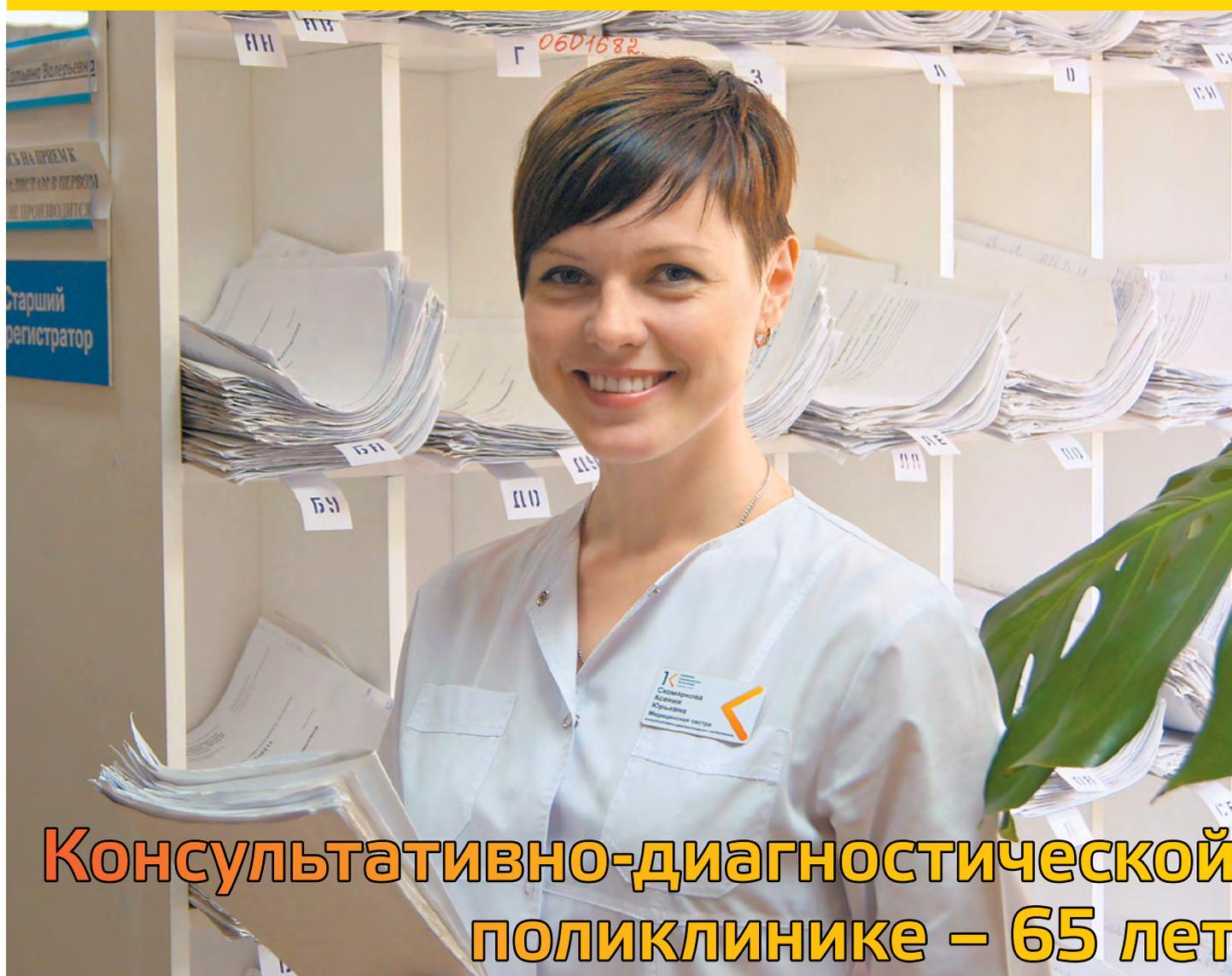


ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 2 (59)



ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Консультативно-диагностической поликлинике – 65 лет

*За 65 лет
обслужены
4,5 миллиона
пациентов*

*Уникальные услуги
консультативно-
диагностической
поликлиники*

*Когда наши
врачи были
маленькими*

июнь 2015 года

РЕМАКСОЛ® ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ



Реклама

РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

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



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

**КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Основан в 1998 году

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:

КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Егор Евгеньевич Корчагин —
главный врач

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:

Алексей Иванович Грицан —
д.м.н., профессор

Елена Сергеевна Семенова —
шеф-редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

В.В. Тяпкин, И.В. Кочеткова —
фотокорреспонденты

Г.Г. Гудошникова — корректор

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

Тираж 999 экз.
Июнь 2015 г.

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

Содержание

События	2
ЮБИЛЕЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	
За 65 лет мы приняли 4,5 миллиона пациентов	4
Хроника консультативно-диагностической поликлиники	7
Театр начинается с вешалки, а поликлиника — с регистратуры	9
История кардиологической службы	10
Самый северный пункт — Богучаны	12
Как важно выставить диагноз и оказать квалифицированную помощь пациенту	13
Эндокринологический центр	14
Главное лечение — профилактика	16
Информатизация идет успешно	17
Денситометрия — эксклюзивный метод исследования	17
Кабинет аутсорсинга	18
Мы дарим возможность слушать, слышать и быть услышанными	19
Красивые зубы сегодня — не дар природы, а дело техники	21
На приеме у эпилептолога	22
Нужно помнить, что эмоции заразительны	23
В январе 2015 года в поликлинике открылся кабинет саркоидоза	24
Опыт работы кабинета диагностики, лечения и профилактики эхинококкоза	26
История кафедры лучевой диагностики	27
Как работает фониатрический кабинет	30
Методическая помощь медицинским учреждениям края	30
Добровольное медицинское страхование — что это?	31
Медицинская сестра: не только профессия, но и призвание	32
Жизнь поликлиники глазами профсоюза	34
Поликлиника дистанционного консультирования и Call-центр	36
Наши дети	38
Наши династии	40
DUM DOCEMUS DISCIMUS (ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ)	
Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии	42
Внедрение автоматизированной системы предсменных осмотров в угольной компании	43
Инфузионное обеспечение интра- и периоперационного периода у больных, оперированных по поводу рака яичников	44
EX ANIMO (ОТ ДУШИ)	
Когда наши врачи были маленькими	50

СОБЫТИЯ

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА ПОДВЕЛА ИТОГИ 2014 ГОДА

Расширенный медицинский совет с участием министра здравоохранения Вадима Янина, председателя комитета по здравоохранению и социальной политике ЗС Юрия Данильченко, директора Территориального ФОМС Сергея Козаченко и прочих почетных гостей состоялся 22 апреля.

Главный врач Егор Корчагин представил Совету и трудовому коллективу доклад о работе клиники в 2014 году, отметил, что все обязательства по исполнению государственного задания и ВМП больница выполнила.

В отношении планов на будущее Егор Корчагин заявил, что рецепт достойного выхода из сложной экономической ситуации заключается в слаженной командной работе.

Министр здравоохранения Вадим Янин рекомендовал для решения бюджетных проблем изыскивать внутренние резервы.

Обсуждались кадровые вопросы, бюджета, повышения качества медицинской помощи, увеличения числа малоинвазивных вмешательств, взаимодействие научных кафедр медицинского университета и клинических отделений. Была затронута тема подготовки больницы к Универсиаде-2019 и строительства нового хирургического корпуса.

Итогом расширенного медицинского совета стало признание работы краевой клинической больницы в 2014 году удовлетворительной.

С докладом главного врача вы можете ознакомиться на сайте краевой клинической больницы: medgorod.ru

БОЛЬНИЦУ ПОСЕТИЛ ГУБЕРНАТОР



Виктор Толоконский осмотрел два отделения анестезиологии и реанимации, а также операционные залы оперблока. Потом состоялось обсуждение предстоящих работ по реконструкции больницы.

По проекту, который был представлен главе края, в будущем на территории больницы появятся несколько новых корпусов, в которые будут переведены реанимационные палаты и операционный блок. А отделения легочно-аллергологического центра разместят на освободившихся площадях основного корпуса.

Виктор Толоконский внес сразу несколько существенных правок, исходя из первоначальных, безотлагательных потребностей больницы:

– Нужно выделить первоочередные задачи и уже начинать работы по их реализации. При этом мы должны исключить удорожание проекта по ходу строительства.

Проект будет доработан и представлен на обсуждение повторно.

СБОРНАЯ ККБ ОДЕРЖАЛА ПОБЕДУ В XVII СПАРТАКИАДЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Спартакиада, посвященная 70-летию Великой Победы и национальному году борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, завершилась 8 июня в Балахте.

Сразиться в финале соревнований приехали 14 команд медицинских учреждений Красноярска и края.

В течение двух дней проходили соревнования по волейболу, легкой атлетике (эстафета), пулевой стрельбе, настольному теннису, шахматам, мини-футболу.

Сборная команда краевой клинической больницы в группе «города» заняла первое место в общекомандном зачете.

Наша мужская команда выиграла турниры по мини-футболу, настольному теннису и победила в эстафете 4х100 м. Женская команда вернула звание лидера в волейболе и стала сильнейшей в настольном теннисе. Стоит отметить блестящую игру в шахматы у мужчин – II место и женщин III место.



Вторыми стала команда КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Замкнули тройку лидеров работники клинической больницы №51 ФМБА России, из Железногорска.

В ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА НАГРАЖДЕННЫ ВРАЧИ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ

18 июня в Музыкальном театре состоялось торжественное мероприятие, посвященное Дню медицинского работника.

Награды и поздравления из рук первого заместителя губернатора Красноярского края – председателя правительства Виктора Томенко, председателя Законодательного Собрания края Александра Усса, министра здравоохранения Вадима Янина получили лучшие медицинские работники региона.

Отмечены заслуги врачей краевой клинической больницы: лучшим хирургом Красноярского края стал заведующий отделением микрохирургии Вадим Кеосьян, лучшим эндокринологом – Валентина Мацинина, а заведующий травматологическим центром Алексей Лубнин получил звание «Отличник здравоохранения».



МЫ ПОМНИМ МЕДИКОВ, ОТСТОЯВШИХ МИР

В канун 70-летия Великой Победы на территории краевой клинической больницы состоялся торжественный митинг в честь открытия памятной стелы, посвященной врачам, медсестрам и санитаркам, воевавшим на фронте.

Открывая стелу, главный врач Егор Корчагин сказал:

– Наши коллеги боролись за жизнь каждого солдата, спасали раненых в госпиталях. Сегодня, помня об этом славном подвиге, каждому из нас следует учиться мужеству, отваге, бескорыстной самоотдаче и чуткости сердца, помогая пациентам, для большинства из которых врач – это последняя надежда.

О победе советского народа в Великой Отечественной войне говорили министр здравоохранения Красноярского края В.Н. Янин, заместитель председателя Законодательного Собрания Красноярского края А.М. Клешко, председатель комитета по вопросам законности и защиты прав граждан Законодательного собрания Красноярского края, орденноносец Ю.Н. Швыткин, глава Совета ветеранов Красноярского края А.П. Самков.

Для справки

Стела представляет собой каменную плиту, изготовленную из карельского гранита, красно-черного цвета, размером 2x0,9 метра. Плита стоит на постаменте из двух плит. По обеим сторонам архитектурная композиция украшена двумя каменными вазонами, стилизованными под гильзы боевых снарядов.



На лицевой стороне стелы в верхней ее части изображен орден Отечественной войны с георгиевской лентой, ниже надпись: «Медицинским работникам, отстоявшим мир». На обратной стороне стелы изображены медицинские работники и офицеры Красной Армии.

Архитектурная композиция изготовлена по инициативе администрации краевой клинической больницы и на средства меценатов. Стела расположена за главным корпусом, на аллее Памяти.

В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ПРОВЕДЕНО 20 000 ОПЕРАЦИЙ

Юбилейную, двадцатитысячную, операцию кардиохирургии выполнили 14 мая 2015 года: в условиях искусственного кровообращения 54-летнему пациенту с приобретенным пороком сердца срочно заменили аортальный клапан.

Сегодня пациент чувствует себя хорошо.

Ежедневно в шести операционных кардиоцентра выполняется около 30 вмешательств на сердце и магистральных сосудах.

Для справки

Свою деятельность ФЦСХ начал в сентябре 2010 года. На сегодняшний день в клинике работают 679 сотрудников, из них врачей – 135 человек, 3 доктора медицинских наук, 12 кандидатов медицинских наук. Средний и младший медицинский персонал – 354 человека. Самому маленькому пациенту Центра было 2 дня, вес 700 граммов, самому возрастному пациенту – 95 лет.

ЮБИЛЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ

ЗА 65 ЛЕТ МЫ ПРИНЯЛИ 4,5 МИЛЛИОНА ПАЦИЕНТОВ!

*В.М. Симакова, заслуженный врач РФ,
заместитель главного врача по поликлинике*



Вот, кажется, не так давно мы отмеча-ли юбилейную дату – 60 лет поликлинике. Подводили итоги, строили планы. И снова очередная дата – 65 лет. Время пролетело быстро, многое мы пережили, многого достигли. Что же произошло за эти пять лет? Для истории это один миг, но для оказания помощи амбулаторным больным сделано немало.

Первое впечатление о больнице складывается у пациента при посещении поликлиники. Мы подсчитали: за 65 лет врачи поликлиники выполнили 12,5 миллиона посещений, приняли 4,5 миллиона пациентов – это численность населения таких стран, как Норвегия, Ирландия, Грузия, Новая Зеландия. Теоретически каждый житель Красноярского края за эти годы побывал в нашей поликлинике полтора раза.

Работать в одной команде, посвящая всю свою жизнь любимому делу, – согласно этому принципу и существует вот уже 65 лет наша поликлиника. За долгие годы здесь подобрался такой коллектив, которым невозможно не гордиться.

У нас работают три заслуженных врача РФ, три отличника здравоохранения, три профессора, 10 кандидатов медицинских наук, 36 врачей высшей и первой категории. 156 человек за свой труд награждены грамотами и благодарственными письмами различных государственных структур. В поликлинике работает победитель всероссийского и краевого конкурсов, лучший эндокринолог 2015 года.

В состав консультативно-диагностической поликлиники входят дневной стационар на 30 мест, работающий в две смены, краевой эндокринологический и сурдологиче-

Наша справка

В.М. Симакова заведует консультативно-диагностической поликлиникой КГБУЗ ККБ с 1990 года. Внесла большой вклад в организацию оказания медицинской помощи путем интеграции служб, создания специализированных центров, внедрения в практику современных форм управления, новых технологий диагностики и лечения заболеваний.

Награждена отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», почетными грамотами министерства здравоохранения Красноярского края.

ский центры, краевой центр профилактики и лечения остеопороза и стоматологическое отделение, работающее на платной основе. Расширился перечень специализированных кабинетов с открытием специализированных приемов: эпилептолога, саркоидоза, для беременных с соматической патологией, прием челюстно-лицевого хирурга, кабинет описторхоза, кабинет психолога.

В консультативно-диагностической поликлинике прием ведется не только кардиологом, но и кардиологом по нарушениям ритма сердца, по инвазивным методам диагностики и лечения. Открыт прием гинеколога для больных с эндокринной патологией, оказывается узкоспециализированная помощь ортопедическим больным, травматологическим, с травмами и повреждениями кисти, с заболеваниями и травмами коленного и плечевого суставов и др.

В 2012-2013 годах был проведен капитальный ремонт поликлиники, улучшены условия для пребывания пациентов, оборудованы холлы для ожидания приема – оснащены телевизорами, креслами, имеются кофе-аппарат и небольшая библиотека. Функционирует буфет, где можно пообедать. На первом этаже размещена аптека.

Проконсультирован за пять лет 399 701 человек, в среднем по 80 тысяч человек в год. Выполнено 1373 тысячи посещений – по 275 тысяч в год. В дневном стационаре пролечено 3649 больных.

Консультативно-диагностическая поликлиника занимает особое место среди амбулаторно-поликлинических учреждений края. Здесь консультируются больные по направлениям лечащих врачей, которым в силу различных причин не была оказана медпомощь на местах в полном объеме. Специалисты консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ ККБ консультируют лечащих врачей пациентов, выдают медицинские заключения с установленным диагнозом и рекомендациями по дальнейшему лечению и наблюдению, осуществляют экспертную оценку тактики и качества ведения пациентов до направления в краевую клиническую больницу.

Первичная медико-санитарная помощь должна быть основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи на всех этапах ее оказания в объеме программы государственных гарантий. Проблема доступности качественной медицинской помощи населению Красноярского края является одной из важнейших, именно она зачастую сдер-

живает реформы и не позволяет в полной мере добиться планируемых результатов. При этом существует значительный разрыв в уровне доступности специализированной медицинской помощи между городским и сельским населением.

Помимо социальных и географических причин, на доступность медицинской помощи влияет уровень качества ее оказания – недостатка кадров в учреждениях края. В большинстве районов отсутствует ряд узких специалистов, 43% врачей достигли пенсионного возраста, а врачей в возрасте до 35 лет всего 12,7%. Это приводит к необходимости поиска дополнительных возможностей в организации медицинской помощи сельскому населению, особенно проживающему в отдаленных от центра района муниципальных образованиях.

4,5 МИЛЛИОНА ПАЦИЕНТОВ – ЭТО ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТАКИХ СТРАН, КАК НОРВЕГИЯ, ИРЛАНДИЯ, ГРУЗИЯ, НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКИ КАЖДЫЙ ЖИТЕЛЬ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ЗА ЭТИ ГОДЫ ПОБЫВАЛ В НАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПОЛТОРА РАЗА.

С начала 2011 года была поставлена задача приема пациентов, минуя регистратуру. Отделом АСУ больницы разработана новая система предварительной записи пациентов на консультативный прием через сайт КГБУЗ ККБ в режиме on-line. Заработала система электронной регистратуры. Суть ее в том, что территориальные медицинские организации, оформляя заявку на прием, присылают необходимые данные на пациента для оформления медицинской карты амбулаторного больного в поликлинике краевой клинической больницы.

Регистраторы поликлиники КГБУЗ ККБ поднимают из картотеки амбулаторные карты пациентов, которые оформлялись в предыдущие годы, или оформляют новые. Утром, накануне приема, медицинские сестры разносят их по кабинетам специалистов. В электронном талоне пациента, который он получает в поликлинике по месту прикрепления, указана дата, номер кабинета и время, в которое ему необходимо явиться к врачу-специалисту. Пациент обращается сразу в кабинет приема, минуя регистратуру.

Часто возникает необходимость консультаций смежных специалистов. Ранее для получения талона на прием пациент должен был пройти в регистратуру, отстоять очередь и получить нужный ему талон. Нередко пациенту по нескольку раз в день приходилось проделывать эту процедуру, следствием чего являлись очереди в регистратуре, нервозность, физическая усталость пожилых пациентов и инвалидов.

Сейчас талон на консультацию смежного специалиста или дополнительные исследования пациент получает в кабинете врача. Эта функция возложена на медсестру, которая связывается с закрепленным за ней регистратором, который, в свою очередь, бронируя талон в электронной системе, сообщает ей дату, время и номер кабинета. Вследствие реализации такой системы взаимодействия медицинского персонала количество очередей в регистратуру уменьшилось, а с пациентов снялась необходимость без конца курсировать от кабинета врача до регистратуры.

В целях совершенствования, формирования и закрепления на практике профессиональных знаний, умений и навыков, полученных в результате теоретической подготовки, а также в целях изучения передового опыта, внедрения новых методик и технологий в медицинский процесс в КГБУЗ ККБ организован центр практического обучения. Составлен список специалистов, которые будут осуществлять обучение в соответствии с предложенным перечнем методик, исходя из заявок, поступивших из муниципальных учреждений здравоохранения, сформирован график проведения стажировок.

В поликлинике ежегодно получают консультативно-диагностическую помощь более 90 тысяч жителей края. Ежегодно увеличивается перечень и объемы медицинской помощи на амбулаторном этапе.

По ряду объективных причин в последние годы значительно выросла потребность и обращаемость населения края в поликлинику краевой клинической больницы за оказанием специализированной медицинской помощи. Основной целью обращения за консультативной помощью является уточнение диагноза. Уточнение диагноза специалистами проводится на основании дополнительных методов исследования, отсутствующих в медицинских учреждениях по месту жительства: ЭХОКГ, пункционная биопсия щитовидной железы, иммунологические и гормональные исследования щитовидной железы, аудиометрическое исследование, компьютерная томография, МРТ, МСКТ и другие.

Удельный вес больных, направляемых с целью выдачи рекомендаций по лечению, занимает второе место среди всех причин обращений пациентов.

Специалисты, к которым чаще всего направляются пациенты для назначения лечения и коррекции лечения: аллерголог, отоларинголог, гинеколог-эндокринолог, травматолог, нейрохирург, гнойный хирург, кардиоаритмолог, невролог, колопроктолог, хирург-эндокринолог. Высокая обращаемость к данным специалистам с целью выдачи рекомендаций по лечению связана также с отсутствием в районах узкоспециализированных служб.

Одной из основных наших задач является проведение планомерной работы по упорядочению обследования больных и снижению сроков обследования. Администрацией больницы, врачами поликлиники и диагностических служб постоянно проводится планомерная работа по упорядочению обследования больных и снижению сроков обследования, в результате которой количество больных, обследуемых за один-два дня, увеличивается.

С 1 сентября 2012 года в краевой клинической больнице поликлиника дистанционного консультирования – «виртуальная поликлиника» заработала в новом качестве: создана служба врачей-консультантов сайта заявок, которые являются кураторами

специалистов районов по своему профилю. Врачи-консультанты определены по всем 53 врачебным специальностям.

Считаю большим достижением реализацию возможности через сайт заявок экспертизы качества направительной документации, в том числе полноты описания жалоб больного, анамнеза заболевания, объективного статуса, результатов дополнительных методов исследований, выполненных в районе. В случае отсутствия нужных данных заявка на консультацию направляется на доработку. Но при этом люди живут дома и не тратят время и деньги на проживание в краевом центре, ожидая проведения исследований в КДП ККБ.

Одной из основных обязанностей врачей-консультантов является экспертиза медицинской документации при направлении пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику – просмотр заявок на консультацию по своему профилю, поданных территориальными поликлиниками на сайт краевой клинической больницы. Исходом экспертизы могут быть три варианта:

- приглашение пациента на очную консультацию;
- направление заявки на доработку при отсутствии необходимых жалоб, данных анамнеза или обследования в поликлинике по месту жительства пациента;
- проведение заочной консультации.

Проведение заочных консультаций исключает необходимость посещения пациентом краевой клинической больницы.

В последнее десятилетие центр тяжести оказания медицинской помощи перемещается со стационарного на поликлинический этап, в связи с чем мы уделяем наибольшее внимание экспертизе качества догоспитального обследования. Совместно с клиническими кафедрами и специализированными отделениями больницы разработаны стандарты обследования больных, направляемых на плановое хирургическое лечение по основным заболеваниям. Соблюдение их контролируется заведующими отделениями, врачами-экспертами и отслеживается на уровне приемного покоя.

Еженедельно в кабинете заместителя главного врача по поликлинике проводятся заседания комиссии третьего уровня контроля качества медицинской помощи. На заседания приглашаются врачи-консультанты и заведующие профильными отделениями, разбираются конкретные дефекты по амбулаторным картам. Такие разборы наиболее эффективны, так как врачи учитывают свои ошибки, заведующие при проведении УКК первого уровня обращают внимание на замечания, которые были сделаны на втором уровне.

Часто на заседания комиссии приглашаются заведующие диагностическими служ-



Уважаемые коллеги!

Примите искренние поздравления с юбилеем консультативно-диагностической поликлиники краевой клинической больницы.

Консультативно-диагностическая поликлиника – это форпост краевой клинической больницы, мощное подразделение, где с современных позиций и на высоком профессиональном уровне решаются задачи диагностики и лечения.

Золотым фондом поликлиники является сплоченный коллектив высококвалифицированных специалистов, сочетающих в себе знания, приобретенные многолетней практикой, стремление к постоянному совершенствованию и прекрасные личные, деловые качества. Результат многогранного труда работников поликлиники – высокие показатели деятельности и заслуженное уважение, признательность пациентов.

Ежегодно десятки тысяч граждан, застрахованных в системе ОМС, приезжают из удаленных уголков Красноярского края, обращаются в поликлинику за помощью и получают необходимые консультации врачей. С каждым годом объемы оказания медицинской помощи населению увеличиваются.

Сегодня перед консультативно-диагностической поликлиникой стоит много непростых задач, связанных с внедрением в практику инновационных медицинских технологий, развитием системы дистанционного консультирования, повышением доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи. Многие уже сделано, еще больше предстоит сделать.

Благодарю за совместную работу в реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан, направленную на снижение смертности, повышение доступности, качества и эффективности медицинских услуг. Желаю дальнейших успехов в этом нелегком деле, здоровья и благополучия вам и вашим близким.

С.В. Козаченко, директор Территориального фонда ОМС Красноярского края

бами. Коллективное обсуждение ошибок позволяет в дальнейшем избежать их, кроме того, складывается алгоритм работы врача-консультанта в свете современных требований. Приглашение на заседания комиссии заведующих клиническими и параклиническими отделениями способствует оперативному решению многих организационных вопросов по взаимодействию служб.

Одной из новых форм оказания медицинской помощи населению Красноярского края стал консультативно-диагностический автокомплекс «Мобильная поликлиника». Комплекс получен краевой клинической больницей в октябре 2013 года в целях повышения доступности медицинской помощи населению Красноярского края, преимущественно в труднодоступных и отдаленных районах. Комплекс оснащен современным диагностическим оборудованием и специализированными кабинетами приема врачей.

Много задач предстоит нам решить, намечены цели и разработаны планы по улуч-

шению оказания специализированной медицинской помощи пациентам.

Одна из главных задач – поликлиника одного дня. В максимально короткие сроки обследовать пациента, выставить диагноз и выдать рекомендации по лечению. До приезда пациента разработать маршрутный лист.

Необходимо осуществлять автоматический дозвон пациентов с сообщением даты предстоящей госпитализации за 14 дней для проведения предоперационного стандарта обследования по месту жительства пациентов, подлежащих оперативному вмешательству.

Мы стремимся к увеличению количества заочных консультаций пациентов с 4000 до 6500 без необходимости приезда в КГБУЗ ККБ.

Мы продолжим работу «мобильной поликлиники» КГБУЗ ККБ с целью оказания консультативно-диагностической помощи жителям Красноярского края, проживающим в отдаленных районах, с увеличением количества исследований с 4827 до 22 218 по всем видам и количества консультаций специалистов по профилям с 1029 до 5800.

Необходимо открытие кабинетов невролога по приему больных с нервно-мышечной патологией, рассеянному склерозу, экстрапирамидной патологией и когнитивными нарушениями.

Планируется открытие кабинета нефролога по отбору больных на трансплантацию почки и наблюдениями за пациентами с пересаженными почками.

Возрастающие ожидания общества и пациентов по вопросам качества и доступности медицинской помощи выдвигают новые требования к медицинскому учреждению. Пациент в больнице должен стать главным действующим лицом, а усилия персонала должны быть направлены на достижение наилучшего результата для каждого конкретного пациента.

Развитие больницы должно привести к тому, чтобы диагноз больному ставился в течение одного дня, пациент чувствовал себя в полной безопасности как во время обследования, так и во время лечения, а его родственники должны быть уверены в том, что для близкого им человека будет сделано все возможное.

ХРОНИКА КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

1956 ГОД

Поликлиника размещается в здании стационара. Прием ведется в восьми кабинетах по девяти специальностям: хирургия, терапия, гинекология, стоматология, педиатрия, урология, офтальмология, отоларингология. В работе поликлинических кабинетов принимают активное участие заведующие отделениями, профессора, доценты и ассистенты кафедр мединститута. Больные ожидают приема в узком коридоре и вестибюле, иногда стоя, так как помещение позволяет расставить всего 120 стульев.

1962 ГОД

С апреля 1962 года поликлиника работает во вновь построенном трехэтажном здании терапевтического корпуса с отдельным входом. Здание светлое, просторное, теплое. Прием ведется в 19 кабинетах по 16 специальностям. Открыт первый в крае психотерапевтический кабинет. Созданы условия для проведения малых амбулаторных операций в хирургическом, отоларингологическом, офтальмологическом кабинете. Кроме этого, на базе поликлиники работает кабинет электрокардиографии,

Статистика посещений

Годы	Количество приемов	Количество посещений	Количество пациентов
1950	6	24 000	8 000
1954	7	28 000	9 500
1955	9	36 000	12 000
1962	17	68 000	22 700
1968	38	152 000	50 700
1994	67,5	270 000	90 000
1996	68,5	274 000	91 400
2000	58,5	234 000	78 000
2003	66,0	264 000	88 000
2004	74,25	297 000	84 800
2009	76,5	293 471	75 250
2010		287 020	74 600
2011		273 575	70 148
2012		280 635	71 960
2013		257 762	66 100
2014	76,5	282 765	76 000
Итого:		13 245 228	4 415 076



Поликлиника в 1960-е

два кабинета рентгенологических, кабинет функциональной диагностики, два кабинета процедурных, размещены клиническая и биохимическая лаборатории. Развернуто физиотерапевтическое отделение.

1968 ГОД

Консультации пациентов проводятся по 38 специальностям. Запись больных децентрализована, проводится в соответствующих кабинетах и регистратуре. Повторных больных вызывают в кабинет сестры по готовности анализов.

1975 ГОД

Поликлиника занимает уже часть терапевтического корпуса. Пропускная способность поликлиники – 350 человек, а фактически в среднем за год посещаемость только врачей (без дополнительных исследований) составила 685 человек в сутки. В отдельные дни во время каникул посещаемость превышает тысячу человек. Впервые организован кабинет медико-генетического консультирования.

1980 ГОД

Консультирование проводится по 42 специальностям. Организован консультативный прием в субботние дни по 14 специальностям. Проконсультировано 65 893 человека, ими было сделано посещений 201 166.

1981 ГОД

В августе 1981 года выделена в самостоятельную единицу офтальмологическая служба в связи с вводом эксплуатации краевой офтальмологической клиники. Туда были введены все приемы окулистов, в ре-

зультате чего в поликлинике освободилось четыре кабинета. Это дало возможность организовать операционно-перевязочную для всех амбулаторных больных. Выделены кабинеты для краевого ревматологического центра и терапевта, принимавшего сотрудников больницы.

1984 ГОД

На территории поликлиники в пяти кабинетах открылась кафедра лабораторной диагностики.

1989 ГОД

Введен в эксплуатацию главный корпус больницы, были переведены терапевтические и детские отделения, КДЛ. У поликлиники расширились площади и появилась возможность увеличения объемов оказания помощи. Консультативные приемы ведутся по 46 специальностям. Медико-генетический кабинет получил статус медико-генетической консультации.

1990 ГОД

Начата подготовка к работе в условиях коллективного подряда с использованием экономических методов управления: разработаны коэффициенты трудового участия, модель конечных результатов, подготовлен проект договора между сотрудниками больницы и администрацией краевой больницы.

1991 ГОД

Возросло количество обращений в поликлинику, в основном за счет жителей Красноярска и близлежащих районов. Одна треть пациентов (26,6%) приезжают в кон-

сультативную поликлинику без направления, необследованными. Поэтому возросли сроки обследования свыше трех дней до 11,7%. С целью сокращения сроков обследования, ликвидации очередей в поликлинике был принят ряд мер, которые упорядочили и ускорили сроки получения анализов крови, флюорографии, мочи.

1996 ГОД

Медико-генетическая консультация выделена в самостоятельное лечебное учреждение. Вошел в состав поликлиники эндокринный центр.

2000 ГОД

Созданы два отделения: стоматологии и отделение профилактики и реабилитации.

2003 ГОД

При поликлинике открыт дневной стационар на 15 мест в две смены.

2005 ГОД

Впервые организована предварительная запись на прием к врачу.

2009 ГОД

В консультациях амбулаторных больных приняло участие 184 врача краевой больницы. Изменен порядок направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику: определены квоты – плановое количество консультаций по наиболее востребованным специальностям. Запись стала осуществляться по электронной почте по заявкам медицинских учреждений края. В этом же году создан центр остеопороза, стало проводиться комплексное обследование пациентов с этой патологией.

2010 ГОД

Приказом министерства здравоохранения Красноярского края определен новый порядок направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику краевой клинической больницы. Отрабатывается система взаимодействия с медицинскими учреждениями края. Совершенствуется система предварительной записи с использованием интернета.

2014 ГОД

Введен в состав консультативно-диагностической поликлиники комплекс «Мобильная поликлиника», где развернуто восемь должностей. Создан кабинет описторхоза, эпилептолога, психолога.

ТЕАТР НАЧИНАЕТСЯ С ВЕШАЛКИ, А ПОЛИКЛИНИКА – С РЕГИСТРАТУРЫ

Здесь начинается первое знакомство посетителей с поликлиникой. Регистратура – основное структурное подразделение по организации приема больных.

Наши медицинские регистраторы первыми встречают больного, беседуют с ним, в необходимых случаях помогают понять организацию приема. Медицинский регистратор должен разбираться в вопросах распределения пациентов по медицинским показаниям, что дает возможность правильно решать вопросы регулирования потока больных.

От работы регистратуры зависит в значительной степени ритмичность работы всех подразделений поликлиники, обеспечение наиболее оптимального распределения потоков посетителей, уменьшение затрат времени больных на посещение поликлиники.

Особого внимания требует оформление листов нетрудоспособности.



КАРДИОЛОГИЯ

ИСТОРИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Врачи-кардиологи Я.И. Вериги, Р.Н. Глизер, А.Е. Рязанов



1980 год. Вторая справа внизу Я.Е. Зима

В 1963 году при КДП ККБ был организован кардиоревматологический центр (КРЦ), состоявший из специализированных служб – кардиоревматологической, кардиологической, ревматологической. Кардиоревматологическим центром с начала его основания руководила врач ветеран труда Г.И. Солдатова.

Главной задачей врачей КРЦ была организация и внедрение специализированной кардиоревматологической службы в Красноярском крае, оказание организационно-методической и консультативной помощи в лечебно-профилактических учреждениях по вопросам кардиологии и ревматологии.

В годы становления кардиологической и ревматологической службы края доктора центра регулярно выезжали в ЛПУ районов для проведения конференций и обучения

врачей, консультаций пациентов. Благодаря самоотверженной работе, с 1963 по 1991 год в ЛПУ края была создана сеть кардиологических и ревматологических кабинетов, отделений, где постепенно внедрялись новые методы диагностики и лечения больных.

Хочется сказать несколько слов о первом замечательном руководителе КРЦ, талантливом враче и просто женщине – Галине Ивановне Солдатовой. За годы работы ею выполнено более 300 плановых и экстренных вылетов и выездов в ЛПУ края, проконсультировано около 7 тысяч больных, подготовлено более 200 врачей-терапевтов по вопросам кардиологии и ревматологии, что, несомненно, отразилось на развитии этой отрасли медицины в нашем регионе.

Результатами деятельности врачей КРЦ

являлись снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рецидивов ревматизма, более того, наблюдалось снижение первичной заболеваемости ревматизмом. Уменьшился процент заболеваний, повлекших за собой утрату трудоспособности.

В наше время КДП ККБ оказывает населению Красноярского края консультативную и диагностическую помощь в амбулаторных условиях.

В КДП ежедневно осуществляют амбулаторный прием девять врачей-кардиологов. Основную долю наших пациентов составляют больные ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и нарушением ритма сердца. Гораздо реже – пациенты с пороками сердца, тяжелой сердечной недостаточностью, кардиомиопатиями.

В среднем на одного врача-кардиолога приходится 20 пациентов в день. Порядка 60% приема занимают первичные пациенты, большая часть которых направлены районными больницами, а часть – лечебными учреждениями Красноярска по электронным талонам. 20% – осмотр пациентов перед предстоящими оперативными вмешательствами, 15% – осмотр повторных больных, и около 5% – прием экстренных пациентов кардиологического профиля.

Следует отметить, что в последнее полугодие имеет место тенденция – «поликлиника одного дня», то есть первичный пациент приходит на осмотр к кардиологу поликлиники ККБ, уже имея в наличии необходимые обследования – ЭКГ, ЭХОКГ, ХМЭЖГ (по возможности), анализы. Это стало возможным



О.И. Величко



В.А. Корнухова



Г.И. Солдатова

благодаря заочным консультациям наших специалистов, которые заранее знакомились с документацией пациентов и проводили коррекцию объема обследований. В конечном итоге, для большей части пациентов поликлиники ККБ достаточно первичного приема кардиолога, по итогам которого они получают квалифицированное лечение и выписку.

Истории болезни, в том числе амбулаторные карты и выписки, в КГБУЗ ККБ заполняются в электронном виде, в программе QMS, что значительно облегчает труд врача на приеме, делает рекомендации более емкими и четкими и, следовательно, более понятными для наших пациентов.

Сейчас мы имеем возможность детально, на самом современном уровне обследовать больных с сердечной патологией. Нашим пациентам при необходимости проводятся электрокардиография, ЭХО-кардиография, мониторинг ЭКГ по Холтеру, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей, а также весь спектр необходимых анализов.

При наличии строгих показаний пациент направляется для проведения диагностической или контрольной коронароангиографии (КАГ), которая является «золотым стандартом» в исследовании кардиологических больных. КАГ стала в условиях ККБ привычным, широко используемым методом обследования с 1993 года. При проведении КАГ врачами-кардиологами преследуется основная цель – определение метода лечения каждого конкретного пациента – этореваскуляризация миокарда (ЧТКА с последующим эндопротезированием коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование) либо консервативная терапия.

Вышеперечисленные обследования необходимы для качественной диагностики



кардиальной патологии, решения вопроса о тактике ведения пациента, подбора оптимальной терапии. Более того, перед клиницистом часто встает вопрос о дифференциальной диагностике заболевания, а это в некоторых случаях весьма затруднительно, с учетом коморбидной патологии, но значительно упрощается благодаря доступности необходимых методов исследования.

В особо сложных случаях, где необходимы не только знания, но и бесценный опыт, на амбулаторном этапе пациентов консультирует заслуженный врач России, заведующая кардиологическим отделением № 1 Р.Н. Глизер, а также создаются консилиумы с привлечением специалистов различного профиля.

Таким образом, весь комплекс инвазивных и неинвазивных методик исследования позволяет верифицировать практически любую патологию сердца и сосудов, оказать специализированную высококвалифицированную помощь.

Кардиологи КДП ККБ постоянно работают над повышением своего профессионального уровня как самостоятельно, так и посещая различные кардиологические конференции и школы, проводимые под эгидой ВНОК.



В.В. Тюлькина

Г.А. Гатченко

МОБИЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА

САМЫЙ СЕВЕРНЫЙ ПУНКТ – БОГУЧАНЫ

А.Д. Мельгунов,
заведующий мобильной поликлиникой

Передвижной консультативно-диагностический комплекс «Мобильная поликлиника» (ПКДК МП) поступил в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» 11 октября 2013 года в рамках программы диспансеризации населения.

С начала работы мы оказали консультативно-диагностическую помощь 7 тысячам пациентов, совершили 24 выезда в районы и населенные пункты Красноярского края: Березовский, Шарыповский, Партизанский, Дзержинский, Сухобузимский, Манский, Большеулуйский, Козульский, Уярский, Абанский, Богучанский, в поселок Кедровый, Минусинск и Красноярск. В столице края мобильная поликлиника обслуживала сотрудниц краевой клинической больницы, выставки Енисей-Медика – 2014 и 2015, работала в городской поликлинике № 14.

В структуру ПКДК МП входят:

- кабинет маммографический подвижной на базе автомобиля КамАЗ 4203;
- кабинет цифровой флюорографии на базе автомобиля КамАЗ 4203;
- кабинет терапевта, лабораторной диагностики на базе прицепа специального;
- кабинет гинеколога/уролога, ЛОР/офтальмолога, кабинет УЗД на базе прицепа специального.

В 2013 году после проведения лицензионных процедур мобильная поликлиника начала свою деятельность с обследования сотрудниц

КГБУЗ ККБ. Выполнялась маммография сотрудниц в рамках программы диспансеризации и онкоскрининга. Было проведено 300 маммографий.

10 декабря 2013 года осуществлен первый выезд мобильной поликлиники. Медработники направились на четыре дня в Березовский район Красноярского края по маршруту Зыково – Бархатово – Есаулово. Выполнялась маммография и флюорография легких, проведено 200 ММГ и 500 ФЛГ.

Вторая экспедиция направилась в Емельяновский район, где мобильная поликлиника провела две рабочие недели. Выбор близлежащих районов был не случайным.

Во-первых, проводилась проверка возможностей работы комплекса в полевых условиях сурового сибирского региона. Декабрь 2013 года выдался суровым, температура на улице достигала -35 градусов.

Во-вторых, несмотря на близость Березовского и Емельяновского районов к краевому центру, в них остается высокий уровень онкопатологии и заболеваемости туберкулезом.

Как известно, первый блин комом. При первом же выезде столкнулись с рядом технических проблем, которые сильно тормозили работу комплекса. Таким, в принципе, и был весь следующий год – на гарантийном ремонте ПКДК «Мобильная поликлиника» провела более 120 календарных дней. Порой техника

выходила из строя после перегонов, а иногда и в стационарных условиях.

В феврале 2014-го после нескольких дней успешной работы в ККБ вышел из строя маммограф. На его гарантийный ремонт ушло 90 дней. А в апреле в Шарыповском районе после 300-километрового пути вышел из строя флюорограф, что явилось для нас крайне неприятным сюрпризом. Попытка ремонта инженерами «Медтехники» на месте успехом не увенчалась, после чего флюорограф был направлен в Красноярск, а мы с коллегами на две недели остались оказывать консультативно-диагностическую помощь жителям Шарыповского района.

За гарантийный год была заменена часть оборудования и программного обеспечения, мы поняли, что комплекс пригоден для движения по хорошим асфальтовым дорогам и качественным грунтовым. Таким образом, работа мобильной поликлиники возможна в отдаленных территориях, но никак не в труднодоступных.

В основном ПКДК «Мобильная поликлиника» выезжает в составе двух КамАЗов (маммограф, флюорограф). Во-первых, эти виды обследований остаются самыми востребованными, а во-вторых, в преобладающем большинстве случаев разместить комплекс целиком или хотя бы в составе КамАЗ и прицеп физически невозможно из-за узких дорог, малой территории возле медицинских объектов



и проблем с подключением к сетям электропитания.

Врачи-консультанты и рентгенолаборанты доставляются к месту работы служебным микроавтобусом. На выездах ведется регулярная консультативно-диагностическая работа: принимают кардиолог, невролог, эндокринолог, хирург, врач ультразвуковой диагностики, врач функциональной диагностики, в различной комбинации специалистов, в зависимости от потребности каждого района. Прием пациентов осуществляется на площадях принимающего лечебного учреждения.

В 2014 году вследствие продолжительных гарантийных ремонтов мобильная поликлиника не смогла выполнить весь объем медицинской помощи. Но тем не менее мы осуществили 15 выездов, посетили 17 районов Красноярского края и оказали медицинскую помощь 5 тысячам человек. Выполнили 1716 маммографий, 3547 флюорографий, 1065 УЗИ брюшной полости, 252 дуплексных сканирования брахицефальных артерий, 1520 консультаций различными специалистами.

С самого начала работы проводится учет и анализ выявленной патологии. На сегодня сложилось следующее распределение.

По данным маммографии, патология встречается у 38,25% женщин от общего числа. У 24,35% обнаружена либо подтверждена мастопатия, у 8,96% выявлены очаговые доброкачественные образования, и у 4,94% женщин обнаружено подозрение на онкологию молочной железы.

По данным флюорографии, патология встречается у 4,79% населения, у 1,93% обнаружено подозрение на опухоль легких, у 2,7% подозрение на туберкулез, и у 0,13% выяв-



лены острые воспалительные заболевания легких.

По данным УЗИ, у 80% населения обнаружены диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, у 5% – гепатомегалия с подозрением на жировой гепатоз, у 3% – камни в желчном пузыре и у 3% камни в почках, у 1% – объемные образования почек, у 1% кисты печени, у 4 человек – кисты почек.

Каждая новая экспедиция проходит с каким-либо форс-мажором. С самого начала деятельности мы столкнулись с рядом кадровых проблем. Многие врачи УЗИ и рентгенолаборанты отказывались ехать в командировки, были проблемы с водителями КамАЗов, МБУСАТ (муниципальное учреждение санитарного автотранспорта, предприятие, отвечающее за медицинские автомобили Красноярского края), не могли найти подходящих кандидатур с категорией «Е». В некоторых районах отсутствуют гостиницы, и жить приходится в лечебном учреждении.

Организацией потока пациентов должно заниматься принимающее лечебное учре-

ждение. Зачастую такая работа организована из рук вон плохо, пациенты узнают о нашем приезде случайно. Так было в марте 2015 года в Манском районе. В результате маммограф был загружен на 2/3 от своей максимальной пропускной способности, а флюорограф – на четверть. На проведение УЗИ брюшной полости многие пациенты являлись прямо после обеда.

Лучше всего нас встречали в Шарыповском районе, поселке Кедровом, ряде сел Богучанского района (Осиновый Мыс, Такучет, Пинчуга, Ангарский, Октябрьский).

Богучанский район является территорией, приравненной к условиям Крайнего Севера, и он самый отдаленный, где побывала мобильная поликлиника. Мы посетили Богучанский район в феврале 2015 года, потому что некоторые села там доступны только зимой.

Начало выездной работы комплекса положено. Перед нами стоят большие задачи по повышению доступности медицинской помощи жителям отдаленных территорий Красноярского края.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

КАК ВАЖНО ПРАВИЛЬНО ВЫСТАВИТЬ ДИАГНОЗ И ОКАЗАТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

Е.А. Барышев, врач-функционалист

В 2012 году кабинеты нейрофизиологии отделения функциональной диагностики, расположенные на базе поликлиники, были укомплектованы новым современным медицинским оборудованием, в том числе электронейромиографом Нейро-МВП-8. Благодаря этому удалось внедрить в повседневную практику широкий спектр медицинских

методик, позволяющих провести как стандартный, так и углубленный анализ состояния разнообразных систем организма человека.

Появилась возможность исследовать проводящую функцию по двигательным и чувствительным волокнам периферических нервов (скорость распространения возбуждения по моторным волокнам и сенсорным

волокнам нервов), выявить уровень, степень и распространенность их поражения. Дифференцировать единичные или множественные невропатии, аксональные или демиелинизирующие, определить место, где произошла компрессия нерва. Тестировать надежность нервно-мышечной передачи в синапсе путем непрямой ритмической стимуляции мышц



Е.А. Барышев

(декремент-тест). При нарушениях определяется их вид, характер и степень. Незаменимо при миастении и миастенических синдромах.

Метод исследования отдельных потенциалов двигательных единиц с помощью концент-

рического игольчатого электрода, вводимого в мышцу (игольчатая электромиография), определяет состояние мышцы, нерва, передних рогов спинного мозга, стадию денервационно-реиннервационного процесса при различных нервно-мышечных синдромах. Дифференцирует мио-, невро- и нейропатию.

Зрительные вызванные потенциалы на реверсивный шахматный паттерн анализируют систему зрения. Позволяют выявить наличие или отсутствие повреждения от сетчатки глаза до коры головного мозга. Они помогают в диагностике рассеянного склероза, ретробульбарного неврита, воспалительных и других поражений головного мозга, а также позволяют определить прогноз зрительных нарушений.

Коротколатентные (стволовые) слуховые вызванные потенциалы – исследования слухового анализатора. Получаемая с их помощью информация дает возможность определить, где и как страдают слуховая и ве-

стибулярная системы, на всем их протяжении от рецепторов уха до коры головного мозга.

В зависимости от поставленной задачи проводятся две разновидности этого метода:

- для неврологических пациентов с целью выявления признаков нарушения проведения по слуховому нерву и в стволе головного мозга;

- пациентам сурдологического профиля – для определения порогов визуальной детекции слуха и объективизации степени патологии.

Все выше перечисленные методы позволяют врачам-неврологам, нейрохирургам, сурдологам, ортопедам, ревматологам, офтальмологам поставить правильный клинический диагноз. Определить относительную давность заболевания. Отслеживать течение патологического процесса. Дать прогноз и соответственно планировать лечебную тактику, контролировать эффективность проводимой терапии.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

*С.А. Догадин, заведующий эндокринологическим центром
Е.И. Машукова, врач-методист*

Краевой эндокринологический центр был создан в 1993 году. Он стал качественно новой структурой эндокринологической службы края – объединил консультативный прием врачей, гормонально-диагностическую лабораторию эндокринологического диспансера и отделения больницы. Это позволило оказывать высококвалифицированную диагностическую, консультативную и лечебную помощь больным с эндокринной патологией.

В своей структуре центр имеет консультативно-поликлиническое подразделение, гормональный отдел в составе лабораторно-диагностического отделения, организационно-методический отдел, терапевтическое отделение и хирургическое отделение.

Основной принцип работы центра – этапность и преемственность работы всех подразделений. Возглавляет центр доктор медицинских наук, профессор С.А. Догадин. В отделениях центра работает 21 врач.

Ежегодно врачи-эндокринологи КДП принимают 8-9 тысяч больных. Прием ведут кандидаты медицинских наук В.П. Мацынина, Л.Н. Боева, Т.В. Шелковникова, врачи Л.А. Лобынцева, Л.Л. Казанцева, О.А. Трыкова. В

кабинете «Диабетическая стопа» работает врач-хирург С.Я. Петров. В составе центра ведет прием гинеколог-эндокринолог Е.П. Жидкова. Более 40 лет работает медицинская сестра высшей квалификационной категории О.А. Калюшина.

Эндокринологическое терапевтическое отделение на 30 коек возглавляет О.В. Боровик. В отделении работают врачи высшей квалификационной категории М.И. Новых, И.Н. Коваленко. В 2014 году после прохождения интернатуры принята в отделение молодой специалист Е.Н. Гаталюк, а в конце 2014 года закончила свою трудовую деятельность (стаж 50 лет) В.В. Алексеева. Ежегодно в отделение госпитализируются более 900 больных.

На базе эндокринологического отделения функционирует Школа для больных сахарным диабетом, занятия в которой проводит к.м.н. Татьяна Тимофеевна Коновалова. Обучение проходит в группах от 10 до 16 человек. Продолжительность одного занятия – два часа. Вначале теоретическая часть – с изложением материала на слайдах, плакатах, просмотром видеоматериала, обсуждением пройденного материала. Практическая

часть – ведение дневника самоконтроля, определение уровня сахара крови с помощью тест-полосок и глюкометров, ацетона в моче, подсчет хлебных единиц (ХЕ). За год обучение в школе проходит около 240 человек.

В 1996 году в ККБ было организовано эндокринологическое хирургическое отделение. Его заведующим является Д.П. Евдокимов. В отделении работают квалифицированные врачи В.А. Маньковский, С.И. Пронь, О.В. Еселевич, А.Н. Агафонов. За год в отделении пролечено более 900 больных.

В тесной связи с консультативным приемом и отделениями работает гормональная лаборатория, осуществляющая широкий спектр гормональных и биохимических исследований. Заведует лабораторией А.Ю. Бураков. Работают опытные врачи-лаборанты Т.И. Гожева, А.А. Красикова, Н.А. Зобкова, лаборанты М.И. Замаарацкая, М.Ф. Ракитина, Н.И. Голубева и другие специалисты.

Ежегодно врачи эндокринологического центра ККБ выезжают в ЛПУ края для оказания консультативной и организационно-методической помощи, работают в составе мобильной поликлиники, проводят телекон-



д.м.н., профессор С. А. Догадин

ференции. В 2014 году было проведено семь выездов.

Врачи эндокринологического центра ведут активную научно-исследовательскую работу. Ежегодно публикуется более 15 работ в сборниках научных трудов, материалах конференций, в центральных профильных журналах. Сотрудники центра принимают участие в краевых научно-практических конференциях, представляют доклады на всероссийских и зарубежных медицинских съездах.

На базе эндокринологического центра выполнено более 25 отечественных и международных клинических исследований лекарственных препаратов. Собран материал и защищено семь кандидатских и одна докторская диссертация. Только за последние три года сотрудниками центра выполнены и успешно защищены четыре кандидатские диссертации.

В 2011 году заведующий центром С.А. Догадин стал лауреатом премии лучшим врачам России «Призвание» в номинации «За создание нового направления в медицине».

С 2005 года эндокринологический центр принимает участие в создании Российского Регистра опухолей гипоталамо-гипофизарной области. За вклад в развитие Регистра и активное участие в сборе данных Регистра врачи Л.А. Лобынцева и Л.Н. Боева в 2013 и 2014 годах награждались Почетными грамотами Российской ассоциации эндокринологов.

На базе центра в 2000 году на кафедре внутренних болезней № 2 КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого был организован курс эндокринологии постдипломного обучения.

Эндокринологической службой края проводится большая организационная работа по диабетологии. В 1994 года усовершенствована система снабжения больных сахар-

ным диабетом инсулинами, средствами их введения, сахароснижающими таблетками и средствами самоконтроля. Основой этой системы является целевое выделение средств для приобретения, централизованный закуп и централизованное распределение в городах и районах края.

С 1994 года стали организовываться школы самоконтроля для больных диабетом. В 1996 году организован Красноярский городской диабетологический центр, где стали оказывать лечебную помощь больным сахарным диабетом и систематически проводить обучение самоконтролю. В 1996 году в крае внедрен Государственный регистр больных сахарным диабетом.

Совершенствуются мероприятия по мониторингу йоддефицитных заболеваний. С 1990 года внедрены и начали использоваться врачами края критерии ICCIDD для оценки йодного дефицита. В 1991 году во всех лечебных учреждениях унифицировано ультразвуковое исследование щитовидной железы и введен единый протокол-заключение. В 1994 году начато обследование новорожденных на врожденный гипотиреоз. В 1997 году в Краевом эндокринологическом центре создана лаборатория по определению содержания йода в биологических жидкостях.

В Красноярском крае 134 врача-эндокринолога, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь населению. В лечебных учреждениях Красноярска 35 приемов эндокринологов, из них 10 – детские. В районах края прием ведут 65 эндокринологов. В крае 181 койка для эндокринных больных, в том числе 131 койка для взрослых, 30 коек для детей и 20 специализированных хирургических коек.

Структура эндокринологической службы в крае следующая:

- эндокринологический прием в поликлиниках ЦРБ и городов края;
- прием эндокринологов и педиатров-эндокринологов, выделенные для эндокринных больных койки в межрайонных центрах;
- консультативный прием и специализированные койки в Краевом эндокринологическом центре ККБ и КДКБ. Специализированную консультативную и лечебную помощь больным с эндокринной патологией оказывают Краевая офтальмологическая больница, Краевой онкологический диспансер, Краевой медико-генетический центр, Городской родильный дом № 6, эндокринологическое отделение ГБСМП, детское отделение городской больницы № 20, Сибирский клинический центр ФМБА.

Эндокринологическая служба Красноярского края продолжает осуществлять организационные, лечебные и научные связи с головным центром эндокринологической службы России – Эндокринологическим научным центром РАМН. Поддерживаются тесные отношения с эндокринологами сибирского региона. Ежегодно проводятся научно-практические конференции с участием ведущих эндокринологов страны. В 1993 году в Красноярске проводилась I Сибирская конференция эндокринологов, в 2003 году – II Сибирская конференция эндокринологов, в 2009 году – III съезд эндокринологов Сибири.

Перспектива развития и совершенствования Краевого эндокринологического центра связана с поддержанием высокого профессионального уровня наших специалистов, притоком молодых кадров, внедрением новых методов диагностики и лечения.



ГЛАВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ПРОФИЛАКТИКА

С.Я. Петров,

хирург лечебно-диагностического отделения эндокринологического центра



Сахарный диабет – одна из актуальных проблем здравоохранения Российской Федерации и всего мира. Экспертами ВОЗ это заболевание признано неинфекционной эпидемией.

Одна из важнейших проблем эндокринологии – профилактика и лечение поздних осложнений сахарного диабета. Среди них особое место по прогнозу выживаемости и определению качества жизни занимает синдром диабетической стопы, который объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, костно-суставного аппарата.

Синдром диабетической стопы является одним из наиболее грозных и тяжелых поздних осложнений сахарного диабета. Диабетические язвы стоп, гангрена и ампутации приносят большой ущерб здоровью и сопровождаются значительными экономическими затратами.

Высокий уровень расходов на лечение этих пациентов активизировал поиск новых, более эффективных и экономичных, подходов к оказанию помощи больным с синдромом диабетической стопы. В результате в большинстве развитых стран создана специальная амбулаторная служба, представляющая собой сеть кабинетов диабетической стопы, где врач-подиатр оказывает лечебно-профилактическую помощь больным с синдромом диабетической стопы.

В 1996 году была принята Федеральная программа «Сахарный диабет», и с этого момента в Российской Федерации, на базе эндокринологических центров и диспансеров, стали организовываться кабинеты и отделения специализированной помощи больным сахарным диабетом с поражением нижних конечностей.

В Красноярске подобный кабинет открылся в 1998 году на базе Краевого эндокринологического центра.

За время существования кабинета обследовано более 17 тысяч больных с сахарным диабетом в возрасте от 15 до 85 лет, с длительно-

стью заболевания от 0 до 30 лет. Выявлено 12 200 больных, имеющих осложнения сахарного диабета на нижние конечности, что составляет 72% от всех обследованных. У 2,1% больных с впервые выявленным сахарным диабетом уже имелись осложнения на нижние конечности. Среди осложнений преобладают полинейропатии и смешанная форма (нейропатия и ангиопатия) поражения, что составляет соответственно 71,5 и 21%. Наличие неврологических и сосудистых поражений нижних конечностей – факторы повышенного риска развития язвенных поражений стоп. У более 3% больных с наличием факторов риска выявлено наличие гнойно-септических поражений. Больные с трофическими язвами 1-й и 2-й степеней (по Вагнеру) получали амбулаторное лечение.

В основе лечения инфицированных язвенных дефектов стоп использовались следующие принципы: оптимизация уровня гликемии, разгрузка пораженного участка, антибактериальная терапия, местная обработка раны, удаление участков гиперкератоза, симптоматическая терапия, купирование явлений ишемии. Заживления удалось добиться у 90% больных. Сроки заживления колебались от двух недель до четырех месяцев.

При неэффективности лечения язв, а также больные с язвами 3-й и 4-й степеней, гангреной, остеомиелитом направлялись на лечение в гнойно-септический центр, где в последнее время используются щадящие, органосохраняющие хирургические вмешательства.

Получение положительного результата в виде сохранения конечности и ее опорной функции – одна из основных задач в лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей. Пациенты с поражением магистральных артерий, у которых была возможность хирургического восстановления кровотока, направлялись к сосудистому хирургу.

Важным аспектом работы врача-подиатра является профилактическая работа. Ежегодный осмотр стоп специалистом – минимальное и не-

обходимое требование для своевременного выявления осложнений у пациентов с сахарным диабетом, которое выполняется у всех больных, находящихся на приеме у эндокринолога ККБ, вне зависимости от давности выявления заболевания.

Основные направления профилактической работы:

- амбулаторное наблюдение, клиническое и инструментальное обследование больных сахарным диабетом с целью определения категории риска развития язвенных поражений;

- определение частоты амбулаторных визитов;

- обработка стоп у больных группы риска (гиперкератоз, ногти);

- обучение больных уходу за стопой, подбору обуви.

Таким образом, проведение лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом должна начинаться на ранних этапах развития диабета и включать обязательное обучение правилам ухода за ногами, компенсацию сахарного диабета, подиатрический уход, ортопедическую и хирургическую коррекцию деформаций. Своевременное выделение пациентов, составляющих группу высокого риска, и оказание им превентивной мультидисциплинарной помощи позволяет уменьшить количество осложнений диабета и тем самым значительно снизить процент ампутаций.

ЗА ВРЕМЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ КАБИНЕТА ОБСЛЕДОВАНО БОЛЕЕ 17 ТЫСЯЧ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 85 ЛЕТ, С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТ 0 ДО 30 ЛЕТ.

IT-ТЕХНОЛОГИИ

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ИДЕТ УСПЕШНО

В.Г. Азанов, начальник отдела АСУ



В 2014 году в КДП началось активное внедрение медицинской информационно-системы qMS — сразу после запуска системы в стационаре и диагностических подразделениях.

Сначала в работу включились специалисты, уже знакомые с основными принципами работы в системе. Они оценили удобство и простоту оформления медицинской документации по ведению истории болезни пациентов стационара. Первыми изъявили желание работать в системе врачи-колопроктологи. За ними подтянулись инвазивные кардиологи, а дальше процесс пошел сам собой.

Сегодня с уверенностью можно сказать, что врачи всех специальностей работают в системе qMS. Специалисты оформляют в системе документацию первичного и повторного приемов, выписки из амбулаторной карты, направления на госпитализацию и другие документы. С начала

года ведется работа по обучению оформлению назначений лабораторных исследований из поликлиники. Этот этап почти завершен. Администраторы системы и специалисты лабораторий отмечают устранение возможных ошибок в назначениях, потери лабораторных результатов и прочих неприятностей, обусловленных логистикой прошлой системы назначений.

Уже много функционала в поликлинике внедрено, но многое остается в планах на 2015-2016 годы. Это и расширение функционала врачей и медсестер, и получение статистики и отчетности из системы qMS.

Внедрением МИС qMS в поликлинике занимаются высококвалифицированные специалисты отдела АСУ Павел Дурнев и Екатерина Метлашевская. Их работу координируют врачи-методисты в поликлинике Юлия Баршай, Елена Белогорская и Елена Дьяконова.

Схема работы с привлечением врачей-методистов показала себя как максимально эффективная в плане четкого взаимодействия специалистов каждого из звеньев в цепочке внедрения. Естественно, программисты не всегда способны вникнуть в медицинские тонкости, а медики — в информационные. Врачи-методисты — это «переводчики», необходимое звено, которого так не хватало на этапе внедрения в стационаре. Куратор внедрения в поликлинике — заместитель главного врача по поликлинической работе Валентина Михайловна Симакова — никогда не пускает процесс на самотек, ее отличают четкость и ясность поставленных целей и готовность идти навстречу инновациям.

Конечно, не всегда процесс внедрения протекает гладко, трудности бывают на любом его этапе. Это и возникающая порой нехватка оборудования, и большая загруженность специалистов, и человеческий фактор, обусловленный боязнью перехода от привычного к новому.

ОТДЕЛЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА

ДЕНСИТОМЕТРИЯ – ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.Н. Боева, заведующая отделением ревматологии и остеопороза



к.м.н. Л.Н. Боева

Отделение ревматологии и остеопороза в структуре КДП ККБ организовано в 2009 году.

Со дня основания отделением руководила к.м.н. Е.П. Ключникова. С 2013 года эту должность занимает к.м.н. Л.Н. Боева, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории. Кроме ревматологов, врачебный прием осуществляют ортопед-травматолог, невролог, гинеколог-эндокринолог, терапевт.

Консультативный прием ведут кандидат медицинских наук Е.В. Капустина, врачи О.З. Бугай, В.Н. Никифорова, И.М. Зиганшин, И.В. Шилова, А.А. Щедова. В отделении трудятся опытные медицинские сестры высшей квалификационной категории Е.А. Полухина, В.М. Терентьева.

Научными руководителями отделения являются д.м.н. И.В. Демко, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ИПО и к.м.н. Т.Л. Панченко, доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ИПО.

Гордостью отделения является HOLOGIC DISCOVERY — представитель последнего поколения рентгеновских двухэнергетических костных денситометров.

Отделение работает в тесном взаимодействии со специалистами всех клинических дисциплин. Врачи проводят мероприятия первичной и вторичной профилактики остеопороза, участвуют в образовательных программах для пациентов на основе школы здоровья. Школы остеопороза и остеоартроза функционируют на базе консультативной поликлиники ККБ, кроме того, организуются выездные школы в ЛПУ города. Сотрудники отделения ведут научно-исследовательскую работу, участвуют в краевых, всероссийских научно-практических конференциях. Планируется создание реестра редких заболеваний костно-суставной системы.

АУТСОРСИНГ

КАБИНЕТ АУТСОРСИНГА

О.В. Гук, врач-методист



О.В. Гук

Кабинет аутсорсинга начал свою работу в ноябре 2011 года. Первоначально была проведена предварительная работа по определению целесообразности передачи на аутсорсинг параклинических исследований.

В рамках данного этапа работ осуществлялась оценка собственных возможностей ККБ и экономической целесообразности аутсорсинга по следующим направлениям:

- анализ (аудит) состояния параклинической службы ККБ;
- оценка состояния материально-технических и производственных ресурсов ККБ, а также наличия и квалификации персонала, выполняющего основные и обес-

печивающие функции и виды деятельности, которые предполагается передать на аутсорсинг;

- оценка качества и себестоимости исполнения функций, которые предполагалось передать на аутсорсинг;
- определение потребности в дополнительных ресурсах, необходимых для повышения доступности, эффективности и качества выполнения функций.

По итогам этого этапа формировался предварительный перечень параклинических исследований, которые целесообразно было передать на аутсорсинг. Это МРТ, МСКТ и функциональная диагностика.

В рамках второго этапа работ проводились исследования рынка услуг аутсорсинга. Исследование проводилось по следующим направлениям:

- анализ готовности потенциальных аутсорсеров (наличие технологического, кадрового, административно-управленческого и финансовых ресурсов);
- анализ качества исполнения функции аутсорсерами.

В ходе проведения анализа рынка услуг аутсорсинга сформулированы предварительные требования, предъявляемые

**В 2014 ГОДУ КАБИНЕТОМ
ОТПРАВЛЕНО В ЧАСТНЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
17 698 ЧЕЛОВЕК.
ПРОВЕДЕНО 17 852 ИС-
СЛЕДОВАНИЯ**

к потенциальному аутсорсеру, в том числе относительно уровня качества, соблюдения сроков исполнения и способности выполнить специфические требования заказчика (в нашем случае территориальная близость, так как пациенты из районов края). По итогам исследования рынка услуг аутсорсинга сформировался перечень исполнителей, способных предоставить услуги аутсорсинга надлежащего качества. Это диагностический центр «Фарм СИБ Ко», медицинский университет и его подразделения.

При оценке последствий перехода на аутсорсинг необходимо было учитывать следующие факторы:

- высвобождающиеся ресурсы учреждения здравоохранения для возможного перенаправления на исполнение других функций;
- риски передачи функции на аутсорсинг;
- план восстановления работоспособности диагностических служб в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в процессе получения услуг аутсорсинга.

В ходе работы была сформирована система мониторинга выполнения договора с частными лечебными учреждениями. Целью мониторинга является выявление соответствия деятельности, выполняемой в рамках аутсорсинга, своевременное выявление и корректировка отклонений. Врачи-консультанты поликлиники ККБ регулярно встречаются с врачами диагностических служб медицинского университета и диагностического центра «Фарм СибКо». С 2012 года увеличился объем и перечень диагностических исследований. Помимо указанных ранее, добавились УЗИ и эндоскопическая диагностики, которые проводились в Сибирском клиническом центре, но в 2013 году мы отказались от сотрудничества в связи с тем, что наши пациенты отказывались ехать так далеко. В 2014 году кабинетом отправлено в частные медицинские учреждения 17 698 человек. Проведено 17 852 исследования: в диагностическом центре «Фарм СибКо» – 10 935 исследований, в «Профессорской клинике» – 2754 исследования, в ЦНИЛ – 4163 исследования.

Кабинет тесно сотрудничает с виртуальной поликлиникой ККБ, районными больницами края. В 2013-2014 годах в поликлинике ККБ прошли обучение сотрудники районных больниц и межрайонных центров по ознакомлению с работой аутсорсинга. С 2015 года организована работа по оказанию диагностических услуг сверх программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи. В состав кабинета входит врач, который отвечает за организацию и методическую работу, и регистратор, который распределяет потоки посетителей в частные медицинские учреждения.



Е. Семенова

СУРДОЛОГИЯ

МЫ ДАРИМ ВОЗМОЖНОСТЬ СЛУШАТЬ, СЛЫШАТЬ И БЫТЬ УСЛЫШАННЫМИ

*Л.Н. Карпенко,
заведующая сурдологическим центром*

Человеческое ухо различает звуки не только по громкости, но и по частоте. Именно поэтому мы наслаждаемся звуками, узнаем знакомые голоса и понимаем речь.

Основная задача сурдологов – восстановить возможность полноценного речевого общения человеку с нарушением слуха. Специалисты нашего отделения дают людям возможность слушать, слышать и быть услышанными.

Впервые сурдологический кабинет на базе ККБ был открыт в 1968 году. Прием вела врач-оториноларинголог М.Е. Волгина. В кабинете оказывалась сурдологическая помощь как взрослым, так и детям. Одной из главных задач в работе кабинета являлось выявление детей с патологией слуха с последующим направлением их в специальные учебные учреждения. В этот период сотрудники кабинета активно осваивали такой метод диагностики патологии слуха, как тональная аудиометрия.

В 1970 году в штате сурдологического кабинета появились оториноларинголог-сурдолог Р.П. Панченко и аудиометрист Н.Н. Ерошина. В этом же году в штат вошел логопед, хотя прием больных с нарушением речи велся Р.А. Жуковой и раньше. С конца 1970-х годов начали работать слухопротезист Г.Д. Юрьева и сурдопедагог С.И. Айзенберг. С 1984 по 1998 год сурдологическим кабинетом заведовала О.К. Васильева. В этот период на базе поликлиники были выделены дополнительные площади, приобреталось современное диагностическое оборудование, была введена должность врача-невропатолога.

С 1994 года сурдологическая служба производит сервисное обслуживание слуховых аппаратов. В связи с открытием в 1992 году краевого детского сурдологического центра в ККБ проводится прием лишь взрослого населения. С 2000 года кабинет реорганизован в центр сурдологии и слухопротезирования для взрослого населения Красноярского края.

Сегодня в отделении ведут прием три сурдолога, аудиолог, слухопротезист, сурдопедагог, логопед. Все специалисты имеют высшую квалификационную категорию, регулярно проходят обучение и стажировку в ведущих специализированных центрах России.

В отделении используется стандарт обследования сурдологического пациента: применяются все субъективные и объективные методики исследования слухового анализатора, используемые в мировой практике. С применением объективных методов исследования – регистрации отоакустической эмиссии и слуховых вызванных потенциалов, расширились возможности ранней диагностики ретрокохlearной патологии. Исключение ретрокохlearной патологии позволяет осуществлять на ранних этапах реабилитационные и лечебные мероприятия по поводу выявленных нарушений слуха.

Наше отделение тесно сотрудничает с ЛОР-отделением. В ЛОР-отделение госпитализируются пациенты с острой сенсоневральной тугоухостью, пациенты, нуждающиеся в санирующих и слухоулучшающих операциях, которые после проведения диагностических тимпанопункций, антиневритной терапии вновь могут быть направлены на аудиологический контроль в наш центр для определения тактики ведения больного. Под руководством заведующего ЛОР-отделением В.Ю.



Афонькина воспитывается талантливая молодежь, которая успешно проводит все виды слухоулучшающих операций (стапедопластика, миринго-, тимпанопластики).

Неоценимую помощь оказывают наши специалисты Центра профпатологии в проведении экспертизы профпригодности и связи тугоухости с профессией, а также в проведении аудиометрического исследования на профосмотрах. В год устанавливается от 30 до 40 профзаболеваний с диагнозом нейросенсорная тугоухость.

Помимо необходимого диагностического оборудования, наше отделение оснащено компьютерной системой Noah3 с интегрированными в нее модулями ведущих фирм производителей слуховых аппаратов (Siemens Oticon Phonak и др.). Система позволяет измерять параметры любых слуховых аппаратов, а также настраивать их непосредственно на ухе пациента с учетом его анатомических и клинико-аудиологических особенностей.

На учете в Центре состоят 10 500 человек. Основная категория людей, которые обращаются за консультацией, – граждане трудоспособного возраста и старше 55 лет. Хотелось бы особенно отметить доступность сурдологической помощи, в регистратуре введена запись на прием на определенное время, а в утренние часы всегда есть талоны на прием к врачу.

Ежегодно в нашем отделении консультируется от 5300 до 5600 пациентов, из них 1500 человек обращаются с целью слухопротезирования. Ежегодно Фонд социального страхования привлекает наших специалистов как соисполнителей в реализации ФЗ №122 – ФП в части льготного слухопротезирования. В прошлом году 460 инвалидов получили льготную слухопротезную помощь.

В предыдущие годы особенно активной была выездная работа по определению показаний к льготному слухопротезированию и выдаче слуховых аппаратов льготной категории граждан. Большой вклад в эту работу внесла наш опытнейший и преданный своему делу специалист – аудиометрист Н.А. Малкина.

У нас налажена тесная связь с ЛОР-кафедрой КрасГМУ, ведущими институтами Санкт-Петербурга и Москвы. Прогрессивный взгляд заведующего ЛОР-кафедрой С.Г. Вахрушева вывел сурдологическую службу края на принципиально новый виток и позволил по-новому



Л.Н. Карпенко

смотреть на реабилитацию сурдологических пациентов, в результате чего в нашем крае стала осуществляться кохлеарная имплантация.

Среди всех направлений высокотехнологичной медицинской помощи в оториноларингологии и сурдологии кохлеарная имплантация является наиболее технически сложной и многоэтапной. Выполнено более 20 операций по установке системы КИ с участием отохирургов мирового уровня.

Совместно с аудиологами Санкт-Петербургского НИИ ЛОР через месяц имплантированным пациентам проводилась удаленная настройка речевого процессора импланта, его телеметрия, телеметрия ответа слухового нерва.

На базе отделения проведено семь сеансов удаленной настройки речевого процессора КИ, причем четверым из пациентов настройка проводилась два раза и более. Удаленная слухоречевая реабилитация пациентов после кохлеарной имплантации позволяет решить многие проблемы, связанные с большими расстояниями и, как следствие, со значительными экономическими затратами.

Кроме КИ, с помощью отохирургов из Англии и Петербурга проведено семь операций по установке частично-имплантируемых устройств – Vibrant Soauntbrig и СА костной проводимости ВАНА. Пациентам проведена настройка речевых процессоров, они адаптированы и интегрированы в слышащую среду.

Центр поддерживает тесное сотрудничество с фирмами – производителями слуховых аппаратов, что обогащает нас взаимно. У нас имеется представительство ООО «Исток Аудио Трейдинг» в виде кабинета «Радуга звуков», где пациента информируют, как правильно пользоваться слуховым аппаратом и ухаживать за ним, рассказывают о пользе индивидуального ушного вкладыша и его необходимости для пожилых людей, о поэтапной адаптации к СА.

Очень плодотворен союз медицины и педагогики в нашем отделении.

Реабилитация лиц с нарушениями слуха и речи (медико-педагогическая реабилитация, слухопротезирование)

Работа дефектолога (сурдопедагога) в краевой консультативной поликлинике многогранна, потому что осуществляется смешанный прием. В центре обследуется взрослое население Красноярского края, а также призывники (по направлению военкоматов), пациенты ЛОР-отделения ККБ. Больные принимаются по направлениям ЦРБ, участковых, городских поликлиник края. Осуществляются консультации по направлению других специалистов поликлиники. Больные, обратившиеся в сурдологическое отделение, имеют различную степень снижения слуха и, следовательно, в большинстве случаев нуждаются в слухопротезировании и обучении «чтению с губ».

Одним из направлений в реабилитации лиц с нарушением слуха является слухопротезирование. При этом наибольшие затруднения возникают при адаптации к слуховому аппарату у тех больных, которые страдают поражением звуковоспринимающего аппарата в большей степени, у которых звукоусиливающими акустическими средствами (СА) не достигается разборчивость речи, достаточная для контакта с окружающими.

Необходимо отметить и факт, что у слабослышащих имеется задержка торможения коркового отдела звукового анализатора, вызванная недостаточной интенсивностью звуковых импульсов, поступающих в ЦНС. Поэтому тренировка слуха представляет собой необходимую подготовку к использованию СА и должна решать несколько проблем:

- выработку новых навыков слушания речи;
- развитие выносливости к громким звукам;
- развитие различения звуков речи;
- развитие способности различать речь в шуме.

Путь к «нормальному слуху» – долгий, тернистый, длительный по времени.

Для большинства людей требуется два-три месяца, чтобы преодолеть стадию «забытых» звуков (фонемическая регрессия). И еще шесть-девять месяцев для того, чтобы человек изменился эмоционально, чтобы установил новые социальные отношения, чтобы возникли новые учебные и профессиональные амбиции и личные интересы.

Другим направлением реабилитации является обучение внезапно оглохших пациентов устной коммуникации с использованием навыка «чтения с губ».

Лечение данной категории больных проводится амбулаторно в кабинете дефектолога и в условиях стационара ККБ. Эта категория больных наиболее сложная, потому что медикаментозные формы лечения часто оказываются малоэффективными. Больной негативно относится к занятиям по обучению «чтению с губ», надеясь вылечиться, а значит, упускается время для приобретения начального навыка по формированию зрительного восприятия речи.

Для пациента важно научиться повторять движения речевых органов собеседника. При этом воспринятая речь должна произноситься вначале вслух, а затем про себя. Со временем у обучаемых вырабатывается бессознательное подражание (рефлекс) движениям губ собеседника, что и является главной основой успешного «чтения с губ».

Внезапно оглохшие люди попадают в сильнейшую стрессовую ситуацию. Часто не понимая, какие необратимые изменения произошли в коре головного мозга, во внутреннем ухе, в деятельности нервной системы в целом, пациенты отказываются продолжать занятия после вводной беседы. В таких случаях прихожу к больному в палату, провожу разъяснительную работу с родственниками, с теми, кто лежит в этой палате, с медицинским персоналом. К процессу обучения подключаю всех заинтересованных лиц, что часто помогает облегчить переживания обучаемого.

Использование наглядности (таблицы, альбомы, плакаты, панно) является необходимым условием обучения «чтению с губ». Работа по зрительному восприятию речи проводится с применением СА, наличием индивидуального зеркала.

Важно сформировать элементарные навыки «чтения с губ», дать возможность почувствовать успехи в обучении, научить работать самостоятельно, показать все виды работы по формированию навыка зрительного восприятия речи.

Для оказания методической помощи в организации домашних занятий мною составлены «Методические рекомендации» позднооглохшим после острых заболеваний. Эти пациенты составляют в среднем до 12-20 человек в год.

Социальная реабилитация данной категории больных не заканчивается в стенах кабинета сурдопедагога, а продолжается всю жизнь человека. Совместными усилиями мы помогаем пациентам со сниженным слухом улучшить качество жизни, воспринимать полноту окружающего мира во всех его проявлениях.

СТОМАТОЛОГИЯ

КРАСИВЫЕ ЗУБЫ СЕГОДНЯ – НЕ ДАР ПРИРОДЫ, А ДЕЛО ТЕХНИКИ

*Л.М. Зуева,
заведующая отделением стоматологии*

Найти хорошего стоматолога – дело непростое. Найти стоматолога, который сумеет помочь в решении самых сложных проблем с зубами, еще труднее, однако об этом мечтает каждый.

Я хочу вас познакомить со специалистами отделения стоматологии при консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и надеюсь, что ваша мечта сможет обрести реальные очертания.

Наше отделение было создано в 1993 году. За 22 года работы многие пациенты, придя к нам однажды, стали нашими постоянными клиентами и рекомендовали нас своим родным, близким, коллегам.

Отделение располагает двумя терапевтическими кабинетами, кабинетом ортопедической стоматологии, кабинетом врача-ортодонта. Имеется своя зуботехническая лаборатория.

Наличие в арсенале отделения радиовизиографической установки позволяет быстро и качественно проводить обследование, дает возможность более точной диагностики одонтогенной патологии, а также позволяет контролировать этапы эндодонтического лечения, от чего зависит сохранность зуба как функционального органа.

Отделение оснащено современным оборудованием. Наши специалисты владеют актуальными методиками, применяемыми в различных отраслях стоматологии, прекрасно ориентируются в материалах последнего поколения. Процедуры, выполняемые в процессе лечения, безболезненны благодаря применению современных препаратов для анестезии. Однако ни для кого не секрет, что основным критерием в решении пациента, обратившегося за помощью в стоматологическую клинику, вернуться ли ему сюда вновь, является отнюдь не современное оборудование и новомодные материалы (хотя это немаловажно). Главное – профессионализм врачей, благожелательный настрой среднего медперсонала, теплая и дружелюбная обстановка в целом.

От качества работы врача-стоматолога зависит многое – здоровье пациента и зачастую уровень его жизни. Ведь главное, на что обращают внимание окружающие и потенциальные работодатели, – это улыбка.

В нашем коллективе и врачевный, и средний персонал – специалисты с большим опытом и стажем работы. Персонал регулярно проходит курсы повышения квалификации, а также аттестацию на подтверждение своей профессиональной категории.

Отсутствие текучести кадров (все врачи в отделении работают от 15 до 22 лет) подтверждает сплоченность коллектива и ответственность за своих пациентов.

Специалисты нашего отделения работают по следующим направлениям.

Терапевтическая стоматология:

– диагностика и лечение всех видов кариеса, пульпита, периодонтита.

Эстетическая реставрация зубов:

– восстановление частично или полностью разрушенного зуба с применением стекловолоконных штифтов;

– восстановление цвета и анатомической формы разрушенного

зуба или придание желаемой формы и положения неправильно стоящему зубу с применением реставрационных фотокомпозитов;

– микропротезирование – воссоздание полностью отсутствующего зуба без obtачивания соседних зубов, с применением стекловолоконного каркаса и реставрационного фотокомпозита. Достоинством этой методики является одномоментность, технологическая простота применения и эстетичность.

Диагностика и лечение заболеваний тканей пародонта:

– шинирование как один из методов лечения заболеваний пародонта. Шинирование проводится для иммобилизации зубов во время терапевтического и хирургического лечения, что улучшает условия для заживления тканей и закрепления эффекта лечения. Появился широкий спектр волоконистых систем, которые на основе адгезивной техники позволяют решать проблемы шинирования участков зубного ряда с соблюдением современных эстетических требований.

Ортопедическое лечение (зубопротезирование):

– крайне необходимо при частичной утрате зубов, так как это приводит к нарушению эстетики, а самое главное, влечет за собой неправильное распределение жевательной нагрузки на оставшиеся зубы, приводит к заболеваниям височно-нижне-челюстного сустава. Устранение полной или частичной адентии возможно следующими ортопедическими конструкциями: несъемные мостовидные протезы и одиночные коронки (металлокерамические, металлокомпозитные); литые металлические без облицовки: съемные пластинчатые протезы; бюгельное протезирование на аттачменах.

Ортодонтия:

– наш специалист-ортодонт поможет решить ваши проблемы, подобрав индивидуально тот или иной метод лечения – съемная аппаратура одночелюстная, несъемная техника – брекет-системы, трейнеры – двучелюстные съемные аппараты для детей младшего школьного возраста, трейнеры для лечения височно-нижне-челюстного сустава.

Здоровые, красивые и ровные зубы отныне уже не дар природы, а лишь дело техники.



НЕВРОЛОГИЯ

НА ПРИЕМЕ У ЭПИЛЕПТОЛОГА

Д.В. Евдокименко, невролог



Про эпилепсию люди знают издревле. Историки медицины говорят, что нет такого вещества, минерального, животного или растительного происхождения, которым бы ни пытались лечить эпилепсию. Людей, страдающих этим заболеванием, одни считают умственно неполноценными, другие – гениями.

Эпилепсия является одним из самых распространенных хронических заболеваний головного мозга и, по разным данным, поражает около 1% населения. Согласно численности населения Красноярского края, по данным Росстата на 2015 год составляющей 2 858 773 чело-

С 1 ФЕВРАЛЯ 2014 ГОДА НА БАЗЕ КДП ККБ ОТКРЫТ КАБИНЕТ ЭПИЛЕПТОЛОГА. ПО ДАННЫМ ВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО РЕГИСТРА С НАЧАЛА ФЕВРАЛЯ 2014 ГОДА ПО КОНЕЦ АПРЕЛЯ 2015 ГОДА, В КАБИНЕТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОКОЛО 2864 ПАЦИЕНТОВ.

века, в регионе должно быть 28 588 взрослых и детей, страдающих эпилепсией. Поэтому заболевание является одной из актуальных проблем неврологии.

Немаловажным фактом остается, что эпилепсией поражаются женщины фертильного возраста, а для обеспечения здорового потомства необходим более специализированный и тщательный подход как в планировании беременности, так и последующем правильном ведении таких пациенток на всех этапах беременности и родов.

Во всем мире эпилепсия занимает третье место в структуре как общей, так и неврологической заболеваемости. Эта патология требует тщательного обследования, индивидуального подбора противосудорожной терапии, что позволяет улучшить качество жизни пациентов, вовремя предотвратить формирования в начальной стадии заболевания эпилептизации головного мозга, уменьшить смертность (это касается синдрома внезапной смерти при эпилепсии) и инвалидность.

С 1 февраля 2014 года на базе КДП ККБ открыт кабинет эпилептолога. По данным ведения внутреннего регистра с начала февраля 2014

года по конец апреля 2015 года, в кабинете зарегистрировано около 2864 пациентов, что составляет лишь 10% от общего предполагаемого количества страдающих эпилепсией.

Обычно под эпилепсией понимают, что больной внезапно падает, у него развиваются судороги, изо рта идет пена, он издает какие-то крики и, в конце концов, оглушенный, засыпает. На самом деле такие классические приступы бывают далеко не у всех больных. Чаще всего эпилепсия заявляет о себе потерей сознания или каким-то его нарушением. Человек начинает вести себя неадекватно: не реагирует на окружающих, не отвечает на вопросы. На такие приступы пациенты и окружающие не обращают внимания и в большинстве случаев привыкают к ним.

За помощью люди обращаются после развития генерализованных приступов, которые отражают формирование стойкой эпилептической системы, лечение которой становится сложнее. Поэтому посещаемость специализированных медицинских учреждений чрезвычайно низкая.

Для обеспечения качественной и своевременной помощи пациентам, страдающим эпилепсией, необходима пропаганда среди населения. Эту задачу может осуществить Школа эпилепсии, которая должна быть сформирована на базе КДП ККБ.

За период существования кабинета эпилептолога осуществлены следующие планируемые задачи:

1. Улучшен специализированный прием эпилептолога – за счет увеличения времени приема пациента и сокращения количества пациентов от 40 до 15 человек в день. При этой патологии необходим более тщательный и подробный сбор анамнеза жизни и заболевания – особенно подробный сбор данных о характере приступов на каждом этапе формирования эпилептической системы. Это затруднительно в связи с психотическими, когнитивными, мнестическими нарушениями на фоне основного заболевания.

2. Сформирован и ведется регистр пациентов, страдающих эпилепсией. Регистр отвечает всем требованиям обеспечения информирования о характере заболевания и лечения медицинским учреждениям, куда поступает пациент в состоянии эпилептического статуса или при отсутствии выписной документации на руках.

Остается нерешенная задача – формирование порядка быстрого предоставления информации медицинским учреждениям по их запросу без нарушения прав пациента. Это обеспечит быстрый, качественный подход в лечении.

3. Проводится заочное консультирование лечащих врачей по месту регистрации пациента с эпилепсией с возможной коррекцией терапии или рекомендации другого подхода к ведению пациентов. Это обеспечивает доступность специализированной помощи людям из отдаленных регионов или требующим срочной консультации. К сожалению, такая система консультирования остается мало востребованной врачами в районах края и Красноярске. В большинстве случаев пациента направляют на очную консультацию.

4. По системе аутсорсинга стало возможным более тщательное обследование пациентов в виде ЭЭГ мониторинга – трехчасового и более длительного. Такая методика доступна с января 2015 года. Уже использовано 150 квот. Для более качественного обследования необходимо иметь возможность проведение такой методики на базе КДП.

Остаются актуальными нерешенные проблемы:

– не отлажена взаимосвязь стационара ККБ и кабинета эпилептолога КДП в виде специализированных консультаций пациентов с эпилепсией, эпилептическим статусом, серийными судорогами, пациентов с подозрением на эпилепсию. Это затрудняет ведение пациентов после выписки из стационара в связи с некоторыми некорректными назначениями лекарственных противосудорожных препаратов. Нередко встречаются случаи гипердиагностики эпилепсии, что затрудняет социальную адаптацию, устройство пациентов на работу;

– не обеспечено качественное проведение МРТ-диагностики головного мозга. Немаловажно отметить, что при обследовании пациентов с эпилепсией рутинной МРТ, особенно на аппарате менее 1,5 Тс, недостаточно. Минимальный субстрат поражения головного мозга в большинстве случаев требует оперативного вмешательства для формирования стойкой ремиссии;

– недостаточно кадров специалистов-эпилептологов.

В заключение хотелось бы сказать, что долгое время эпилепсия действительно считалась неизлечимым заболеванием, но с развитием нейрофармакологии появилась возможность поддерживать нормальный образ жизни. В 60-70% случаев противосудорожные препараты позволяют больным ходить на работу, учиться, а женщинам – рожать здоровых детей. Но эти препараты необходимо принимать годами, иногда на протяжении всей жизни.

Успех лечения эпилепсии во многом зависит от своевременного, правильно поставленного диагноза и точности приема препарата. Известны случаи (их не так уж мало), когда под действием лекарств у некоторых больных эпилепсия исчезала со временем. Что характерно, при лечении эпилепсии предпочтение отдается монотерапии.

Судьба пациентов с эпилепсией зависит от профессионализма врачей и правильного, своевременного лечения.

ПСИХОЛОГИЯ

НУЖНО ПОМНИТЬ, ЧТО ЭМОЦИИ ЗАРАЗИТЕЛЬНЫ

О.Г. Амелина, психолог



За последние годы российское общество все больше психологизируется, и это радует. Многие начали осознавать, что знания своей физиологии и внешней оболочки недостаточно для эффективного функционирования в обществе. Грубо говоря, недостаточно знать свой цвет волос, глаз и немного характер, чтобы сохранять эмоциональное здоровье на должном уровне.

Нужно учиться разбираться в себе и уметь оценивать окружающих. Для чего нам это? Все просто. Для выбора грамотной стратегии и тактики поведения с родными, коллегами, друзьями. А учитывая сферу нашей деятельности, конечно же, благоприятного взаимодействия с пациентами.

Все знают о рациональном интеллекте, который оказывает немаловажное влияние на успех в жизни человека. Но мало кто слышал об интеллекте эмоциональном, от которого зависит наш жизненный

успех на 70-80%. Развивать в себе этот интеллект можно и даже нужно. Именно к людям с развитым эмоциональным интеллектом тянутся окружающие, они излучают благоприятную энергию, умеют контактировать, убеждать, разрешать и предотвращать конфликты, дарить позитивное настроение.

Эмоции заразительны, это стоит помнить всегда. Но заразить позитивом – это одно, а заразить негативом – совсем другое. Каждый из нас сталкивался с ситуацией, когда приходишь на работу в хорошем расположении духа, а через какое-то время хочется взорваться, надерзить окружающим. Что произошло, вроде пришел в отличном настроении? Это значит, кто-то из коллег принес инфекцию негативных эмоций, и нас просто заразили. Возникает замкнутый круг.

Медицинские работники, наряду с педагогами, руководителями, менеджерами, психологами, особенно подвержены эмоциональному выгоранию. И во многом способствует этому как раз незнание своей собственной психологии, отсутствие умения грамотно распределять психическую нагрузку, неумение отдыхать, расслабляться, неумение или нежелание осознавать и контролировать свои эмоции. Все это ведет к конфликтам, стрессам, неудовлетворенности жизнью, профессией и так далее. Как следствие человек эмоционально истощается.

Понимая значимость этого, многие руководители крупных российских предприятий все реже нанимают психологов со стороны, ограничиваясь какими-либо опросами. Теперь на каждом крупном производстве есть в штате свой психолог. Наша краевая не исключение, и не так давно в нашем отделе кадров тоже появился психолог. Проводятся индивидуальные консультации, групповые занятия. В скором времени появится комната психо-эмоциональной разгрузки, о которой мечтают многие сотрудники нашего учреждения.

Поздравляю персонал поликлиники с юбилейной датой, желаю успехов в работе и эмоционального здоровья!

В ЯНВАРЕ 2015 ГОДА В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТКРЫЛСЯ КАБИНЕТ САРКОИДОЗА

Т.В. Сумцова, врач-пульмонолог

Саркоидоз – системное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулем, мультисистемным поражением с определенной частотой вовлечения различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов, включая фактор некроза опухоли (TNF-альфа). Наиболее часто поражаются лимфатические узлы, легкие, печень, селезенка, реже – кожа, кости, орган зрения и др.

Причина заболевания неизвестна. Заболевание развивается чаще в молодом и среднем возрасте, несколько чаще – у женщин. Саркоидоз длительное время может быть бессимптомным и выявляться случайно (например, при рентгенографии или флюорографии органов грудной клетки во время профилактического осмотра).

Различия в проявлениях этого заболевания допускают предположение о том, что саркоидоз имеет более чем одну причину, что может способствовать различным вариантам течения (фенотипам) болезни.

Фенотипы (особенные варианты течения) саркоидоза

По локализации:

- классический, с преобладанием внутригрудных (легочных) поражений;
- с преобладанием внелегочных поражений;

– генерализованный.

По особенностям течения:

- с острым началом заболевания (синдромы Лефгрена, Хеерфорда-Вальденстрема и др.);
- с изначально хроническим течением;
- рецидив;
- саркоидоз детей в возрасте до шести лет;
- аркоидоз, рефрактерный к лечению.

Понятие стадий при саркоидозе органов дыхания довольно условно, переход заболевания последовательно из стадии в стадию наблюдается не часто. Стадия 0 свидетельствует только об отсутствии поражения легких и внутригрудных лимфатических узлов, но не исключает саркоидоз другой локализации.

В связи с этим следует выделять клинико-рентгенологические формы саркоидоза: саркоидоз ВГЛУ, саркоидоз ВГЛУ и легких, саркоидоз легких, а также саркоидоз органов дыхания, комбинированный с единичным поражением других органов и генерализованный саркоидоз. Для описания течения заболевания используют понятия активной фазы (прогрессирования), фазы регрессии (спонтанной или под влиянием лечения) и фазы стабилизации (стационарной фазы).

Чаще других органов саркоидоз поражает легкие и внутригрудные лимфатические узлы (до 90% наблюдений).

Внутригрудные формы заболевания чаще всего выявляют при флюорографическом и рентгенографическом обследовании, после которого пациент сразу направляется к фтизиатру (для исключения туберкулеза) и/или к пульмонологу – для дообследования и наблюдения. При обращении с жалобами чаще выявляют суставные, кожные, глазные, неврологические (другие локализации – реже) проявления саркоидоза.

Заболеваемость саркоидозом в России изучена недостаточно, по имеющимся публикациям она в пределах от двух до семи на 100 тысяч взрослого населения.

Этиология саркоидоза

Ни одно руководство не дает точной информации об этиологии этого заболевания, ограничиваясь рядом гипотез.

Гипотезы, связанные с инфекционными факторами. Фактор инфекции при саркоидозе рассматривают как триггер: постоянная антигенная стимуляция может вести к нарушению регуляции выработки цитокинов у генетически предрасположенного к такой реакции индивидуума. На основании результатов опубликованных в мире исследований к триггерам саркоидоза могут быть отнесены:

- микобактерии (классические и фильтрующиеся формы)
- *Chlamydomphila pneumoniae*;
- *Borrelia burgdorferi* – возбудитель Лаймской болезни;
- *Propionibacterium acnes* – бактерии комменсалы кожи и кишечника здорового человека;

– отдельные виды вирусов: вирус гепатита С, вирус герпеса, вирус JC (John Cunningham).

Значимость теории триггера подтверждается возможностью передачи саркоидоза от животного к животному в эксперименте, при трансплантации органов у человека.

Гипотезы, связанные с окружающей средой. Вдыхание металлической пыли или дыма может вызвать гранулематозные изменения в легких, сходные с саркоидозом. Способностью стимулировать образование гранулем обладают пыль алюминия, бария, бериллия, кобальта, меди, золота, редкоземельных металлов (лантанидов), титана и циркония.

В международном исследовании ACCESS установлен повышенный риск развития саркоидоза среди лиц, занятых в промышленности, связанной с воздействием органической пыли, особенно среди людей с белой кожей. Повышенный риск саркоидоза отмечен среди работавших со строительными и садовыми материалами, а также среди педагогов.

Риск саркоидоза выше также среди лиц, работавших в контакте с детьми. Появились отдельные работы, связывающие саркоидоз с вдыханием порошка тонера. Американские исследователи отмечали, что встречаются вполне убедительные исследования, свидетельствующие о том, что сельскохозяйственная пыль, плесень, работа на пожарах и военная служба, связанные с контактом со смешанной пылью и дымом, являются факторами риска развития саркоидоза.

Фактор курения при саркоидозе имеет два разных последствия. В целом среди курильщиков саркоидоз встречался достоверно реже, однако курильщики, страдавшие саркоидозом, имели более низкие значения функции внешнего дыхания, чаще встречались интерстициальные изменения, более высоким был уровень нейтрофилов в жидкости БАЛ. У злостных курильщиков диагноз ставится поздно, поскольку саркоидоз скрывали другие симптомы.

Гипотезы, связанные с наследственностью. Предпосылками к возможной наследуемой восприимчивости к саркоидозу служат семейные случаи этого заболевания, первый из которых был описан в Германии у двух сестер

в 1923 году. Члены семей больных саркоидозом имеют в несколько раз больший риск заболеть саркоидозом, чем остальные люди из той же популяции.

В мультицентровом исследовании ACCESS (A Case-Control Etiology Study of Sarcoidosis) показано, что среди родственников больного саркоидозом первого и второго уровня риск заболевания заметно выше, чем в популяции в целом. В США среди афроамериканцев семейный саркоидоз встречается в 17% случаев, а среди белых – в 6%. Феномен семейного саркоидоза допускает наличие конкретных генетических причин.

Наиболее вероятными наследственными факторами являются:

- локусы хромосом, ответственные за лейкоцитарные антигены главного комплекса гистосовместимости человека (HLA);

- полиморфизм генов фактора некроза опухоли – TNF-альфа;
- полиморфизм гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ);
- полиморфизм гена рецепторов к витамину D (VDR);
- другие гены (имеются пока отдельные публикации).

Саркоидоз легких требует дифференциальной диагностики с целым рядом легочных заболеваний, в основе которой лежит морфологическая верификация диагноза.

В январе 2015 года на базе ККБ открылся кабинет по лечению больных, страдающих саркоидозом. За время работы кабинета принято 100 человек, из которых 27% составляют мужчины, что соответствует 27 пациентам, и 73% женщин (73). Основную долю обратившихся за консультативной

помощью составили жители Красноярского края 56% (56 чел.) и лишь 44% – жители Красноярска (44 чел.).

Обращаются пациенты как с подтвержденным диагнозом, то есть морфологически верифицированными, так и с диссеминированными процессами и/или лимфоаденопатией неясной этиологии, которые требуют также морфологического подтверждения, для которой необходимо проведение ФБС с ЧБЛ (фибробронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией легкого) или медиастиноскопии, или видеоторакоскопии с биопсией пораженной ткани.

Консультирование пациентов проводится ежедневно, кроме выходных, на базе легочно-аллергологического центра ККБ. Кроме больных саркоидозом, осуществляется прием пульмонологических больных.

Распространение пациентов по полу

	Мужчины		Женщины	
	%	абс. числа	%	абс. числа
Саркоидоз	63%	17 чел.	81%	59 чел.
Диссеминированный процесс, лимфоаденопатия	37%	10 чел.	19%	14 чел.

Распространение пациентов по возрасту среди женщин

Возраст	Саркоидоз		Диссеминированный процесс, лимфоаденопатия	
	%	абс. числа	%	абс. числа
до 30 лет	3%	2 чел.	7%	1 чел.
31-40	10%	6 чел.	–	–
41-50	19%	11 чел.	14%	2 чел.
51-60	54%	32 чел.	50%	7 чел.
61 и старше	14%	8 чел.	29%	4 чел.

Распространение пациентов по возрасту среди мужчин

Возраст	Саркоидоз		Диссеминированный процесс, лимфоаденопатия	
	%	абс. числа	%	абс. числа
до 30 лет	24%	4 чел.	–	–
31-40	29%	5 чел.	10%	1 чел.
41-50	18%	3 чел.	10%	1 чел.
51-60	29%	5 чел.	60%	6 чел.
61 и старше	–	–	20%	2 чел.

Распространение пациентов по распространению поражения саркоидозом среди всех пациентов, страдающих саркоидозом

Форма саркоидоза	%	абс. числа
Легочная форма	1,3%	1 чел.
Медиастинальная форма	18,4%	14 чел.
Легочно-медиастинальная форма	64,5%	49 чел.
Генерализованная форма	15,8%	12 чел.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗОВ

Е.П. Тихонова, Е.Ю. Сергеева, Г.В. Усегова,
Н.А. Масленникова, С.Н. Масленников, Д.Л. Ложкин

Известно, что кистозный и альвеолярный эхинококкоз представляет значительное бремя для здравоохранения и экономики. Заболеваемость эхинококкозом в мире превышает миллион человек. В отношении кистозного эхинококкоза коэффициент постоперационной смертности пациентов в мире составляет в среднем 2,2%, а в 6,5% случаев и после операции наблюдаются рецидивы, требующие длительного восстановительного периода.

Ежегодные затраты, обусловленные кистозным эхинококкозом, связанные с лечением пациентов и убытками в животноводческом производстве, оцениваются в 3 миллиарда долларов США. По последним оценкам, кистозный эхинококкоз ежегодно приводит к потере как минимум миллиона, а возможно, и до трех миллионов ДАЛИ (один ДАЛИ – год жизни, скорректированный на инвалидность, можно рассматривать как один потерянный год «здоровой» жизни).

В Красноярском крае регистрируется от 8 до 20 новых случаев эхинококкозов в год. На долю мужчин приходится 45,5%, на долю женщин 54,5%. В 2012 году – 11 случаев, в 6 случаях (44,4%) регистрировался эхинококкоз печени; в 1 случае (11,1%) – эхинококкоз печени, легких; в 1 случае (11,1%) – эхинококкоз печени и брюшной полости; в 2 случаях – альвеококкоз печени (22,2%), в 1 случае (11,1%) – генерализованная форма альвеококкоза (печени, легких, селезенки). В 2013 году – 28 случаев эхинококкоза и 3 альвеококкоза. В 2014 году – 10 случаев (0,42 на 100 тысяч населения) и 3 альвеококкоза, в 2015 году – 5 случаев эхинококкоза.

В нашем крае за последние годы наблюдается рост заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом. Пациенты обращаются к врачам разных специальностей (хирурги, онкологи, фтизиатры). Диагнозы выставляются самые различные: опухоль печени, туберкулез легких, гемангиомы и т.д. Заболевание своевременно не выявляется. Наиболее частая зона поражения данной группы гельминтозов – печень, легкие, но все чаще стали встречаться генерализованные формы, и практически всегда это запущенные и неоперабельные, инвалидизирующие случаи.

На протяжении многих лет отсутствовал четкий алгоритм диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных с данной патологией. В связи с этим с целью обеспечения качественной диагностики и лечения пациентов при поддержке главного врача КГБУЗ ККБ Е.Е. Корчагина, Е.П. Тихоновой, Т.Н. Бородиной и В.М. Симаковой в декабре 2012 года был создан единственный в РФ кабинет диагностики, лечения и профилактики эхинококкозов и других паразитарных заболеваний.

Задачи кабинета:

- диагностика и лечение паразитарных заболеваний населения Красноярска и Красноярского края;
- ведение единого регистра пациентов с эхинококкозами;
- динамическое наблюдение;
- обеспечение хирургического лечения, в том числе в федеральных центрах;
- методическая работа.

Цели кабинета:

- доступная и качественная диагностика паразитарных заболеваний на основе доказательной медицины;
- ранняя диагностика эхинококкозов с целью снижения инвалидизации и улучшения качества жизни населения;
- санитарно-просветительная работа с населением.

Больные с данной патологией направляются в КГБУЗ ККБ. Прием заявок пациентов на

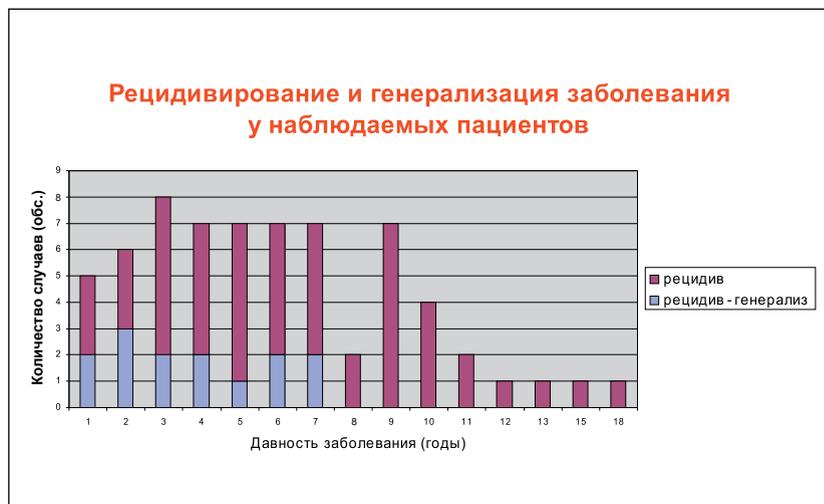


Н.А. Масленникова

консультацию к врачу-инфекционисту консультативно-диагностической поликлиники осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 01.11.2012 г. № 513-орг.

За период работы кабинета с 2009 по 2015 год сформирован алгоритм диагностики и лечения больных с данной патологией, на диспансерном учете состоит 237 пациента, причем 45% – это больные с неоперабельными формами заболевания.

Проводится оперативное лечение в КГБУЗ ККБ. В 2009 году было проведено оперативное лечение 26 пациентам с эхинококкозом, в 2010 году прооперировано 19 пациентов (один летальный случай), в 2011 году – 27 человек



(один летальный случай), в 2012 году – 27 пациентов (три летальных случая) и в 2013 году – 30 пациентов (четыре летальных случая). В федеральные центры для оперативного лечения по решению врачебной комиссии направлены 13 больных.

Мы считаем нашей победой уменьшение неоперабельных и запущенных форм заболевания. Начиная с 2014 года увеличилось количество пациентов, направляемых в КГБУЗ ККБ с кистозными поражениями. Это приводит к ранней диагностике и увеличивает шанс на полное излечение.

Достигнуты соглашения между министерством здравоохранения Красноярского края, Управлением Роспотребнадзора по Красноярскому краю и ФБУН НИИКИП Роспотребнадзора Тюмени и КГБУЗ ККБ по проведению исследований на территории

Красноярского края с целью предотвращения распространения эхинококкоза.

Литература

1. Сирота Т.В. Новый подход в исследовании аутоокисления адреналина и использование его для измерения активности супероксиддисмутазы // Вопросы медицинской химии, 1999. – № 3. – С. 263-272.
2. Медицинские лабораторные технологии и диагностика: справочник Т. 1. / под ред. А.И. Карпищенко. СПб, 1999. – С. 13-14.
3. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Т. Метод определения активности каталазы // Лабораторное дело. – 1998. – № 1. – С. 16-19.
4. Маркевич П.С., Даниленко С.Ю., Янкин А.В. Роль препарата цитофлавин в клинической практике // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. – № 3 (73). С. 109-113.

5. Масленникова Н.А., Тихонова Е.П., Сергеева Е.Ю. Алгоритм ведения пациентов в консультативно-диагностическом кабинете по профилактике эхинококкоза // Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири. – Красноярск, РАМН Сибирское отделение ФГБУ НИИ МПС. – 2014. – С. 111-112.

7. Масленникова Н.А., Сергеева Е.Ю., Тихонова Е.П., Бураков А.Ю., Титова Н.М., Фефелова Ю.А., Рукша Т.Г. Активность ферментов антиоксидантной системы крови у больных эхинококкозом // Казанский медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 531-533.

8. J. Horton Treatment of parasitic diseases // Parasitology 2000, Cambridge University Press. – S. 113-132.

9. Koltas I.S. Serum malondialdehyde level in patients with cystic echinococcosis Koltas I.S [et al.] Saudi Med J, 2006 Vol. 27, 1703-1705,

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

С.И. Жестовская, д.м.н., профессор

ПЕРИОД 1. КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (1955-1983)

Первым врачом-рентгенологом в Красноярске был Никита Дмитриевич Агеев, работавший в больнице Воздздравотдела с 1912 года. А в 1922 году в губернской больнице (ГКБ № 1) начал функционировать второй рентгеновский кабинет в Красноярске, в котором работали рентгенологи Эзра Абрамович Найдич и Галина Венедиктовна Ситникова.

В 1942 году, в период становления Красноярского государственного медицинского института, при кафедре факультетской терапии был создан курс рентгенологии, который возглавил один из пионеров красноярской рентгенологии, главный рентгенолог края Виктор Адольфович Ключе. С момента организации мединститута до сентября 1955 года В.А. Ключе был великолепным организатором. В тяжелых условиях военного времени, при отсутствии помещений и оборудования он организовал учебный процесс с проведением практических занятий и цикла лекций. Этому способствовали его профессионализм и широкая эрудиция.

Кафедра рентгенодиагностики была организована по приказу МЗ СССР 19 июня 1955

года. Ее основателем и заведующим был доктор медицинских наук Исаак Моисеевич Либерман, который после успешной защиты докторской диссертации на тему «Рентгенологическое изучение тонкой кишки при грыжах» приехал в Красноярск и с кипучей энергией включился в организацию кафедры. Для этого И.М. Либерман пригласил на кафедру в качестве ассистентов врачей-рентгенологов из практического здравоохранения, в числе которых были высококвалифицированные

специалисты П.М. Зима, С.И. Топольян, Т.М. Меренкова и врач-радиолог Е.Ф. Плют.

Для Красноярска того периода И.М. Либерман, безусловно, представлял самую значимую фигуру в рентгенологии. Он был полон творческих планов. К глубокому сожалению, раскрыться ему помешала преждевременная кончина. И.М. Либерман ушел из жизни от хронической лучевой болезни в возрасте 49 лет.

С 1957 по 1959 год обязанности заведующего кафедрой исполнял Евгений Федорович



И.М. Либерман



Я.А. Азбель

Плют – достойный представитель alma mater, выпускник Красноярского государственного медицинского института 1951 года. Евгений Федорович был одним из пионеров и активных сторонников новаторских внедрений лучевой терапии в широкую клиническую практику в нашем крае. Благодаря его инициативе в краевой клинической больнице был открыт кабинет дистанционной гамма-терапии.

Будучи одаренным педагогом, он со знанием дела, увлеченно проводил практические занятия со студентами и читал яркие, запоминающиеся лекции. Обобщив большой практический опыт и клинические наблюдения по лучевому лечению больных раком нижней губы, Евгений Федорович успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лучевая терапия рака нижней губы». Как блестящий специалист Е.Ф. Плют был назначен главным радиологом Красноярского края.

В ноябре 1959 года на вакантную должность заведующего кафедрой по конкурсу был избран доцент Яков Аронович Азбель. Период работы Азбеля в Красноярске (1959-1965) был ознаменован рядом важных событий в истории кафедры рентгенологии и медицинской радиологии. Новации, прежде всего, коснулись кадрового состава кафедры, когда на смену преподавателям-совместителям в ее штат, кроме уже работавшего в должности ассистента Ивана Викторовича Красицкого, были приглашены окончившие клиническую ординатуру Владимир Вениаминович Протопопов и Геннадий Степанович Граков, трудовая деятельность которых была связана с кафедрой рентгенорадиологии. По инициативе Якова Ароновича Азбеля и заведующего факультетом повышения квалификации и усовершенствования врачей Красноярского государственного медицин-

ского института В.В. Чернявского с 1964 года систематически, два раза в год, начали функционировать курсы специализации врачей по рентгенологии.

С 1965 года обязанности заведующего кафедрой до 1970 года исполнял Иван Викторович Красицкий. Высококвалифицированный врач и педагог он уделял много внимания вопросам оптимизации учебного процесса, широкому использованию технических средств обучения при проведении лекций и практических занятий. В 1970 году И.В. Красицкий защитил кандидатскую диссертацию на тему «Рентгенодиагностика хронического деформирующего бронхита», после чего его избрали заведующим кафедрой рентгенологии и радиологии КГМИ.

В это время коллектив кафедры был представлен к.м.н. Г.С. Граковым, к.м.н. В.В. Протопоповым, к.м.н. Ю.Г. Ткачевым, к.м.н. Л.С. Граковой, ассистентом Е.К. Ивановым. И.В. Красицкий более 30 лет являлся председателем Красноярского краевого научного общества врачей-рентгенологов. Под его руководством и при активном участии кафедры проведено девять краевых научно-практических конференций рентгенологов по актуальным вопросам лучевой диагностики.

ПЕРИОД 2. КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ФУВ. С 1983 ГОДА КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНСТИТУТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Учитывая большую потребность практического здравоохранения в подготовке врачей-рентгенологов, в 1983 году было принято

решение о создании новой кафедры – лучевой диагностики и лучевой терапии факультета усовершенствования врачей (ФУВ). Защитив в 1982 году докторскую диссертацию на тему «Ангиографические изменения сосудов при регионарной перфузии длительной инфузии», кафедру создала и возглавляла до 2005 года профессор Людмила Степановна Гракова.

Педагогический состав кафедры состоял из четырех ассистентов, врачей-рентгенологов высшей категории – Евгений Константинович Иванов, Игорь Геннадьевич Граков, Александр Захарович Хромушкин, Зоя Михайловна Тяжелникова. В 1985 году были приняты Евгений Николаевич Батухтин, Евгений Владимирович Галкин, в 1992 году Наталья Васильевна Гуничева. Первыми аспирантами молодой кафедры были С.И. Жестовская, С.И. Швайдак, С.И. Волкун.

Основные направления в работе Евгения Владимировича Галкина были посвящены рентгеноэндovasкулярным методам диагностики и лечения. В 1991 году – докторская диссертация на тему «Интервенционная диагностика и лечение варикозного расширения вен органов малого таза».

Профессор Евгений Николаевич Батухтин (1985-2011). В 1992 году он защитил кандидатскую диссертацию по натальной травме шейного отдела позвоночника, в 2001 году – докторскую диссертацию на тему «МРТ в диагностике туберкулезного спондилита». Евгений Николаевич долгие годы являлся ведущим консультантом пациентов с патологией костно-суставной системы.

Ассистент Зоя Михайловна Тяжелникова в 1992 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Лучевая неинвазивная диагностика венозного почечно-яичникового кровообращения». Основными направлениями ее профессиональной деятельности является лучевая диагностика заболеваний молочной железы и профессиональные заболевания, вызванные фтористой интоксикацией и брукцеллезом.

Ассистент Наталья Васильевна Гуничева в 2009 году защитила докторскую диссертацию на тему «МРТ в диагностике новообразований опорно-двигательного аппарата». В 2012 году д.м.н. Н.В. Гуничева возглавила кафедру рентгенологии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

В течение десяти лет основным направлением кафедры являлась классическая рентгенология. С появлением нового вида визуализации – ультразвуковой диагности-



В.И. Красицкий



Л.С. Гракова

ки – возникла необходимость подготовки специалистов по этому направлению. В 1994 году на кафедре началась подготовка клинических ординаторов по специальности «Ультразвуковая диагностика», и в 1995 году создается курс по ультразвуковой диагностике во главе с доцентом к.м.н. Светланой Ивановной Жестовской.

В этом же году на кафедру ассистентом была принята Елена Юрьевна Евдокимова, которая в 2003 году защитила первую на кафедре кандидатскую диссертацию по ультразвуковой диагностике на тему «Лечебно-диагностические вмешательства под контролем ультразвука у больных с послеоперационными гнойными осложнениями».

С 1999 года ассистентами кафедры являются к.м.н. Наталья Валентиновна Тимерова, к.м.н. Александр Гарриевич Гейман, Андрей Яковлевич Панфилов заведующий отделением ультразвуковой и функциональной диагностики краевой детской больницы. Педагогическая и практическая деятельность связана с ультразвуковыми исследованиями в ангиологии, акушерстве-гинекологии и педиатрии.

В январе 2006 года приказом ректора КраГМА кафедру лучевой диагностики Института последилового образования (ИПО) возглавила д.м.н. профессор Светлана Ивановна Жестовская. Приоритетными направлениями научной и практической деятельности является лучевая диагностика хронических гепатитов и различных форм портальной гипертензии. Разработаны алгоритмы диагностики и малоинвазивных вмешательств у пациентов с гнойно-септическими осложнениями. Научные результаты работы легли в основу подготовки специалистов по малоинвазивным вмешательствам под контролем ультразвуковых исследований.

Открытие новых направлений в лучевой диагностике требует подготовки врачей практического здравоохранения. С 2011 года на кафедре для развития специальности «Эндоваскулярные методы диагностики и лечения» работают заслуженный врач РФ, д.м.н. профессор Алексей Владимирович Протопопов, ассистент к.м.н. Ярослав Олегович Федченко.

Проводимая на кафедре подготовка специалистов по эндоваскулярным диагностике и лечению легла в основу развернутой в крае программы мероприятий по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В короткий срок были укомплектованы подготовленными кадрами и введены в строй два центра инвазивного лечения



С.И. Жестовская



А.В. Протопопов

больных острым инфарктом миокарда на базах крупных многопрофильных городских стационаров, ведущих круглосуточный экстренный прием пациентов. Обеспечена работа ангиографических рентгенохирургических лабораторий в перинатальном и онкологическом краевых центрах, Сибирском клиническом центре ФМБА РФ.

Для обеспечения программы снижения смертности от болезней системы кровообращения в других регионах РФ на кафедре проходят подготовку специалисты из Республики Тыва. За последние годы внедрены в клиническую практику высокотехнологичные виды медицинской помощи эндоваскулярного протезирования аортального клапана, окклюзии ушка левого предсердия для профилактики мозгового инсульта, денервации почечных артерий у больных с резистентной артериальной гипертензией.

Отражением высокого уровня проводимых на кафедре научных разработок является участие в трех международных и всероссийском многоцентровых клинических исследованиях, выступления с докладами на крупнейших европейских и североамериканских научных форумах.

С 2014 года по специальности «Радиология» сотрудником кафедры является Наталья Геннадьевна Чанчикова, директор Центра ядерной медицины ФМБА России, одной из баз кафедры.

Основная задача центра – оказание специализированной диагностической и лечебной медицинской помощи пациентам в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилям радиология, онкология, эндокринология, неврология, кардиология, урология и рентгенология, ультразвуковая диагностика.

В состав центра входят отделение радионуклидной терапии и центр позитронно-эмиссионной компьютерной томографии. Планируется подготовка специалистов в разделе радиология.

Число ординаторов и интернов кафедры лучевой диагностики Института последилового образования Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого за последние пять лет возросло и составило более 100 человек. Все интерны, ординаторы и аспиранты трудоустроены и работают в практическом здравоохранении.

Преподаватели кафедры постоянно повышают свой профессиональный уровень на центральных базах ведущих научно-практических медицинских учреждений страны (Москва, Санкт-Петербург и т.д.) и за рубежом. Результаты научной деятельности оформляются в виде диссертационных работ, свидетельств на изобретение, учебно-методических комплексов.

Наибольшее внимание на кафедре уделяется совершенствованию учебного процесса с целью эффективного освоения изучаемого материала и получения обучающимися качественных и прочных знаний по основным разделам лучевой диагностики и лучевой терапии. Основой оптимизации процесса является максимальная наглядность преподавания и, что не менее важно, для более прочного освоения полученных знаний самостоятельная и творческая работа студентов на практических занятиях и во внеаудиторное время.

Кафедра ежегодно проводит научно-практические конференции с привлечением ведущих отечественных и зарубежных специалистов.

ФОНИАТРИЯ

КАК РАБОТАЕТ ФОНИАТРИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ

И.А. Эрлих, врач-фониатр



Фониатрия в переводе с греческого – лечение голоса (фон – голос, иатрия – лечение). Фониатрию как и сурдологию рассматривают как ответвление современной отоларингологии. Фониатрия – область медицины, которая изучает заболевания и нарушения голоса, речи, слуха, глотания.

В Красноярском крае всего три фониатра, в том числе в консультативно-диагностической поликлинике ККБ. Прием осуществ-

ляется в кабинете 149 на протяжении 12 лет. Ведет прием врач высшей категории И.А. Эрлих. Сколько спасенных пациентов и нелегких судеб прошло через этот уникальный кабинет!

Фониатрия тесно переплетается с такими отраслями медицины, как сурдология, неврология, эндокринология, гастроэнтерология. Отмечается рост обращаемости пациентов на прием, связанный с большим

количеством лиц голосоречевых профессий. Проблемы с нарушением голоса связаны со многими патологиями, часто при дисфункции щитовидной железы. Функция щитовидной железы связана с поступлением йода в организм. В эндемической местности гормоногенез в щитовидной железе оказывается ослабленным. Голос человека как проявление нервно-мышечного аппарата способен информировать о доклинической стадии дисфункции щитовидной железы.

Патология, с которой приходится чаще всего работать на приеме, – дисфункция гортани, певческие узелки голосовых складок, хронические ларингиты, парезы и параличи гортани.

Во время приема врач проводит различные манипуляции: вливания в гортань различных коктейлей, лечит сопутствующую ЛОР-патологию и занимается восстановлением голоса с помощью фонopedических занятий.

Перспективами развития фониатрической службы является постоянное повышение квалификации, освоение новых методик, позволяющих выявить заболевания гортани на ранних стадиях (такие, как рак гортани) с помощью аутофлюоресцентной эндоскопии, которая позволяет при осмотре поставить диагноз и избежать осложнений и инвалидизации пациентов.

ВЫЕЗДНАЯ РАБОТА

МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ КРАЯ

Д.Г. Червонный, врач-методист

Краевая клиническая больница – флагман оказания медицинской помощи жителям Красноярского края. Одним из видов помощи, согласно приказу Минздравмедпрома РФ от 13.01.1995 № 6 и уставу КГБУЗ «Краевая клиническая больница», является оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других лечебно-профилактических учреждений административной территории.

Консультативная и организационно-методическая помощь оказывается по территориальному принципу. Красноярский край разделен на пять медико-социальных зон – центральная, северная, восточная, южная, западная. За каждой зоной закреплены куратор и 15 консультантов по профилям – кардиология, кардиохирургия, сосудистая хирургия, пульмонология, аллергология, эндокринология, гематология, гастроэнтерология, хирургия, травматология, урология, нефрология, неврология, стоматология, микрохирургия.

Плановую помощь ЛПУ Красноярского края кураторы и консультанты оказывают в рабочее время, с 8 до 16 часов. С 16 до 8 часов консультативную помощь ЛПУ оказывает отделение плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (санавиация).

Выезды на территорию для оказания консультативной и организационно-методической помощи осуществляются согласно плану выездной работы. В рамках консультативной помощи три раза в месяц консультанты КГБУЗ ККБ в режиме on-line проводят семинары.

Функции консультанта:

– консультирует специалистов ЛПУ в режиме on-line;

– проводит конференции (телеконференции), семинары и занятия;
– участвует в формировании плана выездной работы на год с учетом дефектов оказания медицинской помощи в ЛПУ совместно с врачами поликлиники ККБ и консультантами сайта ККБ;

– осуществляет выезды на территории по заранее составленному годовому плану и по заданиям МЗ КК;

– направляет пациентов, нуждающихся в консультации или стационарном лечении, в ККБ;

– проводит анализ лечебной работы в закрепленной группе районов, осуществляет контроль над реализацией методических указаний;

– представляет отчет о проделанной работе заведующему ОМО.

Функции куратора:

– осуществляет организационно-методическую помощь ЛПУ;

– формирует план выездной работы на год с учетом потребностей ЛПУ и на основании отчетов консультантов;

– участвует в работе по выявлению дефектов оказания медицинской помощи в ЛПУ;

– участвует в мероприятиях по устранению дефектов оказания медицинской помощи в ЛПУ;

– ежеквартально проводит анализ консультативной и организационно-методической работы в закрепленной группе районов;

– ежеквартально представляет отчеты о проделанной работе заведующему ОМО.

ДМС

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ – ЧТО ЭТО?

Ю.А. Баршай, Е.В. Белогорская, врачи-методисты

Цель медицинского страхования – гарантия гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения РФ и реализуется в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это вид страхования, по которому страховая компания компенсирует расходы на медицинское обслуживание в случае потери здоровья человека. Страховое правоотношение возникает из договора, который заключают между собой страхователь и страховщик. Договор медицинского страхования может включать одну или несколько программ страхования.

Программа добровольного медицинского страхования – это перечень медицинских услуг в рамках договора страхования с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь. Стоимость полиса зависит от ассортимента указанных в договоре услуг, списка заболеваний, подлежащих лечению, лечебных учреждений, за которыми будет закреплен застрахованный. Выделяют стандартные и индивидуальные страховые программы.

Выгода для пациента:

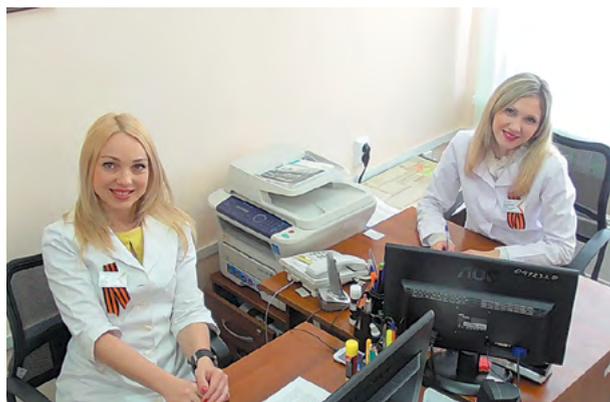
- экономия времени;
- выбор медицинского учреждения;
- отсутствие очередей;
- медицинская помощь высокого класса и сервиса.

ДМС служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами. Финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата. Благодаря налоговым льготам для организаций, использующих собственные средства на добровольное медицинское страхование своих работников, коллективная форма ДМС получила широкое распространение в РФ. Полис ДМС часто входит в так называемый социальный пакет, предоставляемый работодателем.

ДМС в краевой клинической больнице

Опыт работы нашей больницы основан на работе по договорам со страховыми компаниями. Всего заключено договоров с 54 страховыми компаниями. Ежедневно в ККБ записываются на прием к разным специалистам от шести до десяти пациентов, ежемесячно 155 посещений в консультативно-диагностическую поликлинику. В поликлинике выделены талоны на консультации и обследования с точным временем, что уменьшило время ожидания для пациента.

Порядок обращения, с первого взгляда, прост. Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам, застрахованным по ДМС, осуществляется по предварительной записи по телефону 220-15-62, в регистратуре. Пациент приходит в назначенный день консультации и приносит с собой паспорт, полис ДМС. Страховые компании за два-три дня отправляют гарантийное письмо на застрахованного пациента на электронный адрес bj@medgorod.ru. На каждую услугу регистратор выбивает квитанцию.



Важно, чтобы после получения медицинской услуги врачи-консультанты и медицинские сестры заполнили талоны и сдали их в оперативный отдел для информационной обработки. Амбулаторные карты сдаются в регистратуру. В конце месяца экономист формирует реестр оказанных поликлинических медицинских услуг для каждой страховой компании и счета на оплату.

Если пациенту необходима госпитализация, то врач (заведующий отделением) на консультативном приеме указывает на амбулаторной карте отделение, куда будет госпитализирован пациент, планируемую дату госпитализации, количество койко-дней, наименование медицинской услуги и направляет пациента к специалисту по ДМС (кабинет 304), который организует и контролирует процесс госпитализации.

Специалист по ДМС согласовывает со страховой компанией объем стационарной помощи, после чего страховая компания высылает гарантированное письмо на госпитализацию, где указывает сумму гарантированной оплаты. В приемном отделении пациента оформляют на госпитализацию с пометкой «ДМС».

По факту выписки пациента из отделения старшей медицинской сестрой отделения формируется реестр с указанием фактически проведенного обследования и расходования медикаментов. Это будет являться основанием для выставления счета страховой компании.

Перспективы развития ДМС в ККБ

ДМС довольно популярно среди работающих граждан. Средства ДМС – это дополнительный источник финансирования для нашей больницы.

Обращаемость в нашу больницу довольно высокая. Но проблемы, такие, как устаревший преискуртант (с 2015 года отсутствует терапевтический профиль в стационаре), низкая мотивация и стимуляция сотрудников, отсутствие возможности доплачивать за дополнительные медицинские услуги, очередность на стационарную помощь, требуют скорейшего разрешения. В случае поэтапного решения проблем можно добиться значительного увеличения доходов по амбулаторно-поликлинической помощи и стационарной помощи. А в дальнейшем, после проведения организационной работы со страховыми компаниями можно будет планировать объемы и доходы, полученные от оказания медицинской помощи в рамках ДМС.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА: НЕ ТОЛЬКО ПРОФЕССИЯ, НО И ПРИЗВАНИЕ

Г.В. Уразаева,
старшая медицинская сестра КДП

Медсестра – это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенность для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить.
Вирджиния Хендерсон

По определению медицинская сестра является помощником врача. Спорить тут никто не будет, однако опытная, квалифицированная медицинская сестра – гораздо более емкое понятие, нежели просто помощница.

История медицины уходит своими корнями в глубокую древность. Но такой профессии, как медсестра, долгое время не было. Функции данного специалиста выполняли ученики врачей, которые в результате сами становились лекарями. Первые же медицинские сестры появились в XI веке. Их выделяли в общины во многих странах Западной Европы. Называли их сестрами милосердия. Изначально базовую помощь в уходе за больными представительницы данной профессии оказывали исключительно женщинам. Но в военные времена деятельность специалистов распространялась и на раненых военных.

В 1235 году появился первый госпиталь, который оказывал скорее не врачебную, а гуманитарную помощь в крове и уходе. Открыла его за свои собственные средства графиня Елизавета Тюрингенская. Работниц данного учреждения довольно долгое время называли «елизаветинками». В этот же период начинают стремительно открываться

подобные заведения по всей Европе. В итоге медсестер начали называть «госпитальерками».

В 1617 году начинается новая эпоха медицинских сестер – открывается первая община, в которой проводится обучение сестринскому делу. С тех пор профессия стремительно развивается. Заключается она не только в помощи больным, сиротам и прокаженным, но и во фронтальной деятельности. Медсестры сопровождают врачей на полях брани, ухаживая за ранеными. Со временем они начинают ассистировать при операциях. Профессия становится довольно престижной, и многие светские дамы задействованы в сестринском деле.

Какими же качествами должна обладать медицинская сестра? Прежде всего, трудолюбием, чистотой – внешней и внутренней, скромностью. Уметь сочувствовать чужому горю. Медсестра обязана вести себя так, чтобы больной мог довериться ей полностью, не стесняясь любой манипуляции и процедуры. На работе она должна уметь забыть о себе, о своих домашних заботах и проблемах, всегда быть рядом с больным. В процессе излечения, на мой взгляд, одинаково важны все звенья, и если дело врача лечить патологию, то медсестры – помочь пациенту психологически справиться с болезнью. Эта про-





фессия на самом деле тяжелый труд, но когда ты видишь лица счастливых пациентов – это большая радость.

В нашем коллективе на медицинских сестер возложены большие обязанности. И, надо сказать, они прекрасно с ними справляются. Эта профессия стала делом их жизни, работу они выполняют исключительно безупречно – как в техническом исполнении, так и в душевном стремлении.

Вклад каждой медицинской сестры трудно переоценить. Ведь

именно они выполняют все манипуляции, назначенные врачом, следят за очередностью у кабинета. Они находятся чуть в тени лечащего врача, на полшага поодаль по своему статусу, но эта дистанция сокращает расстояние между ними и больными.

Настоящая медицинская сестра – это ангел. Бескорыстный, ответственный, любящий людей и свое дело. Готовый прийти на помощь, как пациентам, так и коллегам, как друзьям и родственникам, так и совершенно незнакомым людям на улице.



ОБЩЕСТВЕННАЯ РАБОТА

ЖИЗНЬ ПОЛИКЛИНИКИ ГЛАЗАМИ ПРОФСОЮЗА

Т.В. Шелковникова, к.м.н., М.А. Чухрова

65 лет – внушительная цифра, это история жизни самого большого подразделения краевой больницы. И, конечно, было много переживаний, побед, достижений и просто счастливых мгновений. Миссия консультативно-диагностической поликлиники – в самые короткие сроки оказывать на современном уровне доступную, квалифицированную консультативную медицинскую помощь больным края и Красноярска.

Много лет возглавляет коллектив поликлиники заслуженный врач РФ Валентина Михайловна Симакова. Медицинскими сестрами умело руководит старшая медицинская сестра Галина Виловна Уразаева, а чистоту и порядок в поликлинике поддерживает вместе с младшим медицинским персоналом сестра-хозяйка Светлана Николаевна Олейник. Как и подобает, поликлиника начинается с регистратуры. Благодаря старшему регистратору Татьяне Валерьевне Трошкиной, отлажена работа в одной из самых важных и беспокойных структур поликлиники.

Наш коллектив достаточно большой – это 193 человека, из них 49 врачей и 72 медицинские сестры. И, несмотря на загруженность работой, наш большой коллектив дружный, в нем царят взаимопонимание и отзывчивость.

Мы не стоим на месте. Вся поликлиника активно работает в системе QMS. Благодаря внедрению новых технологий работает сайт предварительной записи пациентов из территорий, с 2014 года начал работу Call-центр. Планируется внедрение теледистанционного медицинского консультирования.

Ежегодно объемы медицинской помощи увеличиваются. Впервые в начале 2015 года в поликлинике прошла аттестация врачей на соответствие занимаемой должности. По заключению аттестационной комиссии, доктора показали высокий уровень подготовки. Таким образом, были успешно аттестованы все 49 врачей.

Консультативный прием в поликлинике ведут квалифицированные специалисты, доктора медицинских наук Сергей Анатольевич Догадин, Светлана Ивановна Жестовская, Татьяна Геннадьевна Рукша и кандидаты медицинских наук Татьяна Валерьевна Шелковникова, Валентина Петровна Мацынина, Лариса Николаевна Боева, Наталья Алексеевна Шестакова, а также аспиранты клинических кафедр Ольга Викторовна Зимницкая, Яна Игоревна Вериги, Надежда Анатольевна Масленникова. В случае необходимости созываются консилиумы с участием заведующих

отделениями, сотрудников кафедр Красноярского государственного медицинского университета.

Слова благодарности хотим сказать заслуженным врачам, отдавшим много трудовых лет краевой больнице и недавно ушедшим на заслуженный отдых. Это основатели нефрологической службы Людмила Ильинична Антохина и Альбина Архиповна Гололобова, кардиологической – Валентина Валентиновна Тюлькина, пульмонологической – Нэлли Ивановна Рязанова, которые много лет передавали свои знания и опыт не одному поколению врачей.

Также хочется поблагодарить за многолетний добросовестный труд опытных докторов Нину Олеговну Войцеховскую, Людмилу Сергеевну Горину, Марию Александровну Шамрину, Любовь Васильевну Сураеву. И медицинских сестер Людмилу Васильевну Ефимову, Ольгу Алексеевну Калошину, Валентину Ивановну Сенькову, Галину Васильевну Малофееву, Марию Игнатьевну Скрипальщикову, Нину Николаевну Малкину, Валентину Николаевну Музыченко, Валентину Николаевну Дудареву, регистратора Нину Глебовну Ключака.

Еще раз добрым словом хочется вспомнить недавно ушедших от нас профессора кафедры лучевой диагностики д.м.н. Евгения Васильевича Батухтина, заслуженного врача к.м.н. врача-рентгенолога Анатолия Михайловича Догадина, к.м.н. врача-кардиохирурга Аллу Семеновну Тараренко, врача-невролога Елену Абрамовну Белых, врача-сурдолога Наталью Борисовну Рыбникову, врача-пульмонолога Людмилу Павловну Дробышевскую, хирурга-эндокринолога Романа Викторовича Модина, медицинскую сестру поликлиники Лидию Андреевну Жустареву. Светлая им память.

Значимое место в жизни больницы занимает профсоюзная организация. На учете в нашей профсоюзной организации больницы состоят 890 человек, а в профсоюзной организации поликлиники – 103 человека, и 1/3 членов профсоюза – молодежь до 35 лет. В течение 2014 года в ряды членов профсоюза вступили три сотрудника.

С 2009 по 2014 год профсоюзный комитет краевой клинической больницы возглавлял Павел Сергеевич Жигалов, с 2014 года возглавляет Маргарита Анатольевна Чухрова, а профгруппу поликлиники Татьяна Валерьевна Шелковникова.

Основной целью нашей профсоюзной организации является представительство и защита социально-трудовых прав и интересов членов профсоюза. Кроме этого, профсоюз представляет и защищает права и интересы всех работников больницы. Учитывая это, главным в нашей работе хочется выделить принятие коллективного договора в декабре 2007 года (пересмотрен в 2014 году).

Принципы и порядок заключения коллективного договора регламентирован Трудовым кодексом РФ. В договоре закрепляются основные формы морального и материального стимулирования работников больницы. Жизнь идет вперед, возникают новые вопросы в трудовых отношениях, на которые необходимо дать ответы. Коллективный договор, который работает, защищает наши права.

Наша больница, как и вся страна, переживает финансовые колебания экономики. Повышение цен, снижение уровня жизни людей, недостаточная оплата труда работников бюджетной сферы – все это приводит к росту социальной напряженности. Итогом длительной рабо-





ты профсоюзов по повышению окладов стал ответ правительства края о стимулирующих выплатах работникам в размере 14%.

Правильное понимание и подход к распределению, работа, проведенная в подразделениях больницы, позволила разработать критерии распределения стимулирующих выплат. Профсоюзная организация вместе с администрацией больницы подписала приказ о выплате 14% всем работающим.

Большую работу профсоюзная организация проводит вместе с комиссией по охране труда. Проводятся проверки и аттестация рабочих мест, обеспечение санитарно-гигиенической одеждой, индивидуальными средствами защиты. Изучение и профилактика травматизма и профессиональной заболеваемости. Проводится большая работа с целью обучения персонала вопросам безопасности труда.

Профсоюзный комитет принимает участие в работе комиссии социального страхования. Вопросы заболеваемости, состояния здоровья, санаторно-курортного оздоровления – все это рассматривается на заседаниях комиссии.

Вместе с цеховым терапевтом Еленой Борисовной Масловской и цеховой медицинской сестрой Марией Игнатьевной Скрипальщиковой идет активная диспансеризация, выявление вновь заболевших работников и назначение восстановительных и реабилитационных мероприятий. Самый большой раздел социальной комиссии, который обеспечивает социальный комитет, – это оздоровление детей, которые ежегодно получают курортно-оздоровительное лечение в местных и общероссийских здравницах.

Для желающих заниматься спортом организованы команды по мини-футболу, волейболу, настольному теннису, шахматам, плаванию. Работает реабилитационный центр в отделении нетрадиционных методов лечения. Так, в октябре 2014 года был организован спортивный праздник, посвященный 72-й годовщине краевой клинической больницы.

Профком выделяет денежные средства на организацию соревнований и поощрение спортсменов.

В поликлинике сложился свой артистический коллектив, в котором есть режиссеры, чтецы, танцоры и певцы. Активные участники

праздничных программ: Сергей Яковлевич Петров – хирург-эндокринолог, Виктор Иванович Корнев – врач-уролог, Иван Сергеевич Чихачев – хирург-ортопед, Андрей Анатольевич Мильгунов – заведующий мобильной поликлиникой. Медицинские сестры: Галина Геннадьевна Бодболотова, Мария Игнатьевна Скрипальщикова, Валентина Николаевна Музыченко, Валентина Ивановна Сенькова, Светлана Борисовна Крижан, младшая медицинская сестра Светлана Викторовна Гоголи.

Члены профсоюза и дети сотрудников ежегодно получают новогодние подарки как символ праздника. Усилиями профсоюзного комитета совместно с администрацией больницы организовываются детские новогодние утренники и общебольничные новогодние корпоративы, в программе которых сотрудники поликлиники принимают непосредственное участие.

Активно работает профком с советом ветеранов, музеем, проводится работа в общежитии.

Одним из важных разделов работы профкома больницы и профгруппы поликлиники является выделение материальной помощи членам профсоюза. Так, ежемесячно получают материальную помощь 8-10 человек. За 2014 год на сумму 421 500 рублей. Средствами профсоюза проводится чествование юбиляров и победителей конкурсов и соревнований. В течение восьми лет выделяется беспроцентная ссуда в размере 30 тысяч рублей на неотложные нужды членов профсоюза. Только в 2014 году беспроцентную ссуду получили 100 сотрудников.

В больнице работает ревизионная комиссия под председательством Елены Михайловны Фединой. Ревизия финансовой деятельности проходит раз в год. Финансовых нарушений выявлено не было. За четкую работу, учет, ведение документации хочется выразить благодарность казначею профкома Елене Федоровне Рау.

В заключение нужно сказать, что у нашей профсоюзной организации еще много дел, которые позволят нам лучше и интереснее жить и работать, укрепить ее, влить в нее новый поток людей, главное – молодежи. Хотелось пожелать профсоюзному комитету, в том числе профгруппе поликлиники, большей активности, веры в силы и мощь своей организации. И попутного нам ветра, коллеги!

ПОЛИКЛИНИКА ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И CALL-ЦЕНТР

И.В. Шилова

Поликлиника дистанционного консультирования

12 мая 2010 года министерством здравоохранения Красноярского края был издан приказ 226-орг, регламентирующий порядок направления и объем необходимых обследований для консультации в КДП ККБ. Он упорядочил поток пациентов и уровень их обследований. Но тогда не было возможности контроля выполнения перечня необходимых обследований, что, в свою очередь, влекло за собой дополнительный расход материальных средств на диагностические методы исследования. И как следствие увеличение количества дней пребывания амбулаторного пациента в Красноярске.

С начала 2011 года была поставлена задача приема пациентов, минуя регистратуру, и экспертизы качества направительной документации. В связи с этой ситуацией с 1 февраля 2011 года под инициативным руководством заместителя главного врача по поликлинике В.М. Симаковой и при поддержке руководителя службы АСУ КГБУЗ ККБ В. Г. Азанова была организована новая схема работы поликлиники и введено в действие новое программное обеспечение.

Отделом АСУ больницы разработана новая система предварительной записи пациентов на консультативный прием через сайт КГБУЗ ККБ в режиме on-line. Эта схема позволила оформлять медицинские карты амбулаторного больного без его присутствия. Отпала необходимость обращения больных в регистратуру для постановки на очередь к специалистам на первичный прием.

Система электронной регистратуры позволяет районным МУЗ присылать необходимые обследования и данные для оформления медицинской карты амбулаторного пациента. Регистратура ККБ поднимает амбулаторные карты пациентов или заводит новые и накануне приема разносит их по кабинетам специалистов. В электронном талоне пациента, который он получает в своем МУЗ, указаны дата, номер кабинета и время, в которое ему нужно явиться к врачу-специалисту, минуя регистратуру. А также некоторые важные моменты: перечень документов, схема парковки.

Экспертизой качества направительной документации, в том числе полнотой дополнительных методов исследований, выполненных в районе, занимается целый штат врачей-клиницистов. В случае отсутствия необходимого перечня обследований заявка на консультацию отклоняется или направляется на редактирование до момента выполнения всего перечня. При этом люди живут дома и не тратят время и деньги на проживание в краевом центре, ожидая проведения исследований в КДП ККБ. Отпала необходимость проведения банальных и рутинных методов исследований.

Консультативно-диагностическая поликлиника ККБ не имеет прикрепленного населения, поэтому основная задача специалистов поликлиники краевой больницы – оказывать помощь лечащим врачам пациентов из поликлиник прикрепления. Например, если врач самостоятельно не может добиться положительного эффекта от терапии, если пациенту требуется динамическое наблюдение после оперативного лечения, проведение диагностических исследований, отсутствующих по месту жительства, или требуются рекомендации по ведению пациента.

Другой задачей клиницистов является отбор пациентов для очных консультаций. Рассматривается обоснованность направления, учиты-

вается описанное состояние пациента. При возможности может быть оказана заочная консультация, дающая возможность лечащему врачу утвердиться в диагнозе, скорректировать лечение, а пациенту не тратить время и деньги на поездку.

За период с 01.01.2012 года обработано 200 тысяч заявок. О нужности электронной почты. Для клиницистов, принимающих больных в поликлинике, больше нет неожиданных, необследованных пациентов. Наши пациенты, в свою очередь, точно знают, что при наличии электронного талона их примут по указанной дате, не заставляя испытывать трудности с размещением в городе. Если представить, что не стало бы электронной почты, то сразу возникнут проблемы в коридорах: очереди в регистратуру, возле кабинетов, и шумные обсуждения работы больницы. Это шаг назад, чего краевая больница позволить себе не может.

Поликлиника дистанционного консультирования в именах. Иногда, когда мы работаем за компьютером, то не видим тех, от кого получаем информацию, и кажется, что это просто машина дала нам ответ. Часто пациенты говорят: «Мне из города пришел ответ». Конечно, они имеют в виду отделение ПДК, сами того не зная.

Под руководством заместителя главного врача В.М. Симаковой и при поддержке руководителя службы АСУ КГБУЗ ККБ В. Г. Азанова разработкой интерфейса и функционала сайта заявок (на котором и происходит дистанционное консультирование) занимается программист-разработчик Александр Сергеевич Ключко. Технические моменты, исправления, усовершенствования – за все отвечает он. За слаженную работу отвечает заведующая ПДК, куратор сайта заявок Инна Викторовна Шилова. Информирование врачей, регистраторов, помощь в оформлении заявки, регулирование очередности – это самая видная часть работы этого специалиста.

Рассматривают и принимают решение по заявкам 34 специальностей 50 врачей КГБУЗ ККБ. 25 специалистов работают постоянными кураторами сайта, 13 терапевтов отвечают за 15 терапевтических специальностей, а 12 хирургов отвечают за 19 хирургических специальностей, в число которых входит два гинекологических профиля. Их имена нельзя оставить без внимания:

Афонькин Владимир Юрьевич – ЛОР-заболевания,
Бегельдинова Алена Алексеевна – профпатология,
Блау Иван Викторович – абдоминальная хирургия,
Боева Лариса Николаевна – эндокринология,
Донов Андрей Владимирович – кардиология, инвазивная кардиология,
Евдокименко Денис Владимирович – неврология, эпилептология,
Галич Вячеслав Сергеевич – урология,
Галов Александр Александрович – травматология, ортопедия,
Гусева Ирина Сергеевна – пульмонология,
Ищенко Ольга Петровна – аллергология,
Капустина Екатерина Владимировна – ревматология, центр остеопороза,
Кеосьян Вадим Тигранович – микрохирургия,
Когодеев Евгений Николаевич – сосудистая хирургия,
Курсинова Вера Владимировна – гастроэнтерология,

Петров Сергей Яковлевич – эндокринологическая хирургия, педиатрия,

Поляков Алексей Евгеньевич – нейрохирургия,
Пронькина Наталья Сергеевна – иммунология,
Штарк Антон Александрович – кардиохирургия,
Слабнин Станислав Геннадьевич – колопроктология,
Смелянская Мария Геннадьевна – гематология,
Терских Анастасия Юрьевна – нефрология,
Карпенко Лариса Николаевна – сурдология,
Волынкин Сергей Евгеньевич – челюстно-лицевая хирургия,
Заманов Дмитрий Анатольевич – кардиоаритмология,
Зырянова Елена Александровна – акушерство-гинекология.

Маршрут заявки не заканчивается после того, как принято решение клиницистом. Ведь нужно точно определить дату консультации, если специалист назначил маршрут, то выдать не один, а все положенные талоны, при этом учесть место жительства пациента, указанную им желаемую дату и еще много разных факторов. Скоординировать окончательный маршрут пациента должна единственный регистратор ПДК Марина Михайловна Долгозвягова. После того как она сформирует талон, заканчивается невидимая работа поликлиники дистанционного консультирования, и начинается совсем другая работа.

Call-центр

Call-центр является структурным подразделением консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и находится в подчинении заместителя главного врача по амбулаторно-поликлиническому разделу работы. Call-центр был создан для укорочения телефонного маршрута звонящего (вся информация по единому номеру), а также создания положительного впечатления от работы КГБУЗ ККБ.

Непосредственное руководство возложено на куратора сайта заявок поликлиники дистанционного консультирования Инну Викторовну Шилкову. Call-центр был организован в мае 2014 года, и функционировал только автоматический дозвон, оповещавший пациента о дате приема

в поликлинике ККБ. Часто возникали трудности при общении с роботом: пациенты недопонимали информацию и могли ошибочно отказаться от приема. Таким пациентам, конечно, перезванивали регистраторы, чтобы избежать путаницы на приеме.

Теперь эта работа снята с регистраторов, а голосом, встречающим клиентов, является оператор Надежда Геннадьевна Денисенко. Она пришла в октябре 2014 года, внимательно изучив предстоящую работу и смежные функции, приступила к работе. В ее прямые обязанности входит ответ на входящие звонки, также она должна перезвонить всем, кто по какой-либо причине отказался от приема.

Оператор совершенствует работу по информированию пациентов о записи на прием по голосовому каналу связи. Например, совместно с психологом ККБ разработаны пункты телефонного общения с пациентами. В случае изменения даты или времени приема, других изменениях Надежда Геннадьевна сообщает об этом в медицинское учреждение или чаще самому пациенту.

Но нам звонят не только пациенты. Регистраторы поликлиники, отправляющие электронные заявки, лечащие врачи, руководители медицинских учреждений обращаются за помощью. Тогда оператор переводит звонок на руководителя Call-центра. В одну рабочую смену обрабатывается около 45 звонков, это означает, что телефон звонит каждые 10 минут. Всего с начала работы Call-центра (в том виде, в котором он существует) совершено 714 звонков, ответили на 3395 входящих вызовов, а это более 4 тысяч звонков за семь месяцев работы.

В рамках работы Call-центра планируется ввести программное обеспечение для качественного охвата звонков. Вместе с этим появится возможность освободить от звонков регистратуру поликлиники, приемную главного врача КГБУЗ ККБ. А также планируется развивать взаимодействие между стационарной службой и Call-центром в плане формирования листа ожидания на госпитализацию.

После того как проведена такая предварительная работа специалистами на местах и двумя отделениями – ПДК и Call-центром КГБУЗ ККБ, наш пациент попадает на прием к врачам консультативно-диагностической поликлиники.



НАШИ ДЕТИ



Сыновья стоматолога-ортопеда Валерии Александровны Платуновой – Михаил, Григорий и Яков.

Михаилу 29 лет, окончил СФУ. Научный сотрудник лаборатории физики магнитных явлений института физики им. Л.В. Киренского. Работал в научных центрах Франции, Англии, Германии, России. Лауреат многочисленных премий, в том числе, государственной премии Красноярского края в области профобразования. Кандидат физико-математических наук. Председатель совета научной молодежи ИФ им. Киренского. Имеет 30 публикаций в различных научных изданиях. Руководитель и исполнитель различных грантов, проектов.

Григорию 26 лет. 7 лет работал в отделении стоматологии в качестве зубного техника. По окончании КрасГМУ работает врачом-стоматологом в Санкт-Петербурге.

Якову 25 лет. Студент института нефти и газа.

Дочь медицинской сестры Татьяны Александровны Варламовой **Анна Майорова**. Окончила Мариинскую гимназию в 2015 году.



Женя Шибков, 8 лет. Сын Ильи Владимировича Шибкова, плотника. Занимается плаванием и увлекается брейк-дансом.





Наталья Анойкина (Мясоедова) – дочь заведующей поликлиникой Валентины Михайловны Симаковой. Наташа — российская баскетболистка, выступает в амплу центровая. Игрок сборной России по баскетболу. Мастер спорта международного класса.

Достижения:

Чемпионка Европы: 2011

Серебряный призёр Евролиги: 2015

Финалистка Кубка Европы ФИБА: 2010

Чемпионка России: 2015

Серебряный призёр чемпионата России: 2014

Бронзовый призёр Чемпионата России:

Руслан Мясоедов, травматолог-ортопед I категории – сын Валентины Михайловны Симаковой. Работает в травматологическом отделении КГБУЗ ККБ.



Филипп и Андрей – сыновья врача-методиста Юлии Баршай. Андрею два годика, а Филиппу – пять, он занимается шахматами и дзюдо.



Алиса и Роман Гоголи – дети оператора ЭВМ Елены Викторовны Гоголи. Ребята танцуют в ансамбле «Кедровые орешки».



Даша Эрлих – дочь врача-фониатра Ирины Алексеевны Эрлих. Окончила столичную Высшую школу экономики, юридический факультет. Сегодня учится в Гнесинском училище, в магистратуре, потому что ее сердце принадлежит музыке.

Еще в школе Даша была ведущей в телепередаче «Волшебный микрофон», успела поучаствовать в детском песенном фестивале «Театральная весна», лауреат краевого конкурса джазового пения «Звезды и звездочки». В Москве организовала джазовую группу.

Вторая дочь Ирины Алексеевны, **Таня**, учится в физико-математическом классе, посещает музыкальную школу по классу скрипки, обучается живописи в художественном институте, а еще занимается спортом - синхронным плаванием.



Наши Династии

1. Мясоедов В.М. – (заведующий отделением ортопедии)
2. Симакова В.М. – (зам. глав.врача по поликлинической работе)
3. Мясоедов Р.В. – сын (врач-травматолог-ортопед)
4. Летягин А.О. – племянник (врач-рентгенолог)
1. Шилов Г.В. - (гл. врач Дзержинской РБ, врач – хирург)
2. Шилова Л.И. – (врач-хирург-гинеколог)
3. Шилов В.Г. - сын (врач-хирург-рентгенолог)
4. Шилова И.В. – супруга сына (врач-методист)
1. Догадин А.М. – (врач-рентгенолог)
2. Догадина Л.И. – (врач-эндокринолог)
3. Догадин С.А. – сын (зав. эндокринологическим центром)

1. Шнайдер В.К. – (доцент кафедры реаниматологии №1)
2. Татаренко А.С. – (врач-кардиохирург)
3. Шнайдер В.В. – дочь (врач-рентгенолог)
4. Мызников А.В. – супруг дочери (сердечно-сосудистый хирург)
1. Ерошина Н.Н. - (медицинская сестра)
2. Макарова А.Ю. – дочь (медицинская сестра)
1. Жустарева Л.А. – (медицинская сестра)
2. Божко С.Б. – дочь (мед. регистратор)
1. Шукин А.Т. – (врач-травматолог)
2. Шукин А.А. – сын (заведующий отделением ортопедии)
3. Шукина Т.В. – супруга сына (врач-аллерголог-иммунолог)

Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.Е. Попов, Н.Ю. След, С.В. Мельник, А.А. Поздняков, С.А. Попов
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона»



Одной из актуальных проблем в неотложной хирургии по-прежнему является лечение острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии [1, 2, 5]. Вопрос тактики лечения острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии остается открытым из-за неудовлетворенности ее результатами. Общая летальность по России при данной патологии составляет от 5 до 15%, при рецидивах кровотечения 15–20%, послеоперационная летальность при рецидивах кровотечения достигает 30–50% [1, 2, 4].

Проблема рецидивов желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, дающих основную летальность, остается краеугольным камнем при лечении пациентов с данной патологией [3, 6].

Цель работы

Снижение летальности у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии за счет внедрения в ургентную хирургическую практику современных методов их лечения.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры хирургических болезней имени проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО в первом хирургическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» Красноярск с 2012 по 2014 год на лечении по поводу острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии находилось 234 пациента. Они получали лечение по современному протоколу оказания помощи больным с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Из них при поступлении в стационар у 82 (35%) больных отмечался нестабильный гемостаз. Этим пациентам потребовалось проведение эндоскопических мероприятий для остановки кровотечения. Возраст больных колебался от 19 до 82 лет. Мужчин было 165 (70,5%), женщин – 69 (29,5%).

Результаты исследований

В первом хирургическом отделении КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» определена тактика лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии с применением современных методик эндоскопического гемостаза, а также использования у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии эффективных медикаментозных средств.

Пациенты с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, поступившие в приемный покой хирургического стационара в состоянии геморрагического шока, в экстренном порядке госпитализировались в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии. В условиях реаниматологического отделения проводился комплекс противошоковых мероприятий.

После стабилизации состояния больных с геморрагическим шоком, а также пациентам, поступившим в стационар с острым желудочно-кишечным кровотечением, в том числе язвенной этиологии, обязательно проводили экстренное ЭФГС. Динамические эндоскопические исследования осуществлялись больным при неустойчивом гемостазе. После оценки полученных данных ЭФГС при необходимости проводился первичный эндоскопический гемостаз с применением аргоно-плазменной коагуляции, обкалыванием язвенного дефекта этоксисклеролом (повторный эндоскопический гемостаз выполнялся по требованию).

После проведения эндоскопического гемостаза пациентам обязательно назначались современные медикаментозные средства, направленные на профилактику рецидива кровотечения:

- ингибиторы протонной помпы (омепразол, эзомепразол);
- синтетические аналоги соматостатина (октреотид);
- антифибринолитические препараты (транексамовая кислота).

Гемозаместительная терапия (однорупная эритромаасса, свежемороженая плазма) проводилась больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии строго по показаниям. При необходимости проводилась внутривенная инфузионная терапия.

Реализуя вышеописанные принципы лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии, получили следующие результаты. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза у пациентов исследуемой группы (n=82) составила 78%, при внедрении аргоно-плазменной коагуляции – 98%.

Сочетание аргоно-плазменной коагуляции с обкалыванием язвенного дефекта этоксисклеролом, назначением ингибиторов протонной помпы и препаратов группы соматостатина позволило значительно снизить количество рецидивов кровотечения. Отмечены рецидивы у 3 больных (3,7%). Тем не менее 14 пациентов (6%) были оперированы, в основном, по экстренным и срочным показаниям. Общая летальность в исследуемой группе больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии составила 3,8%, послеоперационная – 21,4%.

Выводы

Необходим индивидуальный подход к лечению пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии с обязательной динамической ЭФГС (при неустойчивом гемостазе).

Для получения качественного первичного эндоскопического гемостаза наиболее эффективно применение аргоно-плазменной коагуляции с последующим обкалыванием язвенного дефекта этоксисклеролом.

Для предотвращения рецидива желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии необходимо применение современных медикаментозных средств, направленных на профилактику повторной волны кровотечения, а также проведение адекватной гемозаместительной терапии.

Литература

1. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М.А. Евсеев. – М.: «Квант», 2009. – 17 с.
2. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (Руководство для врачей) / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: «ГЭОТАР», 2008. – 376 с.
3. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бардухарова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 32-34.
4. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни / Ю.М. Панцырев с соавт. В сб.: 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева). – М.: Медицина, 2003. – С. 248-258.
5. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. – СПб.: «Гиппократ», 2000. – 360 с.
6. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. Прогнозирование рецидивов кровотечения // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 32-33.

ПРОФИЛАКТИКА

ВНЕДРЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСМЕННЫХ ОСМОТРОВ В УГОЛЬНОЙ КОМПАНИИ

*В.В. Хусаинова, Л.В. Цай, В.А. Бетехтина
АО «СУЭК-Красноярск»*

АО «Сибирская угольная энергетическая компания»

Обеспечение безопасности работы на опасном производственном объекте, основывается, среди прочих мероприятий, на проведении предсменных медицинских осмотров (ПРМО).

С целью объективизировать данные предсменных медицинских осмотров, АО «СУЭК» в 2013 году установило автоматизированные системы предсменных осмотров (АСПО) в каждый кабинет предсменного осмотра. АСПО полностью исключает из процедуры осмотра человеческий фактор, фиксирует параметры гемодинамики и пары этанола в выдыхаемом воздухе. Система также позволяет сохранять в архиве данные осмотра, в том числе видеозапись.

Кроме решения задачи предсменного допуска, АСПО позволила выявить работников с факторами риска по сердечно-сосудистой патологии с последующим включением их в группу динамического наблюдения и проведением лечебно-профилактических мероприятий.

На этапе внедрения АСПО был отмечен рост числа отстраненных от работы, преимущественно по показателям АД, что объяснялось эмоциональной реакцией на новую процедуру. В последующем медицинские противопоказания выявлялись в основном у работников с сердечно-сосудистой патологией, пренебрегающих назначенным лечением, а также были выявлены лица с впервые зарегистрированной гипертонией. В течение года число отстраненных от смены (рейса) снизилось до единичных, в то же время вырос уровень комплаентности контингента, нуждающегося в базисной терапии.

В 2014 году на предприятиях компании внедрен корпоративный регламент ПРМО и контроля трезвости (КТ). Медицинский осмотр

(МО) проходят водители спецтехники, работники из группы риска по сердечно-сосудистой патологии, работники, перенесшие тяжелые черепно-мозговые травмы, часто и длительно болеющие, а также работники с признаками нездоровья. Группе риска предсменный осмотр проводится с помощью АСПО. КТ обязателен для всех лиц, входящих на территорию предприятия. После смены, рейса МО проводится по медицинским показаниям, КТ – всем работникам, завершающим работу. Регламент предусматривает проведение и внутрисменного контроля трезвости, и медицинского осмотра.

Для внедрения автоматизированной системы медицинский персонал прошел необходимое обучение, некоторые освоили работу на компьютере впервые.

Выводы

Применение АСПО объективизирует медицинское заключение по итогам ПРМО.

Внедрение АСПО снижает риск сердечно-сосудистой смертности у работников.

Литература

1. Трудовой кодекс РФ ст. 213; статья 214; ст. 330.3; статья 330.
2. ФЗ РФ от 21.07.1997 № 116-ФЗ «О промышленной безопасности опасных производственных объектов» - п.1 ст.9.
3. ФЗ РФ 10.02.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» - ст. 23.
4. ФЗ РФ от 26.03.2003 № 35-ФЗ «Об электроэнергетике» - п.3. ст.28.
5. ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» п. 4 ч. 2 ст. 46;

6. Приказ Министерства транспорта РФ от 28 марта 2007 г. № 36 «Об утверждении перечня профессий работников, производственная деятельность которых непосредственно связана с движением поездов и маневровой работой на железнодорожном транспорте общего пользования, подлежащих обязательным предрейсовым или предсменным медицинским осмотрам».

7. Приказ Министерства транспорта РФ от 16 июля 2010 г. № 154 «Об утверждении порядка проведения обязательных предрейсовых или предсменных медицинских осмотров на железнодорожном транспорте общего пользования».

8. «Правила технической эксплуатации железных дорог РФ» - п. 15.

9. «Об утверждении федеральных норм и правил в области промышленной безопасности «Правила безопасности в угольных шахтах» – п. 36.

10. «Правила безопасности при разработке угольных месторождений открытым способом» (пб 05-619-03) - п. 45.

11. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 21.08.2003 № 2510/9468-03-32 «О предрейсовых медицинских осмотрах водителей транспортных средств».

12. Приказ Минэнерго России от 31.08.2011 № 390 «Порядок проведения медицинских осмотров (обследований) работников, непосредственно занятых на работах, связанных с обслуживанием объектов электроэнергетики».

13. Письмо от 28.10.2013 № 02-2-9/7346 «О порядке разового допуска на опасные производственные объекты лиц, не состоящих в штате предприятия».

14. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 835н «Об утверждении порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».

ИНФУЗИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНТРА- И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЯИЧНИКОВ

С.В. Туманян, Н.Д. Ушакова, И.А. Горошинская, Г.А. Неродо, А.П. Меньшинина, Э.Т. Мкртчян, Д.В. Ярцева

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»

Резюме

Подвергнуты анализу результаты лечения 70 больных раком яичников III–IV стадий, в возрасте от 30 до 70 лет. Интегральная оценка прогноза и тяжести состояния оценивались по шкалам SAPS II и SOFA. Инфузионное обеспечение хирургических вмешательств предусматривало коррекцию гиповолемии равными частями растворов гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) и сбалансированными кристаллоидными растворами, с увеличением объема инфузий на 15% от ОЦК с учетом метода анестезии на операционном столе до начала хирургического этапа лечения. Операционную кровопотерю возмещали на 150%. В периоперационном периоде инфузионные программы дополнялись различными вариантами метаболической коррекции. С этой целью в составе инфузионной программы половине больных (n=35) назначался Ремаксол® в дозе 800 мл-сутки, другой половине (n=35) – адеметионин (гептрал) в дозе 800 мг-сутки. Проведена оценка кислородотранспортной системы, гемостаза, эндогенной интоксикации. Анализ полученных результатов позволил установить, что у больных раком яичников III-IV стадий исходный преморбидный фон характеризуется гиповолемией, явлениями гепатопатии, эндотоксикоза, смешанными формами гипоксии различной степени выраженности. Дифференцированный патогенетически обоснованный подход к выбору инфузионного обеспечения у данной категории больных, способствовал устранению гиповолемии, эффективности доставки и потребления кислорода. Включение Ремаксолола в состав инфузионных периоперационных программ больных раком яичников содействовал их клинической эффективности, проявляющейся редукцией цитолитического и холестатического синдромов, восстановлению белково-синтетической функции печени, снижению проявлений смешанных форм гипоксии, эндогенной интоксикации.

Ключевые слова

Рак яичников, гипоксия, эндогенная интоксикация, цитолитический, холестатический синдромы, инфузионная программа, Ремаксол, адеметионин.

Введение

Совершенствование хирургической техники и анестезиологического обеспечения расширяет показания к оперативному лечению и обеспечивает снижение риска онкологических операций. В то же время функциональные резервы большинства больных раком яичников в той или иной степени снижены из-за возраста, сопутствующей патологии, осложнений основного заболевания, химиотерапии.

Широко известно, что раковая болезнь инициирует в организме больных патофизиологические сдвиги, приводящие к эндогенной интоксикации (ЭИ), водно-электролитному дисбалансу, метаболическим нарушениям, полиорганной дисфункции, вторичной иммунной недостаточности. Такой контингент больных создает трудности в выборе основополагающих мероприятий, направленных на обеспечение их безопасности в интра- и периоперационном периоде.

Успех хирургического вмешательства напрямую зависит от инфузионного обеспечения многоцелевого характера, уменьшающего повреждающее действие хирургического стресса в периоперационном периоде. Поэтому оптимизация инфузионных программ у данной категории больных сохраняет свою актуальность до настоящего времени.

Цель

Разработка дифференцированного патогенетически обоснованного инфузионного обеспечения у больных, оперированных по поводу рака яичников III-IV стадий.

Методы и материалы исследования

Проанализированы результаты лечения 70 больных раком яичников III-IV стадий, в возрасте от 30 до 70 лет. Для оценки исходного фона обследована группа здоровых женщин (n=17). После различных вариантов химиотерапии проведен хирургический этап лечения в объеме стандартной циторедукции (пангистерэктомии, резекции большого сальника).

Все больные оперированы в условиях общей анестезии. Объем операционной кровопотери составил $9,8 \pm 1,4$ мл-кг. Интегральная оценка прогноза и тяжести состояния оценивались по шкалам SAPS II и SOFA.

Оценка по шкале SAPS II в диапазоне от 5 до 15, и SOFA – от 3 до 7 баллов позволила выделить и сформировать две основные группы.

Первая группа (n=39) – больные с 5-9 по SAPS II и SOFA 3-5 баллами, клиническими признаками эндотоксикоза и исходной гиповолемией (дефицит ОЦК – 12,8%), что в основном соответствовало III стадии процесса. Выбор инфузионного обеспечения у больных с раком яичников зависел от исходного преморбидного фона.

Инфузионная программа предусматривала предварительную коррекцию гиповолемии до начала хирургического лечения на операционном столе равными частями растворами гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) и сбалансированными кристаллоидными растворами, с увеличением объема инфузий на 15% от ОЦК с учетом метода анестезии. Операционную кровопотерю возмещали на 150%. Использо-

зовали те же растворы в соотношении 1:1. Всего для возмещения кровопотери потребовалось 32,6±1,2 мл-кг инфузий.

Во второй группе больных с раком яичников (n=31) тяжесть состояния соответствовала по SAPS II 10-15 и SOFA 5-7 баллам, была обусловлена выраженными проявлениями эндотоксикоза, гиповолемией (дефицит ОЦК – 16,3%), гипопроteinемией, анемией, в основном соответствуя IV стадии процесса.

У больных этой группы в качестве базисной терапии использовалось инфузионное обеспечение первой группы, дополняемое при большем объеме кровопотере свежемороженой плазмой (СЗП), ГЭК, и сбалансированными кристаллоидными растворами в соотношении 1:1:1. Всего для возмещения кровопотери потребовалось 43,6±1,4 мл-кг инфузий.

В ближайшем послеоперационном периоде в обеих группах баллы по шкале SAPS II не превышали 8-9, а баллы по SOFA составили не более 3-4. Поэтому в первые трое суток общий объем инфузионной программы для всех больных не превышал 17,34±1,4 мл-кг.

В качестве базисной терапии использовалось инфузионное обеспечение кристаллоидными растворами, дополненное различными программами метаболической коррекции. С этой целью в составе инфузионной программы половине больных (n=35) был включен Ремаксол® в дозе 800 мл-сутки, другой половине (n=35) – адеметионин (гептрал) в дозе 800 мг-сутки. Из исследования были исключены больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Больные были обследованы. Оценивали уровень общего билирубина и его фракций, концентрацию общего белка и альбумина, С-реактивного белка, аспаратаминотрансферазы (АсАт), аланинаминотрансферазы (АлАт), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ) на анализаторе Cobas с 111 Roche (Швейцария). Оценка свертывающей системы проводилась при помощи гемоагулометра TROMB-1. Газовый и электролитный состав крови, КЩС, уровень лактата, кривая диссоциации кислорода (КДО) по уровню P50 – на анализаторе Cobas b 221 Roche. Показатели кислородной емкости артериальной (CaO2) и смешанной венозной (CvO2) крови, доставки (DO2) и потребления (VO2), экстракции (EO2) и утилизации кислорода (KVO2) определялись расчетным методом на основании общепринятых формул.

Для исследования параметров центральной гемодинамики и волевических показателей использовался метод тетраполярной интегральной реографии на мониторинном комплексе Диамант Р. Оценивали уровень С-реактивного белка. Исследовали биохимические показатели интоксикации – молекулы средней массы (МСМ), общую и эффективную концентрацию, связывающую способность альбумина (ОКА, ЭКА, РСА). ОКА определяли унифицированным колориметрическим методом с использованием набора реагентов «Ольвекс Диагностикум». ЭКА – модифицированным методом с использованием конго красного.

Резерв связывающей способности альбумина (РСА) оценивали как отношение ЭКА/ОКА • 100%, что соответствовало отношению величин свободных связей пула молекул альбумина к общему количеству его связей.

Коэффициент интоксикации, отражающий баланс между накоплением и связыванием токсических лигандов, рассчитывали по формуле КИ = (МСМ254/ЭКА) • 1000 [6]. Индекс токсичности по формуле ИТ – 1. МСМ в плазме крови исследовали по модифицированному методу, что позволяло судить о гидрофильном компоненте токсичности. Исследование проведено до операции, на 2-е и 5-е сутки периоперационного периода.

Дополнительно проведено исследование волевических показателей через час после окончания хирургического вмешательства. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0. Для оценки межгрупповых различий использовали критерий Стьюдента, результаты считались статистически значимыми при P<0,05.

Результаты исследований

При поступлении у всех исследуемых больных с раком яичников III-IV стадий регистрировалось достоверное повышение ферментов, указывающих на внутрипеченочный цитоллиз и холестатический синдром. Значения АсАТ увеличивались на 142,3% (P<0,05), АлАТ – на 70% (P<0,05) и ЛДГ – на 48,3% (P<0,05). Отмечено повышение уровня ЩФ на 86,5% (P<0,05), ГГТП – на 198% (P<0,05) (таблица 1). На этом фоне нарушался пигментный обмен, выражающейся в увеличении общего билирубина на 35,5% (P<0,05), и его прямой фракции на 132,6%

Таблица 1. Некоторые показатели ферментативной активности у больных раком яичников после различных инфузионных программ в периоперационном периоде

Этапы исследования Показатели	До операции		Периоперационный период			
			2-е сутки		5-е сутки	
	Здоровые	Больные	Гептрал	Ремаксол	Гептрал	Ремаксол
АлАт, Ед/л	26±3,6	63±4,2*	55±3,6**	43±2,7**	45,1±2,9**	30,1±2,7**
АсАт, Ед/л	30±2,2	51±3,7*	47,6±3,5**	41,7±3,3**	45,3±3,1**	27±2,5**
ЩФ, Ед/л	52±1,5	97±2,7*	88±2,5**	73±2,2**	79±2,1**	55±1,7**
ГГТП, Ед/л	20±0,7	59,6±5,1*	53,2±4,7**	45,1±4,8**	39,4±5,4**	24,1±3,9**
ЛДГ, Ед/л	180±5,1	267±6,9*	233±6,5**	213,1±7,1**	188,5±5,5**	173,5±5,4**

* Достоверно по отношению к здоровым.

** Достоверно по отношению к исходным значениям.

($P < 0,05$), а также понижение уровня непрямого билирубина на 24% ($P < 0,05$).

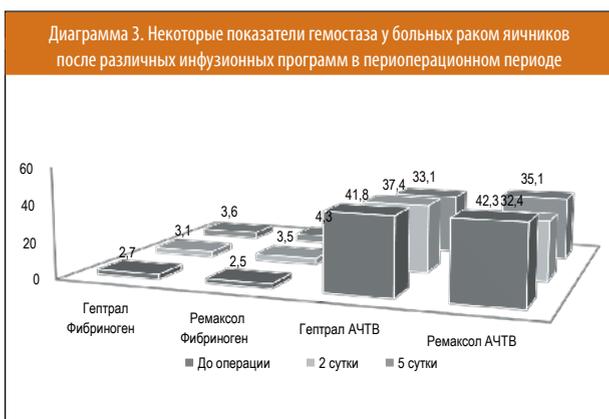
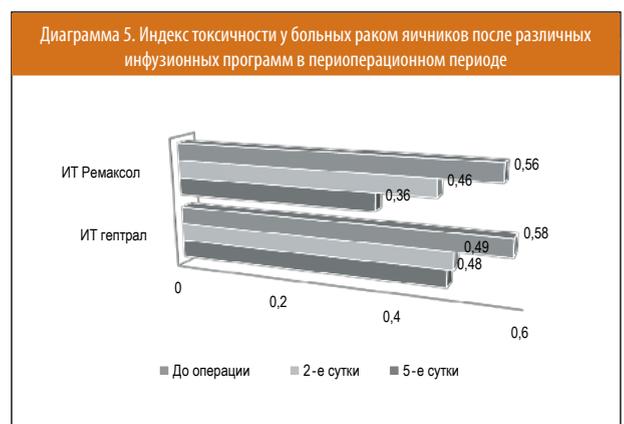
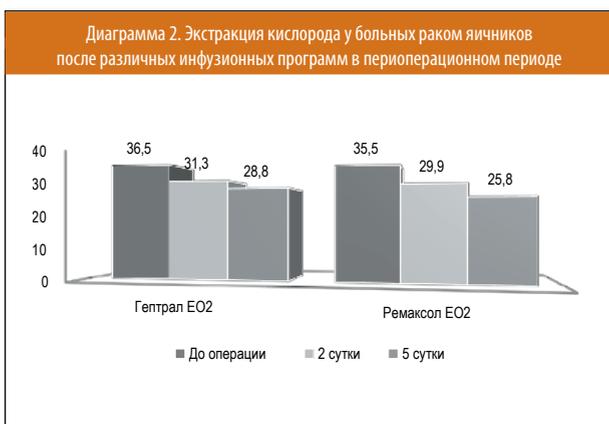
Концентрация общего белка снижалась на 10,2% ($P < 0,05$), подтверждая известный факт, что у больных раком яичников формируются значительные нарушения белково-синтетической функции печени. Это также содействовало снижению ОЦК, в основном за счет уменьшения глобулярного объема и концентрации циркулирующего белка. Указанные изменения происходили на фоне выявленной умеренной эндогенной интоксикации и выраженной системной воспалительной реакции, подтверждающейся увеличением уровня ЛИИ на 50% ($P < 0,05$).

Регистрировалось повышение КИ на 85,3% ($P < 0,05$) и ИТ на 107,2% ($P < 0,05$) и концентрации С-реактивного белка на 200% ($P < 0,05$). Выявленная на этом фоне интенсификация системной воспалительной реакции у больных раком яичников, скорее всего, также способствовала и в дальнейшем обуславливала дефицит ОЦК.

Метаболические нарушения характеризовались снижением DO_2 37,8% и VO_2 на 20,9% ($P < 0,05$) (диаграмма 1), повышенной EO_2 на 27,2% ($P < 0,05$), смещением КДО влево, ухудшая отдачу кислорода оксигемоглобином (диаграммы 1, 2). На эти изменения реагировал и гемостаз.

Было отмечено снижение фибриногена на 20,6% ($P < 0,05$) и ПТИ на 7,7% ($P < 0,05$), увеличение АЧТВ на 24% ($P < 0,05$) (диаграмма 3).

На фоне указанных изменений у больных раком яичников регистрировались низкие значения концентрации гемоглобина (Hb), снижающегося на 24% ($P < 0,05$), циркулирующего Hb и повышенная концентрация лактата в венозной крови ($P < 0,05$). На этом фоне регистрировалось уменьшение соотношения глюкоза/лактат на 50,4% ($P < 0,05$), указывая на модифицирование углеводного обмена в аэробной и анаэробной его фазе, трансформирование характера окислительных процессов.



Обсуждение

Подводя предварительные итоги, можно отметить, что у исследуемых больных регистрируется печеночная дисфункция, обусловленная преимущественно цитолитическим и холестатическим синдромами, нарушением белково-синтетической функции печени. Обозначаются различной степени выраженности смешанные формы гипоксии с преобладанием гемического и/или циркуляторного генеза в 58,6 и 78,6% ($P < 0,05$) случаев соответственно. Также необходимо заметить, что предпочтение в выявленных смешанных формах гипоксии у больных раком яичников следует отдать тканевой форме гипоксии, имевшей место в 100% случаев.

Указанные нарушения сопровождалось метаболическим алкалозом, подтверждая косвенно присутствие у больных раком

яичников тканевой гипоксии, т.к. при алкалозе не отмечается внутриэритроцитарной компенсации метаболизма, направленной на увеличение отдачи кислорода тканям.

Указанные изменения заставляют пересмотреть взгляд на тактику инфузионной терапии. Используемые различного рода версии инфузионных программ ориентированы, в основном, на возмещение объема кровопотери и основаны на усредненных статистических величинах, что неоднозначно сказывается на конечном результате в каждом конкретном случае. В связи с этим особое значение приобретает решение вопроса об инфузионном обеспечении, направленном на коррекцию исходной гиповолемии, различных видов гипоксии, коррекцию ЭИ, гепатопатию, которые у больных раком яичников представляют особую опасность.

Как показали результаты наших исследований, инфузионную программу следует начинать непосредственно перед началом оперативного вмешательства и обеспечить позитивный волемический и циркуляторный эффект до начала анестезии. Этот период следует считать наиболее физиологически рациональным для такой коррекции, т.к. в дальнейшем объем сосудистого русла увеличивается по причине фармакологических средств, используемых для наркоза.

Такая инфузионная тактика анестезиологического обеспечения с учетом коррекции кровопотери способствовала стабилизации гемодинамики и адекватной перфузии тканей через час после хирургического лечения. Это подтверждалось увеличением ОЦК на 13,7 и 17,2% ($P < 0,05$) в обеих исследуемых группах, в основном за счет ПО на 14,5 и 18,7% ($P < 0,05$).

Включение метаболических средств с антиоксидантной и гепатопротективной активностью в состав инфузионных программ периоперационного периода также следует рассматривать как один из перспективных путей, уменьшающих негативные последствия преморбидного фона у больных с раком яичников III-IV стадий и повреждающее действие хирургического стресса.

Одними из таких препаратов являются Ремаксол и гептрал. Их использование в составе инфузионных программ периоперационного периода способствовало улучшению клинической картины оперированных больных, отсутствию тошноты и рвоты, уменьшению проявлений ЭИ, улучшению исследуемых параметров. Нами не отмечено ни одного случая осложнений при инфузии Ремаксолом и гептралом.

Однако следует отметить различие при использовании этих препаратов, т.к. явления цитолиза и холестаза, наблюдающиеся у больных перед операцией, достаточно активно снижались после инфузий Ремаксолом. Это немаловажно, так как уменьшение проявлений цитолитического синдрома влияло на продолжительность явлений ЭИ и функциональную активность печени.

При исследовании показателей общего белка у больных, получавших Ремаксол со 2-х суток, отмечено увеличение его концентрации на 4,9%. На 5-е сутки в этой же группе больных прослеживалось повышение концентрации общего белка до 9,8% от исходных ($P < 0,05$), свидетельствуя об активном влиянии препарата на белоксинтезирующую функцию печени.

При использовании гептрала увеличение концентрации общего белка проходило значительно медленнее. Его уровень уменьшался ко 2-м суткам на 7,9% ($P < 0,05$), а к 5-м суткам его концентрация отставала от исходных значений на 1,6%. По-видимому, можно полагать, что результаты исследования и связаны, и реализуются через многокомпонентный состав средств, входящих в состав Ремаксолом

сукцината, метионина, никотиамида и рибоксина, – стабилизирующих метаболические процессы в мембранах гепатоцитов, улучшающих белково-синтетическую функцию печени, обеспечивая гепатопротекторный эффект.

Это получило подтверждение и при исследовании гемостаза больных раком яичников. В обеих группах больных в ходе лечения Ремаксолом и гептралом на этапах периоперационного исследования отмечалась стабилизация гемостезиограммы, выражающаяся в достоверном повышении концентрации фибриногена, значений АЧТВ. На 2-е сутки отмечено и снижение уровня лактата в обеих группах.

Однако следует отметить, что на 2-е сутки в группе с использованием гептрала значения лактата продолжали сохраняться выше нормальных величин и понижались на 12,5%, тогда как при использовании Ремаксолом они снижались на 32% ($P < 0,05$) и приходили к практической норме, вероятно, способствуя переводу глюкозы в другие соединения – гликоген, аминокислоты, липиды.

Регресс лактатемии на фоне снижения концентрации глюкозы подтверждает доминирование субстратного окисления в цикле Кребса. Это отразилось на динамике индекса глюкоза/лактат, который повышался при использовании Ремаксолом на 21,9% ($P < 0,05$) на 2-е и на 30,5% ($P < 0,05$) на 5-е сутки периоперационного периода соответственно, свидетельствуя о нормализации процессов утилизации глюкозы тканями и нивелировании процессов тканевой гипоксии.

При использовании гептрала индекс глюкоза/лактат повышался на 32,6, и 29,4% ($P < 0,05$) на указанных этапах исследования. Следовательно, важной особенностью метаболического действия ремаксолом является активное влияние на углеводный обмен. Выявленные изменения подтверждались исследованиями транспорта кислорода.

Как видно из представленных результатов, значения газового состава выглядят предпочтительнее при включении в состав инфузионной программы Ремаксолом, чем гептрала, и свидетельствуют об адекватном уровне тканевой перфузии, нивелировании явлений смешанных форм гипоксии.

В группе больных, где использовали Ремаксол, повышение DO_2 и VO_2 носило достоверный характер. В динамике повышалось содержание кислорода в артериальной крови, улучшалась артериовенозная разница, указывая на нормализацию функций дыхательной цепи в клетках. Тогда как в группе больных с использованием гептрала достоверного увеличения этих показателей не отмечалось.

На этом фоне происходило уменьшение явлений системной воспалительной реакции и ЭИ. При анализе результатов исследования выявлено, что на 2-е сутки периоперационного периода в основной группе больных с использованием Ремаксолом средние значения ЛИИ достигали нормальных значений со снижением от исходных до 31,6% ($P < 0,05$). Возрастала ОКА и ЭКА, на фоне которых снижались КИ на 25,9% и ИТ на 17,8% соответственно ($P < 0,05$). Указанная динамика сохранялась на последующем этапе исследования.

На этих же этапах выявлено, что на 2-е и 5-е сутки периоперационного периода в группе больных где использовали Ремаксол, отмечено снижение С-реактивного белка на 42,9 и 57% ($P < 0,05$). Следовательно, у этой группы больных отмечалась компенсация ЭИ физиологическими системами детоксикации.

В группе больных с использованием гептрала на 2-е сутки периоперационного периода отмечено лишь понижение ЛИИ на 11,1%, С-реактивного белка на 23,8% ($P < 0,05$) и МСМ280 на 42,2% ($P < 0,05$). Остальные показатели не имели достоверных различий с исходным преморбидным фоном. Понижение исследуемых величин в указанной группе больных происходило на последнем этапе исследования (диаграммы 4, 5).

Таким образом, восстановление транспортной функции альбумина непосредственно соотносилось с уменьшением тяжести состояния больных и нивелированием выраженности клинических проявлений. Обращало на себя внимание, что при использовании Ремаксолола отмечены достоверно более высокие значения ЭКА и ОКА, чем при использовании гептрала. Причиной этому может служить не только более низкая загруженность транспортных систем, у больных получавших Ремаксолол, но и в нивелировании нарушений транспортной функции альбумина и ее стабилизации.

Следовательно, можно говорить, что увеличение количества свободных центров в общем пуле молекул альбумина не может быть объяснено исключительно увеличением содержания белка в плазме крови, а является также отражением уменьшения выраженности ЭИ. С другой стороны, отчетливое повышение ОКА и ЭКА свидетельствует о результативной фармакологической метаболической коррекции ЭИ у больных раком яичников в периоперационном периоде.

Таким образом, представленные выше данные свидетельствуют, что исходно у больных женщин течение рака яичников сопровождается развитием ЭИ, характеризующиеся ростом ЛИИ, нарушением баланса накопления и связывания избыточно продуцируемых токсических лигандов, интенсификацией продукции белков острой фазы воспаления. Следовательно, данные исследования указывают на «загруженность» активных центров альбумина (реакционноспособных участков), избыточность аутолиза и увеличение продукции тканевого распада с накоплением токсинов.

Указанные изменения происходят на фоне неадекватной компенсации ЭИ физиологическими системами детоксикации и нестабильностью гомеостаза. Использование гептрала и Ремаксолола неравнозначно способствовало уменьшению активности воспалительной реакции и эффективности коррекции ЭИ у больных раком яичников в периоперационном периоде.

Так, установлено, что при включении Ремаксолола в состав инфузионной программы у больных раком яичников происходит более выраженное и быстрое снижение метаболических нарушений, чем при использовании гептрала. Это проявлялось в снижении, как уровня воспалительных изменений, так и эндотоксикоза.

По всей вероятности, это обусловлено мощной системой энергопродукции, которая образуется в результате преобразования сукцината в организме больных, а также других метаболических средств, входящих в состав Ремаксолола, необходимых для обеспечения жизнедеятельности в целом. В условиях возрастания нагрузки на органы детоксикации, и, в частности печень, и поддержании ее работы, энергообеспечение поддерживается преимущественно за счет окисления янтарной кислоты. Мощность энергопродукции при этом в сотни раз превосходит все другие системы энергообразования организма, обеспечивая широкий диапазон неспецифического лечебного воздействия Ремаксолола.

Следовательно, инфузионная терапия, включающая в себя Ремаксолол, позволила качественно и достоверно улучшить состояние больных в периоперационном периоде. Динамика показателей,

характеризующих лабораторные критерии ЭИ, свидетельствовала о послеоперационной компенсации метаболических нарушений, повышении клинической эффективности лечения и предотвращении прогрессирования ЭИ.

Таким образом, установлено, что у больных раком яичников предложенный вариант инфузионного обеспечения способствует приросту ОЦК и нормализации волемии уже в ближайшие послеоперационные часы. Это благоприятствует эффективности кислородного транспорта и тканевой оксигенации. Введение Ремаксолола в состав периоперационной инфузионной программы у больных раком яичников способствует более выраженному и быстрому снижению метаболических нарушений, нивелированию смешанных форм гипоксии, чем при использовании гептрала.

Выводы

Преморбидный фон больных раком яичников III-IV стадий характеризуется гиповодемией, гипоксией смешанного генеза, явлениями ЭИ и гепатопатией различной степени выраженности.

Дифференцированный подход к выбору патогенетически обоснованному инфузионному обеспечению больных, оперированных по поводу рака яичников III-IV стадий в интра- и периоперационном периоде, способствует устранению гиповолемии, эффективной доставке и потреблению кислорода, адекватности тканевой оксигенации.

Включение Ремаксолола в состав инфузионных периоперационных программ больных раком яичников III-IV стадий способствует повышению их клинической эффективности, редукции эндогенной интоксикации, цитолитического и холестатического синдромов, восстановлению белково-синтетической функции печени.

Литература

- Неродо Г.А., Ушакова Н.Д., Мкртчян Э.Т., Меньшенина А.П. Возможность снижения опухолевой интоксикации у больных раком яичников III-IV стадий // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 4.
- Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М., Лагутин М.Б. Алгоритм предоперационной сердечно-сосудистой терапии у пожилых онкологических пациентов высокого риска // *Анестезиология и реаниматология*. – 2011 – № 3 - С. 21-25.
- Хороненко В.Э., Осипова Н.А. Анестезиологические проблемы ведения гериатрических пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией в онкохирургии // *Российский онкологический журнал*. – 2008 – № 4 – С. 46-50.
- Заболотских И. Б., Зыбин К. Д., Курзанов А. Н., Мусаева Т. С. Сверхмедленные биопотенциалы как способ экспресс-диагностики типа энергодефицита у реанимационных больных // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2009. – № 1. – С. 37-42.
- Мельник И.А., Барановский П.В., Нестеренко Л.И. Новый способ оценки транспортной функции сывороточного альбумина // *Лаб. дело*. 1985. № 4. С. 202-204.
- Матвеев С.Б., Спиридонова Т.Г., Клычникова Е.В., Николаева Н.Ю., Смирнова С.В., Голиков П.П. Критерии оценки эндогенной интоксикации при ожоговой травме // *Клин. лаб. диагностика*. – 2003. – № 10. С. 52-53.
- Габриэлян Н.И., Липатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей // *Лаб. дело*. – 1984. – № 3. – С. 138-140.

Ex animo
От души

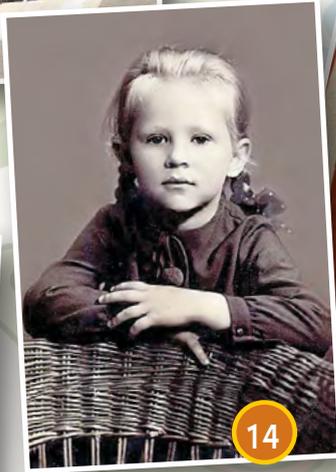
УГАДАЙКА

КОГДА НАШИ ВРАЧИ БЫЛИ МАЛЕНЬКИМИ



Июнь – прекрасный месяц. Во-первых, мы отмечаем День защиты детей, а во-вторых, закончились занятия в школе, начались долгожданные каникулы. Радуются, как дети, и наши сотрудники – пришла пора отпусков. и решили сделать малышovou «угадайку» – попробуйте узнать на фото наших докторов, ведь все серьезные люди когда-то были маленькими, беззаботными и очень счастливыми. Правильные ответы на последней странице журнала, но не торопитесь, проверьте свою внимательность – многие из детишек вполне узнаваемы.







22



23



24



25



26



27



ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

1. Андрейка Пустовойтов, заведующий отделением кардиохирургии.
2. Дима Евдокимов, заведующий II хирургией.
3. Леночка Дударовская, заведующая отделением гинекологии.
4. Оля Журавлева, экономист.
5. Томочка Суханова, заведующая канцелярией.
6. Ваня Кан, к.м.н., челюстно-лицевой хирург.
7. Оля Боровик, заведующая эндокринологическим отделением.
8. Сабина Агаева, врач-кардиолог.
9. Леночка Лихошерст, заведующая отделением сосудистой хирургии.
10. Мариша Песегова, заведующая гастроэнтерологическим отделением.
11. Леночка Ланчинская, врач-невролог.
12. Алеша Лубнин, заведующий травматологическим центром.
13. Коля Довбыш, заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии №5.
14. Аленка Тихонова, заведующая оргметодотделом.
15. Ирочка Кочеткова, пресс-секретарь.
16. Наташа Головина, начмед.
17. Леночка Собко, заведующая отделением аллергологии.
18. Саня Рымарчук, зам. главного врача по кадрам.
19. Оленька Захаринская, заведующая отделением профпатологии.
20. Дима Ложкин, хирург.
21. Федя Кожуховский, заведующий кабинетом статистики.
22. Ниночка Федченко, врач-статистик.
23. Вадик Кеосьян, заведующий отделением микрохирургии.
24. Света Нефедова, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом.
25. Валя Симакова, заведующая поликлиникой.
26. Кирюша Линеv, заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии №2.
27. Наташа Арутюнова, заместитель главного врача по финансово-экономической деятельности.

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»

Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края

Министерство
здравоохранения
Тывы

Министерство
здравоохранения
Хакасии



профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru