Учитывая удовлетворительную функцию почки, длительность функции трансплантата, контролируемую артериальную гипертензию, противопоказаний для вынашивания беременности нет. С целью подготовки к беременности были отменены микофенолаты (микофеноловая кислота).

В течение трех месяцев после отмены микофенолатов функция трансплантата стабильная, противопоказаний к планированию беременности нет.

20 февраля 2019 года на очередном приеме у нефролога отделения гемодиализа ККБ пациентка сообщила о положительном тесте на беременность. В контрольных анализах креатинин 104 мкмоль/л, концентрация такролимуса 7,1 нг/мл. В терапии был отменен периндоприл, добавлена метилдопа.

5 марта 2019 года проведен консилиум с участием нефрологов, гинекологов, урологов. Выставлен диагноз хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Осложнения: хроническая болезнь почек V стадии, заместительная почечная терапия. Хронический программный гемодиализ с 14 октября 2011 года. Аллотрансплантация трупной почки в правую подвздошную область от 14 октября 2014 года. Беременность 4-5 недель.

С пациенткой обсуждены все возможные риски и возможные нежелательные последствия беременности. От прерывания беременности больная категорически отказалась. Определена тактика ведения до 12-й недели беременности.

В течение марта-апреля 2019 года функция трансплантата удовлетворительная: креатинин 96-101-87-85 мкмоль/л, концентрация такролимуса 3,3-4,9-4,2-6,1 нг/мл. В связи со снижением концентрации доза такролимуса была увеличена с 4,5 до 6 мг в сутки. Однократно при посеве мочи выявлена Escherichia coli 1.00*10*3КОЕ/мл. Назначен цефиксим по 400 мг 1 раз в день в течение недели. Остальные лабораторные показатели в пределах нормы.

На фоне гипотензивной терапии метилдопой артериальное давление коррегировалось в пределах 120-130/80-85 мм рт. ст.

29 апреля проведен повторный консилиум с участием нефрологов, урологов, гинекологов. Рекомендовано продолжить наблюдение, контрольный осмотр гинеколога ККБ в срок 21-22 недели.

В мае-июне 2019 года пациентка продолжала с частотой раз в две недели наблюдаться у нефролога отделения гемодиализа ККБ. В

динамике функция трансплантата сохранялась удовлетворительной, креатинин 83-85-81 мкмоль/л, концентрация такролимуса снижалась до 3,85 нг/мл, в связи с чем доза такролимуса была увеличена до 8,5 мг/сут.

Учитывая появление анемии до 111-103 г/л, к терапии был добавлен железо (III) гидроксид сахарозный комплекс по 100 мг в/в 1 раз в неделю. Артериальное давление коррегировалось на цифрах 120-130/75-85 мм рт. ст. При УЗИ почечного трансплантата с ДС ЦДК в первую половину беременности – без отрицательной динамики.

В начале июля 2019 при сроке беременности 23-24 недели повторный консилиум с участием нефрологов, гинекологов – рекомендовано продолжить наблюдение, контрольный осмотр гинеколога ККБ в срок 30-31 неделя с последующим решением вопроса о сроках родоразрешения.

В июле 2019 при сроке беременности 25-26 недель при контрольном УЗИ почечного трансплантата с ДС ЦДК выявлена небольшая пиелоколикоэктазия. Учитывая отсутствие клинических проявлений инфекции мочевыводящих путей, с профилактической целью был назначен курс цефиксима по 400 мг х 1 раз в день в течение недели.

С июля до начала сентября 2019 года функция трансплантата удовлетворительная, креатинин 85-91 мкмоль/л, концентрация таролимуса снижалась до 4,2 нг/мл, в связи с чем к началу сентября 2019 года доза такролимуса была увеличена до 10 мг в сутки.

В динамике при контрольном УЗИ почечного трансплантата с ДС ЦДК в августе 2019 года пиелоколикоэктазия несколько уменьшилась. Однократно при посеве мочи выявлена Escherichia coli 1.00*10*5 КОЕ/мл. С учетом антибактериальной чувствительности назначен цефиксим по 400 мг 1 раз в день в течение недели.

Во вторую половину беременности клинических и лабораторных признаков преэклампсии не было выявлено. Однократно снижение уровня тромбоцитов до 147. На фоне терапии железо (III) гидроксид сахарозный комплекс по 100 мг в/в 1 раз в неделю, уровень гемоглобина 100-104 г/л. На фоне гипотензивной терапии метидопой АД не поднималось выше 135/85 мм рт. ст.

В середине сентября на консилиуме с участием нефрологов и гинекологов принято решение о родоразрешении на сроке 33-34 недели.

18 сентября 2019 года проведена операция кесарево сечение. Родился мальчик длиной 50 см, весом 2500 граммов, по шкале Апгар 8 баллов.

В течение последующих трех месяцев тщательно контролировалась функция почечного трансплантата, концентрация такролимуса. На фоне снижения веса пациентки однократно отмечалось повышение уровня креатинина до 160 мкмоль/л, с одновременным подъемом концентрации таролимуса до 12,8 нг/мл. Это было расценено как нефротоксичность ингибитора кальциневрина (такролимуса). Доза такролимуса была снижена.

В конце сентября 2019 года к иммуносупрессивной терапии добавлена микофеноловая кислота, которая была отменена на этапе планирования беременности.

Через три месяца после родов функция трансплантата удовлетворительная, креатинин 105-102-87 мкмоль/л, концентрация такролимуса 8,7-9,3-6,8 нг/мл. Доза такролимуса снижена с 10 до 5,5 мг в сутки. В динамике при контрольном УЗИ почечного трансплантата с ДС ЦДК в октябре 2019 года – положительная динамика со стороны чашечно-лоханочной системы с уменьшением размеров чашечек до 0,6 см, лоханки до 1,2 см. Скоростные характеристики без динамики.

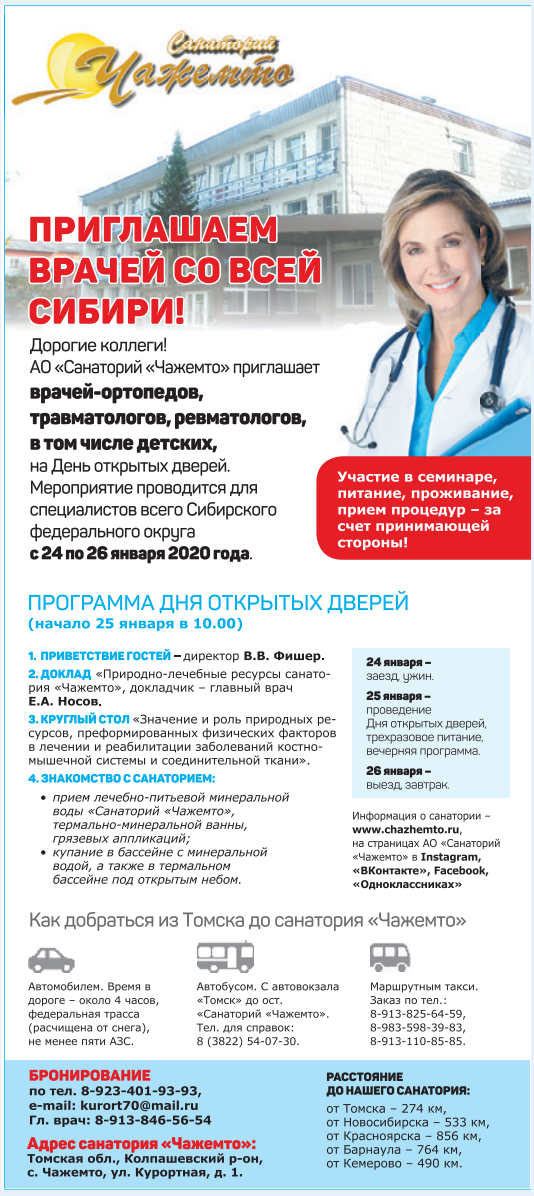
Особенностями ведения данной пациентки с пересаженным почечным трансплантатом во время беременности были:

– заблаговременная отмена микофеноловой кислоты на этапе планирования беременности;

– при наступлении беременности изменение схемы гипотензивной терапии.

Во время беременности требовались более частые осмотры нефролога с контролем функции почечного трансплантата и своевременным повышением дозы такролимуса. Также проводился постоянный контроль наличия бактериурии, УЗИ почечного трансплантата с ДС ЦДК.

Стоит отметить, что беременность у пациентки с пересаженной почкой закончилась благополучно во многом благодаря постоянному и успешному взаимодействию до и во время беременности нефрологов отделения гемодиализа, врачей хирургического отделения № 2, урологического, гинекологического, отделений лабораторной и ультразвуковой диагностики. Этот случай показывает, что зачастую положительные результаты лечения достигаются только при совместном ведении пациентов врачами различных специальностей.



Пока учим,

Dum docemus,

discimus

учимся

МЕДТЕХНИКА

У ВАС МОРОЗ, А У НАС СОЛЯНАЯ ПЕЩЕРА

Лучший подарок под елочку – полезные приборы для здоровья и красоты

Раньше к Новому году готовились загодя. Доставались и копились деликатесы, у детишек и взрослых были мечты, которые не всегда могли сбыться в эпоху тотального дефицита.

Сегодня мы спрашиваем себя – чего бы захотеть?

«Вкусняшки» любые на праздничном столе, одежда, косметика – все это уже скучно. Люди уезжают в теплые страны и встречают бой курантов на морском берегу.

Что еще придумать? Как порадовать домашних? Чем их удивить?

А выручат нас полезные приборы, которые находятся не только в магазинах оргтехники, но и в аптеках, и в ортопедических салонах. Там целый набор вещей, которые украсят жизнь вашей семьи, сделают ее комфортнее. Вот о них и поговорим.

Несем домой лампу, которой миллион лет

Это не лампа Алладина из сказки, но очень похожа.

Представьте себе – из шахты Хевра в Пакистане достают осколками гималайскую соль, возраст которой более миллиона лет.

Она очень похожа на обычную поваренную соль, но чудесного розового оттенка благодаря примеси особых минералов.

Внутрь соляной маленькой скалы помещают лампочку, она светится, мерцает, и от нее сложно оторвать взгляд – завораживает.

Соляная лампа не просто декоративна. Соль нагревается и начинает чудесно преображать наше жилище.

Она ионизирует помещение – меняет электрический заряд воздуха. Ионы – это атомы с несбалансированным количеством электронов. Воздух ионизируется естественным путем – во время гроз, штормов, и искусственным – специальными ионизаторами воздуха.

Солевая лампа действует как люстра Чижевского – осаждает пыль в помещении, а значит, уменьшает проявления аллергии.

Еще она улучшает настроение и способствует здоровому сну, потому что отрицательные ионы нормализуют уровень серотонина в головном мозге. На Западе даже тяжелые депрессии лечат лампами из гималайской соли.

Соляные лампы облегчают состояние у людей с респираторными заболеваниями благодаря эффекту галотерапии. Это древняя практика – с давних времен люди с астмой и другими заболеваниями легких приходили дышать в соляные пещеры.

Небулайзер вместо кастрюли

Это второй подарок для семьи, который непременно станет выручкой и лучшим другом.

Холодное время года в нашем суровом регионе длится минимум шесть месяцев, поэтому эволюция средств борьбы с простудой насчитывает много столетий.

Это ягоды, травы, жаркая баня, после которой – если не умер, то здоров. Примечательно, что даже в 1960-е, по воспоминаниям профессора Ж.Ж. Рапопорта, мамы из деревень «лечили» высокотемпературящих детей жестоким способом – укутывали в несколько одеял, чтобы «пропотел», носили в раскаленную баню.

В семьях были синие лампы, банки, горчичники, раствор Люголя, аспирин. С кашлем справлялись солодкой, парили ноги. Один пожилой доктор вспоминает, как мама его и сестренку, страдавшими коклюшем, носила «дышать» на Енисей – такая природная ингаляция.



Ингаляции всегда были эффективным способом борьбы с кашлем. Раньше дети и взрослые дышали над кастрюлей со свежеотваренной картошкой или горячей водой с содой. Больного накрывали полотенцем, и он проводил во влажной парилке 8-10 минут.

При таком грозном осложнении, как круп, мамы до приезда скорой заносили ребенка в ванную и включали горячую воду.

Сегодня у нас есть небулайзеры. Принцип действия современного ингалятора прост – он распыляет лекарственные вещества с помощью ультразвуковых колебаний либо компрессора, а мы их вдыхаем.

Лечение с помощью небулайзера –безопасная процедура, но все же самолечением заниматься не нужно. Если вы вдыхаете обычную кипяченую воду – ничего страшного, но если лекарственное средство – нужно выполнять рекомендации лечащего врача по дозировке и количеству процедур.

Врачи назначают ингаляции при кашле и насморке, а также при астме, бронхите, пневмонии, гайморите.

Преимущества данной терапии в том, что она воздействует непосредственно на зону воспаления, причем очень быстро.

Эффект процедуры зависит от размера частиц аэрозоля. Очень мелкие частицы (не более 2 мкм) отлично проникают в альвеолы, мелкие (от 2 до примерно 5 мкм) – в нижние дыхательные пути (в мелкие и средние бронхи), а уже 5-10 мкм – для лечения небулайзером заболеваний трахеи, глотки.

Размер частиц, в свою очередь, зависит от распылителя, поэтому современные модели небулайзеров всегда продаются с несколькими распылителями – универсальным, для верхних и для нижних отделов дыхательных путей.

Учитывая, что ингаляции часто проводятся детям, эти приборы часто яркие и веселые, воспринимаются маленькими пациентами как игрушка.



Если раньше эти приборы в основном приобретались семьями, где есть дети, то сегодня небулайзеры часто необходимы и взрослым, страдающим хроническими заболеваниями. Например, с помощью небулайзера пациенты получают гормональную терапию, антисептики, противоаллергические, бронхолитические, антибактериальные препараты.

Если вы пользуетесь небулайзером, необходимо помнить, что ингаляции запрещается проводить, если у вас температура тела выше 37,5 °С. Также желательно не полоскать горло и не употреблять пищу хотя бы за час или полтора до процедуры. И ни в коем случае нельзя выходить сразу же после ингаляции на прохладный воздух.



Третий подарок – для чистоты и радости

Это ирригатор – прибор, к которому мы привыкаем очень быстро, и скоро он поселится в каждой семье. Ирригатор с помощью пульсирующей струи воды под давлением прочищает ротовую полость, массирует десны и промывает все межзубные промежутки.

Ирригатор создает дополнительное ощущение чистоты, которого невозможно достичь с помощью обычной зубной щетки.

Самая важная функция ирригатора – профилактика кариеса. Он позволяет избавиться от налета на зубах, языке, деснах, от неприятного запаха изо рта. Кроме того, обеспечивает эффективную чистку труднодоступных мест – коренных зубов, зубов мудрости, межзубных промежутков ортодонтических конструкций.

Это также профилактика и лечение заболеваний десен. Струя воды массирует десны, улучшая их кровообращение и ускоряя процесс регенерации. Ирригатор помогает укрепить десны и уменьшить их кровоточивость.

Очень удобно промывать ирригатором импланты, коронки, мостовидные протезы, брекет-системы.

Ирригатор полезен для профилактики гингивита у беременных и кормящих женщин. Гингивит часто возникает вследствие ухудшения кровоснабжения слизистых оболочек.

Прежде чем купить этот замечательный прибор, учтите, сколько человек будут его использовать. У каждого должна быть своя насадка.

Для семьи лучше выбрать стационарный ирригатор, для путешествий – портативный с аккумулятором.

Обращайте внимание на мощность струи воды. У портативного ирригатора мощность должна быть не менее 520 кПа, у стационарного – не менее 550 кПа.

Еще одна важная характеристика – количество пульсаций струи в минуту. Оптимальным является показатель 1200.

И немного о насадках ирригатора.

Стандартная насадка нужна для очищения здоровых зубов и десен.

Ортодонтическая – для удаления налета под брекетами и под десневым краем.

Пародонтологическая насадка с тонким наконечником из мягкой резины направляет струю за десневой край и в зубодесневой карман. Ею нельзя пользоваться на максимальной мощности.

Насадка для удаления налета эффективна для обработки имплантатов, коронок и мостов. На ее наконечнике расположено три пучка щетинок.

Назальная насадка нужна для орошения полости носа в процессе лечения или для профилактики ринита и гайморита.

Стандартную насадку для ирригатора необходимо заменять раз в полгода, а пародонтологические, ортодонтические и насадки-щетки – каждые три месяца.

И запомним:

– ирригатор не может заменить зубную щетку;

– ирригатором нужно пользоваться каждый раз после чистки зубов щеткой, то есть два раза в день - утром и вечером;

– можно промывать полость рта с помощью ирригатора обычной теплой водой. Можно добавлять бальзамы для ирригатора;

– ополаскиватели для полости рта не наливайте в ирригатор – сильно пенятся, а травяные настои дают осадок. Прибор может сломаться;

– шланг не должен быть слишком длинным, так как при использовании ирригатора все равно придется наклоняться над раковиной.

Покупайте в проверенных местах

Мы познакомили вас с технологичными приборами, которые украсят каждый современный дом.

В ортопедических салонах продаются также аппараты для магнито-, арома-, лазеро-, галотерапии, массажеры, пневмовибраторы – огромное разнообразие. Для домашних процедур в любое время года незаменим прибор «Ультратон», а в эпидемию гриппа поможет облучатель.

Главное, помнить: приобретать их нужно только в профессиональных ортопедических салонах с крепкой репутацией, где соблюдается Закон о защите прав потребителей, даются гарантии и продавцы несут ответственность за товар.



ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

В. В. Рудницкая, С. М. Кауниетис
КГБУЗ «КМДКБ № 5»

Из повреждений костей лицевого скелета у детей до 90% составляют переломы челюстей – альвеолярного, суставного и венечного отростков. Это результат тяжелой травмы. Переломы часто сопровождаются вывихом в височно-нижнечелюстном суставе или подвывихом.

Наиболее сложными для диагностики являются переломы мыщелкового отростка нижней челюсти: они составляют до 70% случаев всех видов переломов челюстей в детском возрасте.

Для диагностики переломов челюстей применяется рациональное сочетание распространенных рентгенологических методик. Наибольшее значение имеет рентгеновское исследование черепа в прямой, полуаксиальной, лобно-носовой, боковых проекциях и ортопантомограмма челюстей.

При переломах тонких костных структур и в сложных диагностических случаях переломов суставного отростка нижней челюсти для постановки окончательного диагноза используется компьютерная томография.

Травмы челюстно-лицевой области отличаются многообразием и сложностью рентгенологической картины. Компьютерная томография рассматривается как оптимальная методика выявления травм лицевых костей различной локализации.

У детей преобладают переломы нижней челюсти. Они могут быть одинарные, двойные, множественные. По локализации – в области угла, тела, ветви, мыщелкового отростка. Могут быть сочетанные переломы тела и ветви, двухсторонние, двойные, тройные, нередко в сочетании с черепно-мозговой травмой, а также внутрисуставные, внесуставные, со смещением отломков – боковым, продольным, ротационным и угловым.

Специфичность переломов у детей обусловлена значительной гибкостью костей, толстой надкостницей и эластичностью росткового хряща. Надлом-перелом по типу «зеленой веточки» характеризуется ограниченной деформацией контуров кости, линия перелома может выявляться в прерывистости и деформации контура кортикального слоя, смещения отломков при этом нет. Нарушение целостности челюсти или альвеолярного отростка чаще всего сочетается с вывихом и подвывихом зубов, часто вокруг своей оси, наклоном по оси и говорит о подвывихе.

Заживление переломов происходит через образование костной мозоли, которая развивается из периоста и эндооста, и только при наличии выраженного расхождения отломков основную роль в репаративных процессах начинают играть остеобласты в области перелома. Образуется мозоль, затем ее обызыствление и эволюция ее через остеоидную фазу в истинную костную.

Первичная костная мозоль образуется на одну-полторы недели раньше, чем у взрослых.

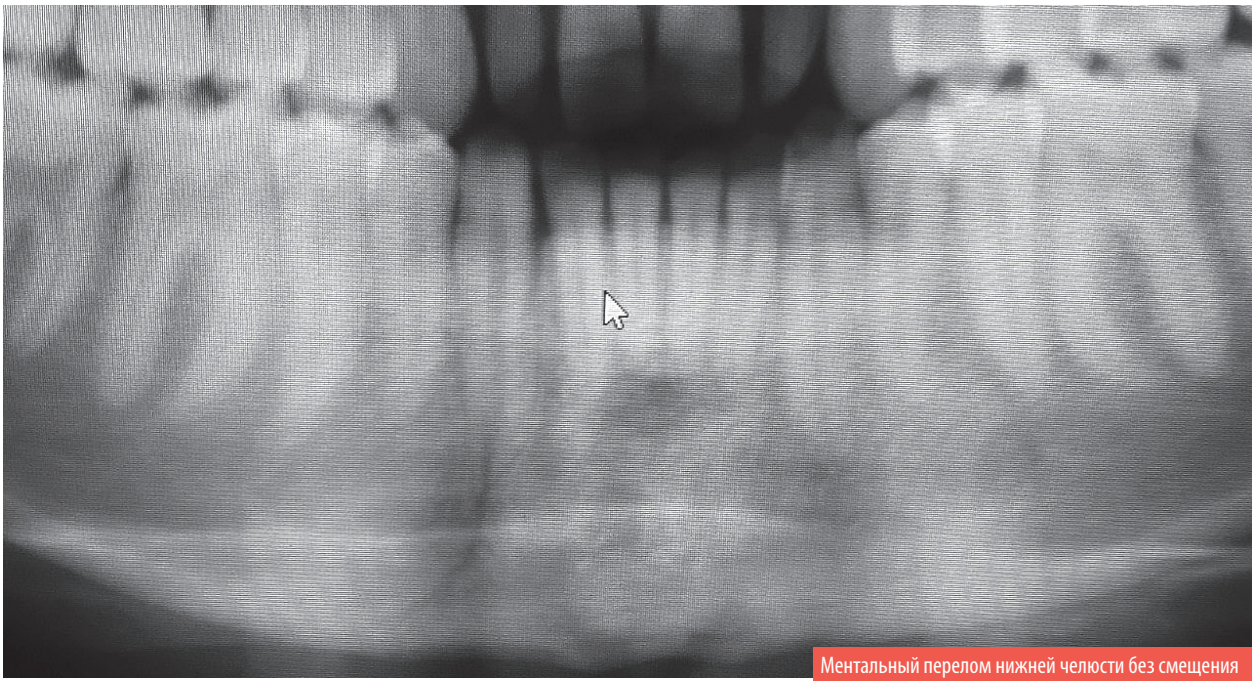
Она появляется на 12-й день после травмы до двухлетнего возраста; через 14 дней до семи лет и через 25-35 дней в 8-15 лет. Формирование только соединительнотканной мозоли уже обеспечивает отсутствие болей.

В стационаре КГБУЗ «КМДКБ № 5» за 2017 год было пролечено с переломами челюстей 14 больных. В 2018 году – 22 ребенка, 21 из них с переломом нижней челюсти.

За девять месяцев 2019 года пролечено 27 человек, 25 из них с переломом нижней челюсти (92%).

То есть статистика подтверждается: больше 90% пациентов детского возраста поступает к нам с переломами нижней челюсти.

Из пролеченных в стационаре с переломом нижней челюсти в 2018 году из 21 ребенка было пятеро дошкольников от 0 до 7 лет. За девять месяцев 2019 года дошкольников было 9 из 27 (33%).



Ментальный перелом нижней челюсти без смещения



В среднем дети дошкольного возраста с переломами нижней челюсти составляют около 30%.

Дети с 10 до 17 лет в 2018 году составили 17 из 22 (77%), в 2019 году – 18 из 27 пациентов (66%). В среднем дети старшего школьного возраста составляют около 70%.

У детей дошкольного возраста чаще встречаются внутрисуставные переломы височно-нижнечелюстного сустава по типу «зеленой веточки».

Для детей старшего школьного возраста характерны переломы тела нижней челюсти со смещением отломков. Переломы скуловой кости и верхней челюсти составляют около 10% от всех переломов кости лицевого скелета.

У мальчиков переломы, конечно, происходят чаще, чем у девочек, и составляют 95%.

По характеру травмы челюстей в основном бытовые, спортивные, транспортные.

Опасность развития осложнений в отдаленные после травмы сроки вызывает необходимость диспансерного наблюдения детей с переломами челюстей до завершения формирования костной структуры лицевого скелета, то есть до 15-17 лет.

Выводы

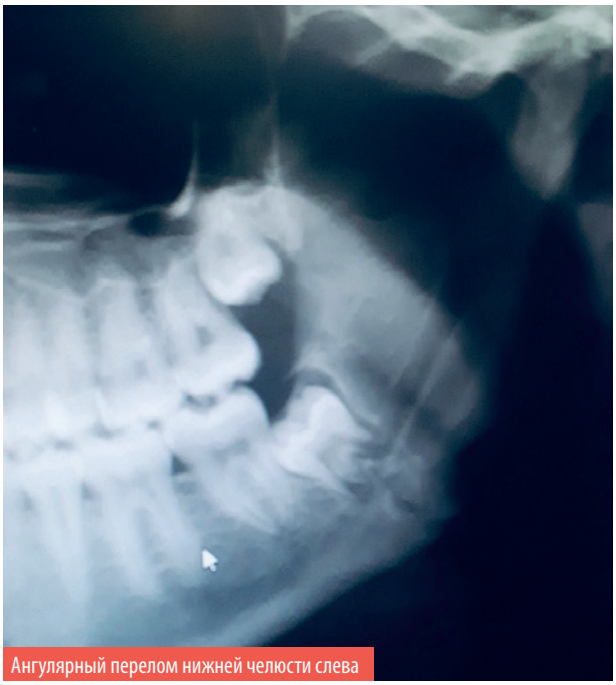
У детей при травме челюстно-лицевой области обязательным является рентгенологическое обследование в стандартных методиках.

При сложной диагностике и установлении окончательного диагноза целесообразно использовать КТ.

Для профилактической диагностики осложнений проводить контрольное рентгенологическое обследование, динамическое наблюдение.

Обязательно диспансерное наблюдение детей до завершения формирования лицевого костного скелета (15-17 лет) для исключения образования контрактур и деформации челюстей. Обязательно проведение профилактического лечения осложнений у детей.

В реабилитационный период необходимо выполнение рекомендаций врача с назначением ЛФК и массажа для стимуляции зоны роста, исключая в последующем отставание челюстей в развитии.



Ангулярный перелом нижней челюсти слева



Внутрисуставной перелом со смещением

БЕЗОПАСНОСТЬ

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ККБ

Н. И. Головина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Построение системы управления рисками началось в 2015 году – в краевой больнице стали регистрировать информацию о неблагоприятных событиях. С 2015 года общее количество зарегистрированных инцидентов составило 5048.

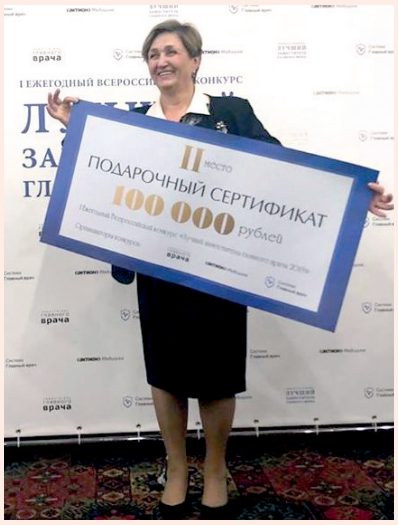
Мы зафиксировали 38 видов инцидентов, из которых с большим отрывом лидирует невыполнение исследования/манипуляции – 626 раз!

На втором месте в этом негативном рейтинге, к сожалению, падение пациентов – 405. На третьем – резкое ухудшение состояния пациента – 361.

Стоит обозначить и наиболее редкие инциденты: зафиксированы две кражи имущества, шесть ошибок при оформлении биоматериалов, 14 несоответствий в установке диагноза.

Внимательно изучите статистику инцидентов краевой больницы – они случаются в любом лечебном учреждении (рис. 1).

От редактора



В презентации Натальи Ивановны Головиной, начмеда краевой клинической больницы, освещен важнейший раздел системы менеджмента качества – управление рисками как для пациента, так и для медработника.

В США ежегодно регистрируется 13-15 инцидентов из серии «такого не может быть» – удаляется не та конечность, переливается не та кровь, пациенты погибают от ятрогенных осложнений и так далее.

В Японии таких ошибок происходит ежегодно 7-8 – об этом нам рассказали японские профессора, участники ежегодной конференции по качеству.

В России специальной статистики нет, но без откровенного взаимодействия с пострадавшими – пациентом и медработниками, без учета инцидентов мы не сможем управлять рисками неблагоприятных событий.

Работа Натальи Головиной по управлению рисками была отмечена на самом высоком уровне. В первые дни декабря мы праздновали большой успех начмеда Головиной – она заняла второе место во Всероссийском конкурсе заместителей по лечебной работе.

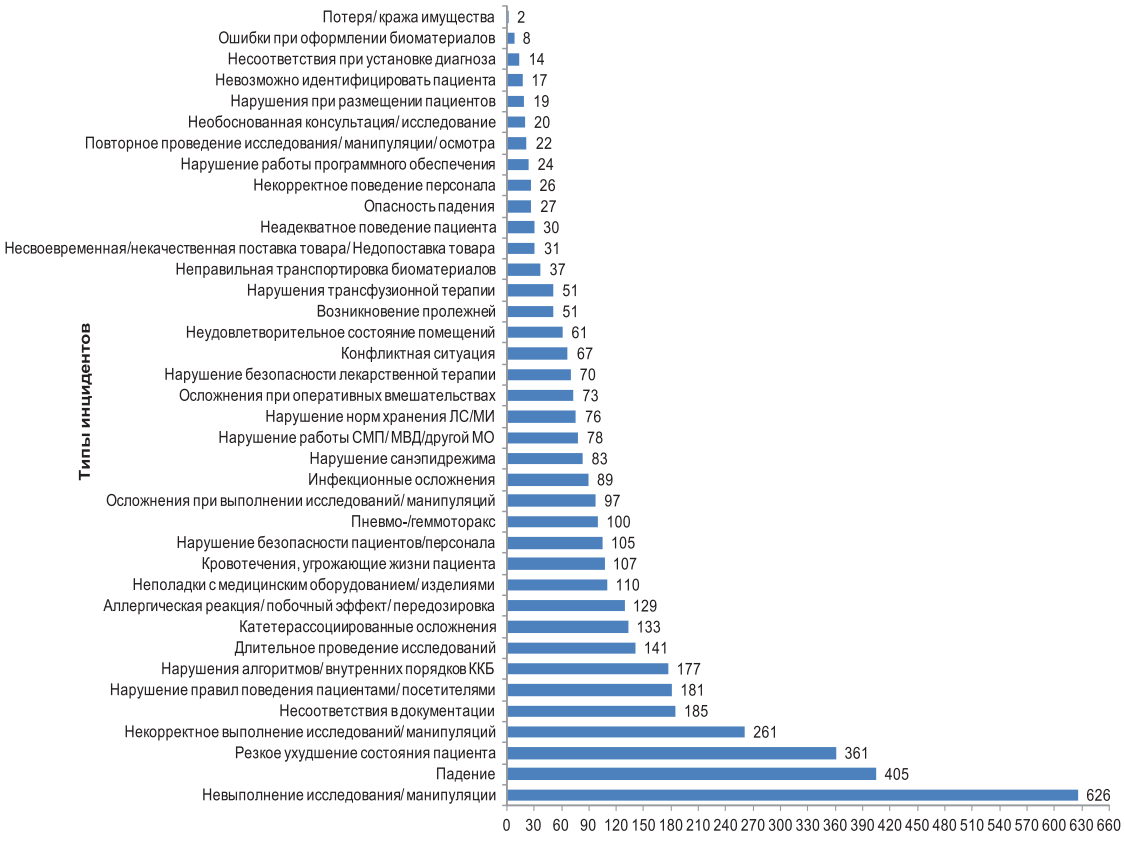


Рис. 1

Согласно закону производственной безопасности, на один серьезный несчастный случай приходится 29 незначительных несчастных случаев и 300 происшествий, не связанных с причинением вреда. Логично, что снижение числа серьезных случаев возможно при снижении числа происшествий второй и третьей категорий.

Вот почему при решении задачи управления рисками не остаются без внимания даже «легкие» происшествия – все они фиксируются.

Быстро обозначилась проблема: инцидентов много, а координаторов мало. Было принято административное решение: каждому инциденту необходим свой координатор. То есть у каждого неблагоприятного события должен быть «хозяин», ответственный. Так была определена группа координаторов, отвечающих за все разделы безопасности (рис. 2).

В каждой из 23 групп перечислены возможные неблагоприятные события. Вот фрагмент перечня неблагоприятных событий (рис. 3).

Порядок действий при выявлении неблагоприятных событий прописан в квалиграмме – визуальной схеме, описывающей действия персонала (стр. 38).

После того как происходит регистрация нежелательного события, оно должно быть квалифицировано по степени важности и скорости принятия решений (рис. 4).

№	Наименование группы	Должность ответственного координатора	ФИО
1	**Анестезиологическая безопасность**	Заместитель главного врача по медицинской части (по хирургии)	Архипов А.С.
2	**Безопасность при сестринском уходе**	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом	Нефедова С.Л.
3	**Диагностические исследования**	Заведующий отделением лучевой диагностики	Тюменцев Н.В.
4	**Здания и сооружения**	Главный инженер	Воронцов М.Н.
5	**Инфекции (эпидемиологическая безопасность)**	Заведующий эпидемиологическим отделом	Горбань А.И.
6	**Информационная безопасность**	Начальник отдела АСУ	Черкашин О.А.
7	**Информирование пациента**	Заместитель главного врача по медицинской части (по хирургии)	Архипов А.С.
8	**Лабораторная диагностика**	Заведующий клинико-диагностической лабораторией	Пругова В.Л.
9	**Лекарственная безопасность**	Заведующий отделением клинической фармакологии	Курц Е.М.
10	**Идентификация пациента**	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом	Нефедова С.Л.
11	**Оборудование, мед. техника**	Начальник отдела сервисного обслуживания оборудования и метрологии	Егоров К.П.
12	**Оказание мед. помощи в поликлинике**	Заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы	Симакова В.М.
13	**Оказание мед. помощи в стационаре**	Заместитель главного врача по медицинской части	Головина Н.И.
14	**Оказание мед. помощи в приемном отделении**	Заведующий приемным отделением	Суворов М.С.
15	**Оказание мед. помощи в платных услугах**	Заведующий отделением платных услуг	Питаев Р.Р.
16	**Окружающая территория больницы**	Главный инженер	Воронцов М.Н.
17	**Охрана**	Начальник службы безопасности	Лапковский М.А.
18	**Падение**	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом	Нефедова С.Л.
19	**Пожарная безопасность**	Начальник службы безопасности	Лапковский М.А.
20	**Трансфузиология**	Заведующий отделением переливания крови (трансфузиологии)	Коршакевич С.С.
21	**Хирургическая безопасность**	Заместитель главного врача по медицинской части (по хирургии)	Архипов А.С.
22	**Электробезопасность**	Инженер-энергетик	Храмов С.Ю.
23	**Прочие события**	Начальник отдела СМК	Николаева Н.М.

Рис. 2. Ответственные за неблагоприятные события

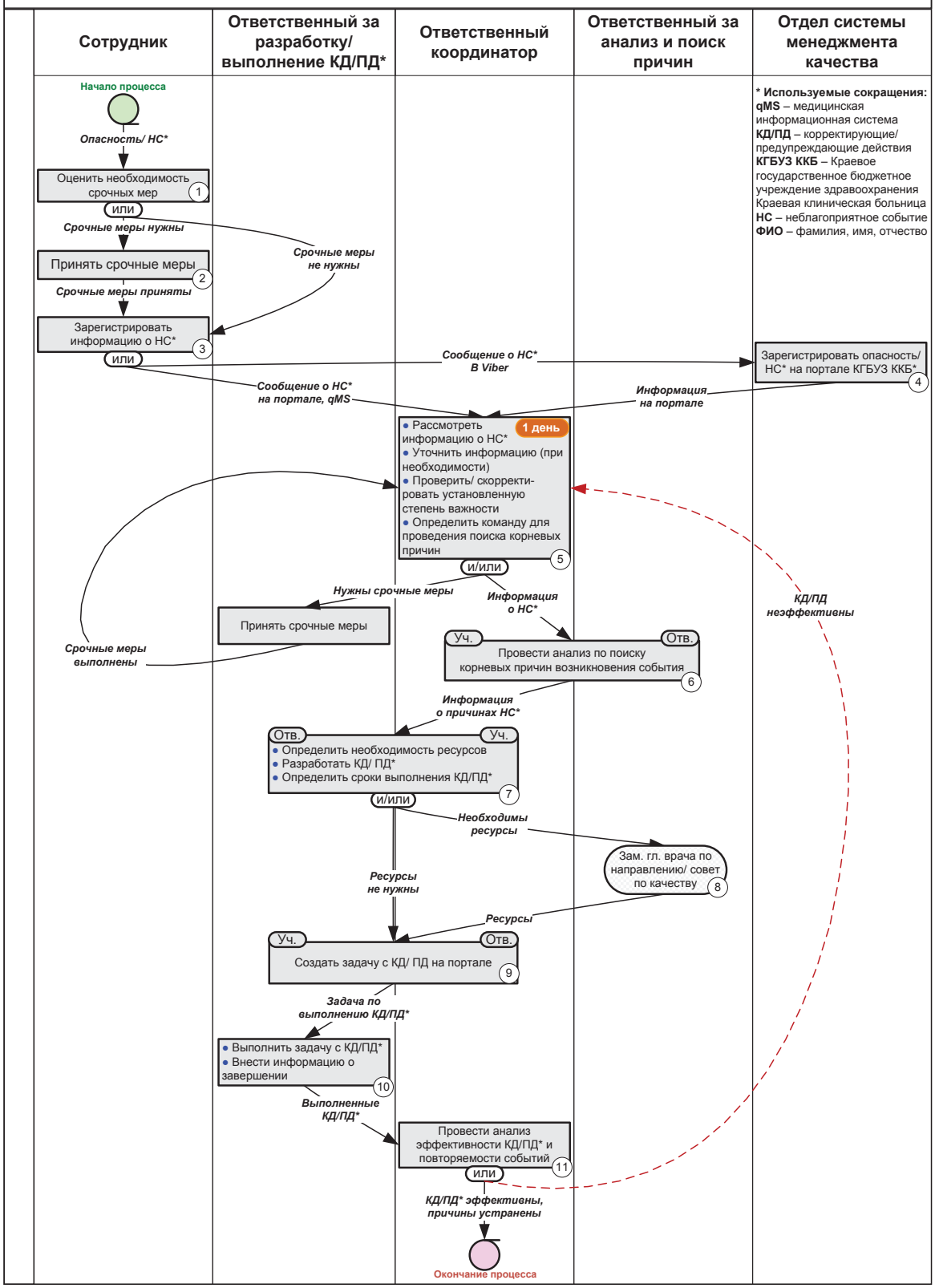
Группа (по АЛФАВИТУ)	Подгруппа(по АЛФАВИТУ)	Неблагоприятное событие (по алфавиту)	Является осложнением	МКБ
Инфекции (эпидемиологическая безопасность)	Инфекции в области хирургического вмешательства	Расхождение краев операционной раны	Да	T81.3
		Нагноение операционной раны	Да	T81.4
		Абсцесс в области послеоперационной раны	Да	
		Флегмона в области хир-го вмешательства	Да	L03.0-L03.3
		Свищ лигатурный	Да	
		Бактериальный менингит/менингоэнцефалит	Да	G04.2
		Остеомиелит	Да	M86
		Метроэндометрит после аборта и родов	Да	O07.0
		Медиастенит	Да	J98.5
		Инфекция ампутационной культи	Да	T87.4
		Перитонит	Да	K65.0
		Прочее	Да	
		Эндопротез ортопедический	Да	T84.5
		Имплант травматологический	Да	T84.6
		Неортопедические импланты и протезы (ЭКС, сосудистый и др.)	Да	-
	Инфекции дыхательных путей	Возникновение нозокомиальной пневмонии	Да	J12-J15
		Возникновение вентилятор-ассоциированной пневмонии	Да	J12-J15 J18.9
		Возникновение острого и подострого бронхита	Да	J20
	Инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией	Острый цистит	Да	N30
		Уретральный абсцесс	Да	N34
		Прочие инфекции мочевыводящий путей (инфекции почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры или тканей окружающих ретроперитониальное или перитониальное пространство)	Да	N39, T83.5
	Катетер-ассоциированные инфекции кровотока	Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	Да	T80.2

Рис. 3. Фрагмент перечня неблагоприятных событий

cito -- Инцидент требует принятия срочных мер **1 сутки**

Термин	Код степени важности		Описание	Последствия	Период анализа и разработка КД/ ПД
Опасность (что может привести к инциденту/ несчастному случаю)	A	Опасность	Обстоятельства или события, которые потенциально могли стать причиной ошибки	**Пациент НЕ пострадал**	До 60 дней
Инцидент (случившееся событие, которое привело или могло привести к причинению вреда пациенту/ сотруднику/ посетителю)	B	Почти ошибка	Ошибка допущена, но пациент не пострадал		30 дней
	C	Почти ошибка	Допущенная ошибка коснулась пациента, но пациент не пострадал		
	D	Почти ошибка	Допущенная ошибка коснулась пациента. Необходим контроль, чтобы предотвратить вред пациенту или подтвердить, что опасности для пациента нет		
	E	Сигнальное событие	Допущенная ошибка, возможно, стала одной из причин или привела к причинению временного ущерба здоровью пациента, требующему врачебного вмешательства	**Пациент пострадал**	14 дней
	F	Сигнальное событие	В результате допущенной ошибки пациенту причинен вред, требующий первоначального или продолжительного пребывания в стационаре		
	G	Сигнальное событие	В результате допущенной ошибки пациенту причинен вред постоянного характера, инвалидность		
	H	Сигнальное событие	В результате допущенной ошибки потребовалось врачебное вмешательство, чтобы спасти пациенту жизнь		
Несчастный случай (летальный исход)	I	Дозорное событие	Допущенная ошибка могла привести или привела к смерти пациента		7 дней

1.6.1 Порядок действий при выявлении неблагоприятных событий



Особую группу неблагоприятных событий составляют инциденты при дефектах хирургической безопасности.

Во-первых, эти осложнения практически всегда представляют опасность для жизни пациента.

Во-вторых, они являются огромным стрессом для врачей и медицинских сестер.

Ну, а в-третьих, всегда стоит дилемма: сообщать или нет об осложнении пациенту?

Мы представляем случай нарушения хирургической безопасности – в брюшной полости пациентки была забыта хирургическая салфетка.

Было принято административное решение сообщить пациентке об инциденте. Представляем хронику неблагоприятного события.

Клинический случай

Пациентка Ш. 62 лет поступила в ККБ на плановое хирургическое вмешательство. Проведена реконструктивная операция на органах малого таза. В раннем послеоперационном периоде возникла кишечная непроходимость. Через трое суток проведена ревизия брюшной полости и удалено инородное тело – марлевая салфетка. Брюшная полость задренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений, с улучшениями.

Информация об инциденте передана администрации больницы. Происшествие занесено в группу «Инородные предметы в теле пациента» под названием «Непреднамеренное оставление инородного предмета в теле пациента во время операции».

Причиной инцидента названа технически сложная операция на фоне спаечного процесса.

Участниками разбора инцидента стали заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по хирургии, врач-хирург, заведующий операционным отделением, операционная сестра.

В результате разбора были обозначены причины инцидента:

– салфетка в брюшной полости не была взята в расчет при подсчете салфеток;

– при подсчете количество использованных салфеток ошибочно соответствовало выданным;

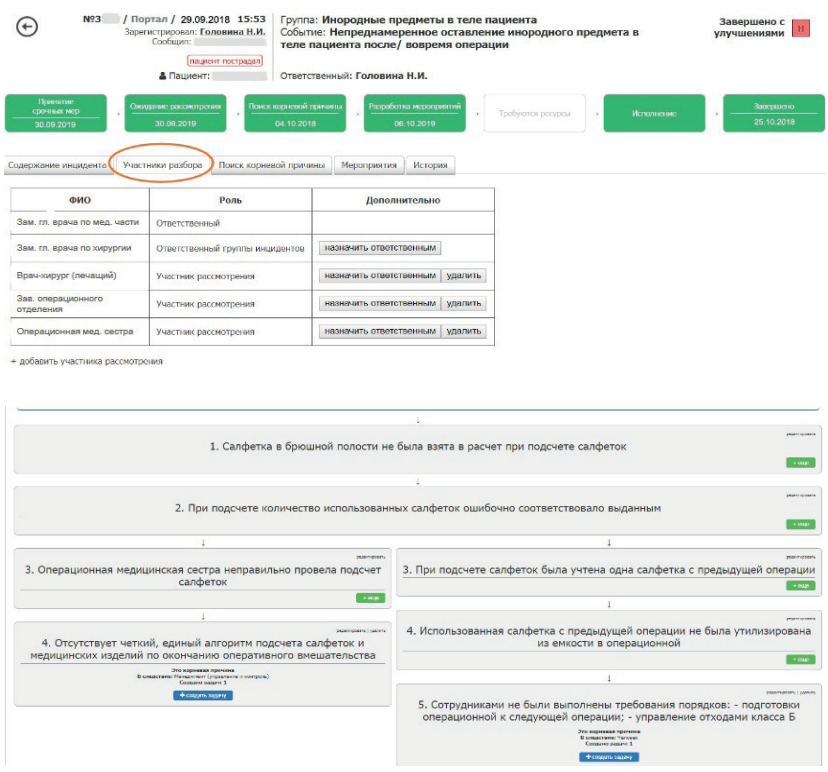
– операционная медицинская сестра неправильно посчитала салфетки;

– использованная салфетка из другой операции не была утилизирована из емкости в операционной;



Подсчет салфеток после операции





– сотрудниками не были выполнены требования порядков – подготовки операционной к следующей операции и управления отходами класса Б.

Разработаны следующие мероприятия:

– внедрить порядок подсчета салфеток при хирургических вмешательствах;

– провести повторное обучение порядкам оказания медицинской помощи при хирургических вмешательствах и обращению с отходами групп А, Б, В и Г.

(Порядки подсчета салфеток и оказания помощи при хирургических вмешательствах на страницах 41, 42).

Что говорит об инциденте медработник, который является второй пострадавшей стороной.

Врач:

– Очень тяжело пережила этот случай. Эту пациентку я буду помнить всегда – глупое и нелепое осложнение, которого не должно быть у хирурга. Операция проходила с техническими трудностями и затянулась по времени. Была приглашена дополнительная бригада хирургов. Про большую салфетку помнили, получили утвердительный ответ операционной медсестры о наличии всех салфеток. Я не видела, как именно операционная медсестра считала салфетки. Надо очень серьезно относиться к выполнению стандартов хирургической безопасности: в хирургии мелочей нет.

Выводы

Управление рисками – основа культуры безопасности медицинской деятельности.

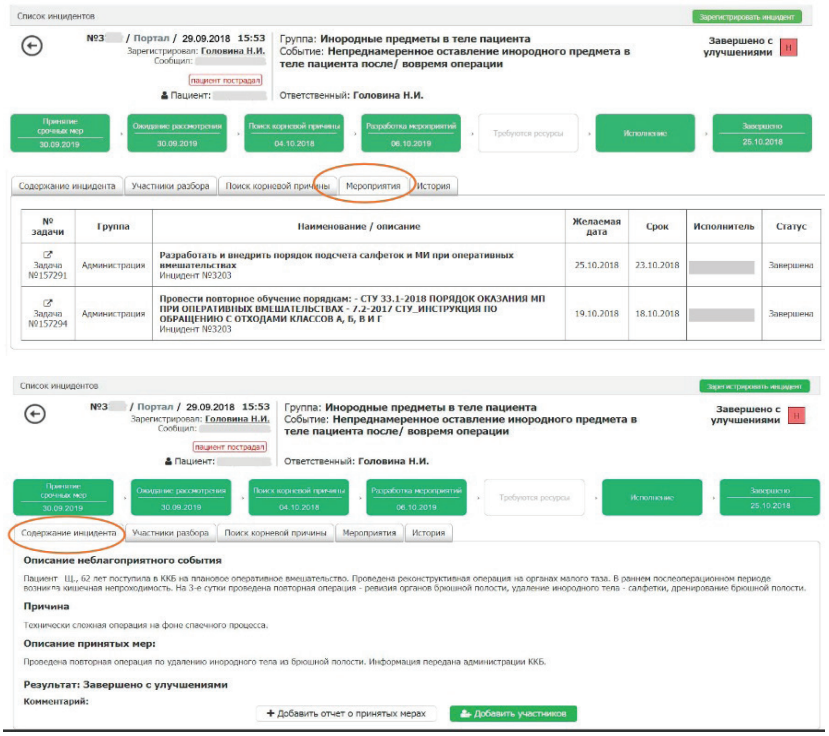
Опыт краевой клинической больницы говорит, что сведение риска для пациентов до минимума достигается четырьмя факторами:

– руководством и обязательствами;

– хорошо разработанными процессами и системами;

– обеспечением необходимых гигиенических условий;

– безопасными практиками.



Пирамида неблагоприятных случаев:



Для того, чтобы избежать одного серьезного несчастного случая, должно быть уменьшено общее число происшествий первых двух категорий



Всемирный день безопасности пациентов

17 сентября

краевая клиническая больница основана в 1942	**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПОДСЧЕТУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОПЕРАЦИОННЫХ**	**РИ 33.26-2018** Редакция № 1 от __.__.20__ г.
Утвердил	Нефедова С.Л. _____	Средства индивидуальной защиты
Согласовал	Ложкин Д.Л., Головина Н.И., Архипов А.С.	
Разработал	Акимкина Е.В., Умнова И.Л.	

№	**Что нужно сделать** Наименование этапа	**Как нужно выполнить** Ключевой аспект	**Почему нужно делать именно так** Причина выделения ключевого аспекта
1	Провести первый подсчет хирургического инструментария до начала операции ** Выполняется операционной медицинской сестрой*	Посчитать количество единиц хирургического инструментария каждого наименования на малом инструментальном столе	При проведении операции необходимо точно знать количество хирургического инструментария, взятого для данной операции
2	Провести второй подсчет хирургического инструментария перед ушиванием операционной раны (до проведения 3 тайм-аута) ** Выполняется операционной медицинской сестрой*	Посчитать количество единиц хирургического инструментария каждого наименования на малом инструментальном столе	При проведении операции необходимо точно знать количество хирургического инструментария, оставшегося на малом инструментальном столе перед ушиванием операционной раны
3	Провести подсчет использованного хирургического инструментария ** Выполняется санитаркой операционного отделения*	1. Произвести подсчет хирургического инструментария каждого наименования в емкости для дезинфекции и транспортировки (если есть)	Перед ушиванием операционной раны необходимо точно знать количество хирургического инструментария каждого наименования, сброшенного в емкость для дезинфекции в ходе операции
		2. Сообщить количество операционной медицинской сестре	Для проведения дальнейших подсчетов
4	Выполнить чек-лист (третий тайм-аут) ** Выполняется операционной медицинской сестрой*	1. Подсчитать общее количествохирургического инструментария перед ушиванием операционной раны (использованного и нет)	Для обеспечения безопасности пациента
		2. Сравнить с количеством единицхирургического инструментария каждого наименования, взятых для проведения операции	
		3. Сообщить о количественном соответствии (или несоответствии) операционной бригаде	Для завершения операционного вмешательства
		4. Выполнить чек - лист ** Если количество единиц хирургического инструментария до и после операции соответствует друг другу*	
5	Провести третий подсчёт хирургического инструментария после окончания операции ** Выполняется операционной медицинской сестрой*	Провести окончательный подсчет хирургического инструментария каждого наименования в контейнерах ЕДПО перед транспортировкой в ЦСО*	Для обеспечения полного количественного соответствия перечню данного набора хирургического инструментария

*ЦСО – централизованное стерилизационное отделение

краевая клиническая больница основана в 1942	ИНСТРУКЦИЯ ПО ПОДСЧЕТУ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА В ХОДЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОПЕРАЦИОННЫХ	РИ 33.25-2018 Редакция № 2 от __. __.2019 г.
Утвердил	Корчагин Е.Е._____	Средства индивидуальной защиты
Согласовал	Головина Н.И., Архипов А.С., Нефедова С.Л., Штарк А.А.	
Разработал	Акимкина Е.В., Умнова И.Л.	

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРИ РАБОТЕ С ПЕРЕВЯЗОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ В ОПЕРАЦИОННОЙ

- салфетки большие (1м) и средние (30-60см), шарики подаются ТОЛЬКО НА ИНСТРУМЕНТЕ
- перевязочный материал с малого инструментального стола подает хирургу ТОЛЬКО ОПЕРАЦИОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
- большие салфетки ФИКСИРУЮТСЯ к операционной ране или к операционному белью ЗАЖИМОМ

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Почему нужно делать именно так
	До начала операции		
1	Собрать перевязочный материал, образовавшийся до начала операции ** Выполняется **санитаркой операционного отделения***	1. При наличии повязок у пациента, поместить снятые повязки (в т.ч. лапаростомные, анестезиологический перевязочный материал) в чистый пакет «Отходы. Класс Б»	Для исключения неучтенного перевязочного материала
		2. Вынести из операционной пакеты с отходами класса «Б»	
		3. Подготовить чистые тазы, с установленными в них чистыми пакетами для сбор отходов класса «Б», возле операционного стола	
2	Провести первый подсчет перевязочного материала на малом инструментальном столе ** Выполняется **операционной медицинской сестрой***	1. Посчитать количество единиц перевязочного материала на малом инструментальном столе, а именно: - количество шариков; - количество средних салфеток; - количество больших салфеток.	При проведении операции необходимо точно знать количество перевязочного материала, взятого **для данной операции**
		2. Написать подсчитанное количество единиц перевязочного материала каждого наименования маркером на стене **При открытии дополнительных салфеток, фиксировать их количество маркером на стене (+ кол-во дополнительных салфеток)*	
	Перед ушиванием операционной раны (3 тайм-аут)		
3	Провести второй подсчет перевязочного материала на малом инструментальном столе ** Выполняется **операционной медицинской сестрой***	1. Посчитать, проговаривая вслух, количество единиц перевязочного материала на малом инструментальном столе, а именно: - количество шариков; - количество средних салфеток; - количество больших салфеток.	При проведении операции необходимо точно знать количество перевязочного материала, оставшегося **после данной операции**
		2. Сообщить количество единиц перевязочного материала, оставшегося на малом инструментальном столе, санитарке	
4	Зафиксировать на стене количество перевязочного материала	1. Посчитать по записям на стене сумму использованного перевязочного материала каждого наименования и сделать запись маркером на стене	Для исключения ошибки в подсчетах по причине человеческого фактора
		2. Написать количество единиц перевязочного материала, оставшегося на малом инструментальном столе, маркером на стене	
5	Провести подсчет использованного перевязочного материала ** Выполняется **санитаркой операционного отделения***	1. Расстелить на полу в операционной простыню, сложенную вчетверо	Для обеспечения инфекционной безопасности
		2. Достать из емкости «Отходы. Класс Б» и разложить по наименованиям использованный во время операции перевязочный материал: - шарики; - средние салфетки; - большие салфетки.	Перед ушиванием операционной раны необходимо точно знать количество перевязочного материала, использованного в ходе данной операции
		3. Подсчитать, **проговаривая вслух**, количество перевязочного материала каждого наименования	
		4. Сообщить количество перевязочного материала каждого наименования операционной медицинской сестре	Для проведения дальнейших подсчетов
		5. Написать количество единиц использованного перевязочного материала маркером на стене	Для исключения ошибки в подсчетах по причине человеческого фактора
6	Подтвердить количественное соответствие перевязочного материала до и после операции ** Выполняется **операционной медицинской сестрой***	1. **Проговорить** общее количество перевязочного материала (использованного и неиспользованного)	Чтобы убедиться, что весь использованный перевязочный материал утилизирован
		2. Сравнить общее количество единиц перевязочного материала (после операции) с количеством единиц перевязочного материала, взятых для проведения операции	
		3. Сообщить о количественном соответствии (или несоответствии) операционной бригаде, **проговорив вслух** начальное и подсчитанное количество единиц перевязочного материала каждого наименования ** Если количество единиц перевязочного материала до и после операции соответствует друг другу, то выполнить чек-лист хирургической безопасности*	Для завершения операционного вмешательства

Ex animo

От души

КРУГЛАЯ ДАТА

У ХЕДЛАЙНЕРА ДИНАСТИИ КУЛЬГА – ЮБИЛЕЙ

С. В. Ивлиев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Потомственные медики, актеры, юристы рождаются благодаря тому, что родители передают своим детям не только гены, черты лица, интеллектуальные способности, традиции, но зачастую видение мира и профессии.

Семейные профессиональные династии – это не только передача знаний, накопленного опыта, секретов мастерства от поколения к поколению, но и особая атмосфера, в которой дети принимают решение пойти по стопам своих родителей.

Медицинская династия – ряд поколений, передающих из рода в род свое профессиональное мастерство, секреты и традиции в области медицины.

Медицинским династиям столько же времени, сколько существует сама медицина. Выходцем из медицинской династии был Гиппократ. Его отец занимался врачеванием, а мать практиковала в качестве акушерки. Представителем медицинской династии был и Аристотель, отец которого работал врачом в городе, а также придворным врачом правителя Македонии. Известный реформатор медицинских знаний своего времени Парацельс – сын лекаря.

В октябре у ведущего врача династии Кульга, Игоря Владимировича, случилась юбилейная дата – 60 лет.

Игорь Владимирович в 1977 году поступил, а в 1983 году с отличием окончил Красноярский государственный медицинский институт.

В 1984 году после окончания интернатуры принят на работу нефрологом в лабораторию «Искусственная почка» в составе нефрологического отделения ККБ. Все годы своей трудовой деятельности он посвятил работе с больными с крайне тяжелой, непредсказуемой, имеющей неблагоприятный прогноз патологией почек. Это острое поражение почек и хроническая болезнь почек. До 1960-1970-х годов практически все пациенты, имевшие такую патологию, умирали в течение короткого времени. Эти диагнозы были смертельным приговором для каждого больного.

За 35 лет, что Кульга работает в ККБ, через него прошли сотни пациентов с острым почечным повреждением. Благодаря Игорю Владимировичу большинство этих пациентов выздоровели, вернулись к трудовой деятельности. За это же время через отделение прошли тысячи больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Подавляющему большинству этих пациентов, благодаря Игорю Владимировичу, удалось продлить жизнь. Кому-то на несколько лет или месяцев. А многим больным на 10-20 лет и больше. За это время у многих пациентов успели вырасти дети, родились внуки.

По окончании медицинского института у Игоря Владимировича был сертификат терапевта. Но, как повелось в отделении гемодиализа с 1960-х годов, врачи отделения сами формируют сосудистый доступ – артерио-венозную фистулу. Врачи-нефрологи и диализные пациенты называют артерио-венозную фистулу вторым сердцем. Если у пациента хорошо сформирована фистула, то медицинским сестрам просто подключить пациента к аппарату искусственной почки, во время процедуры забирается достаточное количество крови для хорошей очистки.

Кульга настолько виртуозно накладывает артерио-венозные фистулы, что медсестрам почти всегда просто подключить больного к аппарату гемодиализа. За время работы в отделении Игорь Владимирович сформировал тысячи артерио-венозных фистул.

В 1993 году он стал заведующим и по сей день возглавляет отделение хронического гемодиализа. Пожалуй, это самый «возрастной» (по времени руководства) заведующий в ККБ. И можно с полным правом утверждать: самый уважаемый заведующий отделением в краевой больнице.

Игорь Владимирович пользуется уважением коллег не только Красноярска и края, но Сибирского федерального округа и России. Учитывая опыт работы в гемодиализе, Игоря Владимировича можно назвать аксакалом диализной терапии.

Молодым коллегам нужно учиться врачебной этике, которую демонстрирует Игорь Владимирович при работе с больными. Всегда обстоятельно выслушает, расспросит, всегда внимателен, выдержан, корректен с пациентами. Но при необходимости может и «поставить» больного на место. И пациенты всегда уважительно относятся к заведующему.

Игорь Владимирович, насколько это возможно, старается по максимуму помочь больным. На работу он приходит очень рано. Уже в 7 утра он за столом в кабинете. Многие больные это знают. И зачастую,

если больного что-то беспокоит, то в 7.10-7.20 он сидит уже в кабинете напротив Игоря Владимировича со своей проблемой.

Игоря Владимировича очень любят и уважают врачи и медицинские сестры в отделении. Он рассудителен при принятии решений. Где надо, может пошутить, если есть необходимость – строго отчитает провинившегося.

Первое поколение династии

Начало династия Кульга берет в 1963 году, когда Мария Павловна Кульга поступила в Красноярский государственный медицинский институт (КрасГМИ). Окончила вуз в 1969 году. Во время учебы, с 1967 по 1969 год, работала медицинской сестрой в ККБ № 1, в детском легочном отделении. Поступила на работу в Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 2 (ККПТД № 2) в мае 1974 года, где и проработала более 43 лет.

Трудилась Мария Павловна в детском отделении врачом-фтизиатром. Стаж работы на одном месте более 41 года. За столь длительное время работы она выявила туберкулез у сотен детей, часть из которых уже сами стали бабушками и дедушками.

Она до сих пор проводит профилактическую и санитарно-просветительскую работу в детских дошкольных учреждениях, школах, поликлиниках. За годы работы Мария Павловна консультировала детей приютов «Росток», «Иван-да-Марья», детских домов Советского района. В течение многих лет курировала санаторий детского сада № 151 фтизиатрического профиля, родильный дом № 4. Мария Павловна передала свой огромный опыт молодому поколению фтизиатров.

За время трудовой деятельности снискала огромное уважение среди коллег, руководителей, педиатров общей лечебной сети, родителей, консультируемых детей. Мария Павловна пользуется заслуженной любовью среди коллег благодаря своей доброте, отзывчивости, доброжелательности, общительности.

Третье поколение династии – Илья Игоревич Кульга, внук Марии Павловны Кульга. Он решил пойти по стопам бабушки и отца. Очень большое влияние на него оказал отец. Еще будучи студентом, Илья



Мария Павловна Кульга, детский фтизиатр

начал работать в отделении гемодиализа сначала санитаром, потом медбратом. В 2012 году окончил КрасГМУ. С 2013 года работает в отделении гемодиализа ККБ врачом-нефрологом.

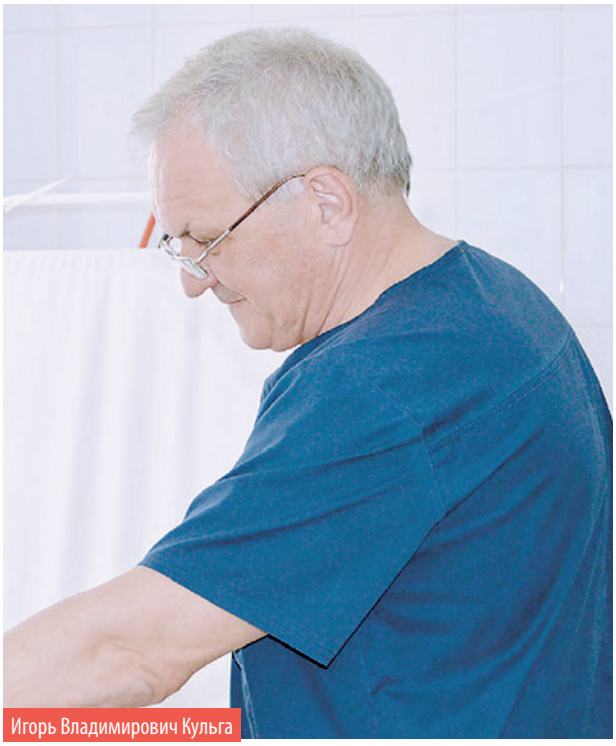
Работать в отделении с родственниками в чем-то проще, а в чем-то сложнее. С одной стороны, старшее поколение направит, подскажет, посоветует. С другой – ты находишься под постоянным наблюдением со стороны врачей отделения и всей больницы. И любое неверное решение будет расцениваться как большая ошибка. Надо отдать должное Илье Игоревичу: он старается принимать решения взвешенно, советуясь с более опытными коллегами.

Для всех членов династии Кульга характерна основательность в работе, уважение коллег, ответственное отношение к поручаемым задачам, доброжелательное отношение к больным.

Хочется пожелать всем членам династии долголетия, многих лет работы во благо пациентов.



Илья Игоревич Кульга



Игорь Владимирович Кульга

ПЕРСОНА

ЛИВАНСКИЙ КЕДР КАК ПРОДОЛЖЕНИЕ СЧАСТЬЯ

О первых месяцах профессора Протопопова на посту ректора Крас ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого



Все, кто посещал кабинет профессора в краевой больнице, знают потертый гобеленовый диванчик и мебель из ДСП. Украшение кабинета фотогалерея – хроника рентгенхирургии с 1990-х по сегодняшний день. В остальном – вызывающий аскетизм.

Зато интервью сегодняшнее – в парадном ректорском кабинете, где колонны, золотые шторы, серебряные багеты, наградные кубки. Одним словом, величие.

Протопопов смотрит на всю эту роскошь смиренно – она пока неприкосновенна, потому что в приоритете у профессора десятки иных задач.

Итак, у самого известного врача Красноярского края началась новая полоса в жизни и карьере. Новое дело Алексея Владимировича Протопопова должно повлиять на жизнь тысяч людей – от студентов и преподавателей медицинского университета до жителей отдаленных районов края, которые испытывают постоянный дефицит врачей.

Мы будем с интересом наблюдать, как меняется медицинский вуз, а пока зафиксируем исполняющего обязанности ректора КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого в самом начале пути.

– Алексей Владимирович, вспоминается ваш далекий предшественник, ректор КГМИ Граков. Вы тоже, как Борис Степанович, будете спасаться в операционной от административной работы?

– Я и сейчас хожу в рентгеноперационную, оперирую пациентов выше среднего уровня сложности, и это наверняка продолжится. Но вряд ли это спасение: от чего бежать, если решение возглавить вуз было осознанным. Страшно человеку становится, если он чего-то очень долго желал, и вот, наконец, сбылось. О чем мечтать дальше?

У меня же случилось естественное, эволюционное продолжение карьеры, расширение деятельности. Понятно, что хирургическая и ректорская работа – это своего рода полипрагмазия (в медицине одновременное назначение больному множества лекарств. – Прим. ред.), но я должен справиться.

– А мы переживаем, как профессор, привычный к прозрачной практической медицине, будет себя чувствовать в академичной среде. Это же несвобода.

– Медицинский вуз – не академическое учреждение, наша основная задача – подготовка кадров для практической медицины. Вся вузовская наука должна развиваться только в интересах образования. Мы готовим практиков, а уже врачи сами решают, необходимо им защитить диссертацию или достаточно совершенствовать профессиональные навыки.

Мы это видим на примере краевой больницы. Там работает блестящий кардиохирург Андрей Пустовойтов, который первым в крае пересадил донорское сердце. Научная деятельность Пустовойтова совершенно не интересует. А вот молодой профессор-нейрохирург Павел Шнякин, притом что много оперирует, все же больше склонен к научной карьере.

Я защищался оба раза как практический врач, но прикрепленный к вузу, поэтому все происходившее в университете последние 20 лет мне понятно.

Вы правы, в университете действительно образовалась закрытая среда – назовем ее академической. Вуз, к сожалению, исчез из поля зрения исполнительной и законодательной власти, он не участвовал в процессах, происходивших в регионе. Представьте, мы недавно посетили ФОМС, и нас встретили так: «О, университет! Мы вас уже двадцать лет не видели!».

– А какое отношение вуз может иметь к фонду?

– У нас серьезный провал с подготовкой администраторов здравоохранения. Главные врачи и замы проходят специализацию и сертификацию вне Красноярска, в других городах. Мы обращались в ФОМС по поводу финансирования переподготовки управленцев.

Медицинский университет нужно возвращать – постоянно, на договорной основе взаимодействовать с исполнительной властью, провести паспортизацию объектов здравоохранения, чтобы определиться с дефицитом кадров.

Наша стратегическая задача – исполнение губернаторского заказа, устранение дефицита медицинских кадров на уровне региона,


Владимир Вениаминович Протопопов (справа) с учениками


Наталья Алексеевна Протопопова - молодой доктор

согласно постановлению Правительства РФ от 9 октября 2019 года. Федеральная программа «Земский доктор» сработала недостаточно эффективно, надо устранять дефицит в первичном звене силами края.

– И как же можно это сделать? Страшно молодому специалисту быть единственным врачом на всю округу.

– Я точно знаю, что дефицит первичного звена не зальешь никакими деньгами. Сегодня специалистам в районах предлагают трехзначные зарплаты, но ведь люди все равно не соглашаются ехать в ЦРБ. Конечно, необходима инфраструктура – дороги, культурные объекты, нормальное жилье, но самое главное, на мой взгляд, – надо выводить высокие технологии за пределы Красноярска.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи имеет свои ограничения. Никому из врачей не хочется ощущать существенный профессиональный разрыв с коллегами из краевого центра. Вот мы открыли сосудистые центры в Ачинске и Канске. Фактически гора пришла к Магомету. Это один из первых российских опытов вынесения высокотехнологичной инвазивной медицины на большие расстояния от столицы региона, и он оказался успешным.

В Красноярском крае сегодня очень туго со специалистами, надо все скалькулировать и спланировать, как с этим бороться.

– Поделитесь первыми впечатлениями: что вас в вузе поразило, огорчило, обрадовало?

– Вы говорили о свободе. Действительно, в сосудистом центре краевой больницы, и особенно в отделении рентгенхирургии, сотрудники понимают меня с полуслова, принимают мою манеру общения: я люблю «троллить» своих ребят, они понимают, когда я шучу, а когда серьезен.

Здесь уже через несколько дней я понял, что уровень коммуникации иной, и я вынужден с этим считаться. Для иллюстрации: в первые недели я объехал все кафедры вуза с предложением прописать все проблемы и варианты решения. Люди обещали, но письмо пришло только от одной кафедры. Я даже не понял, что случилось: почему сотрудники боятся декларировать свое мнение?

Буквально в первые дни я объединил экономическую службу, создал службу госзакупок, потому что ее просто не существовало.

В вузе многое вызвало у меня удивление. Предметы тасуются по каким-то непонятным принципам – надо поработать с расписанием, расставить приоритеты. К примеру, сегодня объединены в одну кафедру анатомия и гистология.

– Фундаментальные, базовые кафедры – в одну?

– Именно. Я уж не говорю о клинических кафедрах – студенты теперь не ходят в операционную, чистые теоретики. Тестовая система оценок – от нее мы никуда не денемся, но одно собеседование по профилю дает информации о студенте много больше, чем тест. Никто не

Справка

Алексей Владимирович Протопопов родился 13 сентября 1965 года в Красноярске, в семье известных врачей-рентгенологов.

Окончил с отличием Красноярский медицинский институт. По окончании вуза работал в краевой клинической больнице:

– с 1988 по 1992 год в качестве врача кабинета по контрастным и внутрисердечным методам исследования;

– с 1992 года заведовал отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения;

– в 2008 году возглавил региональный сосудистый центр на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Протопопов – один из ведущих рентгенхирургов Российской Федерации. Регулярно проводит мастер-классы и читает лекции в ведущих европейских и американских клиниках. Он создатель красноярской школы инвазивной хирургии, ученики Протопопова – постоянные участники международных медицинских конгрессов.

Профессор Протопопов принимает активное участие в политической жизни региона. С 2011 года – депутат Законодательного Собрания Красноярского края. Приказом министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой от 24 августа 2019 года Алексей Протопопов исполняет обязанности ректора КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Женат. Дочери Екатерине еще нет и года.


В операционной

запрещает проводить собеседования, но у преподавателей, видимо, нет времени.

– А у вас находилось время на молодежь. Вы оставили заведование отделением очень молодому врачу – он готов к такой ответственности?

– Никиту Литвинюка обучали в вузе, как и всех сегодняшних студентов, но в него было вложено многое, прежде чем он стал таким, как сегодня, и, я верю, он справится со своими обязанностями.

Хочу сказать, что наставничество – это ведь не альтруизм, а вполне эгоистичный процесс. Наши наставники в свое время учили нас врачеванию, для того чтобы их в старости кто-то лечил качественно и профессионально. Так и мы сейчас вкладываемся в молодых перспективных врачей: кто-то же должен нас лечить (*смеется*).

– В вузе вы хотите создать молодую команду управленцев?

– Аналог «молодого правительства» в университете делать не станем, но перспективную молодежь, конечно, будем рассматривать.

Если честно, я удивляюсь количеству юбилейных грамот, которые подписываю 60-70-летним сотрудникам. Со всем уважением к ветеранам считаю, что собственноручно выращенные молодые кадры – это безопасность, как личная, так и для вуза в целом.

– Кажется, скучать вам не придется.

– Да, тут много работы, и это хорошо.

– Вы возвращаетесь домой поздно. Катерина Алексеевна спит уже, наверное.

– Дочке десять месяцев, ее очень любят и мама, и старшая сестра, и бабушка, но, конечно, она скучает по мне. Когда возвращаюсь, она немедленно просится на ручки, лепечет, рассказывает, как прошел день. Она девочка с характером и все больше похожа на меня.

– А знаете, все говорят, что Протопопов с рождением ребенка совершенно изменился – такой мягкий стал, нежный.

– Возможно. Мне теперь действительно хочется домой, где мои любимые девочки. Для меня теперь даже перинатальный центр – особое место. Когда я там бываю, такую нежность и благодарность испытываю к врачам и медсестрам. Там родилась дочка, и эта эмоция, конечно, незабываема.

Но в целом я не слишком сентиментальный человек.


С главным врачом краевой больницы Егором Корчагиным

Прямая речь

1. Об экономике и финансах

Важнейший приоритет нашего университета определен аббревиатурой ВУЗ – это все, что связано с обучением и подготовкой кадров. Исходя из этого, самым ценным в университете является студент. Именно он – средоточие всех усилий и процессов учебного заведения.

Самым главным для университета является преподаватель.

Зарплата преподавателей вуза должна быть сопоставимой с уровнями оплаты труда в практическом здравоохранении.

Университет необходимо максимально погрузить в процессы, происходящие в регионе. Первый организационный шаг в этом направлении уже сделан – в функционал проректора по лечебной работе введен раздел по взаимодействию с органами региональной исполнительной власти Красноярского края.

Настройка масштабных процессов – нормализации ситуации с оплатой труда, выстраивания новых отношений с регионом – потребует до шести месяцев напряженной работы.

2. О подготовке кадров

Абсолютно все действия вуза должны быть направлены на подготовку кадров для краевого здравоохранения.

Но цель под угрозой, ведь даже внутри самого университета существенный дефицит кадров.

Вопрос: если университет не в состоянии обеспечить специалистами себя, как он будет готовить кадры для всего региона? Поэтому привлечение молодых специалистов в структуры университета – приоритетная задача для управленческого звена.

– Неправда. Человек без глубокой эмпатии не станет восстанавливать церковь в селе, где служил прадед-священник.

– Я отреставрировал церковь в селе Мокрушинском, потому что должен был это сделать и мог это сделать. Моего прадеда убили на крыльце церкви вместе с 17-летним сыном – мне сложно обсуждать публично, представлять, как это происходило. И мне сложно думать о том, что пережил мой дед, которого расстреляли в 1937-м.

Я знаю семь поколений Протопоповых, там долгая линия священников. У меня своеобразные отношения с православием, но мне нравится, что церковь стоит, в ней молятся прихожане, и я крестил там свою Катю.

– А ведь именно после того, как была реанимирована церковь в Мокрушинском, все в вашей жизни изменилось. В ней появились жена и дочка, так?

– Наверное, просто время пришло.

Говорят, счастье зависит от трех пунктов: от кого родился, у кого учился, на ком женился. По всем трем пунктам у меня жизнь сложилась удачно.

– Ваша мама, рентгенолог Наталья Алексеевна, рассказала, что вы любите хвойные растения.

– Да, так сложилось. У меня целая коллекция хвойных. Жду – должны привезти ливанский кедр. Это горное растение, а там всегда холодно, даже в Ливане. Надеюсь, в нашем морозном климате деревце выживет.

– А еще ваша мама рассказала, как вы учились в школе – занимались только теми предметами, которые нравятся.

– Мама вправе рассказывать обо мне все, что хочет. Родители мне очень дороги, но, наверное, я больше мамин сын, мы очень похожи.

Это большое счастье иметь родителей-долгожителей. Их активный возраст внушает мне оптимизм. Если повезет, надеюсь работать до 90 лет, как мой отец.

– Так и будет. Удачи вам, Алексей Владимирович!

Беседовала
Елена Семенова



Церковь в селе Мокрушинском Алексей Протопопов восстановил в память о прадеде - священнике Николае Протопопове



С дочками Настей и Катей

Я уверен, монетизация – не единственная мотивация при получении медицинской профессии. Молодым специалистам должны быть понятны перспективы карьерного роста, доступна возможность повышения квалификации и расширения профессионального кругозора через взаимодействие с лучшими практиками с обязательным учетом международного опыта.

В учебном студенческом процессе необходимо вернуться к главным навыкам врача – выработке клинического мышления, умению ориентироваться в потоке информации и принимать решения. Важно вернуть студентов из учебных комнат к постелям больных и в операционные в рамках существующего законодательства. В связи с этим необходимо повысить роль клинических кафедр, придать им экспертный уровень в практическом здравоохранении.

Повышение роли клинических кафедр ни в коем случае не должно сопровождаться дискриминацией теоретических подразделений.

Нам необходимо изменить психологические принципы обучения – уйти от количества к качеству выпускников. Нужно создать единые правила для неуспевающих, четко определиться с «точкой невозврата». Три переэкзаменовки – отчисление.

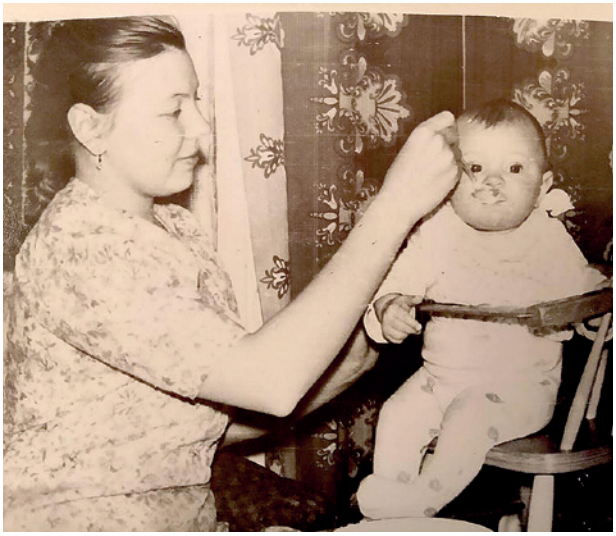
Мы должны создать кадровый паспорт системы здравоохранения региона для установления истинных масштабов кадрового дефицита. Мы уже приступили – во все лечебные учреждения региона разосланы запросы по нуждаемости в специалистах. Выполнен анализ полученной информации с мест, проводится сравнительный анализ с данными министерства здравоохранения края.

Далее, совместно с исполнительной региональной властью необходимо создать комплексную программу подготовки медицинских кадров путем целевого финансирования подготовки конкретных специалистов для конкретных муниципалитетов и лечебных учреждений.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

МОЙ ДИАГНОЗ – ДОНОР

В краевой больнице проведена первая родственная трансплантация печени



Это фото почти тридцатилетней давности, на котором юная мама кормит кашей своего малыша, облетело СМИ не только Красноярского края, но всей России.

Мама Ира кормит своего первенца Сережку и, конечно, даже представить не может, что детка однажды подарит ей жизнь.

А он не просто подарил – он даже не сомневался, словно не понимал, чем рискует. Но он понимал. Врачи 29-летнему Сергею Черняку все объяснили: и что печень в маме может не прижиться, и что у него самого могут развиться осложнения вплоть до летального исхода. Врачи спрашивали: «А на вас никто не давит?». И он отвечал: «Никто».

– Вы только представьте, что чувствует хирург, когда оперирует абсолютно здорового молодого человека, – говорит хирург Дмитрий Евдокимов. – Трупная трансплантация – это волнение за одного пациента, а родственная – за двоих.

Но доктор понимает, почему Сережа Черняк пошел на такой риск.

– Это любовь и долг одновременно, – объясняет поступок Сергея Дмитрий Евдокимов. – Ближе мамы у человека никого нет. Твоя мама



умирает, ты можешь ей помочь. Да – очень дорогой ценой, но зато ты не будешь приходить на кладбище с мыслью, что мама могла быть сейчас жива.

Цирроз развивался четыре года

Умирать Ирина Черняк стала в марте 2019 года. 53-летняя жительница поселка Подгорного Ирина Черняк самостоятельно обратилась в краевую клиническую больницу в связи с резким ухудшением самочувствия, жалобами на увеличение живота, усиление желтухи и кожный зуд.

Ирина понимала, что билиарный цирроз, выставленный ей нашими врачами еще в 2015 году, перешел в последующую закономерную стадию.

Тогда, четыре года назад, Ирине Черняк была назначена терапия: преднизолон 60 мг + УДХК + азатиоприн 100 мг/сут. В течение полутора лет состояние пациентки было без ухудшений, и тогда больная постепенно снизила дозу преднизолона: в сентябре 2016 года – преднизолон 5 мг + 50 мг азатиоприна + УДХК + верошпирон.

В начале 2017 года пациентка самостоятельно отменила все препараты и начала принимать нетрадиционную терапию. И какое-то продолжительное время, по словам Черняк, ее самочувствие было стабильным, а затем резко ухудшилось.

При обследовании: по УЗИ выявлены признаки цирроза, асцит. Лабораторно: цитолиз, холестаз, гиперспленизм. Консультирована гастроэнтерологом, поставлена на очередь на повторную госпитализацию, назначена терапия. На фоне лечения отмечалось уменьшение асцита.

Больная выписана с диагнозом первичный билиарный цирроз печени, АМА+, класс С по Чайлд-Пью, осложненный портальной гипертензией с реканализацией пупочной вены, асцитом, спленомегалией с гиперспленизмом: печеночно-клеточной недостаточностью с гипопротеинемией, гипоальбуминемией, гипопротромбинемией, печеночной энцефалопатией 1-2 ст.

Через два месяца, в мае 2019 года, пациентка госпитализирована для коррекции терапии, решения вопроса о трансплантации печени.

На эзофагогастродуоденоскопии в просвете пищевода визуализированы множественные варикозные узлы, не спадающиеся при сильной инсуфляции воздухом. Слизистая оболочка над венами истончена. На верхушках вариксов определяются множественные ангиоэктазии.

Пациентке рекомендовано эндоскопическое лигирование ВРВП в срочном порядке – из-за риска кровотечений.

Назначено также дообследование с целью поиска противопоказаний к трансплантации печени. Рекомендованы гепатопротекторы, пребиотики, неселективные бета-блокаторы, мочегонные.

31 мая пациентке проведено лигирование варикозных узлов в пищеводе – без осложнений. Проведено дообследование для постановки в лист ожидания трансплантации печени.

С диагнозом:

– основной – цирроз печени в исходе первичного билиарного холангита и аутоиммунного гепатита, АМА+, класс С по Чайлд-Пью. MELD 20-19;

– осложнения – синдром портальной гипертензии (реканализация пупочной вены, асцит, спленомегалия с гиперспленизмом, ВРВП 3-4 ст.); синдром печеночно-клеточной недостаточности (гипопротромбинемия, гипоальбуминемия, печеночная энцефалоптия 1 ст.); лигирование ВРВП; синдром холестаза;

– сопутствующий – кисты почек, образование правой молочной железы, узловой зоб, эутиреоз, хроническая железодефицитная анемия легкой степени, пролапс стенок влагалища с формированием цисто-ректоцеле; вертеброгенная люмбалгия на фоне остеохондроза, умеренный болевой синдром, остеопороз, умеренная легочная гипертензия – СДЛА 43 мм рт. ст. пациентка Черняк занесена в лист ожидания трансплантации печени.

У Сережи ринит и доброе сердце

О том, что без донорской печени мама неизбежно погибнет, отец и братья Черняки (а их целых трое!) узнали в деревне, на рыбалке.

Сергей сказал сразу: буду донором.

Уже через 20 дней он был госпитализирован в краевую клиническую больницу на обследование. В графе диагноз потенциальный родственный донор печени.

«Вертели» парня врачи всех специальностей: но только ЛОР обнаружил хронический ринит, а травматологи нашли неправильно сросшуюся ключицу после ДТП. Сережа рисковый парень, но судьба берегла его – для мамы.

На этом все – противопоказаний для родственной трансплантации нет.

28 сентября вечером мать и сын в разных операционных были введены в наркоз. Родственная трансплантация началась.

Ход операции донора

J-образная лапаротомия. Пересечены серповидная, венечная, правая треугольная связки. Мобилизованы правый контуры ретропеченочного сегмента нижней полой вены, короткие печеночные вены клипированы, лигированы. Выделена правая печеночная вена диаметром 12 мм. Выделены, лигированы, пересечены пузырные артерия и проток. Выполнена холецистэктомия «от шейки». Артериальная анатомия печени – тип 1 по Hiatt, артерия Sg4 отходит от правой печеночной. Билиарная анатомия – тип B по Smadja-Blumgart.



У мужественных парней и собаки отважные



Черняк-старший с тремя сыновьями. Сережа пошел в первый класс

Последовательно выделены и взяты на турникеты структуры правых портальных ворот печени: правая печеночная артерия диаметром 2,5 мм, правая воротная вена диаметром 10 мм. Выполнен hanging-маневр. Ультразвуковыми ножницами Harmonic Ultracision (Ethicon) и ультразвуковым деструктором CUSA EXCel (Integra LifeScience) по правой границе срединной печеночной вены разделена паренхима печени на сохраненном кровотоке, трубчатые структуры по плоскости резекции коагулированы, клипированы.

Пересечены правые печеночные протоки (передний и задний секторальные), обработана глиссонова пластинка с обеих сторон, устья протоков слева ушиты нитью PDS II 6-0. Лигирована и пересечена правая печеночная артерия дистальнее места отхождения артерии Sg4. Правая воротная вена пережата зажимом De Bakey, пересечена. Правая печеночная вена пережата зажимом Satinsky, пересечена.

Правая половина печени перфузирована через воротную вену четырьмя литрами Кустодиола, через печеночную артерию – 100 мл 0,9% раствора NaCl с 2500 ЕД гепарина, передана для трансплантации.

Устье правой печеночной вены ушито нитью Prolene 4-0. Устье правой воротной вены ушито нитью Prolene 6-0. Контроль биле- и гемостаза. Счет салфеток – все. На плоскость резекции уложено гемостатическое покрытие TachoComb. В поддиафрагмальное пространство через контрапертуру установлена дренажная трубка. Брюшная стенка ушита послойно. Асептическая повязка.

Донора оперировали заведующий ІХО Дмитрий Ложкин, новосибирский трансплантолог Иван Поршенников, ассистент Муслим Цокаев, анестезиолог Дмитрий Смердин и операционная сестра Елена Силина.

В раннем послеоперационном периоде Сергей находился под наблюдением в ОАР № 2, в стабильном состоянии, на вторые сутки после операции переведен в хирургическое отделение № 2. Трубчатый дренаж из брюшной полости удален на третьи сутки после операции. На 11-е сутки после операции удалены п/о скобы, заживление раны первичным натяжением.

По данным УЗИ печени: портопеченочный кровоток в норме, желчные протоки незначительно расширенные. В лабораторном статусе в динамике отмечается снижение цитолиза, общего билирубина. Показатели развернутого анализа крови, коагулограммы, азотемические показатели без значимых отклонений. На фоне проводимого лечения динамика положительная.



В этот день папа и два сына были на рыбалке. Здесь они услышали, что маме нужна трансплантация

Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга, терапевта по месту жительства.

Реципиентке пришлось тяжело

28 сентября Ирине Черняк проведена ортотопическая трансплантация правой доли печени от живого родственного донора.

После операции пациентка была переведена в реанимацию. Назначена иммуносупрессивная терапия по схеме Mcf + такролимус + ГКС. В отделении проводилась гепаринизация, инфузионная, антибактериальная, противогрибковая терапия, профилактика пневмоцистной пневмонии, эрозивно-язвенных поражений, коррекция гипергликемии, гемотрансфузии.

Подниматься больная стала с третьих суток, на четвертые переведена в ХО2, где продолжена антибактериальная терапия (цефоперазона сульбактам, левофлоксацин), коррекция ИСТ, анемии препаратами железа. Дренажи удалены на 9-е сутки. На фоне терапии состояние больной стабилизировано, функция трансплантата печени была удовлетворительная. Но с 10 октября, на 13-й день после трансплантации, стали нарастать трансаминазы – до 10 норм и больше. По УЗИ трансплантата печени нарушения гемодинамики не выявлено. Выполнено МСКТА ОБП, данных за тромбоз не выявлено.

14 октября выполнена селективная ангиография чревного ствола. Данных за нарушение перфузии, замедление кровотока нет. Кровотока по печеночной артерии нет.

АЛТ и АСТ на фоне терапии снизились, но 22 октября повысились снова. Не исключался высокий риск гуморального отторжения печеночного трансплантата. По экстренным показаниям пациентке назначили плазмообмен и пульс-терапию метипредом по 500 мг в течение трех дней. На фоне проводимой терапии и проведенных сеансов плазмообмена отмечалась положительная динамика, снижение трансаминаз: АСТ с 440 до 191,1, АЛТ – с 1450 до 532,4, билирубин общий 16,2, прямой 7,7.

Также 22.10.2019 проведена гепатобиопсия: морфологически в препаратах не было данных за клеточное или гуморальное отторжение, определялась картина внутриклеточного холестаза, общепатологические изменения.

Учитывая лабораторную картину и результаты гепатобиопсии (а также учитывая, что гепатобиопсия проводилась на фоне начатой пульс-терапии), вероятнее всего, следует думать об остром отторжении трансплантата печени.

На фоне терапии состояние больной было стабилизировано, функция трансплантата печени удовлетворительная.

После стабилизации функции трансплантата главной проблемой пациентки стал тяжелый остеопороз на фоне менопаузы, печеночной недостаточности, длительного приема ГКС, цитостатиков. Следствие остеопороза – дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионными переломами тел поясничных позвонков и умеренным болевым синдромом.

Пациентка выписана домой, в поселок Подгорный, с длинным списком строгих рекомендаций. Среди них, конечно, иммуносупрессоры, ношение корсета, а главное – контрольные осмотры трансплантологов и долгое лечение остеопатии.

Ирина Черняк должна встать на ноги, ведь ради нее любящий сын рисковал собой.

– Главное – мама жива, – говорит Сережа Черняк. – Даже если она, не дай бог, не поднимется, я могу ее видеть.



Мама Ира в день выписки из краевой больницы



Сережа после операции

ГОД КРЫСЫ

ОДА ГРЫЗУНАМ ОСОБОГО НАЗНАЧЕНИЯ, или 10 ВОПРОСОВ О МЫШАХ И КРЫСАХ



1. Кто они такие?

Наши родственники. Крысы и мыши – млекопитающие, геном крысы более чем на 90% совпадает с геномом человека (хотя, если честно, с некоторыми животными у нас почти 99% совпадений).

Самая популярная в мире мышь – rattus norvegicus. Мышки-викинги распространились по всей земле, как и серые крысы – пасюки.

Самые милые и добродушные крыски – лабораторные. Все альбиносы животного мира добрые существа, но красноглазые крысы особенно. За это бедные и платят своими жизнями во имя науки.

2. Какие у них «фишки»?

Слово «мышь» произошло от индоевропейского «муш» – означает «вор».

Самочки и мышей, и крыс с рождения способны к размножению, так что педофилия среди этих грызунов узаконена.

Беременность у мышей длится 19-21 день, у крыс на пару дней дольше. За год мыши приносят до 14 приплодов, в каждом до 12 мышат. Чтобы оплодотворить самку, самцу достаточно двух секунд.

Крысы могут плавать на огромные расстояния – это потому что ноздри в воде у них автоматически закрываются.

У самцов крысы нет сосков, но половой диморфизм ярко выражен за счет огромной мошонки.

Глаза у крыс и мышей светятся красным цветом, а у кошек и других хищников – зеленым.

У крыс нет желчного пузыря и миндалин.

Мозг мыши и крысы составляет 1% от веса тела. У человека – 2% .

Аппендикс у них похож на опухоль – такой объемный.

Зрение у крыс, как у собак, – мир для них серый.

Позвоночник при вытягивании – копия человеческого.

Легких два, но в правом только одна доля.

Крысы-альбиносы прекрасно слышат.

Крысы прыгают до метра в высоту, у них подвижная голова за счет амортизатора, прикрепленного ко второму грудному позвонку. Зуб цепляется к атланту крючком, поэтому шею свернуть крыса не может.

Ребра мягкие – крысы и мыши «протекают» в любую дырку.

Крысы издают свист в ультразвуковом диапазоне. Они свистят горлом и способны внезапно менять частоту сигналов. У них богатейший «словарный запас» криков. Установлено, что крысы способны даже смеяться: издают серию одинаковых ультразвуков.

Самая полезная «фишка»: крысы – единственные живые существа, способные ощущать рентгеновские лучи. При этом выдерживают очень высокий уровень радиации.

3. Какой у них характер?

Крысы социальные животные, и у них высокая потребность в общении. По интеллекту они близки к собакам и кошкам, понимают причинно-следственную связь, могут понимать, чего от них хотят.

Устройство коммуны грызунов пугающе напоминает наш социум. Прогремел эксперимент «Вселенная-25» американского ученого Кэлхуна. Он создал мышиный теплый рай – с обилием еды, любовью и безопасностью, а в результате получил ад: через 145 дней в баке уже было 600 мышей – потомков первых двух парочек, и появились касты. Отверженных (это были молодые самцы) старики сгоняли в центр бака, кусали. Беременные самки нервничали, потому что самцы отказались их защищать, а потом самки стали поедать своих детенышей.

Еще одна категория мышек была обозначена «красивые» – они только ели, спали и вылизывали себя, и отказывались спариваться.

Короче, мыши вымерли – беременностей не стало, процветал и гомосексуализм, агрессия, детей поедали мгновенно. Последняя мышь умерла через пять лет – столько жил мышиный Эдем.

Если лабораторные мышки и крыски ласковые, особенно альбиносы, норвежские мышки, пасюки, а также дикие сородичи никакой симпатии к нам не испытывают. И, между прочим, имеют эволюционное право нас презирать, ведь когда 250-300 тысяч лет назад появился Homo sapiens, крысы уже топтали Землю 30 миллионов лет. И, возможно, именно крысам мы обязаны тем, что сегодня на нас не охотятся динозавры, – по одной из версий, ящеры вымерли оттого, что полчища крыс поедали их яйца.

4. Когда их приручили?

Предположительно около 1800 года, когда во Франции и Англии были популярны сражения терьеров с серыми крысами. Такой вид

Продолжение на стр. 54



БОЛЬНИЧНЫЕ КРЫСКИ С НЕТЕРПЕНИЕМ ЖДУТ НОВОГО – СВОЕГО ГОДА

Согласно китайской мифологии…

…крыса – мудрое животное. Будущая покровительница года имеет превосходную память. Несмотря на то, что зверек очень вынослив, он всегда проявляет осторожность на своем пути. Представители этого знака анализируют каждый свой шаг.

Они не любят конфликтов, но в экстремальных ситуациях борются до конца.

Крысы прагматичны, но им не чужда любовь к искусству и духовные ценности.

Крыса – эколог, ценит тех, кто бережет природу.

Крысам часто везет в финансовых операциях. Много среди представителей Крысы журналистов, бизнесменов и политиков.

Лица, родившиеся в такой год, кажутся самоуверенными, но очень часто за этой маской скрываются сомневающиеся и скромные натуры.

Крысы очень обаятельны и располагают к себе, умеют создать уют и любят принимать гостей.

Врожденная интуиция помогает Крысам решать самые сложные проблемы.

Сторонние наблюдатели могут подумать, что Крысы очень жадные. Но они никогда не отказывают в помощи своим близким – для своих родственников им ничего не жаль. Влюбленные представители этого знака могут совершить любые безрассудства для своего избранника.

Наши коллеги прочли гороскоп и вот что сказали.



Ольга Журавлева, экономист:

– Я действительно неплохо приспосабливаюсь к разным обстоятельствам. Если кто-то мне не понравится, просто закрываюсь, а на конфликт не иду.

Работаю с финансами, но романтика никогда не покидала меня – верю в любовь, это Божий дар, все на ней держится. Наверное, поэтому я не злопамятна и всегда недоумеваю: как люди могут помнить какие-то детские обиды? Даже от мамы обиды помнят. Мне это странно, я все плохое забываю.

Что до любви к природе – обидно, что в Красноярске стало тяжело дышать. Я так любила этот зимний город с белоснежным снегом, а теперь возвращаешься из-за границы, и чувствуется, что воздух грязный.

Вот в чем совпадаю с гороскопом – в отношении к еде. Люблю простые блюда, люблю есть дома.

Какое искусство предпочитаю? То, что можно увидеть, – архитектура и живопись.



Сергей Устюгов, заведующий отделением кардиологии №3:

– Агрессию стараюсь не включать никогда. Предпринимаю много усилий, чтобы гасить конфликты, потому что худой мир действительно лучше доброй ссоры.

Искусство предпочитаю в зависимости от настроения – музыку люблю, причем разную – от тяжелого рока до эстрады. Смотрю динамичное кино – не жестокое, уж лучше неглупая комедия.

Люблю вкусно поесть. Что может быть лучше морепродуктов, запиваемых белым вином, где-нибудь на средиземноморском берегу.

А вот у нас, при нашем климате, другие деликатесы – строганина под рюмку хорошей водки.

Об экологии. Думаю, человек все же влияет на природу негативно, и это очень меня огорчает.



Елена Репис, сотрудник отдела кадров:

– Я не то чтобы лишена романтики, но трезво смотрю на жизнь. Некоторые считают меня циничной стервочкой, может, они и правы. Я отходчивая, легко общаюсь с теми, кто когда-то меня обидел, но… помню. Наверное, это «крысиная осторожность», как в гороскопе.

Но если мне что-то очень нужно, я быстро принимаю решение и добиваюсь своего. Например, когда увидела своего будущего мужа, немедленно захотела за него замуж и сделала все, чтобы он был со мной.

Я умею приспосабливаться к обстоятельствам и к людям. Например, с детьми я совершенно другая – стараюсь стать для них идеальной мамой, все время сомневаюсь, правильно ли их воспитываю.

развлечений процветал в течение 70 лет или даже больше, пока не был запрещен специальным декретом.

Для боев отлавливали сотню-другую пасюков и помещали их в большую яму с отвесными стенами, по которым те не могли выбраться. Туда же спускали выдрессированного терьера. Судья засекал время до убийства последней крысы. Изредка среди них попадались особи с белой шкуркой и красными глазами. Их отсаживали для показа и разведения. Скорее всего, именно эти пасюки-альбиносы, которых к тому же приручили, дали начало лабораторным крысам.

5. Наши помощники

Крыс используют в апробации новых приемов хирургии и трансплантологии, а также в исследованиях раковых заболеваний, диабета, психологических расстройств, регенерации нейронов и еще во многих областях медицины. Это ценные подопытные животные при оценке терапевтической эффективности и токсичности новых лекарственных соединений перед клиническими исследованиями на человеке.

Крысы быстро размножаются, – это позволяет биологам изучать генетические эффекты через несколько поколений потомков. На крысах проще проводить операции за счет большего размера, к тому же они устойчивы к заболеваниям.

С мышами начали работать еще в XIX веке, но официальным годом «рождения» лабораторной мыши считается 1909-й – в этом году была получена первая чистая линия. В новосибирском Академгородке в 2013 году поставлен памятник в благодарность этому животному.

Многие психоаналитики используют мышей для опытов. Они помогают понять, как люди будут вести себя в похожих ситуациях.

У крыс и мышей удалось вызвать неполный партеногенез – «непорочное зачатие». Под действием экстремальных ситуаций симбио-

Не знаю, насколько я интуитивна. Ведь обмануть меня можно. Один раз.

Из всех видов искусств больше всего интересна фотография. А именно лица, портреты. Люди вообще меня интересуют, хотя не могу сказать, что очень их люблю.



Сергей Головач, руководитель информцентра:

– Я в общении с людьми осторожен чрезвычайно, потому что стараюсь никогда не забывать, что могу быть неправ. К сожалению, помню причиненное зло, но мстить не буду, потому что не надо наращивать агрессию в мире.

Из всех искусств для нас важнейшим является кино – это про меня. Так получилось, что с актерским дипломом стал заниматься совсем иным делом, но кино люблю очень и, надеюсь, понимаю его.

Меня очень беспокоит экология. Например, коллеги знают, что если они при мне не завяжут в узелок полиэтиленовый пакет, прежде чем выбросить, я очень расстроюсь – китов ведь жалко. И аргументы, что киты от нас далеко, для меня незначимы – китов все равно очень жалко.

А еще я существо клановое и семейное – для близких и родных мне ничего не жалко.



Евгения Курц, заведующая отделом клинической фармакологии:

– Не всегда я осторожная, у меня рефлекс – в человеке в первую очередь видеть хорошее. И если даже кто-то очевидно меня обидит, в овеет никогда не буду делать плохо. Потому что верю в бумеранг – уровень добра и зла в мире выравнивается не нами.

Очень люблю музыку, фотографию. Природу обожаю.

Несмотря на профессию – клиническая фармакология требует невероятной аккуратности, щепетильности, ответственности, я сентиментальный человек. Семью свою обожаю, причем не только детей, мужа, родителей, но и всех бабушек и дедушек, прабабушек, прадедушек, дорогих моих долгожителей. Они жили в деревнях, ели простую здоровую еду, и даже если курили самосад и пили самогон, все это было качественное, не отрава, как сейчас.

Так что я действительно Крыса – человек социальный и семейный.



Евгений Ломаско, врач-невролог:

– Я вроде действительно осторожный с людьми, но совсем незлопамятный, у меня просто времени нет думать о мести. Очень люблю музыку. Человек странное существо – одновременно создает шедевры и природу загаживает своей деятельностью. У меня маленький сын – хотелось бы, чтобы ему досталась чистая планета.

Очень ценю ближний круг – родных, друзей, коллег, готов многое сделать для этих людей. Одиночество не для меня.

Ирина Квашнина, заместитель главного врача по финансовой деятельности:

– У меня профессиональная хорошая память, но плохое стараюсь не помнить и ссориться с людьми не люблю. Я осторожная, лучше выслушаю, постараюсь понять.



Я вообще не мелочная, мне легче идеализировать человека, чем делить его на достоинства и недостатки. И меня поэтому можно обмануть – доверчивая.

Как все Крысы, обожаю компанию. Например, краевая больница с ее огромным коллективом – точно мое место.

Ну и врачами я очарована еще с детства – мама анестезиолог-реаниматолог.

Любимое искусство – живопись, она меня очень трогает.



Андрей Щукин, заведующий отделением ортопедии:

– Я предусмотрительный человек, стараюсь, как в шахматах, просчитывать действия. В медицине, наверное, иначе нельзя.

Очень люблю комфорт, простую еду, мне ни к чему рестораны, потому что лучше всех в мире готовит моя жена.

Я консервативен – люблю старые фильмы, читаю странно – порой по три-четыре книги одновременно.

Близкие и друзья – самое дорогое, что у меня есть. Конечно, без них жизни не представляю.

Мне очень не по душе, когда в плохой экологии обвиняют государство. Думаю, каждый из нас вносит свою лепту, поэтому нам всем нужно беречь свой город, страну, планету.



тическая бактерия вольбахия запускает деление яйцеклетки, и из нее развивается самка, клон матери. Полученный материал может быть основой для выращивания органов. Партеногенез более физиологичен, чем клонирование, а значит, риск отторжения намного меньше.

Крысы-саперы широко используются в Азии и Африке. Обоняние прекрасное, обучается не хуже собаки, не подрывается на минах – легкая. Крыса способна за метр унюхать и металлическую мину, и пластиковую, и гранату, и даже простой патрон.

Крыса – это вкусно. На вкус напоминает курицу, перепелку или свинину. Африканская тростниковая крыса может весить 5-6 кг.

6. Крыса для любви

Декоративные крысы хорошо запоминают и выполняют команды, привязываются к хозяину, знают свою кличку, любят ласку. Среди декоративных крыс есть гипоаллергенные лысые сфинксы.

Дикая крыса, или пасюк, тоже может привыкнуть к человеку, если «усыновляется» в раннем возрасте.

Продолжительность жизни крыс 2-4 года, но они могут жить и дольше. Это, кстати, большой минус: люди так привязываются к домашним крысам, что горюют из-за короткой жизни любимцев.

7. Экономический ущерб

Синантропные виды крыс наносят большой экономический ущерб, поедая и портя продовольственные и непродовольственные товары, а иногда повреждая электрические сети, что может приводить к пожарам. В США, по оценке 1977 года, крысы ежегодно наносили прямой ущерб на сумму от 500 млн до 1 млрд долларов.

Также некоторые виды крыс наносят ущерб сельскому хозяйству, поедая посевы. Вследствие этого разработано и разрабатывается много способов борьбы с крысами – от отпугивания до уничтожения.

Окончание на стр. 56

ПАМЯТНИКИ МЫШАМ И КРЫСАМ ПО ВСЕМУ МИРУ


Российская крыска Лариска


Гамельн, Германия


Роттенберг, Германия


Киев, Украина


Йошкар-Ола


Голландия


Одесса, Украина

8. Опасность для здоровья

Крысы переносят возбудителей чумы, туляремии, бешенства, тифа, токсоплазмоза, лептоспироза, риккетсиозов, содоку и других заболеваний. В США ежегодно крысы кусают не менее 14 тысяч человек, в Москве за год кусают более 500 человек.

9. Неприязнь к крысам

Многие люди отрицательно относятся к крысам. При этом многие «крысофобы» положительно относятся к другим похожим грызунам – хомячкам и морским свинкам. Эмоциональная реакция на белую крысу отмечается даже у грудных младенцев.

Женщины особенно боятся крыс и мышей. Наверное, это связано с тем, что зверьки всегда были рядом, пока мужчины охотились. Интересно, что «крысиная» фобия вообще не поддается психотерапии.

10. Они помогают бороться… с собой

Лабораторных крыс и мышей широко применяют для изучения самих же крыс и мышей.

Проводились исследования, посвященные анализу сложных форм поведения пасюков – пространственной ориентации, способностей к решению локомоторных и манипуляционных задач.

Лабораторные грызуны используются и для решения сугубо практических задач, связанных с ограничением численности серых крыс и домовых мышей. На лабораторных животных проводят первоначальные испытания новых препаратов, апробируют различные варианты приманок, проверяют отношение к новым беспримановочным средствам борьбы, и только после таких испытаний переходят к опытам с синантропными грызунами в местах их естественного пребывания.

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Министерство здравоохранения Красноярского края

Страховые компании Красноярского края

Медицинские организации Красноярского края

профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru