март 2022 год № 8 (83)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ



Издание Красноярской краевой клинической больницы

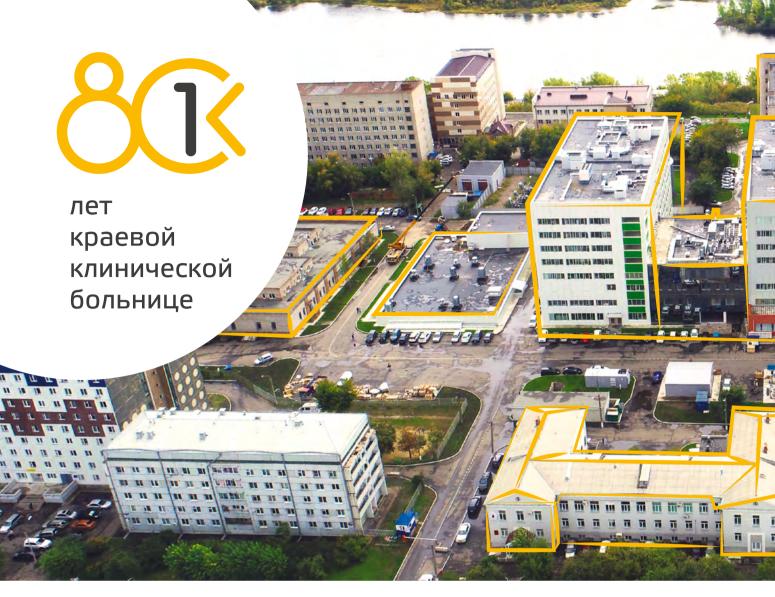


Эмоциональное выгорание — как сохранить интерес к работе

Клинический случай Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Портреты

Никита Литвинюк Антон Ботов Маргарита Чухрова Константин Егоров



Красноярская краевая клиническая больница



основана в 1942 году

Занимает ведущее положение в здравоохранении Красноярского края как многопрофильное учреждение по оказанию специализированной и высокотехнологичной помощи

На декабрь 2021 года в больнице всего

1631

койка, из них:

154

реанимационные

609

для пациентов базового инфекционного госпиталя

В структуре больницы

60

стационарных отделений, объединенных в

13

специализированных центров



Ежегодно лечатся в стационаре до 40 000 пациентов, из них более 5 000 получают высокотехнологичную медицинскую помощь

87 000

пациентов получают консультационнодиагностическую помощь в поликлинике краевой больницы 9 филиалов санитарной авиации ежегодно оказывает помощь 4 500 пациентам, из них 3 500 эвакуируются воздушным транспортом



Красноярская краевая клиническая больница сертифицирована на соответствие системы менеджмента качества требованиям практических рекомендаций Росздравнадзора и требованиям международного стандарта ISO 9001



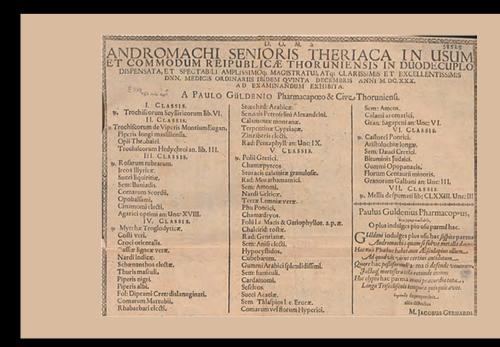
Воссоздан рецепт древнего универсального лекарства из 61 ингредиента

По преданию, его изобрел царь Митридат VI Евпатор, который боялся быть отравленным

ольские ученые воссоздали рецепт териака— препарата, который в древности считался универсальным лекарством, в том числе и противоядием. Для его приготовления соединяли 61 ингредиент, среди которых были опиум, корица, мясо гадюки и ядовитый морской лук. Принцип лечения подобного подобным предлагал Гиппократ (460 до н.э. – 370 до н.э.) Секреты изготовления были почерпнуты из документа XVII века.

Считается, что териак появился при царе Митридате VI (царь Понтийского государства) в I-II веках до нашей эры. Монарх якобы так страшился быть отравленным, что экспериментировал с ядами в поисках универсального антидота. Опыты, по легенде, он ставил на своих пленниках. В I веке нашей эры рецепт был усовершенствован врачом императора Нерона Андромахом. Иногда первый вариант «препарата» называют в честь его создателя — митридат, а второй получил название териак.

Сразу после изобретения «лекарство» использовали буквально от всех болезней, в том числе от бубонной чумы. Для изготовления нужны были дорогостоящие и часто редкие ингредиенты, и готовый препарат могли позволить себе только богатые пациенты. Четыре грамма териака стоили столько же, сколько тушка домашней птицы. Несмотря на широкую известность две тысячи лет назад, териак никогда прежде не подвергался фармакологическому анализу. Совсем недавно исследователи воссоздали состав по рецепту, опубликованному в 1630 году польским аптекарем Паулем Гульдениусом. Оказалось, что, несмотря на наличие в составе ядовитых веществ, териак не мог причинить значимый вред здоровью, если пациент следовал дозировке, назначенной лекарем. Однако в целом приписываемый териаку терапевтический эффект, скорее всего, был ничем иным, как эффектом плацебо.



Сжечь демона

Во многих странах наряду с самыми распространенными религиями, пришедшими позже, сохраняются и традиционные анимистические культы, где правителями зла и добра, природных явлений и событий выступают духи или демоны.



ентральноамериканское государство Никарагуа – не исключение. Здесь принято в новогоднюю ночь сжигать все плохое в виде специально изготовленных кукол – олицетворений того или иного негативного явления. В городке Манагуа решили сжечь коронавирус, для того чтобы он навсегда покинул людей, оставшись в прошлом.





Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3 тел. 8-904-895-30-62 medgorod.rukkb-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, Евгения Михайловна Арбатская – шеф-редактор, тел. 8-905-976-19-12, e-arbat@mail.ru

Редакционная коллегия

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из музея Истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

Допечатная подготовка, печать

ООО «Знак» 660028, г. Красноярск, ул. Телевизорная, 1, стр. 21

Тираж 999 экз. Март 2022 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Содержание

5,7	Новости
6	Слово редактора
8	Портрет Никита Литвинюк
10	Портрет Антон Ботов
12	Портрет Маргарита Чухрова
14	Портрет Константин Егоров
16	Оргздрав Опыт Красцветмета. Рационализаторская деятельность
18	Оргздрав Охрана труда
24	Оргздрав Эмоциональное выгорание
28	Оргздрав Расписание психологических тренингов
30	Сестринская страничка Опыт применения флюидизирующей кровати
32	Партнерская страничка Итоги работы КГБУЗ «КГДБ №8» за 2021 год с детьми, перенесшими COVID-19
34	Партнерская страничка КГБУЗ «КМКБ №4». Система наставничества в медицинской организации
37	Партнерская страничка К юбилею заведующей гастроэнтерологическим отделением АМРБ Зинаиды Рябковой
40	Опыт пациента Врач ККБ Николай Довбыш рассказал о своем пребывании в реанимационном отделении инфекционного госпиталя
42	Casus extraordinarus Интересные показательные снимки из практики отделения лучевой диагностики
44	Casus extraordinarus Правило «золотого часа» при неотложных состояниях
46	Casus extraordinarus Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – недооцененная проблема
52	Знаменательные даты 60 лет отделению гастроэнтерологии
54	Знаменательные даты 55 лет легочно-аллергологическому центру



1

Ровно 2 года назад мы начали **борьбу с пандемией**

Никто не представлял масштабов предстоящих действий, изменений в работе больницы и здравоохранения в целом. В предельно короткие сроки необходимо было кардинально перестроить всю организацию плановой медицинской помощи, экстренно развернуть инфекционные отделения, решить вопросы эпидемиологической безопасности и обеспечения медикаментами, расходными материалами и средствами индивидуальной защиты.

За два года ККБ пролечила от новой коронавирусной инфекции почти 20 000 пациентов. В трех

стационарных и одном мобильном госпитале работали более 8000 сотрудников: 2000 врачей, 3700 человек среднего медицинского персонала и 2400 – младшего. В течение пандемии 324 сотрудника были отмечены различными наградами, в том числе шестерым вручены ордена им. Пирогова, двоим – нагрудные знаки «Отличник здравоохранения», трое получили почетные грамоты президента РФ, четверо – благодарности главы государства, одна медсестра награждена медалью Луки. С марта 2020 года в инфекционных госпиталях принято 35 родов, проведено 385 операций и более 4000 сеансов гемодиализа ковидным больным.

Претерпела изменения и техническая составляющая лечебного процесса. Так, потребление жидкого кислорода до пандемии в 2019 году составляло порядка 30 тонн в месяц на два корпуса (хирургический и терапевтический). В пик третьей волны, который пришелся на июль 2021-го, когда работали госпитали на базе легочно-аллергологического корпуса и глазного центра, общий расход за месяц по этим корпусам составил порядка 300 тонн жидкого кислорода, порядка 50 тонн на хирургический с терапевтическим корпусами. Сегодня средний расход в сутки составляет порядка 2 тонн. Емкость, установленная в легочном корпусе, рассчитана на 23-24 тонны жидкого кислорода, этого объема в текущих реалиях хватает на 6-7 дней.

2

Телефон контакт-центра теперь работает круглосуточно

Контакт-центр Красноярской краевой клинической больницы начал работу в круглосуточном режиме. Такое решение принято руководством больницы с целью повышения доступности информации для пациентов и их родственников. Телефон контакт-центра +7 (391) 202-68-50 теперь доступен в режиме 24/7. Для перевода работы справочной службы в круглосуточный режим были приняты и обучены дополнительные сотрудники. Первые сутки телефон отработал в тестовом режиме, звонки на этот номер поступали до 22 часов, а самый поздний звонок был зафиксирован после 2-х часов ночи.

Анализ запросов показывает, что большая часть вопросов обратившихся связана с доступом к телефонам отделений. Чаще всего родственники интересовались о состоянии пациентов, о переводах между отделениями стационара. Сотрудники контакт-центра в таких случаях перенаправляют обратившихся на телефоны профильных отделений. Кроме того, поступали звонки о пациентах-детях, по-видимому, звонившие путают ККБ с детской краевой больницей. Их также перенаправляют на соответствующие телефоны.

Кроме того, у обратившихся по телефону контакт-центра возникают вопросы, связанные с



доступом в личный кабинет пациента, – в этом случае на помощь приходят консультанты Отдела автоматизированных систем управления, которые также доступны по телефону в круглосуточном режиме. Напоминаем, что телефоны отделений, в том числе пульмонологических, где лечатся пациенты с коронавирусной инфекцией, можно узнать на отдельной странице нашего официального сайта. Получить сведения о состоянии пациентов, находящихся на лечении в отделениях анестезиологии-реанимации чистой зоны, можно также по телефонам в специально отведенные временные интервалы – с 11:00 до 12:00 и с 18:00 до 19:00. Телефоны доступны на странице сайта «Посещение реанимации».



Слово редакторов



Егор Корчагин, главный врач ККБ

В любые времена благодаря переменам мы учимся чему-то новому и растем, главное уметь принимать новый опыт. А проявления стабильности дают возможность опереться на усвоенное и переданное из поколения в поколение. Медики всегда были теми людьми, на чью помощь рассчитывают и надеются. В этом номере, как всегда, в рубрике «Портрет» мы рассказываем о членах нашей команды, о тех, кто двигает нас вперед, кто неизменно демонстрирует профессионализм, человечность и ответственность.

Мы изучаем опыт других организаций, и сегодня вы можете прочесть об опыте внедрения рационализаторских инициатив, как это делает компания Красцветмет. Одна из базовых

ценностей Краевой клинической больницы – создание безопасной рабочей среды для сотрудников, об этом еще один материал выпуска. Как и статья об эмоциональном выгорании, а также том, как сохранить интерес к работе и жизни.

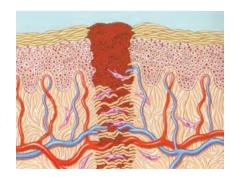
В мартовском номере сразу несколько материалов от наших партнеров – медицинских учреждений края и города. Они делятся опытом внедрения системы наставничества, информируют о статистике заболеваемости COVID-19 среди детей и повествуют о своих заслуженных сотрудниках.

Уверен, вместе мы сможем преодолеть любые сложности и взять новые высоты, история и практика показывают именно это.



Евгения Арбатская, редактор журнала «Первая Краевая»

Мы все с вами хорошо знаем, уважаемые коллеги, что живая ткань способна реваскуляризироваться и реиннервироваться после нарушения прежней целостности при заживлении. Пусть эта метафора из мира медицины и биологии настроит вас, дорогие читатели, на позитивный лад. Приятного чтения!



Даты проведения школы здоровья «Диабет» в 2022 г.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Поликлиника, актовый зал, 2 этаж

Руководитель - Татьяна Тимофеевна Коновалова

1	17 января	21 января
2	14 февраля	18 февраля
3	14 марта	18 марта
4	11 апреля	15 апреля
5	23 мая	27 мая
6	13 июня	17 июня
7	11 июля	15 июля
8	24 августа	30 августа
9	19 сентября	23 сентября
10	17 октября	21 октября
11	14 ноября	18 ноября
12	12 декабря	16 декабря

Начало занятий в 13:00

Даты проведения школы здоровья «Болезнь Паркинсона» в 2022 г.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Поликлиника, актовый зал, 2-й этаж

Руководитель – невролог Татьяна Викторовна Дунайцева

16 апреля	15 октября
20 августа	17 декабря

Начало занятий в 11:00

Даты проведения школы здоровья «Остеопороз» в 2022 г.

Начиная с апреля каждая вторая среда месяца с 15:00 до 16:30 в актовом зале поликлиники.

Онлайн-занятия будут доступны с апреля на сайте medgorod.ru



Тел. (391) 202-68-50



Антон Ботов

Заведующий нейрохирургическим отделением №2 работает над стандартами помощи при ЧМТ и намеревается поставить на поток вместе с эндоваскулярными рентгенохирургами операции по удалению мальформаций головного мозга.

апреле прошлого года нейрохирургическое отделение ККБ разделилось на два, зачем и почему это было сделано? По причине функциональной необходимости пациентов разделили на два потока. Отделение нейрохирургии №1 взяло на себя плановую помощь и поликлинику, ускоряя и оптимизируя этот процесс. Там делаются сложные плановые операции при дегенеративной патологии, нейроонкологии, в том числе реконструктивные операции. Наше отделение взяло на себя функцию оказания экстренной помощи: сосудистая патология (разрывы аневризм, мальформаций, инсульты), черепно-мозговые травмы и травмы позвоночника, ургентная помощь пациентам с нейроонкологией, поток поступления через приемный покой и санитарную авиацию, консульта-

тивная помощь районам края. Также мы взяли на себя часть функциональной нейрохирургии: оказание помощи пациентам болезнью Паркинсона - и вошли в пилотный проект по хирургическому лечению эпилепсии - выполнены первые операции. Общее руководство и координацию данного направления взял на себя д.м.н. Павел Геннадьевич Шнякин. Сейчас в городе и крае существуют кабинеты, которые занимаются

пациентами с эпилепсией, они могут направлять к нам больных с фармакорезистентными формами этой болезни, которым был выполнен видео-ЭЭГ-мониторинг. Все это очень интересная и интенсивная работа, выполняемая «с колес», которая требует незамедлительного принятия решений, ведь наши пациенты не могут ждать. Из-за неравномерного потока пациентов часто перед нами стоит задача грамотно и оперативно распределять мощности – как людские ресурсы, так и технические.

Вероятно, процессы вам помогают выстроить сотрудники СМК?

Конечно, мы с ними работаем в плотной связке. В данный момент в проработке находятся стандарты по оказанию помощи пациентам с черепно-мозговой травмой. В этой теме есть некоторые сложности, которые не дают пока довести наши наработки до конца, например, исторически сложившаяся ситуация – мы принимаем пациентов 15–18 лет с ЧМТ, хотя формально они являются детьми, и им помощь должна оказываться в детской сети.

С какими сложностями вы столкнулись при открытии нового отделения?

В частности, в организации сестринских процессов. Современный подход в менеджменте качества ставит задачи подготовки универсальных медсестер, которые могли бы выполнять любой

сестринский функционал, заботясь о своих пациентах, оказывая им помощь комплексно и неся за это ответственность. Было некоторое сопротивление, как часто медсестры привыкли выполнять монофункцию - если она, например, перевязочная, то выполняет только перевязки, не занимаясь транспортировкой пациентов и не выполняя инъекции.

Сейчас всё поменялось. Большая благодарность старшей сестре О.Т. Маметджумаевой, которая активно внедряла новую систему. Когда все медсестры взаимозаменяемы, существенно упрощаются проблемы с графиками работы, что в условиях пандемии очень актуально. С нами делились опытом коллеги из 1-й хирургии, где по этому принципу работают уже давно. Сестры берут под свой контроль пациентов и выполняют для них весь список сестринских манипуляций. Это позволяет наладить лучший контакт сестра-пациент и сестра-врач, медсестры лучше знают проблемы своих подопечных, персонально за них ответственны.

Еще были сложности с материальным обеспече-

Сейчас уровень ответственности существенно повысился, нужно решать не только текущие проблемы, но и определять стратегический план развития отделения, на годы.



нием – понадобились мебель, оснащение. Благодарим приемный покой и другие отделения за помощь, которая позволила нам в кратчайшие сроки укомплектоваться необходимым.

Для вас лично что-то поменялось в тот момент, когда из дублера вы превратились в заведующего отделением?

Абсолютно разные ощущения. Сейчас уровень ответственности существенно повысился, нужно решать не только текущие проблемы, но и определять стратегический план развития от-

деления, на годы. Тесная связь с кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии очень помогает, потому что в плане стратегии развития, научной деятельности и внедрения новых технологий в отделении требуется диалог.

Это сложно, но крайне интересно – я давно хотел и стремился к лидерству, а также многому научился у прежнего начальника. Счастлив, что возможность влиять на уровень оказания нейрохирургической помощи в крае у меня появилась. Впереди много работы, и это, безусловно, заряжает.



Никита Литвинюк

Заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения внедряет в практику новые виды оперативных вмешательств и активно участвует в открытии сосудистых центров в городах Красноярского края.

В прошлом году

сосудистый центр

открыл первичный

а в Ачинске, Канске,

мы провели аудиты.

центр в Лесосибирске,

Норильске, Шарыпово

региональный

Что самого важного произошло в вашем отделении в течение 2021 года?

Очень запомнилась операция молодого пациента с носоглоточной ангиофибромой, которую мы провели с Сергеем Вахрушевым, профессором и заведующим кафедрой лор-болезней КрасГМУ, Владимиром Афонькиным, сотрудниками отделения отоларингологии ККБ, Ириной Каширцевой, заведующей оториноларингологическим стационаром Красноярской межрайонной больницы №4, и сотрудниками отделения РХМДЛ. Эмболизация артерий – это вообще категория

вмешательств, которая бурно развивается в настоящее время, и сложно переоценить ее возможности.

Второе – внедрение ротационной атерэктомии. Метод, который позволяет удалять атероматозные массы и помогает избегать ампутаций нижних конечностей.

Третье – проведение трансляции из операционной по поводу установки стент-графта в аорту на Всероссийской эндоваскулярной конференции по ле-

чению патологии аорты и ее ветвей. Это было летом. В течение этого года было множество докладов от нашего отделения на конференциях и конгрессах самого разного уровня.

Организационные нововведения так же не прошли стороной?

Да. В прошлом году региональный сосудистый центр открыл первичный центр в Лесосибирске, а в Ачинске, Канске, Норильске, Шарыпово мы провели аудиты. В этом году откроется аналогичная структура в Минусинске.

Еще произошло очень важное для нас событие, причем на федеральном уровне – был тарифицирован ряд высокотехнологичных вмешательств. Одно из которых – тромбэкстракция при остром ишемическом инсульте. Если раньше операции осуществлялись за счет субсидиро-

вания, мы могли делать только ограниченное их количество, то сейчас появился очень правильный тариф, который перекрывает все расходы полностью. В 2022 году мы должны принять по этому показанию 95 пациентов. Это очень радует, потому что нам хватит средств, чтобы купить инструментарий и расходные материалы нужного уровня для максимально быстрого проведения манипуляций. Чем быстрее мы проведем операцию, тем быстрее восстановится пациент, мы сможем быстрее его выписать – помимо ценности самого этого факта, с точки зрения эко-

номики это выгодно всем. А поскольку появился тариф, выделяются деньги, то по всей стране эта технология станет развиваться.

Еще один тариф – это тариф по визуализации коронарных артерий. Новый шаг для множества клиник России. С помощью этой технологии мы можем зайти внутрь сосуда сердца, определить состояние стенки, наличие бляшки, ее свойства, подобрать нужный стент, проконтролировать, насколько качественно выполнена

установка. И это очень здорово, все-таки рентген дает плоскостное изображение, а здесь мы максимально приближены к пониманию анатомии и гистологии структур. Это дает возможность снижать риски послеоперационных осложнений – тромбозов, отдаленных рестенозов. На этот год нам выделили 150 таких вмешательств, достаточно для начала, и я знаю, что это большая когорта пациентов. Мы наберемся большего опыта и сможем быть готовыми оказывать такую помощь круглосуточно.

И третье тарифицированное вмешательство – это гибридная операция у пациентов с поражением артерий нижних конечностей. Для оказания этой помощи собираются сосудистые хирурги, эндоваскулярные, и мы таких операций выделили на год 10.

выделяются да всей стране в станет развив Еще один тары по визуализа ных артерий.



Теперь нам нужно понять потребности края по всем этим направлениям и привести в соответствие количество квот на высокотехнологичные операции, связанные с рентгенохирургией.

Какие идеи на будущее?

Есть хорошая идея, о которой мы с Алексеем Владимировичем Протопоповым и Павлом Геннадьевичем Шнякиным думаем. Это идея оперировать очень сложных пациентов с церебральной патологией – артерио-венозными мальформациями, которые нужно эмболизировать. Сегодня таким больным мы делаем просто ангиографию и отправляем в федеральные центры. Проблема в том, что риск разрыва высок, пациенты не все транспортабельны, и в связи с большими очередями не все из них дожидаются помощи. Сегодня у нас в крае нет специалистов,

способных помочь этим больным самостоятельно, врачи ККБ в теории подкованы, но есть масса нюансов технических, мануальных, их предстоит изучить. И это был бы новый виток для краевой нейрохирургии.

Довольны ли вы тем, как развиваются события?

2021-й был значительно лучше, чем 2020-й. Мы в своем отделении выполнили все объемы, которые были запланированы. Потому что в крае сегодня практически все первичное звено занимается решением ковидных задач. Но надо похвалить наших коллег, они очень быстро совершенствуют свою работу, и есть надежда, что здравоохранение края сможет организовать и бесперебойную работу инфекционных госпиталей, и оказание высокотехнологичной помощи.



Маргарита Чухрова

Профсоюзный лидер, заведующая дневным стационаром, проработавшая в ККБ более 20-ти лет, решила, что на пенсии жизнь только начинается, и это прекрасное время для путешествий, свободы от формальностей и возможность делать то, что всегда откладывалось на потом.

аргарита Анатольевна, как вы пришли в краевую больницу? Мне было 19 лет, я училась в институте и работала медсестрой в кардиологическом отделении. Трудилась в палате интенсивной терапии, и это была прекрасная возможность стать асом по внутривенным инъекциям, я до сих пор не утратила этот навык. И потом, когда стала терапевтом, хорошо делала и плевральные пункции, и трахеостомию, и катетеризацию по Кенуэй – мануальные навыки успешно давались, жаль, что в

Были ли у вас другие рабочие места, кроме ККБ?

дневном стационаре это не пригодилось (смеется).

Да, были. В 1979 году я окончила институт. Мы с мужем учились на одном курсе, он хирург-онколог, поехали в п. Нижний Ингаш, окончили интерна-

туру, и я работала терапевтом. В 1986 году окончили клиническую ординатуру, поехали работать в Игарку. Там в ЦРБ я возглавляла 60-коечное терапевтическое отделение, и это была очень хорошая школа - как профессиональная, так и школа жизни. Затем направились на родину мужа в Башкирию, в г. Салават. Там тоже довелось возглавлять терапевтическое отделение, уже на 80 коек, куда принимались пациенты с самой разной патологией, кроме неврологии, пульмонологии и гастроэнтерологии. Все остальные

терапевтические пациенты, включая больных палат интенсивной терапии, были у нас. В 2002 году снова вернулись в Красноярск. Запись в трудовой книжке: «01.07.2002 г. принята на должность врача-терапевта в консультативно-диагностическую поликлинику», меня взяли подростковым терапевтом. Практически сразу стала главным внештатным подростковым терапевтом края и помимо остальных обязанностей принялась заниматься подготовкой призывников в вооруженные силы. И до сегодняшнего дня выполняла эту работу.

Трудоустройство совпало с организацией дневного стационара на базе поликлиники, и поскольку моя любимая работа – лечебная и ранее я никогда не занималась поликлинической работой, то попросила полставки терапевта в нем. Прошло какое-то время, и в 2009-м мне предложили стать заведующей дневным стационаром, я с радостью согласилась. А в 2013-м началась профсоюзная история.

Что делало вас счастливой?

Моя семья. Муж, двое прекрасных детей, особенно дочь, которая своим непрерывным развитием и движением вперед вдохновляет и заставляет постоянно двигаться, не стоять на месте. А теперь и трое внуков, которые очень разные, но прекрасные и любимые. Счастье – это результат осознанного выбора, и если человек желает быть счастливым, он им станет.

Счастье – это результат осознанного выбора, и если человек желает быть счастливым,

он им станет.

Каким должен быть профсоюзный лидер?

Это, безусловно, уважаемый в коллективе человек, находящийся на виду, обладающий харизмой и природным магнетизмом. И самое главное – он должен любить своих коллег, да и в целом людей. Иначе не получится, ведь нужно помогать, идти в ногу, разделять ценности. Профсоюз – это не только какие-то материальные льготы, это защита прав сотрудников в первую очередь, а также создание пространства для реализации в коллективе.

Можете ли вы сказать про себя как про счастливого в профессии человека?

Да, конечно! Учась в школе, не думала, что буду врачом, но придя в профессию, поняла, насколько люблю людей и как мне повезло.

Какой бы вы могли дать совет подросткам и их родителям для того, чтобы молодые люди приобрели дело по душе?

Родителям – проанализировать свои мысли и понять, что ценности детей создают они, приоритеты детей являются отражением того, как папы и мамы строят свою жизнь. Научить детей быть здоровыми – как физически, так и психологически. Могу посо-



ветовать и родителям, и детям не мешать друг другу, давать возможность самостоятельного выбора в любых ситуациях. А если родителям хочется постоянно контролировать своих детей, то им нужно заняться своей жизнью и навести в ней порядок, тогда на гиперконтроль времени не останется.

Какие планы на ближайшее время?

Мы с мужем одновременно подали заявления, и с завтрашнего дня начнем новую страницу! Жизнь вне системы – это шаг в другую реальность, в которой мы сами создаем правила и, если захотим, можем их изменить в любой момент. Мы запланировали длительное путешествие по России на автомобиле с посещением разных регионов – поедем в Башкирию, Подмосковье, на юг России, в Крым. У нас есть замечательные друзья, живущие по всей стране, больше времени уделим им. Есть у меня и

хобби очень интересное – увлекаюсь психологией и нутрициологией, учусь, помогаю людям. Планов масса, главный из которых – получать от жизни удовольствие и радовать окружающих.

Какой совет хотели бы дать коллегам?

Научиться расширять свои границы и рушить стеклянные потолки, а точнее – не бояться действовать и принимать решения, лежащие за пределами привычных и всеми одобряемых действий. Главное, чтобы идти по жизни было комфортно вам самим!

Период моей жизни под названием «Краевая клиническая больница» был наполнен самыми светлыми событиями, благодарностью и глубоким уважением к людям. И в душе я желаю каждому пройти такой же светлый путь.



Константин Егоров

Начальник отдела по сервисному обслуживанию оборудования и метрологии вместе с коллегами готовит закупку нового нейрохирургического микроскопа, систем нейромониторинга, УЗИ-аппаратов – маммологического профиля и с функцией эластографии, а вместе с IT-отделом работает над созданием программы технического учета ремонта и ТО всей медицинской техники больницы.

акие новости у вашего отдела? Сегодня мы формируем закупочную документацию по медицинскому оборудованию. Как раз сейчас краевой бюджет выделил нам приличные суммы, и мы хотим переоснастить отделения старого корпуса − ОАР №1, ОАР №5, у них на сегодняшний день работает оборудование, полученное в 2008–2010 гг. Наркозное оборудование, следящие мониторы, новый рентген-аппарат, мобильная хирургиче-

ская С-дуга, много другого оснащения - все это

А в конце прошлого года занимались приобретением нового MPT-аппарата?

будем закупать.

Да, было много хлопот, связанных с постройкой помещения, этой большой покупкой. Сейчас мы ждем окончания процедуры получения лицензии, которая длится порядка ста дней. Разные инстанции дают разрешение на работу – Роспотребнадзор, Росздравнадзор и другие. В апреле

мы рассчитываем начать принимать пациентов на обследования с помощью нового МРТ-аппарата. Старый аппарат был куплен 10 лет назад, на нем проводилось порядка 3000 обследований в год. Поскольку техника имеет свойство изнашиваться и 10 лет – срок уже немалый, то новый как нельзя кстати, он будет за год совершать порядка 4000 обследований.

Грамотный инженер способен разобраться в нюансах любой техники, главное – иметь желание.

Константин Павлович, сколько времени вы работаете в ККБ?

Официально 25, но по сути работать с обеспечением больницы оборудованием я начал 30 лет назад, просто раньше структура, которая занималась этим, не была частью ККБ. С распадом СССР все в стране поменялось, на волне перестройки в НПО «Сибцветметавтоматика», где я работал, было решено оказывать услуги населению, в число таких услуг попало взаимодействие с больницами на предмет ремонта и технического обслуживания оборудования. Таким

образом, из научного приборостроения я направился в область медицины. А по образованию я инженер, окончил Красноярский университет, факультет физики, специализация – физика ближнего космоса.

Сложно ли было «перековать» свою специализацию?

Нет, особых сложностей это не составило. Грамотный инженер способен разобраться в нюансах любой техники, главное – иметь желание. Здесь есть момент: медицинское оборудование – вещь специфическая, требуются специальные лицензии, всевозможные допуски, поэтому много организационно-согласовательной работы, оформления документов.

За историю своей работы вы наблюдали, как больница развивается в техническом оснащении...

Конечно, когда я пришел, в ККБ была одна ре-

анимация плюс четыре койки под гнойную реанимацию. Там стояли аппараты ИВЛ советского производства и восемь мониторов производства ГДР (такого государства давно не существует) на всю больницу, сейчас мониторов 208. Тогда было несколько аппаратов УЗИ, сейчас их более 50-ти. Сейчас у нас пять КТ-аппаратов и уже два МРТ, раньше их не было в принципе. И, конечно, уровень оборудования совсем другой.

На мировом рынке масса разных предложений, по какому принципу выбираете аппаратуру?

Совместно с нашими врачами – ведь им работать на этом оборудовании. У нас в больнице работает много специалистов, которые виртуозно разбираются в технических характеристиках приборов, понимают особенности и способны оценить качество аппаратуры.



Какие тренды вы наблюдаете в развитии медицинской техники?

Развитие медицинской техники идет по тому же вектору, что и эволюция техники в целом: происходит расширение границ видимого, проникновение в микроструктуры, упрощение и автоматизация рутинных процедур, интеграция интеллекта

человека с мощными компьютерными системами. Однозначный вектор во всех видах оснащения – миниатюризация. Очень много разрабатывают новых материалов с новыми свойствами, которые позволяют создавать принципиально новые приборы. Поэтому нас ждет продвижение как в сфере диагностики, так и лечения.



Опыт внедрения рационализаторских предложений в Красцветмете

В какой бы отрасли ни работало предприятие с коллективом в несколько тысяч сотрудников, где высока степень разделения труда по специальностям, в организации его процессов, безусловно, есть общие черты. Рационализаторская деятельность полезна, приносит экономическую и ресурсную выгоду. О том, как организован процесс внедрения рацпредложений в Красцветмете, мы поговорили с **Иваном Кодинцевым**, менеджером проектов.



амо рацпредложение в Красцветмете – это техническое, организационное либо управленческое предложение (идея), являющееся новым и полезным для структурного подразделения и компании, конкретизированное настолько, чтобы оно не нуждалось в догадках и предположениях, раскрывало сущность авторского замысла и не требовало для его использования дополнительной доработки творческого характера. Для рассмотрения идеи в качестве рацпредложения есть ограничения. Не признается рационализаторским предложением:

- Идея, снижающая надежность, долговечность, качество, безопасность или ухудшающая экономические показатели, условия труда, экологию или иные сферы деятельности.
- Идея, ставящая задачу или указывающая эффект без конкретного способа решения.
- Копирование когда идея полностью совпадает с уже существующим решением.
- Замена инструментов, материалов, оборудования, ПО, технологий на равноценные им.
- Идеи, суть которых сводится только к эстети-
- ческим эффектам или направленные на повышение комфорта, но не улучшающие при этом условия труда.
- Идеи, созданные РСС в порядке выполнения ими служебных обязанностей, задач или предусмотренные обязательными нормативами, приказами или распоряжениями.
- Идеи, созданные в рамках проектов участниками проектной команды.

Рацдеятельность в Красцветмете имеет долгую историю, корни ее идут еще из советских времен, и принципы, по которым она была организована до 2015 года, заложены еще тогда.

Заявка на рацпредложение в то время – это не маленькая бумажная заявка с приложением обоснований, эскизов или чертежей. Она должна была обязательно быть реализована и согласована несколькими ступенями руководителей производства и технических служб. После согласования заявка проходила экспертизу, утверждалась главными специалистами компании и техническим директором. Срок рассмотрения – от нескольких месяцев. Заявка и система согласования были сложны и мало доступны сотрудникам.

В 2015 году рацдеятельность была «перезагружена» в рамках внедрения бережливого производства в компании с целью вовлечь в движение по постоянному совершенствованию максимальное число сотрудников. При этом устранили сложную систему согласования, а часть функций по оформлению, согласованию и продвижению заявки взя-

В 2015 году рацдеятельность была «перезагружена» в рамках внедрения бережливого производства в компании с целью вовлечь в движение по постоянному совершенствованию максимальное число сотрудников.

ли на себя сотрудники офиса. Была внедрена система оценки по баллам исходя из 7 критериев, которые конвертировались в деньги и складывались в общий рейтинг. Это охрана труда и промышленная безопасность, повышение качества продукции/услуги, повышение эффективности работы оборудования/приспособлений, улучшение порядка на рабочих местах, трудоемкости снижение при выполнении операций,

повышение энергоэффективности, снижение потерь и сокращение затрат.

Постепенно система развивалась: с глобальным внедрением компьютеризации, когда практически 100% сотрудников получили доступ к рабочим ПК, заявка перешла в электронный вид на портале SharePoint, где так же прозрачно были видны оценка и вся доступная статистика. Портал рацдеятельности разработан на базе sharepoint online. Уведомления для автора, согласующих и менеджера заявки реализованы через облачный сервис Microsoft flow, что позволяет получать актуальную информацию о статусе заявки.

В области вовлечения персонала рационализаторская деятельность функционировала успешно, система устоялась и была понятна сотрудникам производства. За пять лет треть сотрудников, работающих в компании, стали авторами рационализаторских предложений, всего их подано более 2300. В 2019 году офис начал задумываться об изменениях в системе рационализаторской деятельности, мы увидели снижение некоторых статистических показателей и качества идей, а при анализе системы выявили следующие недостатки, которые решили устранить путем глубокого изменения системы.

Перед стартом изменения системы команда изучала опыт организации систем в других компаниях, после чего прорабатывала и согласовывала новую концепцию нашего собственного пути.

Для повышения качества создаваемых авторами идей мы значительно подробнее зафиксировали критерии того, какая идея может являться рацпредложением. Добавили новые показатели качества, такие как «Копирование» и «Тиражирование», убрали лишние понятия, которые могли подтолкнуть авторов на подачу незначительных улучшений.

Для того чтобы помочь авторам самостоятельно качественно формулировать идеи, мы расширили форму заявки, которую необходимо заполнить, при этом сделали ее проще для восприятия, добавив понятные поля и комментарии.

Однако требования по качеству распространили не только на авторов, но и на других участников процесса. Теперь сроки рассмотрения идей, их оценки и реализации не только зафиксированы в документе, но и визуализированы в статистике. К примеру, при установленном нормативном сроке в 15 рабочих дней средний срок рассмотрения составил 12 календарных.

Для каждого критерия было подобрано и подробно описано ранжирование. Если раньше оценка ставилась по субъективному восприятию руководителя – от «отсутствует» до «очень высоко», без каких-либо комментариев, то теперь, чтобы предложение получило определенную оценку, оно должно соответствовать описанному показателю. Анализ эффективности рацдеятельности мы отслеживаем по трем основных показателям:

- вовлеченность сотрудников;
- экономический эффект;
- количество рацпредложений.

Первый показатель относительный (мы смотрим долю тех, кто является рационализатором), два других – абсолютные.

Также в ходе регулярной работы нам необходимо отслеживать статусы идей и рацпредложений, чтобы оперативно реагировать на возможные задержки (например, идеи на оформлении, оцененные рацпредложения, рацпредложения, по которым рассчитан экономический эффект, реализованные рацпредложения).

И мы отслеживаем баллы за рацпредложения, это один из показателей, который отражает качество идей наших сотрудников. Все это мы делаем под различными углами: по времени в разрезе года, квартала, месяца; по структурным подразделениям и авторам.

Это позволяет сделать вывод как об эффективно-



сти развития рацдеятельности в целом, так и об эффективности конкретных решений, которые мы реализуем для стимулирования рацдеятельности. Для визуализации показателей используем Dashboard'ы в разных конфигурациях. Для нас это один вид Dashboard'a, для рационализаторов – другой, для руководителей – третий. Все в зависимости от того, какие показатели и в каком разрезе наиболее интересны.

Рационализаторская деятельность в рамках больших предприятий, несомненно, имеет смысл и эффекты, поэтому ее внедрение соответствует принципам бережливого производства.



Опыт создания безопасных условий труда в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Стремительное развитие экономической деятельности человека неизменно ведет к возникновению новых рисков для безопасности, которые необходимо нивелировать. Безусловным благом является создание безопасной среды в учреждениях не только для пациентов, но и для медицинских работников.



Марина Вершинская,

руководитель службы охраны труда КГБУЗ «ККБ»

аконодательство дает необходимые требования для создания безопасных условий на рабочих местах. С 2021 года Минтруд

активно ведет работу по актуализации нормативно-правовых актов РФ в области охраны труда. Для работы системы управления охраной труда в ККБ применяется обширный перечень законодательных и иных нормативно-правовых актов, которые содержат государственные нормативные требования охраны труда.

Основой основ является раздел 33 главы 10 Трудового Кодекса РФ «Охрана труда».

Условно законодательные акты, используемые специалистами в области охраны труда ККБ, можно разделить на:

- федеральные законы;
- постановления Правительства РФ:
- приказы разных министерств

- (Минздрава, Минтруда, Минэнерго);
- постановления Федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора);
- приказ Ростехнадзора.

И это малая часть документов, в которых должен ориентироваться специалист в области охраны труда.

Для применения нормативно-правовых актов РФ в ККБ создаются локальные документы. Они бывают разные инструкции по охране труда, правила по охране труда, стандарты учреждения, алгоритмы, памятки. Для их структурирования служба охраны труда ККБ ведет реестр инструкций.

Реестр учета инструкций, программ первичного инструктажа, программ обучения, билетов

Nō	Наименование подразделения												
№ док- та	Наименование инструкции	Статус	Дата утв-я	Плановый срок проверки	ппи	Статус	Дата утв-я ППИ	ПО	Статус	Дата утв-я ПО	Билет	Статус	Дата утв-я билета
5.6	Мед. сестра палатная (постовая)			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
5.7	Мед. сестра процедурной			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
5.8	Мед. сестра перевязочной			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
5.9	Санитарка			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
5.10	Кастелянша			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
5.11	Уборщик служебных помещений			29.12.1904	+	на согл.		+	утв-но	29.01.2021	+	утв.	29.01.2021
6	Оториноларингологическое отдел	тение											
6.1	Зав. отделением – врач-оторино- ларинголог	утв-но	28.08.2020	27.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.2	Врач-оториноларинголог	утв-но	13.09.2021	12.09.2026	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.3	Врач-онколог	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+					
6.4	Старшая мед. сестра	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020			
6.5	Мед. сестра палатная (постовая)	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.6	Мед. сестра процедурной	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.7	Мед. сестра перевязочной	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.8	Санитарка	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020			
6.9	Кастелянша	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020
6.10	Уборщик служебных помещений	утв-но	25.08.2020	24.08.2025	+	утв-но	31.08.2020	+	утв-но	31.08.2020			

Реестр помогает отслеживать статус документов (утверждено, на согласовании, в разработке), понимать, сколько уже документов готово, сколько еще необходимо и сколько в работе.

Так, по приказу Министерства труда и социального развития РФ №928н от 18.12.2020г. «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях» было создано 8 инструкций по видам работ. Например, инструкция по охране труда при работе с кровью и другими биологическими жидкостями содержит требования по выполнению безопасного вида работ с кровью и биологическими жидкостями пациентов, действия в случае аварийных ситуаций - разлива жидкости или укола работника. Или инструкция по охране труда при работе с магнитно-резонансным томографом, которая содержит требования к помещению и оборудованию, требования по безопасному выполнению работ при проведении диагностических исследований.

Зачастую специалисты в области охраны труда сталкиваются с трудностями и непониманием со стороны руководителей структурных подразделений, почему именно они должны разрабатывать такие инструкции или алгоритмы по проведению безопасного вида работ. Ответ прост: лучше человека, непосредственно знающего процесс изнутри, никто не будет знать, как выполнить задачу безопасно. Но без специалистов по охране труда не обходится ни одна разработка локальных нормативно-правовых актов. Они оказывают методическую помощь при разработке инструкций: создают предварительно шаблоны с подробным содержанием требований к инструкциям.

Инструкция по охране труда - это один из рабочих инструментов безопасного выполнения работ и оказания медицинской помощи, только четкое выполнение требований сводит ошибки к минимуму. Контролировать выполнение требований инструкций должен не только непосредственный руководитель, но и вышестоящие службы. Инструментом здесь выступает проведение аудиторских проверок по чек-листам.

Т краевая клиническая		ЧЕК-ЛИСТ	Ф. 38.1-2020								
	больница основана в 1942	ТРЕБОВАНИЯ К ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ОХРАНЕ ТРУДА В СТРУК- ТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ	Редакция №1 от. 23.04.2020 г.								
На	Наименование подразделения:										
	та аудита	Фамилия, инициалы аудитора:									
	емя аудита	Представители Заведующий подразделением									
-6	с судл. с <u> </u>										
Ha	основании требован	от подразделения: Уполномоченный по качеству — ний:									
1	ТК РФ										
2		цразвития России Минобразования России от 13.01.2003 г. №1/29 «Об утверждении порядка с ий охраны труда работников организации»	бучения по охране труда и								
3	ГОСТ 12.0.004-2015 «Сист	ема стандартов безопасности труда. Организация обучения безопасности труда. Общие требов	ания»								
4	4 Постановление Минтрудсоцразвития России от 17.12.2002 г. №80 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке гос. нормативных требований охраны труда										
5	5 Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2009 г. №290м «Межотраслевые Правила обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты»										
6	6 Приказ Минздравсощразвития России от 17.12.2010 г. №1122м «Типовые нормы бесплатной выдачи работникам смывающих и (или) обеззараживающих средств»										
7	7 Приказ Минэнерго России от 13.01.2006 г. «Правила технической эксплуатации электроустановок потребителей»										
8	Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. «302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные и периодические медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и										

Nº	Требования -		вет	Karanau zaauŭ	Metoliniak / Evillet Edukada	
IA			нет	Комментарий	Источник / пункт приказа	
1	Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте в наличии			Хранится в отделении	п. 8.4 ГОСТ 12.0.004-2015	
2	Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте (про- шит, страницы пронумерованы, скреплены печатью)				п. 8.4 ГОСТ 12.0.004-2015	
3	Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте ведется согласно периодичности инструктажей: повторный 1 раз в 6 месяцев				П. 2.1.5 постановления Минтруд- соцразвития России и Минобра- зования России от 13.01.2003 г. №1/29	
4	Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте ведется: проводится первичный инструктаж перед самостоятельной работой				П. 2.1.5 постановления Минтруд- соцразвития России и Минобра- зования России от 13.01.2003 г. №1/29	



5	Журнал регистрации инструктажа по присвоению І группы по электробезопасности неэлектротехнического персонала в наличии		Хранится в отделении	П. 1.4.4 Правил технической эксплуатации электроустановой потребителей
6	Журнал регистрации инструктажа по присвоению І группы по электробезопасности неэлектротехнического персонала (прошит, страницы пронумерованы, скреплены печатью)			
7	Журнал регистрации инструктажа по присвоению І группы по электробезопасности неэлектротехнического персонала ведется согласно периодичности инструктажей 1 раз в 12 месяцев			
8	Журнал регистрации инструктажа по присвоению І группы по электробезопасности неэлектротехнического персонала ведется: инструктаж проводится перед началом самостоятельной работы			
9	Перечень инструкций по охране труда в отделении в наличии		Хранится в отделении	П. 5.9 постановления Минтрудсо- цразвития России от 17.12.2002 г. № 80

До начала пандемии аудиторские проверки были очные с выходом в структурные подразделения, но в связи с неблагополучной эпидемиологической обстановкой аудиторские проверки проходят электронно, запросом документов по структурному подразделению в службу охраны труда. Чек-листы также находятся в свободном доступе, и каждый руководитель может самостоятельно провести аудит при необходимости.

Чек-лист отражает основные требования Российского законодательства в сфере охраны труда, это тот перечень основных документов, которые запрашивают при любой плановой/внеплановой проверке такие органы, как прокуратура, Роспотребнадзор, Государственная инспекция труда. Очень важно, чтобы медицинский персонал имел допуск к работе - т.е. у любого медицинского работника должен быть пройден медицинский осмотр, психиатрическое освидетельствование, работнику проведены необходимые инструктажи, он ознакомлен с локальными правовыми актами, с рисками на рабочем месте, которым он может быть подвергнут. Благодаря ежегодному прохождению периодических медицинских осмотров можно отследить динамику состояния здоровья работника, а также предупредить развитие профессиональных заболеваний. Психиатрическое освидетельствование с периодичностью один раз в пять лет дает заключение в плане психического здоровья, а также допуск к наркотическим и психотропным лекарственным препаратам. Ознакомление работника с локальными нормативно-правовыми актами дает понимание, как выполнять свои трудовые обязанности безопасно, а ознакомление с профессиональными рисками - в каких случаях при невыполнении сотрудник может получить травму.

ККБ можно сравнить с крупнейшими заводами Красноярска – РУСАЛом или Красмашем. Средняя численность работников за 2021 год составила почти 4000 человек. Ежегодно служба охраны труда ККБ готовит годовой план мероприятий по реализации и достижению целей в области охраны труда.

План мероприятий направлен на:

 Организацию и оптимизацию процессов прохождения медицинского осмотра и психиатрического освидетельствования.

Для сравнения: 3062 человека прошли медицинский осмотр в 2021 году; в 2020 году прошли 2894 человека. В 2022 году подлежат периодическому медицинскому осмотру 4044 человека. В 2021 году 1660 человек прошли периодическое (1 раз в 5 лет) психиатрическое освидетельствование. В 2016 году освидетельствование проходили 2056 человек.

 Оценку и управление профессиональными рисками, связанными с трудовой деятельностью работников ККБ, которые позволяют предупредить несчастные случаи, профессиональные заболевания.

Для осуществления этой процедуры был разработан стандарт учреждения СТУ 38.2-2021 «Методика выявления опасностей, оценки и снижения уровней профессиональных рисков в области охраны труда в КГБУЗ «ККБ».

По внедрению стандарта в работу был проведен обучающий семинар для руководителей структурных подразделений.



Риск-ориентированный подход становится приоритетным направлением в сфере охраны труда. Проведение оценки профессиональных рисков позволяет ответить на следующие вопросы: Какие события могут произойти и их причина? (Идентификация опасных событий.) Каковы последствия этих событий? Какова вероятность их наступления? Какие факторы/мероприятия могут сократить неблагопри-

ятные последствия или уменьшить вероятность возникнове-

ния опасных ситуаций?



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

В данном случае важно понимать, что при оценке риска проще предотвратить наступление неблагоприятного события (несчастного случая), чем потом устранять его последствия. Важно не только выявить, но и определить корректирующие меры (мероприятия) и установить срок их реализации.

В ККБ применяется матричный метод (5*5) оценки профессиональных рисков, что позволяет оценить степень вероятности наступления опасного события и оценить его тяжесть. Путем перемножения двух составляющих - степени вероятности и степени тяжести – получается оценка риска в виде цифрового значения, исходя из которой уже и определяется уровень риска.

Матрица оценки рисков

				BEP	онтко	СТЬ	
			1	2	3	4	5
		РИСК	Весьма мало- вероятно	Мало- вероятно	Возмож- но	Вероятно	Весьма вероятно
	1	Приемлемая	1	2	3	4	5
مِ ا	2	Незначительная	2	4	6	8	10
тяжесть	3	Значительная	3	6	9	12	15
1	4	Крупная	4	8	12	16	20
	5	Катастрофическая	5	10	15	20	25

ОЦЕНКА РИСКОВ МАТРИЧНЫМ МЕТОДОМ

Оценка риска	Уровень риска	Предпринимаемые действия
от 1 до 6	Приемлемый	Приемлемый уровень риска. Нет небходимости в принятии дальнейших мер при условии постоянного контроля и выполнения всех предусмотренных мер безопасности.
от 8 до 10	Значительный	Операция может быть выполнена, но при этом следует строго контролировать ход выполнения работ, предусмотрев возможность дальнейшего снижения риска.
от 12 до 16	Крупный	Операция/задание может быть выполнено только после согласования с руководителем подразделения, рабочей группы. По возможности следует по-новому поставить задачу/операцию, учитывая соответствующие опасности, или сократить риски до начала выполнения задания. Мероприятия по исключению данного риска должны быть обязательно запланированы.
от 20 до 25	Катастрофический	Операция/задание не может быть выполнено, высокая вероятность серьезных последствий. Необходимо пересмотреть и по-новому поставить задачу, принять меры для уменьшения рисков. Необходимо провести оценку рисков и получить согласование до начала выполнения операции.



Завершающим этапом оценки профессиональных рисков является ознакомление работника с картой оценки профессионального риска, работнику рассказывается, при каких технологиче-

ских операциях и выполнении функциональных обязанностей уровни риска наиболее высоки, и даются пояснения о мероприятиях, которые не допустят увеличения уровня риска.

СТУ 38.2-2021 Методика выявления опасностей, оценки и снижения уровней профессиональных рисков в области охраны труда

Страница 39 из 43 Редакция № 2

Приложение За (Пример фрагмент)

Карта идентификации опасностей, определения уровня и оценки рисков

 N° карты 20.6 Наименование структурного подразделения <u>РХМДЛ</u> Должность <u>Санитарка</u>

Наименование производственного процесса, где может произойти опасность	Перечень опасностей по каждой категории	Возможные последствия	Степень вероятности	Тяжесть последствий	Оценка риска	Уровень риска	Мероприятия по снижению рисков
1	2	3	4	5	6	7	8
	а) механические опасности:						
Передвижения по территории, участие в операции. Транспортировка пациентов	опасность падения из-за потери равновесия, в том числе при спотыкании или пере- движении по скользким поверхностям или мокрым полам	Травмиро- вание (ушиб, удар)	4	3	12	Круп- ный	Контроль за состоянием территории, наличие предупредительных знаков, наличие защитных и сигнальных ограждений
Проведение уборки	опасность воздействия жидкости под давлением при выбросе	Ожог	2	2	4	Прием- лемый	Использование СИЗ

Оценка эффективной деятельности ККБ характеризуется качественными и количественными показателями различных процессов.

Одним из ключевых количественных показателей эффективной деятельности в области охраны труда является показатель производственного травматизма.

По сравнению с 2018 годом коэффициент частоты травматизма к 2021 году снизился с 3.43 до 2.14. Коэффициент тяжести травматизма снизился с 53,9 до 49,6.

Пандемия внесла свои коррективы во все сферы экономической деятельности, и в первую очередь сферу здравоохранения. В период 2020-2021 годов было установлено посмертно два профессиональных заболевания, причиной которых

стало заражение новой коронавирусной инфекцией COVID-19. В связи с увеличением количества структурных подразделений и сотрудников возрос и производственный травматизм. В 2019 году – 7 эпизодов; в 2020 году – 12; в 2021 году – 8.

Каждый произошедший несчастный случай тщательно расследуется комиссией, в состав которой входит специалист по охране труда, представитель профсоюзного комитета, юристы и заместитель главного врача по клинико-экспертной работе. Задача комиссии – выявить и установить основные причины произошедшего несчастного случая, разработать мероприятия по устранению и недопущению дальнейшего повторения события.

никальный и по своей сути необычный несчастный случай произошел 02.04.2020 с медицинским братом стационарного отделения скорой медицинской помощи

(приемного отделения). При выполнении работ по физическому фиксированию пациента на столе рентген-аппарата в результате защемления между неподвижными и движущимися деталями. 2 апреля 2020 года в 7 часов 50 мин. медицинский брат приемного отделения М. прибыл на свое рабочее место в легочно-аллергологический корпус. В служебном помещении он переоделся в санитарную одежду и приступил к выполнению своих должностных обязанностей. С 8 до 10 часов сотрудник занимался приемом и сортировкой пациентов. В 10 часов 20 минут в отделение поступила пациентка с предварительным диагнозом «пневмония». В связи с тяжелым состоянием пациентки был вызван врач – анестезиолог-реаниматолог из ОАР. Врач-терапевт Н., бывший в смене в этот день, осмотрев пациентку, назначил ей анализы и рентгенографию грудной клетки. Медицинский брат М. совместно с коллегой (другим медицинским братом приемного отделения К.) и врачом - анестезиологом-реаниматологом транспортировали пациентку на каталке из реанимационного зала в кабинет рентгенографии. В 10 часов 50 мин. в кабинете их встретила рентгенолаборант. Заехав в кабинет, они подкатили каталку к столу рентген-аппарата, переложили пациентку на стол. Пациентка находилась в состоянии психомоторного возбуждения, создалась угроза падения со стола, а также возникла необходимость физической фиксации тела пациентки на столе (удержание рук, плеч, ног) с целью качественного проведения рентгенографии.

М. и К. надели рентгенозащитные фартуки и стали удерживать пациентку на столе. Рентгенолаборант прошла в комнату управления и, учитывая постоянные движения пациентки, при помощи пульта управления попыталась центрировать рентгеновскую трубку для проведения исследования. Центрация рентгеновской трубки осуществлялась за счет передвижения элементов аппарата.

Медицинский брат М. при удерживании пациентки встал в опасную зону перемещения движущихся деталей рентген-аппарата. Медицинский брат К. находился с противоположной стороны стола, удерживал пациентку и загородил медицинского брата М. от рентгенолаборанта, находящейся в комнате управления и наблюдающей за процессом через рентгенозащитное стекло смотрового окна. Рентгенолаборант, не видя положение медицинского брата М., при помощи пульта управления привела в действие механизм передвижения элементов аппарата, в результате чего область таза медицинского брата М. была зажата между движущейся частью рентгеновского излучателя и неподвижной частью стола. При сдавливании медицинский брат М. закричал, рентгенолаборант остановила аппарат и вернула его в исходное положение.

В оперативный срок была доставлена каталка для перевозки лежачих пациентов, и медицинского брата М. доставили в СоСМП (приемное отделение) больницы для экстренного оказания медицинской помощи. В результате произошедшего медицинский брат М. получил тяжелую травму: трансфораминальный перелом крестца справа со смещением, перелом медиальных отделов левой лонной кости без смещения.

По результатам расследования установлены причины несчастного случая: неудовлетворительная организация производства работ (08) и недостатки в организации и проведении подготовки работников по охране труда (102).

Мы рассмотрели несчастный случай при помощи системы вопросов «5 почему»

1. Почему произошел несчастный случай?

- потому что медицинский брат М. находился в опасной зоне перемещения движущихся деталей рентген-аппарата.
- 2. Почему медицинский брат М. находился в опасной зоне перемещения движущихся деталей рентген-аппарата?
- потому что была необходимость фиксации пациента в психомоторном возбуждении, и медицинский брат не знал, как действовать в данной ситуации.

3. Почему медицинский брат М. не знал, как действовать в данной ситуации?

 потому что отсутствовал порядок проведения исследований пациентов в психомоторном возбуждении.

После поиска корневой причины стало понятно, что основной причиной является отсутствие алгоритма проведения рентгенографического исследования пациентов в состоянии психомоторного возбуждения.

В результате мероприятиями по устранению причин несчастного случая стали:

- разработан порядок оказания медицинской помощи пациентам в состоянии психомоторного возбуждения и запрет на выполнение работ по физической фиксации тел пациентов в опасной зоне перемещения движущихся частей рентгенаппарата;
- проведено обучение и проверка знаний требований охраны труда персоналу стационарного отделения скорой медицинского помощи (приемного отделения);
- проведен внеплановый инструктаж на рабочем месте по охране труда работникам стационарного отделения скорой медицинского помощи (приемного отделения) и отделения лучевой диагностики;
- проведена внеплановая специальная оценка условий труда на рабочем месте медицинского(ой) брата (сестры).



Эмоциональное выгорание – как сохранить интерес к работе

В сегодняшних условиях пандемии, когда медикам приходится работать больше и напряженнее, когда пациенты требуют более пристального внимания и заботы, а в информационном пространстве много негативных высказываний в адрес врачей и медсестер, когда социальные сети полны мракобесия со стороны антиваксеров, каждому из нас важно сохранить эмоциональную устойчивость и здоровье. О том, как избежать эмоционального выгорания на работе, мы поговорили с психологом ККБ Оксаной Аленченко.



Чем отличается эмоциональное выгорание от обычной усталости?

Усталость – это временное психическое и физическое ощущение дискомфорта, апатии, вялости, характеризуется потерей интереса к чему-либо и снижением работоспособности. А эмоциональное выгорание – все те же симптомы, только в длительном периоде, от пары месяцев до нескольких лет.

ы запускали опрос, и его результаты показали, что действительно проблема сегодняшнего дня, как отмечают сотрудники, – это телесные зажимы, проблемы со сном, вспыльчивость по пустякам и нехватка времени на себя. И все дело в том, что в свое время не было снято напряжение, прои-

зошло подавление собственных чувств, и как следствие – проблемы в эмоциональной сфере: неконтролируемые эмоции, конфликтность, а также соматические заболевания.

Это явление характерно для людей, работающих с людьми, или в любом виде труда?

Эмоциональное выгорание наиболее часто встречается в профессии «человек-человек». Как говорят индусы, быть монахом и сидеть в холодной пещере медитировать - это не сложно. Самая сложная аскеза - это выстраивать доброжелательные отношения с людьми каждый день. Как часто мы хотим ответить гневом или криком, когда нервы уже на пределе, а ситуация требует холодности и расчетливости. Любой пациент ждет от врача теплого приема, заинтересованности именно в его проблеме, хочет услышать подробные разъяснения о причине болезни, о том, как ее надо лечить. И каждый из нас ждет этого бережного отношения к себе. А между тем у врачей в день порой по 30-50 приемов, и если симптомы одни и те же и похожий диагноз, то, конечно, со временем «глаз замыливается», кому-то что-то сказал, с кемто промолчал. Отсюда жалобы и недовольство. Врачу важно сохранять устойчивость и быть сдержанным и конкретным в своих ответах. И тут вопрос: а что делать врачам, медсестрам, санитарам - тем, кто каждый день сталкивается с этой проблемой, когда есть монотонность и невозможность привнести новизну, большой поток пациентов, утомляемость и к тому же недовольство и жалобы со стороны пациентов? И сотрудник все это состояние «несет» домой. Не все члены семьи могут выслушивать и под-



держивать. У каждого свои проблемы. И каждый хочет быть элементарно услышанным. И вот на утро медработник идет с новым негативным состоянием, уже полученным сверху дома (не всегда, но зачастую), и в каком состоянии он выполняет свою работу? Таким образом, получается замкнутый круг. Энергии становится меньше. Желание идти на работу снижается. Самооценка падает, так как появляются ошибки и конфликты. И вот здесь мы смело можем говорить о синдроме эмоционального выгорания.

Какие могут возникать когнитивные искажения при эмоциональном выгорании?

Если мы говорим, что у человека уже случился синдром эмоционального выгорания, а это истощение (нет энергии на выполнение профессиональных действий), отсутствие желания идти на работу, низкая самооценка, то искажения проявятся в виде сниженной концентрации памяти, невозможности сосредоточиться, будут наблюдаться вязкие мыслительные процессы. И все это приводит к некачественно принятым решениям и большому количеству ошибок.

Связано ли эмоциональное выгорание с физической активностью человека?

Физическая активность является отличным средством против эмоциональной хвори. Так как во время занятия любым видом спорта у человека накапливается и высвобождается энергия, нет застоев в организме в виде напряжения и различных психоэмоциональных блоков. Здесь, как говорится, усталость в радость. Когда тело получает физическую нагрузку, ваша

Когда тело получает физическую нагрузку, ваша энергия проходит по всему телу и включает все системы и органы, а это, в свою очередь, дает позитивные эмоции.

энергия проходит по всему телу и включает все системы и органы, а это, в свою очередь, дает позитивные эмоции.

Связано ли эмоциональное выгорание с личной жизнью человека?

Безусловно, проблемы в семье всегда мешают работе. Сложно сосредоточиться на своих профессиональных обязанностях, если у тебя утром вышла ссора с партнером и не удалось завершить конфликт. Психика – очень умная система, она будет стараться избавиться от созданного напряжения любым путем. Поэтому пока человек не решит проблему, вся энергия будет стекаться в «ум» – на обдумывание и поиск ее решения. Практически все это понимают, но мало кто знает, как с этим бороться.

Есть ли какие-то чисто физиологические предпосылки к возникновению эмоционального выгорания (болезни, генетическая предрасположенность и т.д.)?

Лично я, изучая разные источники на эту тему, на сегодняшний момент не встречала каких-то предпосылок к эмоциональному выгоранию, касаемых здоровья человека.

Источниками эмоционального выгорания являются напряженный ритм, физическая усталость, отсутствие материального и психологического бонуса (премии, признание, похвала). Нет конкретных требований к работе, отсутствуют ее критерии оценки, нет возможности влиять на принятие рабочих решений, монотонность работы и невозможность добавить новизну.



Люди, которые точно понимают, чего хотят, и имеют свое внерабочее хобби (катание на лыжах, коллекционирование монет, плавание, дрессировка собак и т.д.), – это те сотрудники, которые, работая в больнице по 15–20 лет, остаются энергичными и позитивными.



Какие психотипы (какие люди) больше подвержены эмоциональному выгоранию?

Трудоголики. Это очень интересные люди - с повышенным уровнем тревоги. Они просто не могут находиться в тишине. Им нужны другие люди, они предпочитают суету и риск, им все время важно чувствовать себя среди людей. Так они удовлетворяют свою потребность быть нужными. Самое страшное для них - остаться одному и быть никому не нужным. Соответственно, они не умеют разделять работу и личную жизнь. Тут сразу появляются ответы на вопросы, почему их партнеры недовольны, высказывают им претензии, что они мало уделяют время семье, при любом попавшемся свободном окошке они стараются его занять чем-то полезным. Трудоголики не умеют отдыхать. Поэтому эмоциональное выгорание настигает их раньше и быстрее всех.

Как поддерживать в себе энтузиазм и интерес к жизни?

Сейчас скажу банальную истину: люди, которые точно понимают, чего хотят, и имеют свое внерабочее хобби (катание на лыжах, коллекционирование монет, плавание, дрессировка собак и т.д.), – это те сотрудники, которые, работая в больнице по 15–20 лет, остаются энергичными и позитивными. Они умеют после рабочего дня закрыть дверь, зайти домой и погрузиться в свои дела – будь то уборка или чтение книг. Они это делают в удовольствие. Вот это их основное топливо. Интерес – основная движущая сила. Важно найти то, к чему у вас есть интерес, и изучать это дело. Тогда сохранится энтузиазм и будет что привнести нового в работу.

Как быть интровертам, людям с низкой энергичностью?

Самое удивительное, что эта категория людей меньше всего склонна к выгоранию. Так как они очень аккуратно распоряжаются своими ресурсами и бережно относятся к своим силам. Обдумывают решения тщательно. Не высказывают резких фраз и не провоцируют на конфликты.

Как противодействовать эмоциональному выгоранию? Есть какие-то общие рецепты?

- **1.** Научиться разделять личное и рабочее. Этому поможет навык планирования. Есть на эту тему отличная книга Джека Кэнфилда «БесЦельная жизнь».
- 2. Важно иметь приоритеты в задачах. Если у вас три приоритета значит, приоритетов у вас нет. Определяйте через фильтр рисков, что сейчас актуально и требует всей вашей внимательности. Остальное делегируйте или планируйте. Ищите помощь и ресурсы со стороны. Это поможет вам не только сохранить свое эмоциональное здоровье, но и обнаружить, что другие способны сделать это не хуже вас.
- **3.** Не прекращайте учиться. Повышайте свою квалификацию. Это расширяет ваше сознание, дает возможность вести диалог с любым человеком на любую тему. А это, в свою очередь, повышает самооценку.
- **4.** Очень советую читать биографии таких личностей, как Стив Джобс, Майкл Джексон, Мерлин Монро, это очень печальные истории, в



Проявите интерес к самому себе,

научитесь замечать, что вам не нравится и доставляет дискомфорт, вот ваш путь развития на ближайший год.

которых можно увидеть как сильные стороны, так и те моменты, что погубили этих людей. Это очень наглядно и заставляет задуматься о многом. Попробуйте, начните читать.

- 5. Высыпайтесь и следите за здоровьем. Чтобы быть энергичным, нужно не только много отдыкать, но и правильно питаться. Готовьте на завтрак блюда с высоким содержанием белков, не увлекайтесь жирами и углеводами. Гуляйте по 40 минут пешком, у вас есть для этого обеденное время прекрасная возможность сделать хотя бы 2000 шагов.
- **6.** Работайте в собственном темпе. Оценивайте реализацию своих задач объективно. Планируя сроки реализации, прибавьте еще 20% времени, чтобы работать не из состояния напряжения, где риск ошибок велик, а из своего состояния, в котором вам комфортно.
- 7. Запланируйте себе на месяц минимум пять задач, которые будут связаны с вашей семьей, например съездить на дачу и почистить снег, сходить в кино всей семьей, купить пластилин и слепить фигурки членов семьи, сходить в парк и покататься на коньках, выбрать стихотворение Асадова и прочитать дома для всей семьи. Начните делать то, чего вы никогда не делали! Добавьте в вашу жизнь эндорфинов, они вырабатываются от маленьких достижений и приносят много радости.

Как вообще генерировать в себе и поддерживать мотивацию к чему угодно – учебе, спорту, работе, развитию?

На эту тему можно много рассуждать, кого что мотивирует. Много разных способов. Но особенно хочу поделиться своим методом: за 16 лет работы в психологии не выгорать мне помогают сказанные мною выше рекомендации, особенно про то, что не нужно прекращать учиться. Я, как правило, иду от своих ощущений и проблем. Если я эмоциональная, то начинаю изучать эту тему и техники управления эмоциями. Если есть сложности с ребенком, начинаю смотреть вебинары и читать книги на эту тему. Если чувствую боли в теле, иду на массаж и начинаю изучать, как эмоции связаны с телом. В течение разного времени у нас есть разные недуги и проблемы. И внимание именно к этим проблемам, а также желание от них избавиться ведут нас к саморазвитию. Согласитесь, глупо иметь проблемы и не решать их. Поэтому здесь совет один: проявите интерес к самому себе, научитесь замечать, что вам не нравится и доставляет дискомфорт, вот ваш путь развития на ближайший год.

Могут ли сотрудники ККБ обращаться к вам, нашему штатному психологу?

Да, сотрудники могут обращаться ко мне по любым вопросам. Вся информация останется конфиденциальной. Каждый вторник с 9:00 до 11:00 и четверг с 14:00 до 16:00. Консультации могут быть разовыми, а также длительностью до 10–15 встреч – в зависимости от запроса и сложности.



ПРОГРАММА

«Профилактика синдрома эмоционального выгорания для сотрудников ККБ»

25 февраля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Лекция «Эмоциональное выгорание: что это такое и как с ним справиться». Признаки эмоционального выгорания, описанные ВОЗ (классификация ICD-II). Стадии выгорания. Эмоциональное выгорание – это проблема не одного человека, а организации в целом.

2 марта

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Тестирование на выявление и степень эмоционального выгорания.

4 марта

10:00 - 11:00 - 1 группа, 15:00 - 16:00 - 2 группа

Лекция «PRO эмоции. Как управлять своим эмоциональным состоянием».

Зачем нам нужны эмоции. Функция и роль эмоций в жизни человека. Диагностика собственных стратегий. Упражнение контейнирование.

9 марта

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 –16:00 – 2 группа

Игра «Поддержка». Помогает поработать с установкой «другие такие же, как я, и им нужно то же, что и мне». Помогает лучше понять себя, продуктивнее общаться с другими людьми. Развивает эмоциональный и социальный интеллекты.

Игра помогает:

- определить ведущую форму оказания поддержки;
- определить наиболее принимаемую форму поддержки;
- потренироваться в других формах оказания поддержки;
- потренироваться получать поддержку в разных формах;
- улучшить качество общения;
- повысить уровень социального и эмоционального интеллекта.

Поддержи себя и другого!

11 марта

10:00 - 11:00 - 1 группа, 15:00 - 16:00 - 2 группа

Лекция. «Стресс и его стадии развития по Г. Селье». Как стресс влияет на психическое и физическое здоровье. Как можно использовать стресс в своей работе на улучшение продуктивности. Симптомы и признаки того, что вы в фазе истощения. Какие существуют методы восстановления и саморегуляции.

16 марта

10:00 - 11:00 - 1 группа, 15:00 - 16:00 - 2 группа

Практика. Тренируем методы выхода из стресса.

профессионализм человечность ответственность

18 марта

10:00 - 11:00 - 1 группа, 15:00 - 16:00 - 2 группа

Лекция «Коммуникации. Разберем 5 основных моментов коммуникации». Что такое помехи в коммуникации. Как их устранить и улучшить общение.

23 марта

10:00 –11:00 – 1 группа, 15:00 –16:00 – 2 группа

Практика. Отработка коммуникативных навыков. Коммуникативные навыки – это навыки эффективного общения. Сюда обычно относят легкость установления контакта, поддержание разговора, навыки активного слушания, умение договариваться и выстраивать свои границы.

30 марта

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Лекция «Конфликты и способы решения». Изучим признаки конфликта. Разберем 5 стратегий. Поисследуем в упражнении, какие мы используем стратегии в конфликте. Разберем, чего нельзя делать в конфликте.

1 апреля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Практика. Упражнение на тренировку навыка решать конфликтные и сложные ситуации.

6 апреля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Лекция «Как воспитать в себе адекватную самооценку и где это может пригодиться».

Как формируется самооценка. Причины низкой самооценки. Как самооценка влияет на человека и какие защитные функции выполняет.

8 апреля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Практика. Учимся ценить себя. Тренируем 5 способов поднять свою самооценку.

13 апреля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Лекция «Телесно-ориентированная терапия как метод работы со стрессом и профилактика эмоционального выгорания». Поговорим, как работает данный метод. Изучим и потренируем 3 техники самовосстановления.

15 апреля

10:00 – 11:00 – 1 группа, 15:00 – 16:00 – 2 группа

Итоговое тестирование по синдрому эмоционального выгорания.



Особенности применения противоожоговой кровати для обожженных пациентов

Наталья Желуницына,

старшая медицинская сестра ОАР № 4 ожогового центра ККБ

Эта статья появилась благодаря почти двадцатилетнему опыту применения противоожоговых флюидизирующих кроватей в реанимации ожогового центра Краевой клинической больницы.

величение количества ожогов в структуре бытового, производственного и военного травматизма, длительность заживления ожоговых ран, инвалидизация пострадавших и высокая смертность от термических травм – всё это ставит ожоговую болезнь в ряд актуальных проблем современной медицины.

При ожоговой болезни развивается комплекс патологических изменений, охватывающий все жизненно важные системы организма. Ожоговая травма вызывает повреждение кожных покровов и подлежащих тканей

с нарушением рецепторных, терморегулирующих и других функций, является причиной тяжелого состояния обожженных. Это приводит к нарушению различных видов обмена: белкового, углеводного, жирового, электролитного, которые трудно поддаются полноценной коррекции. Массивное разрушение тканей ожогом сопровождается расстройством гемодинамики с резким нарушением микроциркуляции, изменениями водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия и приводит к нарушению проницаемости сосудистой стенки, а также повреждению эндотелия. Внутрисосудистые тромбообразования усугубляют нарушение микроциркуляции и, следовательно, ишемическое повреждение органов и тканей. Интенсивная терапия тяжелообожженных пациентов - длительный и весьма дорогостоящий комплекс хирургических и реанимационных мероприятий.



Прогноз для жизни, тяжесть и длительность интенсивной терапии, количество наркозов и оперативных вмешательств, стоимость интенсивной терапии, инвалидизация и косметические последствия в значительной степени зависят от состояния (площади и глубины некроза) и эволюции ожоговой раны в процессе интенсивной терапии. Длительный постельный режим тяжелообожженных пациентов с неизбежной нутритивной недостаточностью при нахождении на обычной кровати часто приводит к развитию пролежней, которые сами по себе могут приводить к сепсису и серьезно утяжелять состояние больного, длительность и стоимость интенсивной терапии, ухудшать прогноз для жизни и инвалидности. Нахождение обожженного на функциональной кровати увеличивает плазмопотерю, углубляет пограничные и поверхностные ожоги, донорские раны после аутодермопластики. Кроме того, увлажнение ожогового струпа создает благоприят-



Высокий уровень ph в микросфере обеспечивает создание гигиенической среды и воздуха, предотвращая дальнейшее развитие бактерий на теле пациента.

ные условия для развития в ране и генерализации синегнойной инфекции.

Для решения этих проблем при лечении пострадавших с обширными ожогами в нашем отделении используются флюидизирующие кровати. При нахождении больного на такой кровати обеспечивается давление на кожные покровы и ожоговые раны ниже давления закрытия капилляров (12 мм рт. ст.).

В процессе флюидизирующей терапии создается сухая среда в ране и есть возможность управления температурой кварцевого песка (в пределах +33 – +39 °C). Эта функция кровати позволяет согревать больного в ожоговом шоке и в раннем постнаркозном периоде – после перевязки и аутодермопластики.

Опыт показывает, что через 5–7 суток после получения шокогенной ожоговой травмы у большинства пациентов начинается сепсис, одним из клинических проявлений которого является стойкая гипертермия. Для ее купирования у ряда больных, наряду с фармакологической терапией, приходится применять и физические меры охлаждения, что наиболее удобно реализовать на флюидизирующей кровати, снизив температуру песка до +34 – +33 °C.

На сегодняшний день в ОАР № 4 ожогового центра для лечения больных с большой площадью ожога используют флюидизирующие кровати SAT-1, создающие максимально комфортное и бережное отношение к пациенту с ожоговой травмой.

При заданной программе в кровати мы получаем эффект псевдожидкости, или «сухой» жидкости, посредством флюидизации микрошариков (микросфер) потоком воздуха (то есть человек как бы «плавает» в потоке кварцевых микросфер, так как их плотность равна плотности воды). Воздух, пропускаемый через микросферы, предварительно нагревается до заданной температуры.

Благодаря системе микросфер мы получаем пу-

зырьковый эффект, который помогает сохранить необходимую циркуляцию крови как через поврежденные, так и через неповрежденные участки тела.

Высокий уровень ph в микросфере обеспечивает создание гигиенической среды и воздуха, предотвращая дальнейшее развитие бактерий на теле пациента.

У больных в стадии острой ожоговой токсемии, в комплекс лечения которых была включена SAT-1, частота развития сепсиса, его выраженность, продолжительность и стоимость интенсивной терапии, количество наркозов, перевязок и операций были значительно ниже, чем у лиц, получавших только стандартную интенсивную терапию.

Несмотря на то, что противоожоговая флюидизирующая кровать стоит 56 000 евро, а одна фильтрующая простыня на такую кровать – 80 200 рублей, использование этого современного оборудования дает существенный не только медико-социальный эффект, но и экономический.

Таким образом, использование в комплексе интенсивной терапии тяжелообожженных флюидизирующих противоожоговых-противопролежневых установок позволяет снизить летальность, сократить количество анестезий, перевязок и операций, существенно уменьшить продолжительность и стоимость лечения.



Итоги работы КГБУЗ «КГДБ №8» за 2021 год с детьми, перенесшими COVID-19

М.Ю. Маслова, Е.П. Горбылева, А.В. Починкова, Л.В. Зиновьева

В начале года принято подводить итоги, строить планы на будущее. Но с 2020 года весь мир живет под знаком новой коронавирусной инфекции, и наша жизнь очень изменилась. На передовой по борьбе с вирусом – первичное звено больницы.

В поликлиниках участковые врачи-педиатры обслуживают вызовы к детям на дом, ведут прием маленьких пациентов, проводят профилактические медицинские осмотры в поликлиниках и организованных

коллективах. Но если у заболевшего положительный тест на COVID-19, то наблюдение за ребенком и лечение проводят врачи «ковидных» бригад на дому. В течение 2021 года одновременно работали от двух до семи бригад врачей.

За 2021 год в больнице зарегистрирован 3321 случай новой коронавирусной инфекции, что составило 41,5 на 1000 прикрепленного детского населения и 2,8% в структуре первичной заболеваемости прикрепленного населения.



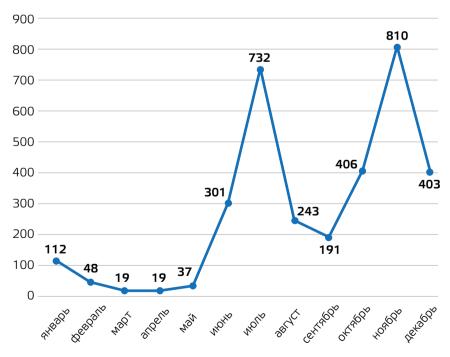
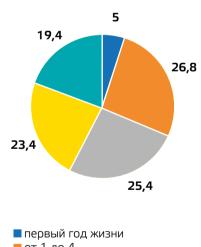


Рисунок 1. Распределение заболевших детей по месяцам 2021 года В возрастной структуре:

- дети от 1 до 4 лет 26,8%
- дети от 5 до 9 лет 25,4%
- дети от 10 до 14 лет 23,4%
- подростки от 15 до 17 лет 19,4%
- дети первого года жизни 5,0%



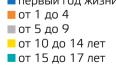


Рисунок 2. Возрастная структура детей с диагнозом «COVID-19» (%)

Дети с легкой и бессимптомной формой заболевания наблюдались и получали лечение на дому. Бессимптомное течение COVID-19 отмечалось у 166 детей (5%). Диагноз выставлялся при положительном ПЦР-тесте у контактных детей из семейных очагов.

Противовирусную терапию получили 32% заболевших детей. Это дети из группы риска: возрастная категория – дети первых трех лет жизни, а также дети, имеющие хронические заболевания эндокринной системы и болезни органов дыхания.

При ухудшении состояния детей госпитализировали в «ковидный» госпиталь КГБУЗ «КМДКБ $N^{\circ}1$ ». За 2021 год в стационар было направлено 133 ребенка (4,0%) от всех заболевших).



Все дети, выписанные из стационара, взяты под диспансерное наблюдение сроком на 1 год.

По результатам проведенного анализа: COVID-19 у детей в 2021 году протекал преимущественно в легкой и бессимптомной форме. Реже болели дети от 0 до 1 года. Нуждались в госпитализации 4% заболевших. Причиной ухудшающей течения COVID-19 являлись хронические заболевания пациентов. Среди них чаще встречались болезни крови и эндокринной системы. Осложнения коронавирусной инфекции у детей пневмонией отмечалось в 1,1% случаев. Повторно заболевших COVID-19 не зарегистрировано.

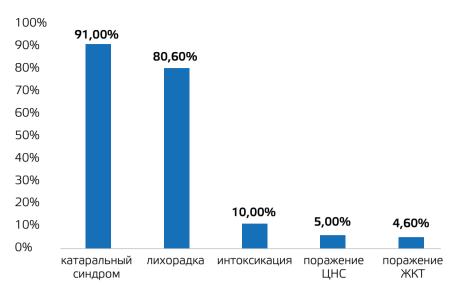


Рисунок 3. Ведущие клинические синдромы у амбулаторных детей с COVID-19

Диагноз	Код МКБ-10	Количество пролеченных больных	% в структуре пролеченных больных
COVID-19	U07.1	133	100,0
Осложнения		•	
О. пневмония	J18.9	36	27,1%
Сопутствующие забол	евания		
Инфекционные и паразитарные болезни (иерсиниоз)	A04.6	2	1,6%
Болезни органов дыхания (бронхиальная астма)	J45.0	2	1,6%
Болезни кожи (аллергический дерматит)	L27.2	3	2,3%
Болезни крови (анемия)	D50.9	7	5,3%
Болезни эндокринной системы (ожирение)	E66.0	6	4,6%
Болезни нервной системы	G	3	2,3%
Заболевания мочевыделительной системы (инфекция мочевыводящих путей)	N39.0	4	3,0%
Болезни системы кровообращения	145.0	1	0,8%
Болезни глаза (конъюнктивит)	H10.0	2	1,6%
Отдельные состояния перина- тального периода	Р	2	1,6%



КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4»

Система наставничества в медицинской организации

А.П. Фокина, Л.А. Булахова, Т.А. Шагеев

ольница с 35-летней историей накопила значительный опыт в подготовке и адаптации новых сотрудников. В целом ряде мероприятий, в частности, проходят встречи с главным врачом и занятия в рамках «Школы молодого специалиста», которые дают знания по лечебной, оргметодработе, клинико-экспертным, экономическим и юридическим вопросам, особенностям работы профильных отделений, психологии. Ежегодно осенью в больнице проводится «Посвящение в профессию», где новички представляют себя и знакомятся с коллективом. Большую роль в адаптации играет наставничество.

Основное назначение наставничества – помощь молодым специалистам в их профессиональном становлении, приобретении профессиональных знаний и навыков выполнения служебных обязанностей, адаптация в коллективе, воспитание дисциплинированности и корпоративной культуры. В скорейшей адаптации заинтересован не только молодой работник, но и вся медицинская организация, так как приход неопытных специалистов снижает эффективность работы коллектива и всей организации в целом.

Какие задачи решаются посредством наставничества:

- ускорение процесса профессионального становления молодых специалистов, развитие их способности самостоятельно, качественно и ответственно выполнять функциональные обязанности;
- адаптация молодых специалистов к условиям труда;
- развитие мотивации к эффективной профессиональной деятельности, способности самостоятельно и качественно выполнять задачи занимаемой должности и повышать свой профессиональный уровень;



- формирование у молодого специалиста сознательности, добросовестности, дисциплинированности, ответственности за свои поступки, доброжелательного и уважительного отношения к коллегам и пациентам. Воспитание корпоративной культуры, следование правилам и нормам медицинской этики и деонтологии;
- проверка наличия у молодого специалиста теоретических знаний и практических навыков по выполнению обязанностей, самостоятельному проведению молодым специалистом диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в соответствии с профессиональным стандартом, на основе утвержденных порядков оказания медицинской помощи и действующих клинических рекомендаций;
- содействие усвоению молодым специалистом теоретических знаний, практических навыков и опыта наставника;
- определение профессионального потенциала молодого специалиста.

В российском правовом поле создается стройная система, регулирующая институт наставничества с подробным описанием всех аспектов наставничества и адаптации молодого специалиста в нормативной документации. Основными регламентирующими документами являются: Указ президента РФ №254 от 06.06.2019 г. «О стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года»; Постановление правительства РФ от 27.12.2018 г. №2950-р «Об утверждении плана мероприятий по концепции содействия развитию добровольчества в РФ до 2025 года; Приказ Министерства здравоохранения РФ №172 от 09.03.2021 г. «Об утверждении

положения о департаменте медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении РФ»; Приказ Министерства здравоохранения РФ №707н 08.10.2015 г. (ред. 04.09.2020 г.) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

Наставничество применяется в отношении сотрудников, исполнение должностных обязанностей которых требует профессионального становления, развития и адаптации, в том числе расширения или освоения новых профессиональных знаний, овладения новыми навыками, а также для тех, кто не имеет опыта практической деятельности по соответствующей специальности: а) для получивших высшее профессиональное образование - специалитет и прошедших первичную аккредитацию специалиста; б) для получивших высшее профессиональное образование - ординатуру и прошедших первичную специализированную аккредитацию; в) для получивших дополнительное профессиональное образование по программе профессиональной переподготовки и прошедших первичную специализированную аккредитацию.

С 2014 года в Красноярской межрайонной клинической больнице №4 действует наставничество - программа профессиональной адаптации, направленная на повышение профессионального мастерства и уровня компетенций молодых врачей, медицинских сестер, биологов в первый год их работы в учреждении, овладение нормами медицинской этики и деонтологии, повышение культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни больницы. Сотрудник приобретает статус молодого специалиста. Вначале и по окончании работы с молодым специалистом проводится анкетирование, которое позволяет определять исходный уровень подготовки, потенциал и результативность. Наставник - опытный сотрудник, обладающий высокими профессиональными и нравственными качествами.



С начала действия программы в стенах КГБУЗ «КМКБ N^24 » через наставничество прошли 116 молодых специалистов (табл. N^21).

Год	Врачи	Медсестры	Биолог	Менеджер
2014	12	3		
2015	12	5	2	
2016	10	3		
2017	4	7		1
2018	6	6		
2019	11	6		
2020	11	9		
2021	6	1	1	
Итого	72	40	3	1

Таблица №1. Молодые специалисты (наставляемые) в КГБУЗ «КМКБ №4».

Работа молодого специалиста построена на основании программы профессиональной адаптации и осуществляется в соответствии с планом работы, в который входит список тематических занятий: по правилам оформления медицинской документации, нормативно-правовой базе, неотложным состояниям, фармакотерапии, этике и деонтологии, навыкам общения, финансовой грамотности и т.п. Занятия проводятся заместителями главного врача и заведующими отделениями. Молодой специалист ведет дневник, где отражает все этапы плана работы с отметкой о выполнении и занятия с наставниками по изучению клинических протоколов и практической работе.



Успех системы наставничества в большой степени зависит от того, кто будет являться наставником. Этот человек помимо большого практического опыта и высокого профессионализма должен четко понимать свою роль, быть коммуникабельным, уметь передавать смысл своих идей, иметь авторитет среди коллег. К наставничеству привлекаются специалисты КГБУЗ «КМКБ №4», имеющие



первую или высшую квалификационную категорию, со стажем работы не менее 5 лет. Перечень должностей врача-наставника определяется в соответствии с Приказом Минздрава России от 08.10.2015 г. №707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Ред. 04.09.2020 г.). Назначение наставников осуществляется на добровольной основе с обязательным письменным согласием лица, назначаемого наставником.

В период осуществления обязанностей наставнику производятся стимулирующие выплаты. Их размер и кратность определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Кандидатуры наставников определяются главным врачом, главной медицинской сестрой, заместителями главного врача в соответствии со следующими личностными качествами: позитивный стиль общения и мировосприятия, педагогические навыки, умение решать проблемы, способность выделять приоритеты, особенности личного влияния и авторитет среди коллег. Список наставников утверждается приказом главного врача.

Контроль за организацией наставничества проводит руководитель кадровой службы медицинской организации, который:

- обеспечивает систематическое рассмотрение вопросов организации наставничества на оперативных совещаниях;
- предлагает меры поощрения наставников;
- обеспечивает организационное сопровождение наставничества:
- а) в информационном обеспечении подбора наставников;
- б) анализе, обобщении опыта работы наставников; в) в поддержании контакта с наставником и лицом, в отношении которого осуществляется наставничество.

Ежеквартально главный врач контролирует работу молодых специалистов, оценивая, как прохо-

дит адаптация в коллективе и как молодые врачи, медсестры и лаборанты осваивают профессиональные навыки, а также знания клинических протоколов, нормативных документов – приказов министерства здравоохранения. Наставляемые очно предоставляют отчеты и выполненные планы главному врачу Альбине Павловне Фокиной, проводится собеседование.

Такие отчетные встречи нужны для того, чтобы понимать, насколько эффективно работает наставник, каким уровнем подготовки обладают молодые специалисты, каким моментам необходимо уделить внимание, чтобы помощь, которую они оказывают, была эффективной, безопасной и качественной.

Результатами эффективной работы наставника считаются:

- освоение и использование молодым специалистом в практике клинических протоколов, нормативных правовых актов, регламентирующих исполнение должностных обязанностей, умение применять полученные теоретические знания в профессиональной деятельности;
- положительная мотивация к работе и профессиональному развитию;
- самостоятельность молодого специалиста при принятии решений и выполнении им должностных и профессиональных обязанностей;
- дисциплинированность и исполнительность при выполнении распоряжений и указаний, связанных со служебной деятельностью.

Результаты работы наставника могут учитываться при проведении его аттестации, продвижении по службе, материальном и нематериальном стимулировании.

Одним из важнейших направлений национального проекта «Здравоохранение» является федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами», цель которого – ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях. Больница на Кутузова активно работает в этом направлении с 2014 года.

Литература

- 1. «Методические рекомендации по организации наставничества в учреждениях здравоохранения». МР Министерства здравоохранения РФ. Москва. 2020 г.
- 2. Приказ Министерства здравоохранения РФ №172 от 09.03.2021 г. «Об утверждении положения о департаменте медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении РФ».
- 3. Приказ Министерства здравоохранения РФ №707н 08.10.2015 г. (ред. 04.09.2020 г.) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».
 - 4. Кадры ЛПУ «Положения об учреждениях здравоохранения, должностные инструкции». Составитель Басанова Ц.А. Москва. 2001 г.

Живот как жизнь

К юбилею заведующей гастроэнтерологическим отделением АМРБ



Текст – Таисия Аникина, пресс-секретарь АМРБ

Пациенты воспринимают Зинаиду Александровну Рябкову, заведующую гастроэнтерологическим отделением Ачинской межрайонной больницы, как маму, сестру или, по крайней мере, одну из самых-самых близких. Ведь их болезни, зачастую хронические, изматывающе долгие, с рецидивами, проходят в буквальном смысле через ее жизнь.



Птенцы ее гнезда

Встречаются доктор и пациент в этом большом отделении терапевтического стационара АМРБ очень часто. До сих пор Зинаида Александровна, которая 1 марта отметила свой 80-летний юбилей, приходя каждое утро на работу, начинает планерку с примерно такой фразы: «Девочки, я тут ночью подумала: а давайте-ка попробуем такому-то дать вот этот препарат...» Мысли о больных и о вверенном ей отделении не покидают эту хрупкую женщину, кажется, ни на минуту.

Окончив медучилище, она начала свой путь в профессии медсестрой. Затем в 1966 году поступила в Красноярский мединститут, по окончании которого в 1973 году была принята на должность врача-интерна легочного отделения, а в 1974-м, после интернатуры, ее пригласили работать ординатором гастроэнтерологического отделения. Спустя два года Зинаида Александровна возглавила отделение и является его бессменным руководителем до сих пор. Отвечая на вопрос, как мотивировать молодых коллег сохранить верность благородной профессии, доктор улыбается:

- Думаю, есть только один путь: работать хорошо самой. У меня, наверное, это получалось: многие мои интерны после достойного многолетнего труда уже вышли на пенсию.

Ее воспитанники, ныне уже признанные, заслуженные доктора, работают в Красноярске, Санкт-Петербурге, да много где еще.

И самые теплые слова, проникнутые гордостью за руководителя, в ее адрес произносят те медицинские сестры, которые трудятся с ней в родном отделении уже больше 40 лет – с тех пор, как пришли на работу в больницу сразу после окончания меди-

1970-е годы. Конкурс на лучшего медицинского сотрудника скорой помощи. В центре – Рябкова Зинаида Александровна (ныне заведующая гастроэнтерологическим отделением). Справа – Широков Евгений Игоревич.

цинского училища.

Очевидно, что секрет такого учителя прост: вдохновлять своим примером служения пациенту.

«Пришла – и работаю»

Про собственный путь к главному делу жизни Зинаида Рябкова говорит еще лаконичнее: «Просто пришла и работаю. Больше ничего не умею делать». Что поддерживает ее каждое утро, когда надо встать и идти, несмотря на все сложности, собственные неурядицы, в эпицентр страданий и боли? На этот вопрос Зинаида Александровна отвечает так:

– Потому что ты это дело знаешь, но... не каждый день умеешь. Так как учиться в этой профессии надо всю жизнь. Каждый очередной пациент – это новый человек, и его болезнь – это ребус, который надо разгадать.

В наше сложное «пандемийное» время, когда люди стали забывать о высоком статусе врача, отношение к медработникам порой потребительское, если не сказать больше – агрессивное.

Для Рябковой, учившейся у лучших преподавателей, отношение к делу особенное еще и потому, что у этой когорты «старой школы» иного подхода к работе попросту нет – они совершенно естественно живут преимущественно ею, причем круглосуточно.

За более чем полвека работы наша героиня увидела эволюцию абдоминальных болезней.





1979-80 гг. Второй ряд слева направо: Прокопьев Владимир Валерьевич (сын главного врача ЦРБ Валерия Логиновича Прокопьева, возглавлявшего больницу в 1972-1989 годы; анестезиологреаниматолог, начальник медицинской части, ныне работает на станции скорой медицинской помощи), Гуртовой Анатолий Иванович (хирург), Терегеря Николай Иванович (заведующий гнойной хирургией). Нижний ряд слева направо: Терегеря Людмила Иосифовна (заведующая физиотерапевтическим отделением), Демьяненко Руфина Васильевна (кардиолог), Рябкова Зинаида Александровна, Каминская Эмма Ивановна, выступает Заславская Миннриэта Владимировна (зав. пульмонологией).

И особый взрыв сознания специалистов произошел, конечно, от вторжения новой коронавирусной инфекции, когда постепенно стало понятно: привычные симптомы больше не укладываются в традиционные рамки клинической картины.

Сама Зинаида Александровна тоже перенесла коварную болезнь, но, слава Богу, вернулась к работе.

Таинственный тракт

Все органы, находящиеся во чреве, взаимосвязаны и весьма таинственны, как сказали бы доктора прошлого. Порой если у пациента колет в левом боку, не факт, что дело в поджелудочной железе, – так может заявлять о себе, к примеру, сердце. Такие «загадочные ребусы», профессиональные вызовы, случаются здесь регулярно, но ведь с желудочно-кишечным трактом иначе и быть не может. Поступила, допустим, больная с симптомами паранефрита, врачи должны как можно оперативнее разобраться: причина в почках, гинекологии или, может быть, в проблемах с ЖКТ.

На популярный сегодня вопрос, как питаться, чтобы сохранить здоровье, Рябкова отвечает, что она противница каких-либо строгих диет. Есть, по мнению опытного врача, нужно всё, но в меру. Ну и не переедать. Сама героиня, несмотря на почтенный возраст, уверяет, что она никогда не придерживалась жесткого режима питания.

Где родился

Красной нитью через всю жизнь проносит Зинаида Александровна позицию по поводу патриотизма. Пожалуй, тут дело отнюдь не в жесткости, а в сердечной склонности: доктор Рябкова просто очень любит малую родину. И даже когда в 70-е годы приехала на специализацию в цветущий, солнечный Тбилиси, первой мыслью, после того как сошла с трапа самолета, была такая: скорее бы домой, в Сибирь. Вероятно, именно такие горячие и преданные чувства к малой родине позволили Зинаиде Александровне так славно и долго служить Ачинску и его жителям, показав, что по-настоя-



Врачебная конференция. Справа второй ряд – Гуртовой, выступает – Зубкова Лариса Константиновна (кардиолог), справа от нее Каминская Эмма Ивановна, слева – Давыдова Валентина Ефимовна. Вторая слева – Рябкова Зинаида Александровна. Второй ряд слева – Широков Евгений Игоревич.

щему блестящим специалистом можно стать не обязательно в большом городе со всем арсеналом средств и достижений науки.

Люди о лидере

Старшая медсестра гастроэнтерологического отделения Татьяна Владимировна Богоянова рассказывает, что за время их совместной работы коллектив убедился не раз: Рябкова – очень сильный человек, профессионал и замечательный врач. Заслуживает уважения коллег и тот факт, что Зинаида Александровна, будучи совсем не из «гаджетного» поколения, прекрасно освоила компьютер и не стесняется уточнить и спросить совета по поводу программы или принтера.

К пациентам доктор применяет все необходимые тактики истинного психолога: с кем-то построже, с иными – мягче. В палате из ее уст вполне можно услышать увещевания в адрес рьяного и верного поклонника напитка с высоким градусом: «Ну что же ты пьешь, ведь ты понимаешь, что тебе категорически нельзя это делать!» Случается и такое, что бедолаге стыдно, и он делает вид, будто впервые оказался в отделении, якобы никого из персонала не



Подпись почетного гражданина города Шепилиной Н. Ф.: «Какая приятная компания! Спасибо вам всем за внимание и за то, что Вы есть! Зинаиде А. на память о встрече в День Победы. 9 Мая 1994 г. От Нины Ф.»



Верхний ряд слева направо: Заславская Миннриэта Владимировна (зав.пульмонологией), Грибачева Валентина Ивановна (пульмонолог). Нижний ряд слева направо: Зубкова Лариса Константиновна (кардиолог, зам.главного врача по ВЭК), Рябкова З. А., Янисова Гера Викторовна (невролог).

узнавая. С такими она строга и порой не стесняется пары слов из сленга - для лучшей доходчивости. К каждому - сугубо тонкий с психологической точки зрения и мудрый с житейской позиции подход. Коллеги настолько понимают любимую заведующую, что даже знают, о чем она порой молчит. Поэтому у них есть полное право утверждать: они одна семья, которая вместе уже больше сорока лет. Одни из самых опытных медсестер отделения Лариса Александровна Боронецкая и Ирина Николаевна Мироненко, которые трудятся с Зинаидой Александровной с 1987 года, вспоминают необычные случаи, когда команда под руководством заведующей спасала пациентов. Ну а с самого начала с нашим доктором шагают по этому пути основные старожилы гастроотделения: с 1980 года - Галина Николаевна Путно, а с 1981-го - Татьяна Антоновна Женихова. Однажды ночью, вспоминают девчата, привезли тяжелую женщину с осложненным в виде хронической почечной недостаточности сахарным диабетом. Рябкову срочно вызвали из дома и до утра переливали кровь, так как тогда в терапии еще не было отделения реанимации. Если сегодня чаще всего госпитализируют пациентов с отравлением суррогатами, случаются и укусы змей, то тогда довольно регулярными были отравления угарным газом. Сестры вспоминают, как поступила молодая девушка с таким отравлением, барокамеры не было, и Рябкова проводила необходимые мероприятия прямо на месте, незамедлительно и высокопрофессионально. Коллеги отмечают, что Зинаида Александровна и тогда, и сейчас может и капельницу поставить, и не страшится проводить сложную абдоминальную пункцию, за которую не всегда рискуют браться менее опытные доктора.

До сих пор, рассказывают ее девчонки, уходя вечером домой, заведующая наказывает дежурной смене по поводу тяжелого пациента: «Вы мне позвони-



80-е годы. З.А. Рябкова с коллегами. Верхний ряд слева направо: Мишхожева Надежда Георгиевна (ст. медсестра гастроэнтерологического отделения), Мирошникова (Романчик) Анна Петровна (детский врач-эндокринолог, дочь прославленного детского врача Прасковьи Васильевны Мирошниковой), Елена Олеговна Ларионова (врач-гастроэнтеролог, затем уехала в Германию), Врона Елена Владимировна (врач-гастроэнтеролог, ныне главный врач железнодорожной больницы). Нижний ряд слева направо: Белякова Людмила Михайловна (врач-эндокринолог, позже уехала жить и работать в Волгоград), Мельникова Валентина Петровна (врач-гастроэнтеролог, в 2011 г. работала в управлении здравоохранения Ачинска).

те и скажите, какой придет анализ». Особенно это касается профиля эндокринологии.

Пациентов она, как профессионал с большим сердцем, жалеет, а обстоятельства жизни детей и внуков своих девочек из коллектива отлично знает и всегда спрашивает, как у них дела.

Руководитель и врач с большой буквы – без преувеличения легенда Ачинской межрайонной больницы – благодарит всех верных их делу коллег за то, что шли рядом столько лет. А стойкости и беспримерной силе духа у этого человека можно поучиться. От имени коллектива АМРБ и благодарных пациентов поздравляем нашего доктора с днем рождения и желаем здоровья и радости.



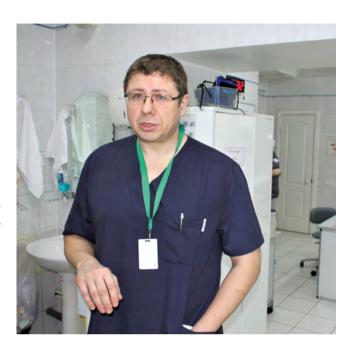
Homo Patient – **Человек Терпеливый**

Николай Довбыш, заведующий отделением анестезиологии и реанимации №5 ККБ, рассказал о своем опыте пациента, а также о том, чего хотят больные инфекционной реанимации.

11 июня 2021 года я заболел, стало ясно, что это коронавирусная инфекция. 14 июня поступил в стационар, а уже 18-го в связи с ухудшением состояния был переведен в отделение реанимации, где провел около месяца. Затем меня отправили на долечивание в кардиореанимацию, там я находился около двух недель.

Не ожидал, что болезнь будет протекать так тяжело. Это была первая волна, никто ещё тогда не был привит. Инфошум, который создали вокруг - о том, что болеют чаще азиаты, пожилые и пациенты с отягощенным анамнезом, давал основания полагать, что у меня, 47-летнего на тот момент мужчины без особых проблем со здоровьем, ведущего довольно здоровый образ жизни, болезнь пройдет едва ли тяжелее обычной ОРВИ. Заболела и моя жена, правда, у нее ситуация была чуть лучше - КТ-1-2, она тоже лежала здесь, в ККБ. У меня поражение легких было обширнее - КТ-4, более 75%. Как меня перевели в реанимацию, я не помню - была гипоксия, сильная интоксикация, энцефалопатия. Сознание вернулось только через четыре дня - 22-го июня. Когда мое состояние стабилизировалось, температура спала и исчезла необходимость неинвазивной вентиляции легких, я понял, что все это может закончиться фиброзом легких, а это означает пожизненную тяжелую инвалидизацию, жизнь с кислородным концентратором, прощание с нормальным деятельным существованием. Малейшее движение давало тяжелейшую одышку.

Конечно, когда я находился в отделении реанимации нашей больницы, мне было позволено несколько больше, чем обычно разрешается пациентам: я мог вставать в туалет, мне разрешали помыться с кислородным баллоном. Но и я, в свою очередь, понимал больше про то, почему медики делают что-то именно так. Например,



Как меня перевели в реанимацию, я не помню – была гипоксия, сильная интоксикация, энцефалопатия.

почему необходимо, чтобы горел свет в палате, пусть не яркий, но он должен быть: лежат тяжелые пациенты, за ними надо наблюдать. Почему персонал ходит круглосуточно – опять же из-за необходимости постоянного контроля. Почему не закрываются двери – по той же причине. Почему присутствует фоновый шум – работает жизнеобеспечивающая и диагностическая аппаратура.

Стоит отметить, что под ковидную реанимацию были отведены не специальные помещения (они и сейчас задействованы), а бывшие операционные, и они не приспособлены для этого изначально – нет низового освещения, нет прикроватного освещения, нет застекленного окна между палатой и постом. Кроме того, мы помним, что и нормативы по обеспечению персоналом соблюдать было невозможно. По нормам на одну медсестру в реанимации должно приходиться три пациента, на одного доктора – шесть, санитарка тоже на шесть пациентов. Здесь же о таком соотношении не могло быть и речи.



Самое неприятное, с эмоциональной точки зрения, это когда умирают люди, лежащие с тобой по соседству. В ковидной реанимации такое, к сожалению, случается довольно часто. И неважно, есть у тебя медицинское образование или нет, - к этому не привыкнешь. Но будучи врачом, понимаешь еще и то, что после интубации при ковиде очень высокая летальность, а значит, если бригада начала эту процедуру с твоим соседом, то шансов у него все меньше.

Чего хочется, когда находишься в реанимации? Чтобы кто-то подошел и помог сделать то, чего ты не можешь сделать сам, потому что слишком слаб: взять стакан, накрыться простыней, поменять позу. Но лучше, если ты все-таки что-то можешь сделать сам, делай это. Большой необходимости в общении или невербальном контакте я лично не испытывал. Думаю, большинству пациентов в тяжелом состоянии не до разговоров. Да и некогда этим заниматься ни врачам, ни медсе-

страм, ни санитарам. Может быть, когда здравоохранение подстроится под «военную» ситуацию пандемии, когда медиков будет хватать, то эта проблема нивелируется.

Однако в силах медработников сделать элементарные вещи, улучшающие положение больного, например - разделить пространство, чтобы пациенты не видели друг друга, чтобы была создана приватность для совершения естественных отправлений, чтобы персонал был вежлив, соблюдал этику и деонтологию. Чтобы отношение к пациенту было как к живому человеку, а не вместилищу болезни.

И еще один важный момент: нас всех в медицинских вузах и колледжах, конечно же, обучают медицинской этике и деонтологии. В пору моей учебы заведующим соответствующей кафедрой в КрасГМИ был замечательный хирург Андрей Николаевич Орлов, он преподавал нам эту дисциплину, и делал это блестяще. Однако есть понятие профпригодности. В медицину должны идти те, кто усвоил сострадание, эмпатию, понимание еще в семье, кто имеет желание и способность помогать.

По-английски «пациент» - patient. Одновремен-

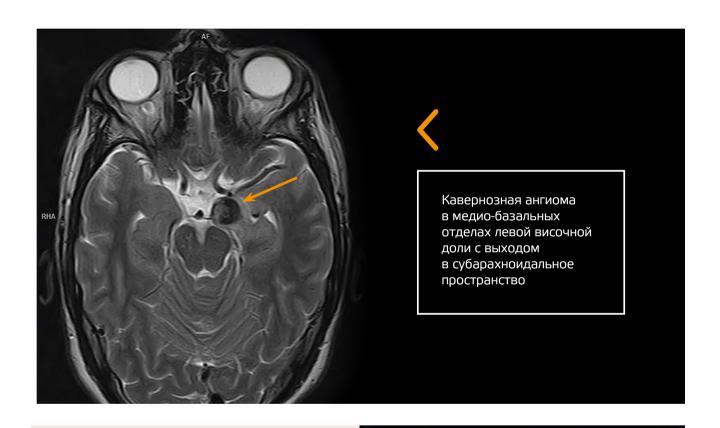
В медицину должны идти те, кто усвоил сострадание, эмпатию, понимание еще в семье, кто имеет желание и способность помогать.

но с этим значением слово имеет и другое - «терпеливый». И этим все сказано, ведь так или иначе пациенту приходится терпеть: неудобства, боль, потерю комфорта, страх. Наша задача - сократить его страдания как по времени, так и по интенсивности переживания.

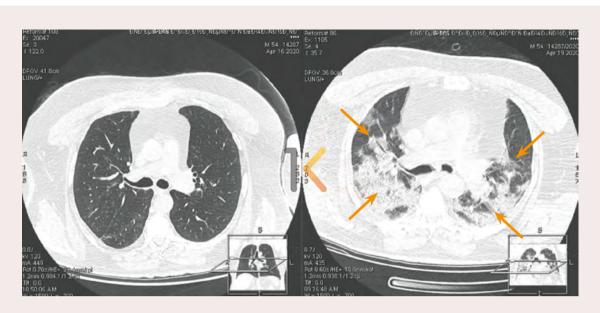


Casus Extraordinarus

В работе отделения лучевой диагностики порой встречаются такие клинические случаи, которые сопровождены интересными снимками – уникален сам клинический случай или полученная картинка ярко демонстрирует патологию. В этом номере мы представляем вашему вниманию такой ряд исследований, которым рентгенологи не могли не поделиться с коллегами.

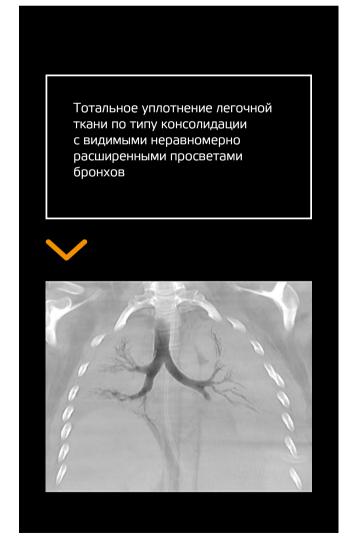


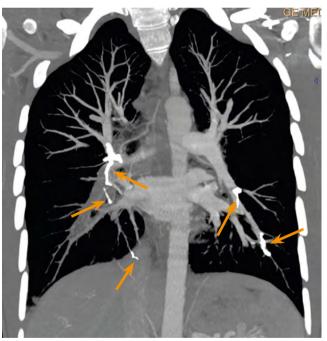






Трехдневная резко отрицательная динамика вирусной пневмонии при COVID-19







Эмболия легочных артерий как ослождение после РЭО артериовенозной мальформации головного мозга



Правило «золотого часа» при неотложных состояниях

Хирурги: Е.В. Чупраков, ассистент М.С. Суворов.

Анестезиологи: М.Ю. Кургина, В.И. Кузьменя.

ациент М., 32 года. Доставлен в ОАР № 6 27.01.2020 в 12:50 бригадой скорой медицинской помощи с входящим DS «криминальная травма от 27.01.2020». Проникающее колото-резаное ранение брюшной полости, внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок. Со слов врача бригады скорой медицинской помощи, ножевое ранение нанесено ориентировочно 30 минут назад, никакая помощь на догоспитальном этапе не была оказана, инфузионная терапия, венозный доступ отсутствовали. «Мы быстро схватили и повезли». Более никакой информации не было.

При осмотре в ОАР № 6 состояние крайней степени тяжести, нестабильное.

Уровень сознания - глубокое оглушение, что-либо выяснить у пациента не представляется возможным, речь несвязная, на простые вопросы после повторений отвечает односложно, быстро истощается. Кожные покровы бледные, холодные, цианоз носогубного треугольника, температура тела 35,8 град. С. ЧДД 24 в мин. SpO2 90%. Гемодинамика нестабильная - АД 50/30 мм рт.ст., ЧСС 150 уд. в мин. В области живота, в левом подреберье рана 3х0.5 см с ровными краями, острыми углами, при ревизии ход раны свободно проникает в брюшную полость. Состояние расценено как продолжающееся внутрибрюшное кровотечение, массивная кровопотеря, геморрагический шок III ст. Чтобы не упустить «золотой час», диагностические мероприятия (за исключением забора анализов по схеме) не проводились, учитывая характер травмы, крайнюю степень тяжести состояния.

Правило «золотого часа»: организм человека природой устроен так, что максимальные компенсаторные функции при внезапных и серьезных повреждениях эффективно поддерживают стабильное состояние примерно в течение часа. Затем наступает период постепенного истощения запасов прочности, и организм «выключает» менее нужные участки тела, стремясь обеспечить остатками жизненных сил самую главную свою часть – мозг. Именно в течение «золотого часа» вероятность того, что необходимое лечение предотвратит смерть пациента, наиболее высока.

Незамедлительно начата инфузионная терапия сбалансированными подогретыми растворами кристаллоидов, гемостатическими препаратами (согласно стандартам оказания помощи при массивной кровопотере). Через 10 минут от момента поступления в стационар пациент оказывается на операционном столе.

Первый анестезиолог после начала наркоза (введения препаратов, интубации трахеи) обеспечивает поддержание анестезии, мониторинг ИВЛ, ЖВФ. В полученных лабораторных показателях, при поступлении, уровень HGB 121 г\л.

Уровень HGB в первые час-полтора с момента получения травмы не является информативным вследствие централизации кровообращения и может находиться в пределах нормы\нижней границы нормы\незначительно снижен.

Второй анестезиолог собирает систему для непрерывной аутотрансфузии С.А.Т.S. С целью увеличения количества венозных коллекторов катетеризирует две центральные вены (яремная вена – слева, подключичная вена – справа).

Начало операции: 27.01.2020 в 13:10:01.

Выполнена срединная лапаротомия, во всех отделах брюшной полости кровь со сгустками. Кровь эвакуирована при помощи аппарата С.А.Т.S. с целью последующей реинфузии (интраоперационная кровопотеря составила более 3000 мл). При ревизии определяется рана левой доли печени в проекции 3-го сегмента 3х0.5 см с подтеканием крови. Выполнена мобилизация круглой и серповидной связки печени. Рана печени ушита П-образным швом, края дополнительно коагулированы. При дальнейшей ревизии брюшной полости более травматических повреждений не выявлено. Контроль брюшной полости на инородные тела, брюшная полость ушита послойно. Криминальные раны санированы, ушиты.

■ Завершение операции: 27.01.2020 в 14:40.

Во время операции проводилось физическое согревание пациента посредством термостабилизирующего матраса, инфузия подогретых сбалансированных растворов, температура ядра, по окончании оперативного вмешательства 36,4 °C. Интраоперационно инотропная поддержка не проводилась.

Интраоперационный мониторинг: неинвазивный АД: 60\30-90\60-125\80 мм.рт.ст. ЧСС: 150-110-90 уд.мин. SpO2: 90-94-99%.

Интраоперационная терапия: подогретые сбалансированные растворы кристаллоидов в объеме 3000 мл, СЗП 990 мл, криоприципитат – 20 доз.

Реинфузия крови с использованием С.А.Т.S. – 1650 мл. Общий объем инфузии – более 6000 мл. Уровень НGB на момент окончания оперативного вмешательства – 123 г\л.

По окончании оперативного вмешательства пациент транспортирован в ОАР в состоянии мед. седации на продленной ИВЛ.

В ОАР в 16:30 на фоне ясного сознания, хорошего мышечного тонуса, удовлетворительных показателей газового состава крови проведена экстубация трахеи. Позже сам пациент пояснил, что они

с давним знакомым, который длительно страдает психическим заболеванием, были в магазине, последний внезапно набросился на него и нанес ножевое ранение в область живота. После этого он почувствовал сильную слабость и более ничего не помнит.

28.01.2020 в 13:00 пациент переведен из ОАР в отделение торакальной хирургии. 02.02.2020 выписан из стационара.

Алексей Макаревский,

и.о. заведующего приемным отделением:

Данный случай не является чем-то из ряда вон выходящим. Это обыденная работа для сотрудников экстренной службы нашей клиники. Характерной чертой такой работы является не поспешность как сама цель, а разумная тактика действий на всех этапах оказания помощи, включая догоспитальный, проведения лечебно-диагностических мероприятий в необходимом объеме, не влекущем за собой необоснованную потерю времени и ухудшение прогноза состояния пациента. С этой целью и были учреждены стандарты оказания медицинской помощи, полностью адаптированные к условиям и возможностям краевой больницы, с учетом конкретных времени и места нахождения каждого члена бригады, объема мероприятий, выполняемых каждым сотрудником. Разработана и внедрена логистика перемещения по лечебно-диагностическому маршруту пациентов приемного отделения в зависимости от степени тяжести их состояния.

В нашу жизнь прочно вошли понятия «дверь-баллон», «время до нейровизуализации», «время до операционной». Это отрезки времени, имеющие в прямом смысле жизненную ценность.

Оказание квалифицированной медицинской помощи в кратчайшие сроки позволяет не только спасти жизнь нашим пациентам, но и избежать инвалидизации. Создание стандарта – труд, безусловно, коллективный: руководство клиники, специалисты отдела СМК, специалисты профильных подразделений, сотрудники кафедр медицинского университета принимали непосредственное и самое активное участие в создании этих документов. А сотрудники СоСМП принимали непосредственное участие как в создании, так и в реализации этих проектов в жизнь.

Необходимо заметить, что можно создать любые гениальные СТУ, начертить множество разноцветных стрелок на полу, но без вовлеченности сотрудников подразделений, активнейшего и искренне заинтересованного их участия в общем деле успехов достичь невозможно. Только понимание того, что вклад каждого отдельного сотрудника бригады, собранной для оказания медицинской помощи конкретному человеку, в сумме позволит добиться отличного результата. Залог успеха заложен в стандартизации и командной работе.



Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – недооцененная проблема

проф. О.В. Первова, проф. Д.В. Черданцев, Д.И. Гилаева, С.Н. Масленников, И.В. Блау

рыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одним из наиболее распространенных вариантов нарушения висцеральной анатомии. Данное состояние характеризуется смещением любых органов брюшной полости, кроме пищевода, в грудную полость через диафрагмальное отверстие [1, 5, 13, 16, 20]. В большинстве случаев для грыж ПОД характерна недостаточность нижнего пищеводного сфинктера и, как следствие, развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Это приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений эпителия, рефлюксэзофагита, а у части больных - цилиндроклеточной метаплазии – пищевода Барретта [1, 2, 4, 14, 17].

В большинстве случаев ГПОД отличаются бессимптомным течением и диагностируются случайно, особенно при наличии у пациентов внепищеводных симптомов. Параэзофагеальные грыжи при прогрессировании могут вызывать такие серьезные осложнения, как рефлюкс-эзофагит, пептическая язва пищевода, перфорация и стриктура пищевода, пищеводное кровотечение, ущемленная грыжа, в 50% случаев наблюдается анемия [3, 4, 6, 7, 11, 19, 21].

Современная анатомическая классификация, принятая консенсусами большинства европейских стран и США, выделяет I–IV типы ГПОД [10, 15, 17].

- 1. Тип I скользящие ГПОД, при которых гастроэзофагеальный переход смещается выше диафрагмы. Желудок остается в своем обычном продольном положении, а дно остается ниже гастроэзофагеального перехода.
- 2. Тип II классические параэзофагеальные грыжи, характеризуются тем, что при неизмененном

гастроэзофагеальном переходе часть дна желудка, прилежащая к пищеводу, выходит через диафрагмальное окно.

- 3. Тип III представляет собой комбинацию типов I и II, причем через пищеводное отверстие диафрагмы выпячиваются гастроэзофагеальный переход, дно и тело желудка.
- 4. Тип IV характеризуется наличием выше диафрагмы помимо желудка другого органа брюшной полости.

Наиболее тяжелая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (в т.ч. пищевод Барретта) встречается именно при первом типе ГПОД. Из параэзофагеальных грыж более 90% относятся к типу III [3, 4, 17, 19].

В литературе часто встречается термин «гигантская параэзофагеальная грыжа», это определение в современной концепции несколько устарело, но многие относят к ним все грыжи ІІІ и ІV типов, которые имеют более половины желудка в грудной клетке.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в большинстве случаев являются приобретенным состоянием. Причиной развития ГПОД является структурная деградация соединительнотканных волокон (эластина) пищеводно-диафрагмальной мембраны. Определенную роль может играть ослабление связочного аппарата желудка или других органов. Этими механизмами объясняется рост распространенности грыж пищеводного отверстия диафрагмы с возрастом, достигая у лиц старше 50 лет 60% [6, 7, 8, 9, 12, 16, 17].

Предрасполагающими факторами возникновения ГПОД являются расширение пищеводного отверстия диафрагмы, растяжение пищеводно-диафрагмальной мембраны, укорочение пищевода (спастическое или рубцовое), слабость



Рисунок 1. Клинические проявления ГЭРБ

соединительной ткани, состояния, характеризующиеся повышением внутрибрюшного давления (ожирение, беременность, кашель, метеоризм, частая рвота).

Значительная часть ГПОД протекают бессимптомно или имеют внепищеводную симптоматику, поэтому диагностируются случайно при проведении инструментальных исследований по поводу патологии сердечно-легочной системы. ГПОД, ассоциированная с рефлюкс-эзофагитом, имеет большое разнообразие клинических проявлений, наиболее часто встречаются: регургитация и ночная аспирация – у 40% пациентов, изжога и рефлюкс – у 86%, тошнота и рвота – у 40% [5, 8, 10].

При длительном течении ГПОД часто бессимптомно формируются крупных размеров параэзофагеальные грыжи, которые могут манифистировать с болями в грудной клетке некардиального генеза, часто на фоне приема пищи, одино- и дисфагии, с развитием в дальнейшем пищеводных симптомов ГЭРБ (рис. 1) [8, 9, 19, 20, 21].

Диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы основывается на полипозиционном

рентгеноконтрастном исследовании пищеводно-желудочного перехода, фиброгастроскопии, эндоскопической внутрижелудочной рН-метрии, манометрии пищевода [2, 3, 4, 10, 15]. По показаниям используется компьютерная томография.

Несмотря на широкую распространенность ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, до настоящего времени не разработан единый подход к тактике лечения этих больных.

В последнее время мы наблюдаем достаточное количество случаев, когда пациенты с выраженной клиникой ГЭРБ на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы годами подвергаются симптоматической терапии (в лучшем случае), не обращаясь за хирургической помощью, или им отказывают в лечении по разным причинам. Тем временем диафрагмальные грыжи увеличиваются в размерах, приобретают осложненное течение, и пациенты приходят к нам в крайне «запущенном» состоянии, с ГПОД III-IV типов, компрессией органов грудной клетки, укорочением пищевода, пищеводом Барретта и др., и мы вынуждены их оперировать в очень неблагоприятных условиях.

Среди хирургических методов лечения ГПОД предпочтение отдается миниинвазивным методикам – лапароскопической фундопликации. Такой доступ позволяет прецизионно выполнить все этапы операции с хорошей визуализацией, бережным отношением к тканям и наилучшими результатами. Кроме того, данный метод лечения позволяет выполнить симультанно вмешательство при сопутствующей патологии органов брюшной полости [5, 15, 20].

У нас есть опыт выполнения лапароскопических вмешательств при грыжах ПОД и одновременного хирургического лечения желчнокаменной болезни, грыж брюшной стенки любой локализации. Был случай, когда мы выполнили сразу три объема у одной пациентки из лапароскопического доступа – фундопликацию по поводу ГПОД ІІІ типа, холецистэктомию, и пластику послеоперационной вентральной грыжи, уложившись за 3,5 часа.

Сегодня хотелось бы представить клинический случай, который, к сожалению, стал довольно типичным в последнее время, так как количество подобных пациентов увеличивается и приобретает массовый характер.

Пациентка Л., 59 лет, впервые обратилась в 2017 году с жалобами на постоянную отрыжку, изжогу, регургитацию. При обследовании на R-скопии выявлена ГПОД тип III (рис. 2), пациентке были даны рекомендации по консервативному лечению, оперативного лечения предложено не было.

Спустя четыре года к предыдущим жалобам добавились интенсивные давящие боли за нижней третью грудины, в эпигастрии после приема твердой и полужидкой пищи, постоянная изжога, невозможность находиться в горизонтальном положении вследствие упорной регургитации (захлебывание желудочным содержимым), чувство комка в горле, невозможность работать в наклон. Пациентка самостоятельно вызывала рвоту для купирования боли, на этом фоне отметила снижение массы тела на 20 кг. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка диагностирована параэзофагельная грыжа ПОД с тотальным внутригрудным расположением желудка. В грудной клетке параэзофагеально определялся весь желудок (рис. 3).

На МСКТ визуализирована грыжа ПОД с внутригрудным субтотально-тотальным расположением желудка. На фиброгастродуоденоскопии отмечено изменение формы желудка

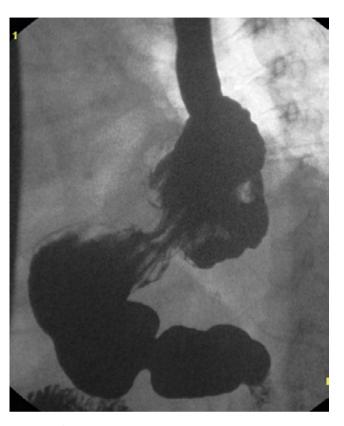


Рисунок 2. R-скопии пищевода и желудка – фиксированная параэзофагеальная ГПОД со смещением дна и части тела желудка (тип III). Пациентка Л., 2017 г.

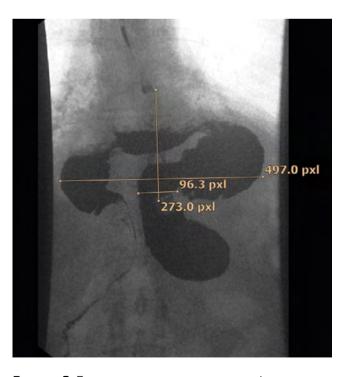


Рисунок 3. R-скопии пищевода и желудка – фиксированная параэзофагеальная ГПОД с тотальным смещением желудка. Пациентка Л., 2021 г.

за счет грыжи ПОД: желудок в виде подковы, привратник подтянут к кардиальному отделу желудка.

Учитывая клиническую и инструментальную картину, больная была консультирована профессором кафедры госпитальной хирургии О.В. Первовой, принято решение об оперативном лечении с применением видеоэндоскопических технологий.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение последних 10 лет, когда впервые появились и стали прогрессировать изжога и тяжесть в эпигастрии после приема пищи. С 2017 года постоянно принимала ингибиторы протонной помпы (омепразол) с временным положительным клиническим эффектом.

В октябре 2021 года в хирургическом отделении ККБ проведены: лапароскопическая фундопликация floppy-short Nissen, иссечение липомы заднего средостения, комбинированная (передняя и задняя) крурорафия, дренирование брюшной полости. Оперативное вмешательство было выполнено из пяти троакарных доступов: два по 10 мм и три по 5 мм, длительность составила 140 миню, объем кровопотери – 5 мл.

В качестве обязательного компонента для обеспечения бережного обращения к тканям средостения, пищеводу, желудку применяли ультразвуковой диссектор Harmonic. Интраоперационно исходная картина была следующей: пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 9 см в диаметре, в просвете его находилось 4/5 желудка, последний плотно фиксирован в средостении (рис. 4).

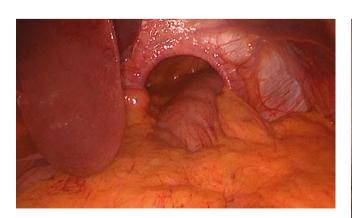


Рисунок 4. Грыжевые ворота – расширенные ножки диафрагмы, фиксированный в заднем средостении желудок

Все несколько осложнялось наличием больших размеров грыжевого мешка, содержащего практически весь желудок, а также крупных размеров липомой заднего средостения. Поэтапно грыжевой мешок в бессосудистом пространстве был мобилизован, низведен в брюшную полость вместе с желудком и липомой. Далее была выполнена диссекция пищевода и желудка от патологических жировых образований и брюшины грыжевого мешка, что позволило восстановить нормальную анатомию этой зоны (рис. 5).

Далее была выполнена комбинированная крурорафия – ушиты ножки диафрагмы, так чтобы желудок и другие органы брюшной полости больше не могли «проскочить» в грудную клетку. Учитывая большой размер грыжевого отверстия диафрагмы, швы были укреплены синтетическими прокладками (рис. 6). Кроме того, потребовалось дополнительное ушивание

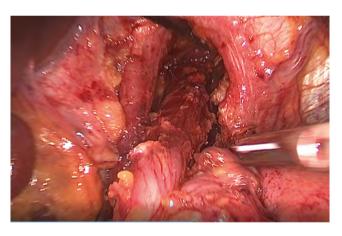


Рисунок 5. Пищевод и желудок выделены из заднего средостения. Продолжается диссекция липомы

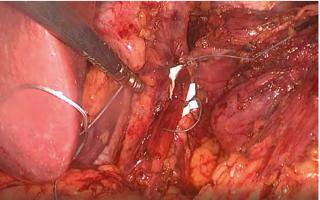


Рисунок 6. Нижняя крурорафия (ушивание ножек диафрагмы позади пищевода)



ножек диафрагмы впереди пищевода. Следующим этапом был выполнен антирефлюксный этап – манжетка вокруг абдоминального отдела пищевода, сформированная из кардиальной части желудка по floppy-short Nissen (рис. 7).

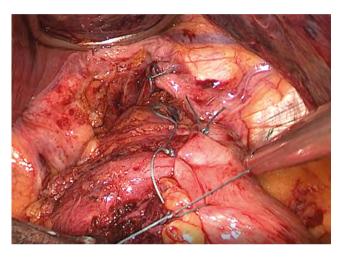


Рисунок 7. Ушитые ножки диафрагмы сверху. Завершающий этап формирования антирефлюксной манжетки floppy-short Nissen

Больная была экстубирована на операционном столе, сразу переведена в палату профильного хирургического отделения. В послеоперационном периоде проводилась стандартная инфузионная терапия. В первые сутки после операции пациентка была активизирована, пила воду, на следующие сутки принимала жидкую пищу. Начиная с первых суток после операции чувствовала себя удовлетворительно, смогла питаться, симптомы пищеводной и желудочной диспепсии были купированы полностью. Несмотря на большой объем оперативного вмешательства, изменений со стороны лабораторных показателей не было, также все было спокойно при инструментальных исследованиях. Это позволило выписать пациентку из стационара на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

В послеоперационном периоде пациентке рекомендовали дробное питание, воздержаться от интенсивных физических нагрузок, отказаться от газированных напитков. Медикаментозная коррекция предполагает назначение курса антисекреторной и цитопротективной терапии.

Выводы

- 1. ГПОД нуждаются в более пристальном внимании со стороны как хирургов, так и специалистов терапевтического профиля. Нередко клиническая картина хиатальных грыж маскируется под заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что приводит к поздней диагностике и осложненному течению заболевания.
- 2. Зачастую ГПОД больших размеров являются результатом прогрессирования небольших скользящих грыж, которые с годами при неблагоприятных обстоятельствах трансформируются в фиксированные в заднем средостении параэзофагеальные, формируя там патологическую полость, начинают компрометировать соседние органы и вызывать соответствующую симптоматику.
- 3. Своевременная коррекция в ряде случаев могла бы помочь избежать осложненного течения этого заболевания, но вопрос о своеременной диагностике пока остается открытым.
- 4. «Гигантские» параэзофагеальные грыжи перестали быть редкостью и в последнее время встречаются все чаще. За последние полгода у 50% оперированных нами больных были диагностированы именно такие варианты хиатальных грыж с осложненным течением, всем им были успешно выполнены реконструктивные операции из лапароскопического доступа.
- 5. В настоящее время хирургическое лечение ГПОД I типа из лапароскопического доступа является стандартом, характеризуется прекрасными клиническими результатами, минимальным периодом реабилитации. Оперативное лечение осложненных субтотально-тотальных грыж ПОД (III-IV типы) сопряжено с определенными техническими трудностями, повышенным риском повреждения органов средостения и брюшной полости, поэтому требует от оперирующего хирурга не только мастерства экспертного уровня, «хирургического чутья», но и ответственности за возможные осложнения.

Список литературы

- 1. Василевский Д. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (под ред. С.Ф. Багненко) / Д. Василевский, В. Кулагин // М.: СИМК, 2015. 216 с.
- 2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70-97. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97
 - 3. Кубышкин В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В. Кубышкин, Б. Корняк // М.: СПРОС, 1999. 208 с.
 - 4. Тумасова И.Н., Шавкута Г.В., Дерижанова И.С. Клиникоэндоскопические и морфологические особенности эрозивных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта при долгосрочном наблюдении в амбулаторно-поликлинической практике. Медицинская наука и образование Урала. 2010;11(3(63)):147-149. eLIBRARY ID: 22783827
 - 5. Altorki, N. Massive hiatal hernias: the anatomic basis of repair / N. Altorki, D. Yankelevitz, D. Skinner // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1998. Vol. 115. P. 828- 835.
 - 6. Association of kyphosis and spinal skeletal abnormalities with intrathoracic stomach: a link toward understanding its pathogenesis / M. Polomsky [et al.] // J. Am. Coll. Surg. 2009. Vol. 208. P. 562-569.
- 7. Chan, K. Giant hiatus hernia and association with gastro-oesophageal reflux: a review / K. Chan, B. Smithers, M. Hii // J. Clin. Gastroenterol. Treat. 2017. Vol. 3. P. 1-7.
- 8. Collagen type III alpha I is a gastro-oesophageal reflux disease susceptibility gene and a male risk factor for hiatus hernia / B. Asling [et al.] // Gut. 2009. Vol. 58. P. 1063-1069.
- 9. Critical evaluation of a novel DualMesh repair for large hiatal hernias / E. Hazebroek [et al.] // Surg. Endosc. 2009. Vol. 23. P. 193-196.
- 10. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease / K. Fuchs [et al.] // Surg. Endosc. 2014. Vol. 28. P. 1753–1773.
- 11. Echocardiographic aspects of hiatal hernia: A review / R. Khouzam [et al.] // J. Clin. Ultrasound. 2007. Vol. 35. P. 196-203.
- 12. Elastic fiber depletion in the supporting ligaments of the gastroesophageal junction: a structural basis for the development of hiatal hernia / J. Curci [et al.] // J. Am. Coll. Surg. 2008. Vol. 207. P. 191-196.
 - 13. Farhangmehr, N. Paraoesophageal hernias: a surgical perspective / N. Farhangmehr, T. Liakakos, A. Charalabopoulos // Gastrointest. Dig. Syst. 2017. Vol. 7. P. 520-523.
- 14. Granderath, F. Gastroesophageal reflux disease / F. Granderath, T. Kamolz, R. Pointner // Springer-Verlag. Wien., 2006. 320 p.
 - 15. Guidelines for the management of hiatal hernia / G. Kohn [et al.] // Surg. Endosc. 2013. Vol. 12. P. 4409-4428.
- 16. Hiatal hernia recurrence: surgical complication or disease? Electron microscope findings of the diaphragmatic pillars / L. Fei [et al.] // J. Gastrointest. Surg. 2009. Vol. 13. P. 459 464.
 - 17. Hiatal hernias / C. Dean [et al.] // Surg. Radiol. Anat. 2012. Vol. 34. P. 291-299.
- 18. Hutter, M. Paraesophageal and other complex diaphragmatic hernias. In: Yeo C. (ed.) Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract / M. Hutter, D. Rattner // Saunders Elsevier, 2007, Philadelphia, P. 549-562.
- 19. Krause, W. Bowel in chest: type IV hiatal hernia / W. Krause, J. Roberts, R. Garcia-Montilla // Clinical Medicine & Research. 2016. Vol. 14. P. 93-96.
 - 20. Laparoscopic repair of large paraesophageal hernia is associated with a low incidence of recurrence and reoperation / J. Andujar [et al.] // Surg. Endosc. 2004. Vol. 18. P. 444-447.
 - 21. Morbidity and mortality associated with elective or emergency paraesophageal hernia repair / J. Kaplan [et al.] // JAMA Surg. 2015. Vol. 150. P. 1094-1096.



Знаменательные даты



Отделению гастроэнтерологии

тделение гастроэнтерологии было организовано в краевой больнице в 1962 году по инициативе заведующего кафедрой госпитальной хирургии КГМИ Ильи Исакова и главного терапевта Красноярского края Марии Васильевны Шпатковской, которая возглавляла отделение на 40 коек с 1962-го по 1986 год. В отделении работали врачи П.В. Сущих, В.Ф. Оленева, Л.С. Горина, ассистенты кафедры М.А. Милютина, Э.Н. Коврова, медсестры Н.Д. Брюханова, О.В. Левшина, Н.Г. Шестова и др. Параллельно с открытием отделения в больнице начали работать специализированная лаборатория для исследования

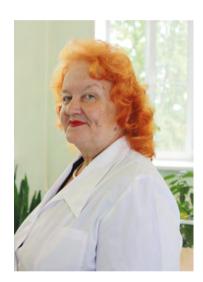
желудочного сока, кабинет дуоденального зондирования, а в поликлинике – кабинет гастроэнтеролога.

С 1986 года по 2006-й отделение возглавляла Любовь Ивановна Сураева.

В среднем за год в отделении проходили лечение около 600 пациентов с различной патологией органов пищеварения, средний койко-день составлял 17–20 дней.

В 1970-1980-е годы доктора имели дело в основном с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническими гепатитами и циррозами печени. При этом ничего не было известно о бактерии Helicobacter pylori, вызывающей воспалительные явления в агрессивной среде желудка, не определяли РНК

Сегодня же язвенная болезнь лечится преимущественно амбулаторно, и только в случае осложнений пациенты госпитализируются.



Л.И. Сураева заведовала отделением с 1986 по 2006 г.

Мария Васильевна Шпатаковская, первая зав. отд.1962-1986 гг.

и ДНК вирусов гепатитов, маркеры аутоиммунных гепатитов. Спектр препаратов в те годы был крайне ограничен, только начали появляться Н2-гистаминоблокаторы. Сегодня же язвенная болезнь лечится преимущественно амбулаторно, и только в случае осложнений пациенты госпитализируются. Эндоскопия и УЗИ стали внедряться в отделении в конце 1980-х. Докторам стала доступна для исследования поджелудочная железа, с того же времени проводится биопсия, первые малоинвазивные операции, например - рассечение



М.В. Шпатаковская выполняет фиброгастроскопию.

стриктур желчевыводящих путей, эмболизация селезеночной и печеночных артерий, пункционная биопсия печени под контролем УЗИ.

С 2006 года в связи с уходом на пенсию Л.И. Сураевой отделение возглавляет к.м.н. М.В. Песегова. С этого же времени на базе отделения начали проводиться многоцентровые международные клинические исследования для пациентов с патологией печени и ВЗК.

В настоящее время в отделении ежегодно проходят обследование и лечение около 1100 пациентов с гепатитами различной этиологии, аутоимунными заболеваниями: язвенным колитом, болезнью Крона, редкой патологией, такой как синдром Кароли, глютеновой энтеропатией, получают помощь также пациенты с панкреатитом, циррозами печени, паразитарными заболеваниями. Проводится дифференциальная диагностика, определяется дальнейшая тактика лечения. Увеличение количества пролеченных больных и сокращение койко-дня до 8,5 стало возможным за счет

внедрения новых, современных технологий обследований и лечения. Развитие и внедрение новых технологий осуществляется в том числе и благодаря тесному сотрудничеству с отделениями эндоскопии, УЗИ, рентген-диагностики и клинико-диагностической лабораторией.

На базе отделения в 2009 году создан центр антицитокиновой терапии, применяемой при воспалительных заболеваниях кишечника. К услугам врачей весь спектр необходимых исследований: колоноскопия, томография, ФГДС, капсульная эндоскопия.

Последнее десятилетие ознаменовано значительным ро-

стом пациентов с аутоимунными заболеваниями, в том числе ВЗК - язвенным колитом и болезнью Крона различной локализации. С 2021 года, во многом благодаря поддержке главного врача Е.Е. Корчагина, на базе отделения за счет средств ОМС проходят лечение генно-инженерными препаратами больные с ВЗК. В планах создать единый краевой регистр пациентов с такими заболеваниями. Эта работа уже началась совместно с министерством здравоохранения Красноярского края.

Большую консультативную помощь врачам отделения всегда оказывала кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, возглавляемая до 2008 года проф. Ю.А. Терещенко, а в настоящее время проф. И.В. Демко. Непосредственными кураторами отделения были к.м.н. Э.Н. Коврова и к.м.н. И.В. Путинцева (по настоящее время).

Продолжает работать, осуществляя платный прием в поликлинике, старожил отделения Л.С. Горина. Много лет работают Н.Ю. Брудская, Н.Н. Подковырина. Пришли молодые, но очень грамотные врачи В.В. Курсинова, Г.Е. Флусова, А.Г. Хроян.

Отдельно хочется сказать самые теплые слова в адрес профессора Н.Н. Николаевой, много лет являвшейся главным гастроэнтерологом Красноярского края, которая нас многому научила и продолжает учить.



Коллектив отделения, 2012 г., в первом ряду четвертая слева зав отд. М.В. Песегова



55 лет

Легочноаллергологическому центру

ервый в СССР пульмонологический центр был организован в 1967 году (приказ МЗ СССР от 19.05.1967 г.) на базе Красноярской краевой больницы и назывался «Центр по лечению больных, страдающих заболеваниями органов дыхания нетуберкулезной этиологии». До этого времени в медучреждении было всего шесть пульмонологических коек при отделении гематологии, где лечились пациенты с легочной патологией. Идея организации пульмонологического центра принадлежит терапевту профессору Ефиму Семеновичу Брусиловскому. В 1965 г. ректором Красноярского медицинского института П.Г. Подзолковым он был приглашен в Красноярск и избран заведующим кафедрой госпитальной терапии (ныне кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО) одной из ведущих клинических кафедр вуза. Пятилетний пери-



Елена Андреевна Пучко, заведующая легочно-аллергологическим центром (1967–2017 г.), заслуженный врач РФ.



Ефим Семенович Брусиловский, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Красноярского медицинского института



Владимир Константинович Сологуб, 1954–1973 гг., главный врач ККБ

од трудовой деятельности Е.С. Брусиловского как руководителя кафедры и терапевтической клиники – заметная страница в истории университета, кафедры и терапевтической службы края.

Идея Е.С. Брусиловского совпала со стремлением главного врача краевой больницы Владимира Константиновича Сологуба развивать специализированные центры. Значительную лепту внес педиатр профессор Жан Жозефович Рапопорт, которого очень беспокоила высокая детская смертность. Он предложил объединить оказание специализированной пульмонологической помощи как взрослым, так и детям.

Практическая организация центра была возложена на Елену Андреевну Пучко. После сдачи госэкзамена по терапии профессор Е.С. Брусиловский пригласил ее

на работу, так на плечи молодого доктора была возложена тяжелая ноша по организации специализированного центра. Елена Андреевна была великолепным организатором, сплотившим взрослую и детскую пульмонологию, легочную хирургию, диагностические службы, методическую работу в единое целое.

В мае 1967 года центр уже принимал первых больных. На 160 койках располагались клинические отделения: легочной хирургии и интенсивной терапии на 40 коек (заведующая М.М. Архипенко); взрослое пульмонологическое отделение на 60 коек (заведующая Ю.Н. Рашес); детское пульмонологическое отделение на 60 коек (заведующая З.З. Кузнецова); базовое лечебно-диагностическое деление (лабораторный отдел, состоящий из иммунологиче-



Ю.Н. Рашес, заведующая пульмонологическим отделением, первый пульмонолог края, врач высшей квалификации

ской, бактериологической, цитологической, биохимической, аллергологической лабораторий), ряд специализированных кабинетов: функциональной диагностики, бронхоскопический, ингаляционный, рентгенологический, промывания бронхов, лечебной физкультуры, массажный. Заведующей этим отделом была сама Е.А. Пучко.

В 1973 году структура центра расширилась, были организованы два аллергологических отделения для взрослых и детей по 40 коек, он стал называться легочно-аллергологическим.

Единая структура (лечебная, диагностическая, методическая) дала возможность Е.С. Брусиловскому эффективно развивать научно-практические направления.



М.Г. Холодова, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии, куратор отделения

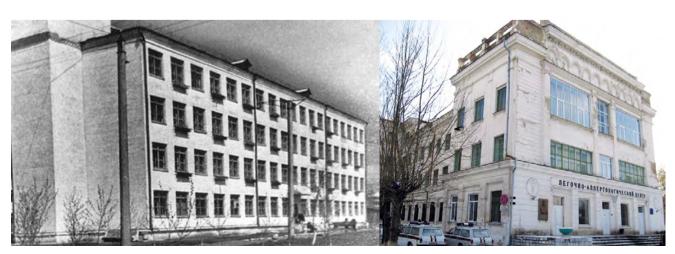
Профессор создал школу единомышленников, куда входили молодые ассистенты и врачи: М.Г. Холодова, Б.М. Кальник, В.В. Фефелова, В.Т. Хендогина, К.К. Гайдук, Л.И. Пелиновская, М.А. Сарова, Н.Б. Гордовская, М.Н. Котова, Е.А. Пучко, Ю.Н. Рашес, Т.П. Сизых. Ефим Семенович разработал большую научно-практическую программу. Современным пульмонологам и аллергологам могут показаться удивительными многие способы лечения при заболеваниях легких, которые сегодня не применяются в клинической практике, например: санационную терапию проводили через трахеостомию по Кюна или через носовой катетер промывали раствором фурацилина, отсасывали содержимое электроотсосом. Пневмонию лечили только пенициллином. Аллер-



М.В. Сарова, первый аллерголог края

гологические пробы проводили домашней пылью (больные с БА сами собирали пыль дома с мягкой мебели, ковров), в лаборатории готовили аллергены по методу Фрадкина из домашней пыли и пыльцы растений. В бактериологической лаборатории готовили аутовакцину из содержимого бронхов и применяли в лечении инфекционнозависимой БА.

Внедрялись все новые методы исследования функции внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы. Каждый диагностический кабинет курировали ассистенты кафедры, помогающие молодым врачам. Так шаг за шагом наращивались новые лечебные и диагностические возможности при легочной патологии.







М.Н. Котова, врач-бактериолог

учреждения нового типа, по-

зволяющего принимать и обу-

чать врачей из других регионов

страны: Сибири, Дальнего Вос-

тока, Средней Азии.

Научная клиническая и диагностическая база центра позволила выполнять функцию межрегионального спешиализированного медицинского



Н.А. Протопопова, рентгенолог

Организационно-методическая работа занимала значительную часть в деятельности центра. После накопления определенных навыков активно открывались специализированные пульмонологические отделения в крае, в крупных его регионах. Первые пульмонологические отделения были организованы

в Минусинске, Канске, немного позднее в Ачинске и Лесосибирске. В 1976 году в Норильске (п. Талнах) появился второй пульмонологический центр на 160 коек для оказания помощи Таймырскому национальному округу. В 70-е годы была организована пульмонологическая служба в Хакассии на 195 коек. В 1967 году на базе Краевой консультативной поликлиники начали организовываться специализированные кабинеты по профилю пульмонология и аллергология. Первым организован взрослый пульмонологический кабинет, вторым кабинетом был аллергологический. Вскоре появились детские аллергологический и пульмонологический кабинеты.

Активно развивалась научная программа, накопленный диагностический и лечебный материал обобщался в кандидатские диссертации, научные статьи.

- 1 -

Научные руководители Легочно-аллергологического центра



Ю.М. Лубенский, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии КГМИ, заслуженный деятель науки. Одним из приоритетных направлений считал внедрение и расширение оперативных вмешательств на легких, развитие интенсивной терапии при острых и хирургических нагноительных



Б.С. Граков, профессор, член-корреспондент РАМН, ректор Красноярского государственного медицинского института, огромное внимание уделял развитию грудной хирургии



Ж.Ж. Рапопорт, профессор, заведующий кафедрой педиатрии КГМИ. Под его руководством проводились все научные работы по педиатрии, в том числе при БОД у детей

заболеваниях легких



Ю.А. Терещенко, профессор, бывший заведующий кафедрой внутренних болезней №2 КрасГМУ. Под его руководством проводились научные исследования: «Эпидемиология БА», «Патогенетические механизмы и состояния регуляторных систем при БА», «Оптимизация диагностики и лечения болезней органов дыхания, изучение состояния миокарда при ХОБЛ» и другие

В 2007 году Ирина Владимировна Демко защищает докторскую диссертацию по двум специальностям: пульмонология 14.00.43, общественное здоровье и здравоохранение 14.00.33. С февраля 2008-го она возглавляет кафедру и является научным руководителем Легочно-аллергологического центра. За это время научное направление «Пульмонология» стало приоритетным в КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Запланированы комплексные научные темы по актуальным вопросам респираторной медицины.



Ирина Владимировна Демко д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, заслуженный врач РФ, главный внештатный пульмонолог и аллерголог-иммунолог МЗ Красноярского края, Сибирского федерального округа. С 2012 года возглавляет Красноярский филиал Российского респираторного общества (РРО). Ирина Владимировна награждена орденом имени Н.И. Пирогова за большой вклад в организацию диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, является ведущим членом экспертного совета при Российском респираторном обществе. Она активно занимается научно-исследовательской и образовательной деятельностью, разработала

большую научную программу: «Эпидемиология болезней органов дыхания в Красноярском крае», включающая ряд особенности направлений: клинико-функциональных характеристик морфологических молекулярных маркеров воспаления, патофизиологические и функциональные особенности течения БА при различных фенотипах, клинические особенности течения тяжелой пневмонии, новые патогенетические варианты течения ХОБЛ и др.

В 2019 году Ученым советом ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ утверждена Научная школа Демко И.В. «Фундаментальные и практические проблемы респираторной медицины, аллергологии и клинической иммунологии». Под руководством И.В. Демко защищено 13 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и две докторских. Для реализации научных проектов привлекаются средства грантов. Получено 17 грантов, в том числе грант РФФИ «Молекулярные механизмы формирования стероидорезистентности при бронхиальной астме».

На счету сотрудников центра более 600 публикаций, в ВАК рекомендованных журналах – более 180, монографии – 9.

Изменилась структура центра. В 2015 году из Краевой клинической больницы ушли детские отделения аллергологии и пульмонологии.

Очень серьезный урон нанесла пандемия ковидной инфекции. Эта проблема обозначила важность и актуальность заболеваний органов дыхания не только в «мирное» время, но и в период разгара инфекции, возникло понимание о диагнозе «Постковидный синдром», затяжное течение COVID-19 и др. Вся врачебная общественность включилась в лечение ковида и ассоциированных с ним пневмоний: терапевты, гастроэнтерологи, кардиологи, хирурги, травматологи и др. Конечно, в первых рядах были и остаются пульмонологи. Много было сделано, создано для улучшения оказания помощи людям, страдающим болезнями органов дыхания.

Время идет вперед, появляются новые заболевания, требующие иных лечебных и диагностических подходов. Универсальные технологии, позволяющие на молекулярном уровне поставить диагноз и определить тактику лечения. Технический прогресс требует внедрения все больших и больших возможностей решения проблем консультативных и диагностических в режиме онлайн. Однако всегда оставался и остается центром внимания пульмонологов и аллергологов именно пациент.

Татьяна Лившиц «Итоги дня»

Картина входит в серию работ, посвященных Морозовской детской городской клинической больнице. Художница писала этот цикл в 1960-1970-х годах.



На картине изображены врачи, которые работали в Морозовской больнице в то время. При свете настольной лампы они заполняют медицинские документы в конце дня. На заднем плане находится окно, которое выходит в палату. Там в одной из кроваток с высокими бортиками спит маленький пациент. Поперек другой кроватки натянута длинная резинка с погремушками — очевидно, эта палата предназначена для малышей.