

декабрь 2021 год

№ 7 (82)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



Лояльность,
удовлетворенность
и вовлеченность
персонала

Этика в общении врача и пациента
Опыт по ту сторону

**ККБ прошла ресертификационные
аудиты Росздравнадзора
и международного стандарта ISO 9001-2015**

Портреты

Илья Кульга
Олег Черкашин



краевая клиническая больница

основана в 1942



Всего в больнице работает

4 200 сотрудников

врачей

более
1 000

медицинских сестер

более
1 600

немедицинского персонала

более
1 600

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



170 500

посещений поликлиники
ККБ с целью получения
консультативно-
диагностической помощи

более
40 000
пациентов

лечатся в стационаре
больницы

из них более
5 300

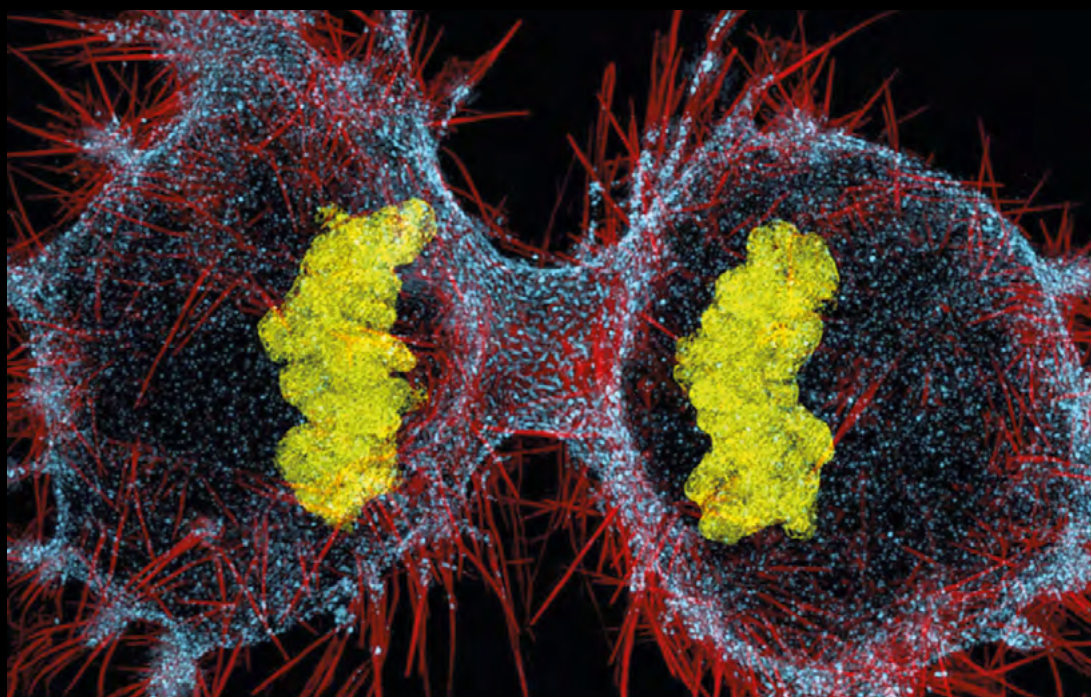
получают
высокотехнологичную
медицинскую помощь

Санитарная авиация
больницы
за год оказывает помощь

более **3 800**
пациентам

по данным на конец 2019 года

Деление человеческой клетки HeLa. Желтым выделена ДНК, синим – белок миозин, красным – белок актин. Увеличение 60х



Одним из важнейших достижений экспериментальной биологии нашего века стало создание методов культивирования клеток животных и растений *in vitro*. С помощью этого метода клетки самых разнообразных тканей можно выращивать на питательных средах, подобно бактериям или другим одноклеточным организмам. Множество клеточных культур человека изначально было получено из клеток раковых опухолей. Эти клетки могут делиться в культуре неограниченное число раз, и поэтому их называют бессмертными. Ученые долгое время были уверены, что как *in vitro*, так и *in vivo* бесконечно долго могут

делиться и нормальные клетки человека. Однако в начале 60-х годов XX века профессор анатомии Калифорнийского университета Леонард Хейфлик открыл ограничение числа делений у нормальных диплоидных клеток человека в клеточной культуре: приблизительно после 50 делений выявляются признаки старения, а далее они погибают («предел Хейфлика»). Этот феномен сильно зависит от возраста индивидуума, которому клетки изначально принадлежали: клетки новорожденных делились в культуре до 80–90 раз, а у 70-летнего человека – только 20–30 раз. Количество делений зависит от длины теломеров – концевых участков хромосом.



При разработке новых видов лечения учеными часто используются культуры таких клеток, выращенные в лабораториях. Одной из самых известных является HeLa – культура клеток эндотелия матки Генриетты Лакс. Эти клетки, адекватно имитирующие упрощенный человеческий организм, представляют собой хороший пример бессмертия раковых клеток.

Полученные в 1951 году несколько опухолевых клеток делятся по сей день, переносят в течение десятков лет замороженное состояние, поделены на части в разных пропорциях. На своей поверхности они несут достаточно универсальный набор рецепторов, что позволяет использовать их для исследования действия различных цитокинов; они очень неприхотливы в культивировании; хорошо переносят консервацию. Нормальные клетки человека имеют кариотип, состоящий из 46 хромосом, в то время как клетки HeLa – от 76 до 80 хромосом, в значительной степени мутированных. Даже по сравнению с другими раковыми клетками клетки HeLa растут чрезвычайно быстро. В свое время доктор Дж. Гей был поражен, увидев, что в течение 24 часов культивирования своего первого образца HeLa количество клеток удвоилось. За эти годы произведены тонны таких клеток, и все они являются «потомками» клеток опухоли Г. Лакс.

В большую науку эти клетки попали совершенно неожиданно. Они были взяты у женщины по имени Генриетта Лакс, которая вскоре после этого умерла, однако клеточная популяция убившей ее опухоли осталась жить. Генриетта была потомком белых плантаторов и их черных рабов, одна из дочерей в семье с десятком детей, проживала в городке Тернер в Южной Вирджинии

вместе с мужем и 5-ю детьми. 1 февраля 1951 года Генриетта Лакс поступила в гинекологическое отделение госпиталя Дж. Хопкинса: ее беспокоили кровавистые выделения в межменструальном периоде. При осмотре была обнаружена 23 см опухоль шейки матки. После проведения биопсии выставлен диагноз: «эпидермальная карцинома шейки матки». Восемь месяцев спустя, несмотря на оперативное лечение и радиационную терапию, в возрасте 31 года она умерла.

В ходе обследования лечащий врач отправил биопсию ее опухоли на анализ Джорджу Гею, руководителю лаборатории исследования клеток и тканей при университете Джонса Хопкинса, который занимался проблемой лечения рака и поиском бессмертной клеточной линии человека для научных исследований.

Он открыл необыкновенные свойства этих опухолевых клеток, которым было суждено стать первой человеческой культурой. Гею удалось выделить одну конкретную клетку, нарастить ее и начать клеточную линию. Вскоре ученый обнаружил, что клетки HeLa способны пережить даже пересылку по почте, и разослал их своим коллегам по всей стране. Очень скоро спрос на клетки HeLa вырос, и их растиражировали в лабораториях по всему миру. Они стали первой в мире стандартной клеточной линией, которая пролиферировала необычайно быстро.

В декабре 1960 года клетки HeLa полетели в космос на советском космическом аппарате «Спутник-6», в последующем они побывали там еще несколько раз. С тех пор HeLa применяли для клонирования (в том числе знаменитой овечки Долли), многочисленных генетических исследований, отработки методов искусственного оплодотворения и для тысяч других исследований. С 1972 года эти клетки активно используются в международной программе совместной борьбы с раком при участии медиков всего мира. Благодаря клеткам HeLa была выявлена связь ВПЧ и раком шейки матки, а также роль теломеразы в предотвращении деградации хромосом. За это Харальд цур Хаузен в 2008 году и Элизабет Блэкберн, Кэрол Грейдер и Джек Шостак в 2011-м были удостоены двух Нобелевских премий.

«Мать вирусологии, клеточных и тканевых технологий, биотехнологии, современной медицины» – вот далеко не полный перечень эпитетов, которые заслужила за многие десятилетия эта клеточная культура. Таким образом, невольный вклад Генриетты Лакс в медицину бесценен.

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

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 «Полиграфическая компания «Ситалл»
660074, г. Красноярск, ул. Борисова, 14,
стр. 2, оф. 513
Тел.: (391) 218-05-15
E-mail: sitall@sitall.com, www.sitall.com

Тираж 999 экз. Декабрь 2021 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

5,7,8,9 Новости

- 6 Слово редактора
- 10 Портрет | Илья Кульга
- 12 Портрет | Олег Черкашин
- 14 Оргздрав | Оценка удовлетворенности, лояльности и вовлеченности сотрудников ККБ
- 22 Опыт | 30-летие Ассоциации врачей-проктологов России, мастер-класс и успешная операция
- 24 Опыт пациента | Открытое письмо общественного деятеля Нюты Федермессер об этике в медицинских учреждениях с комментариями наших врачей
- 32 Партнерская страничка | Паллиативная помощь
- 36 Партнерская страничка | КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8». Важность грудного вскармливания
- 37 Casus extraordinarius | Опыт удаления амелобластомы тела угла нижней челюсти с одномоментной реконструкцией костной пластикой дефекта аутокостью из левого гребешка подвздошной кости
- 40 Casus extraordinarius | Симультанная операция: реконструкция желудочно-кишечного тракта и задняя сепарационная протезирующая пластика послеоперационной грыжи с потерей домена
- 44 Casus extraordinarius | Редкий случай развития декомпенсированного ангиоспазма после клипирования аневризмы внутренней сонной артерии без разрыва в анамнезе
- 48 Ex animo | Мария Язева: «Счастье – это рождение детей»
- 52 Знаменательные даты | Ачинской станции скорой медицинской помощи 100 лет
- 56 Новогодняя страничка | Важные события уходящего года



1 Эксперты Росздравнадзора вновь оценили ККБ как одну из самых безопасных в стране

В Краевой клинической больнице прошел аудит на соответствие деятельности медучреждения требованиям безопасности и качеству оказания медицинской помощи Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ.

Впервые ККБ прошла добровольный аудит, который был инициирован руководством больницы, в 2018 году. На тот момент она стала 8-й в стране, получившей сертификат Росздравнадзора. В качестве аудиторов в сертификации медицинских учреждений принимают участие специалисты Минздрава РФ, внештатные эксперты Национального института качества.

Эксперты проверяют десятки разделов, и это

очень сложная, напряженная работа и для самих проверяющих, и для сотрудников больницы. Особый упор делается на обеспечение безопасности и качества оказания медицинской помощи – начиная с идентификации пациента в приемном покое. Проверяется всё до мелочей: организация процессов в приемном отделении, оказание неотложной помощи, эпидемиологическая и лекарственная безопасность. Аудит длился три дня – два из них были посвящены оценке стационарной помощи, один – организации работы консультативно-диагностической поликлиники ККБ.

На итоговой встрече заместитель генерального директора Национального института качества Росздравнадзора Олег Швабский с первых слов выступления сообщил о результатах аудита.

– Мы признаем вашу больницу соответствующей уровню сертификации и с этим вас поздравляем, – сказал эксперт. – Триста организаций сейчас работают в нашем проекте, думаю, более чем в двухстах я побывал. Наш аудит – это не просто знакомство с организациями, это глубокое изучение их процессов, – пояснил Олег Швабский.

Эксперт заверил, что, по его мнению, Краевая клиническая больница Красноярск на сегодня находится в авангарде внедрения технологий управления качеством и безопасностью оказания медицинской помощи. По итогам аудита команда экспертов составит отчет, в котором будет представлен детальный анализ проведенной работы, даны рекомендации и предложения по дальнейшему совершенствованию работы отделений учреждения.

2 Состоялась первая в крае операция по хирургическому лечению эпилепсии

В ККБ успешно прооперировали пациентку с привисочной эпилепсией. Первую операцию провел специалист Федерального центра нейрохирургии из Новосибирска – заведующий отделением функциональной нейрохирургии Александр Дмитриев. Ассистировал ему нейрохирург Краевой клинической больницы профессор Павел Шнякин.

30-летняя пациентка заболела около двух лет назад. У нее начали случаться так называемые эпизоды замиранья на 10–30 секунд, и в это время она производила неосознаваемые стереотипные движения, так называемые автоматизмы. Сама женщина эти моменты не помнила, эпилептические приступы случались примерно раз в неделю, но в последнее время участились. Была диагностирована привисочная эпилепсия. Медикаментозная терапия оказалась неэффективной, поэтому женщине предложили оперативное лечение, на которое она и решилась. Суть хирургического вмешательства – в удалении структур мозга, формирующих очаг патологического возбуждения. Эффективность подобных операций свыше 80%. Через неделю после оперативного вмешательства



молодая женщина чувствовала себя хорошо и выписалась из больницы.

С развитием методики хирургического лечения эпилепсии в крае пациенты с такой патологией смогут обследоваться и лечиться в Красноярске, тогда как раньше им приходилось ждать очереди, а затем ездить в Москву или другие федеральные центры, что в их состоянии достаточно проблематично. Потребность в Красноярском крае с примерно тремя миллионами жителей на сегодня оценивается в 30 подобных операциях в год.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Почти два года мы живем в новой реальности, которая для нас связана с новыми испытаниями и технологиями. Однако пандемия не останавливает течения жизни, и мы должны продолжать развитие согласно планам. Поэтому значительную часть в этом номере занимают статьи про новые технологии. В частности, вы увидите материал о введении в практику хирургического лечения эпилепсии – успешная операция проведена недавно у нас в больнице. Еще один новый вид операций внедрились колопроктологи – прошла первая эндомикрохирургическая операция по трансректальному удалению опухоли прямой кишки. Внедряемые новые технологии касаются и управления работой больницы, направленной

на улучшение качества и безопасности медпомощи. Мы уже в течение шести лет активно занимаемся этой темой, и в декабре прошли три важных мероприятия: два ресертификационных аудита – Росздравнадзора и ISO, а также мы приняли участие в конференции «Медицина и качество – 2021», где наши сотрудники выступали, рассказывая о своем опыте. Успех наш в этих больших делах зависел во многом от двух ключевых фигур: Натальи Головиной и Надежды Николаевой, они блестяще организовали ход ресертификационных мероприятий, за что им огромное спасибо.

К новым технологиям также можно отнести и открытие кардиодиспансера. Мы исчерпали свои возможности в плане снижения смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, влияя на экстренно возникшие состояния, и теперь нам нужно обратить пристальное внимание на большую группу пациентов, страдающих хроническими формами заболеваний. Сейчас очень важно наладить наблюдение за такими пациентами по всему краю. Методологом должна выступить Краевая клиническая больница, для чего и создан кардиодиспансер. Мы продолжаем публиковать интервью с нашими коллегами, достижениями которых мы гор-

димся: Олег Черкашин с успехом выступил на упомянутой конференции с темой развития информационных технологий в больнице, а Илья Кульга почти год возглавляет инфекционный госпиталь и успешно справляется с этим.

Большой материал посвящен исследованию вовлеченности персонала больницы. И это один из приоритетов администрации – сделать так, чтобы все сотрудники работали не только эффективно, но и с радостью, удовольствием. Это исследование поможет двигаться в нужном направлении.

Начиная с этого номера мы вводим новую рубрику – «Опыт пациента», где будем разбирать реальные истории, которые помогут выявить «тонкие» места в оказании медпомощи и сделать правильные выводы. Первый материал рубрики – рассказ московского общественного деятеля и активистки хосписного движения Нюты Федермессер об опыте лечения в реанимационном отделении, сопровождаемый комментариями наших врачей.

Накануне Нового года, конечно же, хочу поздравить всех читателей журнала и сотрудников ККБ с наступающими праздниками, пожелать успешного развития, яркой профессиональной деятельности и личного благополучия!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая краевая»

Олег Швабский, заместитель генерального директора «Национального института качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, врач с многолетним стажем, эксперт качества оказания медицинской помощи, в своем видеотчете сказал, что ККБ – пожалуй, лучшая больница из тех двухсот в РФ, которые они inspectировали. Это слышать, конечно, приятно, но и ответственно. Тем выше планка ожи-

даний не только внешних – со стороны пациентов и их родственников, но и внутренних.

Вот эта внутренняя самомотивация к развитию, улучшению, движению – как раз то, что поражает в сильных и ярких людях, пассионариях нашего времени. Безусловно, работа в медицине требует именно такого характера. С наступающим Новым годом, дорогие коллеги!



О правилах передач для пациентов

В ноябре текущего года вышел приказ за подписью и.о. главного врача ККБ Натальи Головиной «О правилах передач для пациентов». Установлено время работы справочного бюро с 8:00 до 19:00. Прием передач осуществляется через справочное бюро в соответствии с перечнем продуктов питания, разрешенных к передаче пациентам. Родственникам рекомендовано уточнять у лечащего врача перечень продуктов, соответствующих лечебному столу пациента, и запрещено передавать продукты питания, не соответствующие ему. Совокупный вес передачи не должен превышать 5 кг. Доставка передач отделений зеленой зоны осуществляется силами среднего и младшего персонала отделений в 11:00, 14:00, 16:00 и 18:00. Передачи принимаются в целлофановых пакетах с указанием ФИО пациента и отделения. Доставка передач отделений красной зоны осуществляется грузчиками пищеблока в 13:00 и 17:00 в целлофановых пакетах с указанием ФИО пациента и отделения. Ответственность и контроль работы справочного бюро возлагается на начальника службы безопасности Максима Лапковского.

1. Алкогольные напитки
2. Грибы
3. Консервы любые
4. Кремовые кондитерские изделия (торты, пирожные)
5. Семечки, орехи неочищенные
6. Холодец, студень
7. Субпродукты (язык, сердце, почки)
8. Окрошка
9. Паштеты
10. Салаты, винегреты
11. Жареные во фритюре продукты питания и продукция общественного питания
12. Острые соусы, кетчупы, майонезы

Разрешается передавать:

1. Птицу отварную до 500 г
2. Яйца вареные до 2-х шт.
3. Колбаса, сосиски вареные до 200 г
4. Молоко пастеризованное, кефир до 0,5 л
5. Сметана до 200 г
6. Творог до 200 г
7. Сыр до 200 г
8. Овощи отварные очищенные до 200 г
9. Фрукты, предварительно мытые, до 1 кг
10. Сок в заводской упаковке до 1 л

Запрещается передавать:

Отдельно стоит сказать о качестве водопроводной питьевой воды – «Краском» контролирует его по 70-ти показателям, и все они соответствуют нормам. Поэтому питьевая вода в системе водопровода, в том числе в ККБ, абсолютно безопасна и пригодна к питью. Это избавляет от необходимости передавать пациентам бутилированную питьевую воду.

В ККБ открылся кардиодиспансер

Амбулаторный кардиодиспансер для жителей Красноярского края начал работу в консультативно-диагностической поликлинике Красноярской краевой клинической больницы. Его главная цель – своевременная помощь пациентам с хроническими патологиями системы кровообращения, находящимся в группе высокого риска.



Роман Хомченков,

руководитель амбулаторного
кардиодиспансера

Амбулаторный кардиодиспансер организован на базе Регионального сосудистого центра. Его персонал составляют 14 врачей-кардиологов, 6 медицинских сестер и санитар. В структуре диспансера работает кабинет высокого сердечно-сосудистого риска. Ранее кабинеты профилактики инфаркта и инсульта были созданы в межрайонных больницах, сейчас в них же тиражируются функции кабинетов высокого риска. Хорошие результаты работы уже показывают Канск и Лесосибирск, в дальнейшем такой опыт предстоит распространить и на другие районы края. Планы по созданию кардиодиспансера в Краевой клинической больнице вынашивались давно, поскольку в работе с пациентами, страдающими от

заболеваний сердечно-сосудистой системы, крайне важна эффективная вторичная профилактика. Основная задача врачей на сегодня – снизить смертность от болезней системы кровообращения в группе высокого риска, а в нее входят пациенты с сердечной недостаточностью 2–3 стадии, перенесшие инфаркт, операции на сердце и магистральных сосудах в течение года, больные с тяжелыми нарушениями ритма сердца, в том числе требующие подбора антикоагулянтной терапии, а также пациенты с наследственными нарушениями гемостаза и с резистентной к медикаментам гипертонией.

В дальнейшем в структуре диспансера планируется открытие антикоагулянтного кабинета, липидного центра, кабинетов неотложной помощи и хронической сердечной недостаточности.

Важно отметить, что в работе амбулаторного кардиодиспансера используется оптимальная маршрутизация пациентов – при выписке из стационара в диспансер человек, минуя лишние этапы, получает талон с датой, временем и номером кабинета, что максимально удобно и понятно. Кроме того, врачи-кардиологи и специалисты других профилей из районных и городских больниц могут направлять своих пациентов из группы риска в диспансер краевой больницы на бесплатное лечение.

Преобразования системы помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы направлены на таргетную работу именно с этой группой населения, что в конечном итоге способствует увеличению продолжительности жизни. Это соответствует целям Национального проекта РФ «Здравоохранение», одной из которых является снижение смертности от болезней системы кровообращения.

**Амбулаторный кардиологический диспансер
КГБУЗ ККБ на 6 декабря 2021г принял:**

- всего пациентов **8 941**,
- кабинет высокого сердечно-сосудистого риска – **528** пациентов,

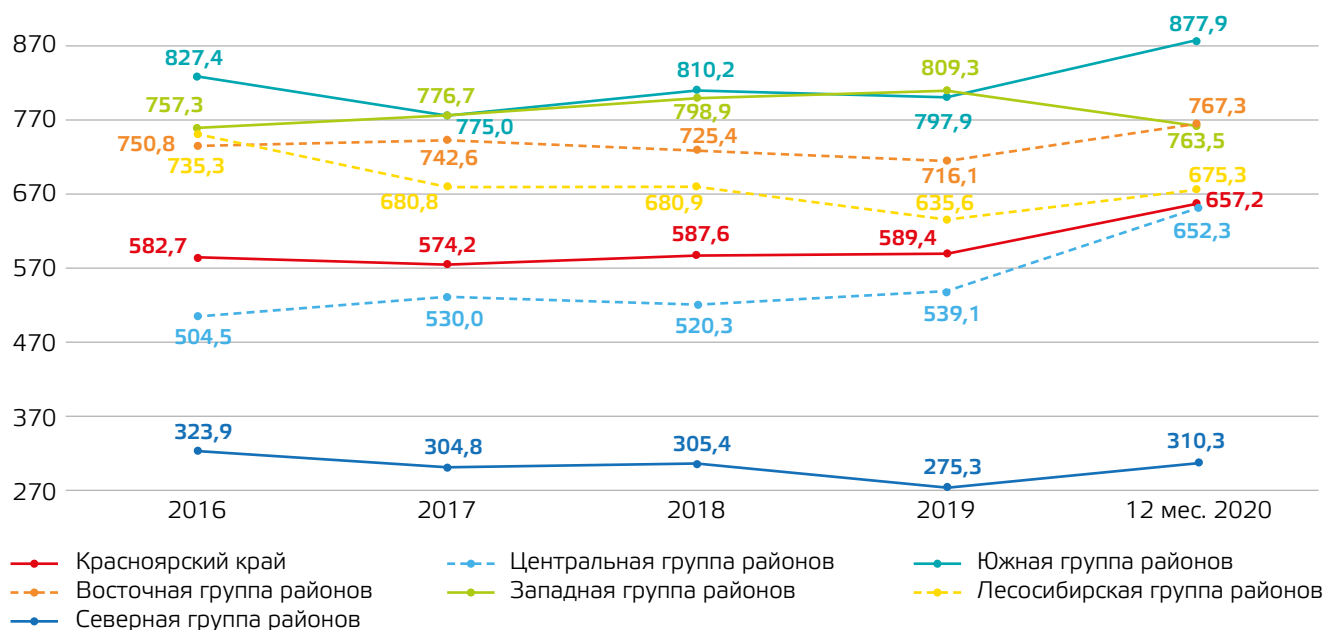
- аритмолог – **512** пациентов,
- кардиохирург – **361** пациент,
- инвазивный кардиолог – **644** пациента,
- проведено online-консультаций – **1 112**,
- проведено online-консультаций с федеральными центрами РФ – **2**.

В рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», проекта губернатора Красноярского края, кардиологи кардиодиспансера совместно с передвижным консультативно-диагностическим центром «Мобильная

поликлиника» осуществляют консультативный прием в отдаленных районах края. С момента организации кардиологического диспансера кардиолог оказал консультативную помощь **955** пациентам с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

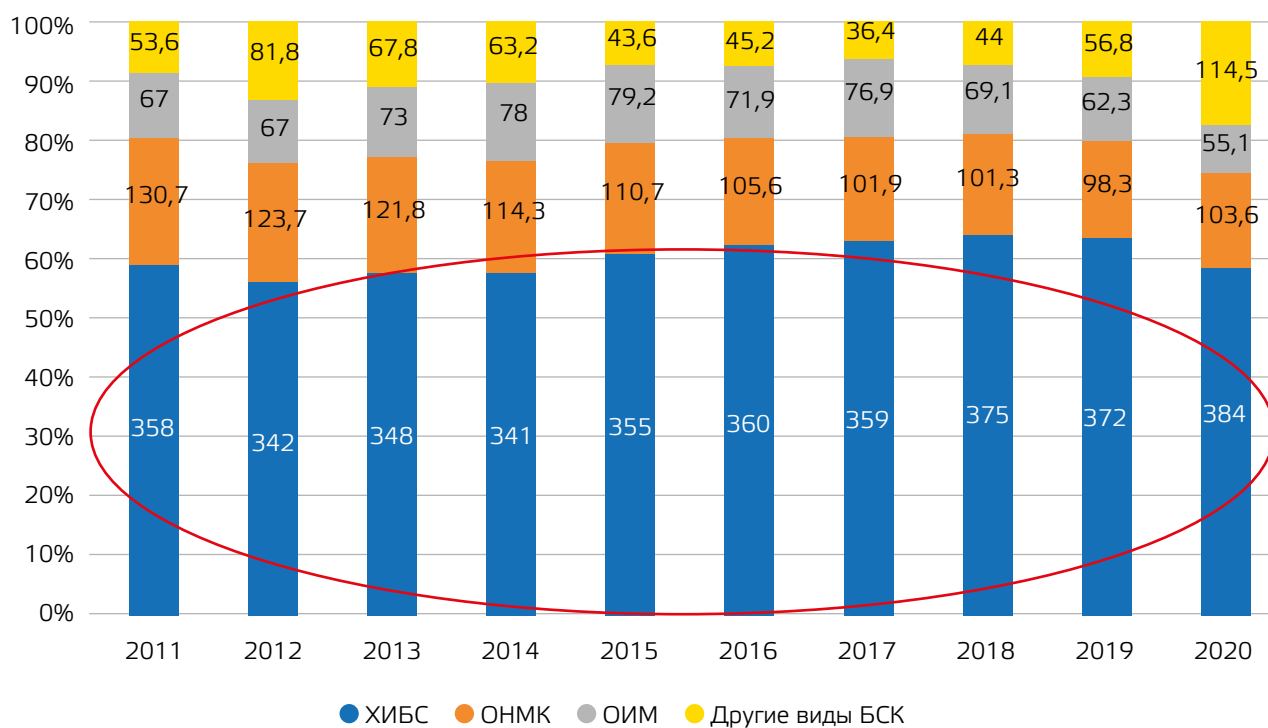
Смертность от болезней системы кровообращения за 2016–2020 годы (на 100 тыс. населения)

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению смертности от болезней системы кровообращения в группе пациентов высокого риска, что наглядно показывает график.



Структура смертности от БСК

Большой вклад в структуру болезней системы кровообращения вносит хроническая сердечная недостаточность.



Илья Кульга

Врач-нефролог и дублер заведующего отделением гемодиализа Краевой клинической больницы с 1 мая заступил на должность начальника Базового инфекционного госпиталя. Сегодня он на короткое время возвращается к основной работе, развивается как руководитель и признается в любви к нефрологии.

Илья Игоревич, расскажите, как складывался Ваш карьерный трек в период пандемии.

В ноябре будет год с тех пор, как я начал работать в ковидном госпитале. Основное мое место работы – отделение гемодиализа, в первую волну мы работали как врачи-терапевты приемного отделения вместе с Иваном Андреевичем Титенковым, в последующие волны – как врачи диализного зала. Тогда много стало поступать пациентов с коронавирусной инфекцией и ХПН, которым требуется гемодиализ. А с 1 мая я вышел уже в качестве начальника Базового инфекционного госпиталя.

Как проходило Ваше назначение?

В апреле я был в отпуске, и за два дня до этого мне позвонили, сказали, что надо принять управление госпиталем. Надо – так надо, вышел! Госпиталь – это наше общее дело, кому-то надо идти.

Какие мысли были, когда заходили в красную зону в самом начале?

Конечно, были опасения, абсолютно все неизвестное – от самой болезни до условий труда в СИЗах. Тем более что мы полностью меняли свой уклад жизни, заходя вначале на круглосуточное пребывание в стационаре. Я в первую волну прожил в госпитале два месяца, кто-то заходил и на три-четыре месяца. Но человек – такое существо: может привыкнуть ко многому. После двух-трех недель новой жизни начинаешь втягиваться, и дальше легче.

Вы отметили у себя рост и расширение профессионального кругозора в связи с новыми задачами?

Конечно! Мы все там, травматологи, хирурги, гинекологи, становимся еще немного инфекционистами и пульмонологами. Болезнь коварная, масса вариантов течения, изменяющаяся еще и из-за мутаций возбудителя. Сегодня мы работаем уже по 13-й редакции «Рекомендаций Росздравнадзора». Это, конечно, говорит о том, что сегодня идет активный поиск тактики лечения в том или ином случае.

Что стало самым сложным, когда Вы вышли уже в качестве начальника госпиталя?

Мне повезло в том плане, что в период моего выхода наступило затишье, было время втянуться. А уже с 1-го июня

начался аврал, до двухсот обращений в сутки в приемное отделение, до 80-ти госпитализаций. Бывало такое, что мы выходим с утра, а у нас 40–50 пациентов ожидают госпитализации, мест нет. И нужно было в кратчайшие сроки эти места организовать. Что значит организовать? Доставляли койки, порой казалось, что уже некуда их ставить, но всякий раз мы придумывали, как вместить еще несколько. Задействовали все – и ординаторские, и кабинеты, и «институтские» площади. И в принципе с каждой волной госпиталь все больше и больше «прокачивается», оптимизируется. Сегодня протянуто уже столько кислородных точек, фактически каждая кровать оснащена кислородной подводкой. Плюс у нас появилось огромное количество кислородных концентраторов и СИПАПов.

С каждой волной госпиталь все больше и больше «прокачивается», оптимизируется.

Сколько человек у Вас в подчинении было раньше, когда Вы выступали в роли дублера заведующего отделением, и сколько сейчас?

Раньше порядка сорока, теперь порядка пятисот. Конечно, сейчас я чувствую большую ответственность в связи с увеличением численности коллектива, тем более что само по себе направление деятельности все-таки новое, к нему приковано пристальное

внимание, сотрудники работают на износ. Под нашим наблюдением находятся более пятисот пациентов. А что касается применения инструментов управления, они одни и те же – что в первом случае, что во втором.

Я хочу сказать большое спасибо сотрудникам красной зоны – все понимают всю важность нашей работы, люди порой не считаются с личным временем, усталостью, своими желаниями, идут и работают.

Когда Вы заступали на эту должность, коллеги, уже побывавшие в этом качестве, помогали?

Конечно! И Артем Сергеевич Архипов, и Максим Сергеевич Суворов – да все помогали! В любое время дня и ночи отвечали на звонки, помогали и советом, и делом, огромное им спасибо. Эта поддержка была очень нужна.

Хочу сказать, часто слышу от коллег, кому в профессиональной деятельности довелось побывать в разных учреждениях, что в ККБ исторически сложился такой коллектив, в котором очень ценят взаимовыручку. Что у нас личный опыт становится достоянием общего багажа знаний, и тесное взаимодействие между профессионалами рождает успех в лечении наших пациентов. Надеюсь, наши подходы помогут быстрее выздоравливать нашим пациентам.



Олег Черкашин

Начальник отдела АСУ ККБ вместе с командой единомышленников запустил в действие корпоративную игру, которая связывает между собой сразу несколько проектов, над которыми трудятся IT-сотрудники совместно с другими подразделениями. Оценка удовлетворенности, лояльности, вовлеченности, системы аудитов и обучения – это лишь несколько тем упорной работы сегодня.

Игра стартовала. Насколько активно?

И Можно так сказать – игра началась. Люди реагируют по-разному. И нам предстоит разобраться во многих аспектах вовлеченности в нее. Конечно же, игра – она на то и игра, чтобы в ней было интересно участвовать. Есть люди, которые сразу же заинтересовались и стали выполнять задания, набирать бейджи (баллы), но есть и те, кто не видит для себя мотивации в участии.

С чего все начиналось?

Как часто это бывает в нашей больнице, главный врач побывал в столице, познакомился с кем-то из руководителей Сбера, и тот рассказал, что они в банке запускают геймификацию. В результате с визитом к нам был направлен руководитель лаборатории геймификации. На тот момент они уже занимались этой темой примерно год, было это в 2019-м. Через пару месяцев вынашивания идеи мы поняли, что у нас это тоже возможно, мы тоже можем управлять качеством с помощью геймификации. Как и банк, взяли за основу оценки клиентов (пациентов), обучение и аудиты. Однако индикаторы и процессы не были оцифрованы, по большей части велись по старинке. Возникла задача поставить их на IT-рельсы. Первое, что увидели люди, – изменился портал: появились группы, ленты новостей, подарки – несложные технологически опции.

А потом наступила пандемия. Мы думали, что к сентябрю 2020-го уже все сделаем, но получилось иначе – другие задачи оказались важнее. Почти на год планы затянулись. Первой стартовала программа оценки удовлетворенности пациентов с помощью индекса CSI. Наша СМК с отделом по работе с пациентами сгенерировала вопросы. Разработать сервис нам помог давний партнер – компания Medvox. И с марта 2021 года начался обзвон.

Второй элемент – система обучения в техническом смысле готова, по факту же она оказалась «мертвой». То есть существует некий пул тренингов, лекций, инструкций, регламентов, которые обязательны к широкому изучению. Но когда дело доходит до аудитов, то мы регулярно сталкиваемся с тем, что информация аудиторией не усвоена. Более того, аудитория частично

может не знать о ее существовании или обязательно-сти. И ранее какие-либо обучения проходили ситуативно, разово, несистемно. Поэтому вместе с СМК мы начали создавать «Базу знаний», аналог «Википедии», которую можно наполнять всевозможными видами информации. К ней «прививчивается» некая простая экзаменация по усвоению материалов обязательной части.

Из предыдущего раздела вытекает следующий – аудиты. Разумеется, и здесь мы должны заменить бумажный носитель на электронный, что было сделано и продолжает делаться. Собирая информацию чек-листов, мы составляем рейтинги и понимаем, какое отделение и по какой теме отстает или, наоборот, находится в авангарде. Далее мы придумывали бейджи, игровой баланс. По сути, игра была готова еще в начале 2020 года, большая работа – наполнить ее контентом, смыслами.

Главная мотивация любого человека – это его убеждения и ценности, а если вспомнить Шекспира, то вся наша жизнь – игра.

Теперь мы плавно подошли к вопросу мотивации...

Верно. Система кнута и пряника в управлении стара как мир. Однако когда коллектив составляет несколько тысяч человек – уже затруднительно мотивировать каждого в отдельности, нужна некая автоматическая система, стимулирующая в сотрудниках самомотивацию к росту, качественному выполнению обязанностей, инициативности, наставничеству и т.д. По нашей задумке должна помочь игра.

Во-первых, мотивирует сама игровая ситуация, ведь для человека это так естественно – соревноваться. Во-вторых, объединяющий момент – мы все видим здесь свои аватары, наглядно показана наша командность. И в-третьих, возможность получения какого-то приза – большого или маленького, материального или нематериального. Начиная с брендированной шариковой ручки и заканчивая кофе-брейком с главным врачом (ценное время общения с первым лицом организации).

Конечно, главная мотивация любого человека – это его убеждения и ценности, а если вспомнить Шекспира, то вся наша жизнь – игра. Надеюсь, что наша корпоративная ее версия удачно вплетется в стиль жизни Homo medicinae, украсит ее, внесет новые смыслы. И мы всегда открыты для обсуждения и предложений.



Исследование лояльности, вовлеченности и удовлетворенности сотрудников на примере КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



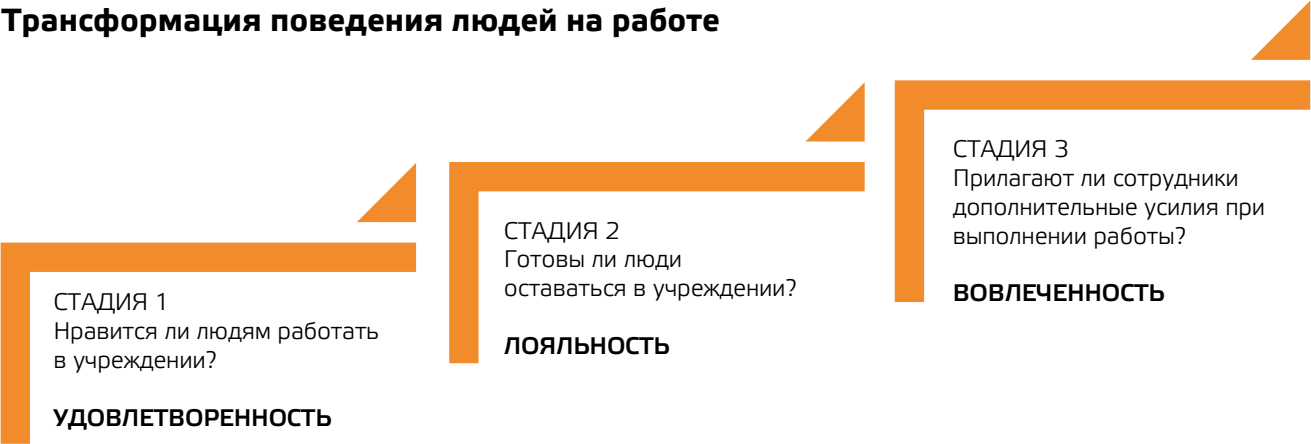
● ● ●
Екатерина Михайлова,
заместитель главного врача по кадрам

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала. Эффективность труда сотрудников зависит не только от их квалификации, но и от вовлеченности в рабочий процесс.

Но почему в одних учреждениях сотрудники довольны своей работой, полны идей и энтузиазма, а в других, несмотря на хорошую зарплату, работают спустя рукава? На отношение сотрудников к своей работе влияет ряд факторов, которые в совокупности определяют степень их удовлетворенности и лояльности.

Для того чтобы получить точную информацию о том, как чувствуют себя сотрудники и насколько они эффективны в работе медучреждения, в Краевой клинической больнице мы ежегодно проводим исследование удовлетворенности условиями труда. В основе этого исследования опросник, подготовленный АНОО «Институт психологии практик развития». В этом году мы пошли дальше и включили дополнительные блоки вопросов для оценки лояльности и вовлеченности.

Трансформация поведения людей на работе



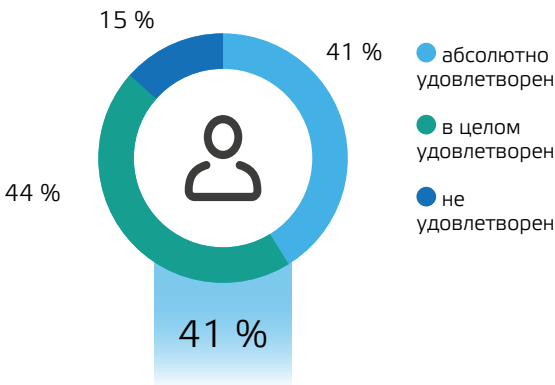
Если **удовлетворенность** – это то, что люди хотят **получать**, работая в учреждении, то **вовлеченность** – это то, что люди готовы ей **отдавать**.

ПЕРВЫЙ БЛОК ВОПРОСОВ ПОСВЯЩЕН УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ: УСЛОВИЯМ И ТРУДА, КОМФОРТА РАБОТЫ В КОЛЛЕКТИВЕ, А ТАКЖЕ МОТИВАМ РАБОТЫ

Сотрудник доволен условиями труда в учреждении (зарплатой, графиком, возможностями обучения) и склонен продолжать в нем трудиться. Это можно назвать базовыми потребностями или гигиеническими факторами. Это то, что удерживает сотрудника от смены работы. Удовлетворенность рождается в результате сравнения сотрудника его ожиданий от места работы и фактического опыта. Если опыт соответствует или превышает

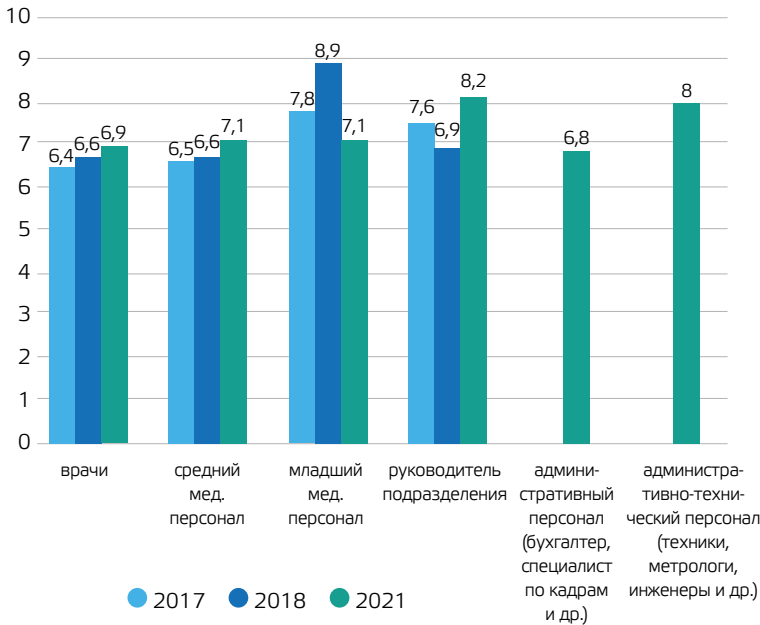
ожидания, возникает чувство удовлетворенности. Удовлетворенность никак не связана с проактивностью сотрудника, с высокой результативностью и достижением целей учреждения. Так, по результатам исследования в Краевой клинической больнице 41% сотрудников абсолютно удовлетворены своим учреждением и условиями, созданными для них. И 44% в целом удовлетворены.

Уровень удовлетворенности



Положительная динамика прироста удовлетворенностью условиями труда есть у категории «врачи», «средний медицинский персонал», «руководители подразделений».

Удовлетворенность условиями труда



ДАЛЕЕ ОТ ОБЩИХ ВОПРОСОВ ПЕРЕХОДИМ К ЧАСТНЫМ. ПРИМЕРЫ НИЖЕ

Оценка комфортности условий труда

Уважаемый коллега! Снова настало время провести исследование, направленное на оценку комфортности условий труда в ККБ. Просим Вас найти время и принять участие в опросе. Напоминаем, что анкета анонимна, Вам не нужно указывать свое имя. Прочтите, пожалуйста, каждый вопрос и следуйте инструкциям анкеты.

1. Оцените, пожалуйста, комфортность и удобство своего рабочего места по ниже перечисленным признакам: Безопасность труда на рабочем месте

Не обеспечено 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Обеспечено

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Специализация рабочего места *

Не обеспечена 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Обеспечена

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Соответствие мебели специфике труда *

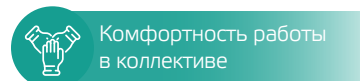
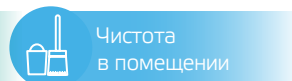
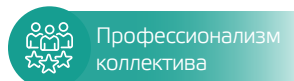
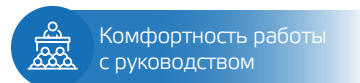
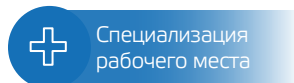
Не специализировано 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Специализировано

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Размещение мебели *											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неудобно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Удобно
Тишина в помещении *											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Тихо	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Шумно
Чистота помещения, соответствие санитарным нормам *											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Не удовлетворяет	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Удовлетворяет
Применение функциональной музыки											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Не применяется	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Применяется
Места для отдыха											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Недоступны	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Доступны
Места для принятия пищи											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Недоступны	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Доступны
Пожалуйста, оцените для Вас важность мотивов работы в ККБ: Описание (необязательно)											
Профессиональное развитие											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неважно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Важно
Личное развитие											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неважно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Важно
Карьерный рост											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неважно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Важно
Нахождение в коллективе											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неважно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Важно
Заработная плата											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Неважно	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Важно

Сильные стороны

Анализ результатов проводится по каждому и 37 вопросов опросника в разрезе должностей и возраста. По результатам определяем сильные и слабые стороны.



Для разработки плана действий прежде всего стоит обратить внимание на факторы, результаты по которым получили наименьшую поддержку со стороны респондентов. Для краевой больницы это: тишина в помещении, места для

отдыха, утомляемость после рабочего дня, время на ведение документации. На основании ответов опросника и ответов сотрудников на открытые вопросы исследования мы разработали план корректирующих мероприятий.

ВТОРОЙ БЛОК ВОПРОСОВ ПОСВЯЩЕН ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ЛОЯЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА

Сотрудник положительно относится к учреждению, готов в нем работать дальше, при этом готов рекомендовать учреждение как работодателя другим. Это осознанное желание сотрудников работать в учреждении не только из-за стимулов, таких как зарплата, должность, график, но и из-за целей и ценностей учреждения. Это активная форма лояльности. При этом лояльность может проявляться в пассивной форме, то есть сотрудник может быть лояльным, иметь желание дальше работать в учреждении, но не проявлять активных действий для повышения показателей и своей результативности.

Одним из условий формирования лояльности является наличие удовлетворенности сотрудника. Чем выше уровень удовлетворенности, тем выше вероятность того, что он будет лояльным к предприятию. Неудовлетворенный ключевыми факторами сотрудник не будет рекомендовать организацию как работодателя.

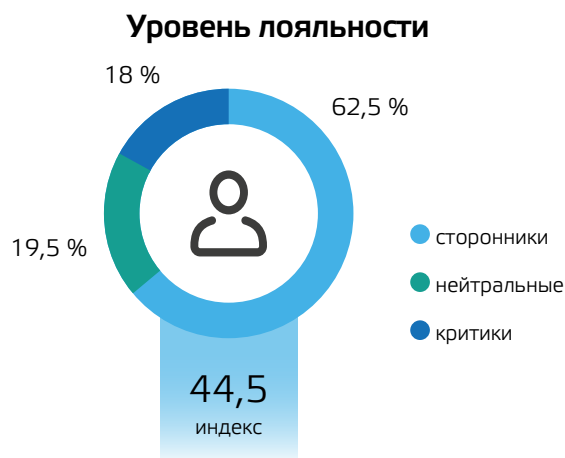
То есть удовлетворенность + общие ценности = лояльность

Главный вопрос исследования: «Насколько вы готовы рекомендовать свою компанию как работодателя друзьям, родственникам и знакомым?». Сотрудник оценивает собственный ответ по шкале от 1 до 10 и после попадает в одну из групп: сторонники (промоутеры), нейтральные или критики (детракторы). К первой категории относятся самые лояльные сотрудники, поста-

вившие 9–10 баллов, нейтральные – оценка 7 или 8, критики дают оценку от 0 до 6.

Дальше индекс eNPS (сокращенно от Employee Net Promoter Score) рассчитывается по формуле: процент сторонников минус процент критиков. Нейтральные в расчет не берутся, потому что они занимают нейтральную позицию.

Так, в Краевой клинической больнице коэффициент лояльности составляет 44,5. Соответственно, чем выше показатель, тем лучше. Есть нормы этого индекса: от 70 до 100 – великолепно, от 30 до 70 – отлично, от 0 до 30 – хорошо, от 0 до -100 – нуждается в улучшениях.



**ТРЕТИЙ БЛОК ВОПРОСОВ ПОСВЯЩЕН ОЦЕНКЕ
ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА**

Блок вопросов, которые условно можно поделить на четыре группы по областям работы

Карьера и развитие

Опрос о вовлеченности касается не только роли, которую играет сотрудник, но и его карьеры. Вопросы помогут понять, чувствует ли сотрудник, что реализовывает себя в работе.

Миссия и цель организации

Для членов команды жизненно важно видеть, как время и усилия, которые они вкладывают в ежедневную работу, способствуют миссии учреждения. Успех миссии учреждения будет частично зависеть от того, осознают ли члены команды не только саму миссию, но и свою значимость.

Вопросы о признании и ценности

Каждый член команды хочет получить признание и похвалу за хорошую работу, но бурный темп работы может повлиять на отдачу от учреждения: похвала может быть незаметной или вовсе отсутствовать. Этот блок вопросов помогает оценить, работает ли программа признания и ценности.

Вопросы о межличностных отношениях

Сотрудники работают лучше, когда у них есть друзья на работе. Оценка того, как коллеги в общем относятся друг к другу, также имеет огромное значение для производительности и определения того, где эффективность может быть снижена трудными отношениями с токсичными коллегами.

Сильными сторонами краевой больницы являются:



Знание того, что ожидается, это больше, чем просто описание должностных обязанностей. Это детальное понимание того, как то, что должен делать один человек, вписывается в то, что делают другие, и как это меняется в зависимости от обстоятельств.



Самое полезное, что руководитель может сделать для сотрудника, это дать ему роль, которая позволяет ему преуспеть, используя свои природные таланты.

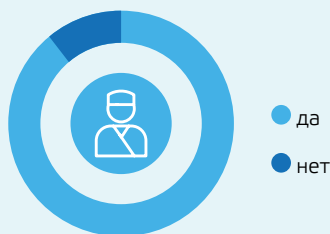
Чтобы получить максимум от команды, необходимо максимизировать возможности сотрудников, чтобы использовать их сильные стороны. Важно, чтобы каждый человек понимал свои сильные и слабые стороны, чтобы иметь возможность опираться на них или развивать их для достижения успеха.

Миссия и цель учреждения заставляет вас чувствовать, что ваша работа важна?



Когда сотрудники соглашаются с этим пунктом, связь между их личной миссией и учреждением заставляет их хотеть сделать больше.

Считают ли ваши коллеги своей обязанностью качественно выполнять свою работу?



Этот элемент измеряет, в какой степени сотрудник чувствует, что его команда привержена качественной работе.

В этот элемент вовлечена высокая осведомленность о стандартах работы и о результатах работы членов группы. Показатели, требующие улучшения:

Необходимо создавать позитивную среду и признание, которое идет не только от руководителя, а из разных сторон.

За последние 7 дней вы получали признание или похвалу за хорошую работу?



Что измеряет

Поощрение поведения, приводящего к результатам. Необходимо создавать позитивную среду и признание, которое идет не только от руководителя, а из разных сторон.

Почему спрашиваем

Позитивное подкрепление необходимо для мотивации на работе.

Как улучшить

Внедрить программу признания достижений. Вспомните, чем вчера отличились ваши подчиненные, и поблагодарите их за заслуги. Оперативное признание успехов укрепляет веру в собственные силы и желание достичь новых высот. По результатам исследования Journal of Happiness, люди, которые каждый день благодарят окружающих за их добрые дела, более счастливы, чем те, кто этого не делает.

Продуктивное рабочее место — это такое место, где люди чувствуют себя в безопасности — достаточно безопасно, чтобы экспериментировать, бросать вызов, обмениваться информацией, поддерживать друг друга.

Считаете ли вы, что ваш руководитель или кто-то на работе заботится о вас как о личности?



Что измеряет

Эта вовлеченность – о том, как настроить каждого человека на успех.

Почему спрашиваем

Эмоции важны. Люди приносят на работу не только пару рук, но и всего себя, и это включает в себя ту часть, которая требует заботы о них.

Как улучшить

Запустить «1:1» в учреждении. Встреча 1:1 – это инструмент руководителя, который позволяет управлять развитием сотрудника, контролировать его эмоциональное состояние, понимать его ожидания и приводить их в соответствие с ожиданиями учреждения/руководителя.

Развитие — это процесс понимания уникальных потребностей сотрудников и поиска ролей, должностей и проектов, отвечающих этим потребностям.

Кто-нибудь на работе способствует вашему развитию?

● да
● нет

Что измеряет

Развитие не означает продвижение. Это про индивидуальный вклад в работу команды путем эмоциональной поддержки потребностей человека в росте. Развитие других приводит

к значительному влиянию на остальные 11 элементов, по которым мы проводили исследование. В частности, этот пункт способствует удержанию сотрудников.

Друзья с большей вероятностью будут помогать друг другу, усерднее работать друг для друга. Более сильные союзы на рабочем месте влияют на индивидуальный уровень благосостояния, счастья и вовлеченности сотрудников.

У вас есть лучший друг на работе?

● да
● нет

Что измеряет

Это про повышение качества взаимоотношений между сотрудниками на рабочем месте. Что, в свою очередь, ведет к росту доверия и эмоциональной лояльности.

Почему спрашиваем

Нужно помогать людям строить мосты, а не стены на работе. Если сотрудники категорически не согласны с этим пунктом, они одиноки и изолированы на работе. Поскольку сотрудник проводит больше времени на работе, работа может превратиться не столько в одномерную

деятельность, сколько в канал удовлетворения социальных потребностей жизни. Друзья с большей вероятностью будут помогать друг другу, усерднее работать друг для друга. Более сильные союзы на рабочем месте влияют на индивидуальный уровень благосостояния, счастья и вовлеченности сотрудников.

Как улучшить

Организовывайте неформальный совместный досуг, укомплектовывайтесь персоналом с учетом схожести ценностей и схожести мотивации.

Этот пункт измеряет, насколько важен сотрудник для общего дела. Когда руководитель, или наставник, и сотрудник определяют задачу, в которой сотрудник действительно преуспевает, они могут работать вместе, чтобы создать план развития, который поддерживает полный потенциал обучения человека.

За последние полгода кто-нибудь говорил с вами о ваших успехах?



Этим вопросом ставится задача проанализировать, как сотрудники понимают, что они делают, как воспринимается их работа и куда ведет их работа. Обратная связь предсказывает производительность.

Почему спрашиваем

Когда и руководитель, или наставник, и сотрудник определяют задачу, в которой сотрудник действительно преуспевает, они могут работать вместе, чтобы создать план развития, который поддерживает полный потенциал обучения человека. Это позволит сотруднику внести свой наибольший вклад в работу организации.

Как улучшить

Перезапустить процесс оценки результатов сотрудников и уделять внимание развитию сотрудников.

Высокая лояльность не гарантирует вовлеченность. Можно быть лояльным, хотеть продолжать работать в учреждении, разделять его ценности, но активность и инициативу не проявлять. Вовлеченность – наивысший уровень приверженности сотрудника, при котором он проявляет инициативу и прилагает значительные усилия для достижения высоких результатов. Вовлеченность не может быть в пассивной форме.

Какова связь вовлеченности и удовлетворенности?¹



Дейнекина Г. Исследования лояльности, вовлеченности и удовлетворенности сотрудников в компании: в чем отличия? [Электронный ресурс] // HR-Portal.
URL: <https://hr-portal.ru/article/issledovaniya-loyalnosti-vo vlechennosti-i-udovletvorennosti-sotrudnikov-v-kompanii-v-chem>

В октябре 1991 года, 30 лет назад, в Красноярске состоялся I учредительный съезд проктологов нашей страны, следствием которого стало «рождение» Ассоциации врачей-проктологов России. Это событие способствовало дальнейшему прогрессу колопроктологической службы Красноярского края.



30-летие Ассоциации врачей-проктологов России отметили мастер-классом и успешной операцией

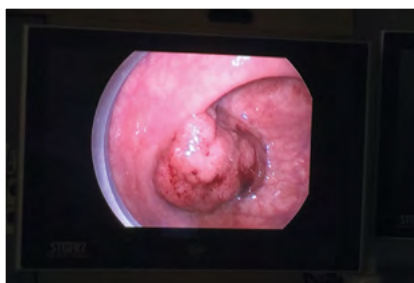
В рамках инспекционной поездки сотрудников НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих 7 июня 2021 года Краевую клиническую больницу посетил президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России», директор ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, главный внештатный специалист-колопроктолог Министерства здравоохранения Российской Федерации Юрий Анатольевич Шелыгин. Оснащение нового хирургического корпуса, его операционных, возможности оказания высокотехнологичной помощи, достижения наших специалистов-колопроктологов в лечении пациентов колопроктологического профиля получили высокую оценку Юрия Анатольевича. В рамках Всероссийского колопроктологического форума, проведение которого было запланировано в Москве в октябре 2021 года, им было предложено провести мастер-класс из операционной ККБ с показательной эндомикрoхирургической операцией по трансректальному удалению опухоли прямой кишки через операционный ректоскоп. Идея проведения такого мероприятия была





поддержана главным врачом ККБ Е.Е. Корчагиным, который принимал непосредственное участие во встрече московского гостя.

Для проведения операции из НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих в Красноярск был направлен заведующий хирургическим отделением онкопроктологии профессор Станислав Викторович Чернышов, на счету которого более 900 операций такого типа. Трансляцией из операционной Краевой клинической больницы 7 октября было успешно открыто мероприятие не только российского, но и мирового масштаба. Станислав Викторович успешно удалил опухоль у возрастного пациента с помощью микрохирургических инструментов и ультразвукового скальпеля. При классическом подходе пациенту требовалось бы полное удаление прямой кишки, тяжелая и инвалидизирующая операция, пожизненное наложение колостомы. Это оказало бы существенное влияние на качество жизни. В нашем случае пациент был выписан на 5-е сутки с сохраненной способностью к самостоятельной, безболезненной дефекации, а специалисты нашего отделения получили в руки технологию малоинвазивного удаления опухолей прямой кишки методом эндоскопической микрохирургии. Теперь мы сможем удалять злокачественные опухоли ниже- и среднеампулярного отдела прямой кишки методом полнослойной резекции стенки в щадящем режиме, не удаляя всю прямую кишку, что очень важно как для возрастных пациентов, так и для пациентов более молодого возраста, сохранив очень важный орган и способность к дефекации естественным путем.



На сегодняшний день нами успешно прооперированы трое пациентов по новой методике: все прошло штатно, без осложнений. Теперь эта методика будет широко использоваться для лечения наших пациентов.

Символично, что спустя 30 лет, очертив круг, история Российской Ассоциации колопроктологов вернулась на Красноярскую землю, откуда и началась.



«Пациентский опыт – неприятен, но полезен организаторам здравоохранения, врачам и медицинским сестрам», —

написала недавно в своем открытом письме Нюта Федермессер, учредитель благотворительного Фонда помощи хосписам «Вера», один из пионеров хосписного движения в стране. Ее мать, Вера Миллионщикова, — основатель и до самой смерти руководитель Первого московского хосписа. Нюта затронула в своем письме очень важные моменты российского здравоохранения. Ниже мы приводим выдержки из ее текста — эмоционального и правдивого. Прокомментировать его мы попросили двух специалистов ККБ: заместителя главного врача Наталью Головину и психиатра Александра Дорожкина.



Нюта Федермессер,

учредитель благотворительного Фонда помощи хосписам «Вера»:

24 октября я написала, что заболела гриппом. Оказалось, что я болела не гриппом, а гепатитом. Правда, кровь я решила сдать, только когда уже перестала есть и пить, не могла встать от слабости и даже в темном туалете

Удовлетворенность пациента качеством предоставленной помощи зачастую зависит не столько от профессионализма врачей, сколько от **отношения команды к пациенту.**

(включить свет тоже не было сил) обнаружила в унитазе нечто похожее по цвету не на мочу, а на спелую хурму или темную фанту. Результаты анализов пришли жуткие, печень не работала вообще, и меня в тот же день госпитализировали. За неделю после этого я лежала в трех больницах, включая отделение реанимации. Из последней больницы ушла под расписку, отказавшись от стационарного лечения. Не потому, что там что-то было не так, а потому что уже могла передвигаться между душем и кроватью без обморочной пелены перед глазами и понимала: самое плохое уже позади.

Я очень благодарна всем врачам и медсестрам, которые, несмотря на дикую усталость, выгорание и отсутствие огня в глазах, невероятно профессиональны, приветливы, доброжелательны и прощали мне мои капризы и дурной характер. У меня жуткие вены, попасть почти нереально, сестрички меня жалели, извинялись за боль и синяки, сочувствовали и почти всегда успешно



кололи. Я была впечатлена масштабом и скоростью диагностики. Важно, что это касалось не только меня (все-таки я руководитель большой клиники в Москве, коллега), а каждого пациента. Поверьте, я профессиональным взглядом смотрю за всем, что происходит в соседних палатах. Домой врачи меня проводили с кучей инструкций, взяли с меня обещание тут же вернуться, если что-то пойдет не так, дали номера своих мобильных телефонов, и мы все время на связи. Огромное всем спасибо!

Так о чем же я тогда хочу написать? О том, что нельзя изменить ни ремонтами, ни закупкой дорогостоящего оборудования, ни финансовыми вливаниями, ни большой заработной платой. О медицинской этике. Об отношении к человеку, попавшему в зависимое от медика состояние. К человеку, который находится в уязвимом положении, напуган, слаб, болен. Я решила написать, потому что уверена: это тоже можно и нужно менять. Это сложнее, чем то, что достигается деньгами. Это долго. Но удовлетворенность пациен-

та качеством предоставленной помощи зачастую зависит не столько от профессионализма врачей, сколько от отношения команды к пациенту. Я точно знаю, что люди обучаемы, добры по своей природе, надо лишь научить, показать, как правильно, четко прописать правила и не менее четко им следовать. А главное – постоянный личный пример и регулярные разговоры руководства с персоналом. В начале было СЛОВО. Слово о том, как правильно, что важно, в чем разница; слово, разъясняющее основы поведения и тех или иных запретов, и контроль за исполнением нехитрых в общем-то внутрибольничных этических правил. Я убеждена, что модные нынче понятия «пациентоориентированность», «человекоцентричность», «эмпатия» – это банальная этика отношения к слабому. И я точно знаю, что уважение к чужой слабости – это навык, который можно развить.

«Так принято» и «так положено» – это те два ответа на вопросы пациента, которые должны быть полностью выведены из оборота.

Про трусы, кольцо и реанимацию

Когда тебе говорят, что необходимо перевестись в реанимацию, – это страшно. Сердце ухает. И даже когда так плохо, что в общем-то



Пациент имеет право на информацию. Имеет право знать, **какие таблетки ему дают, от чего и для чего.**

все равно, где лежать, когда нет сил даже на поворот головы, то голова эта все же подсказывает: ситуация нетривиальная, опасная. Когда тебе говорят раздеться полностью еще в отделении и снять все украшения, включая обручальное кольцо, это пугает. Зачем? Почему сейчас? В реанимацию еще ехать надо на каталке, другой этаж. В палату вместе с каталкой закатываются два молодых парня и ждут, когда я разденусь. Я отказываюсь снимать трусы и лифчик, и медсестры нежно начинают меня уговаривать, мол, «так принято» и «так положено» – это те два ответа на вопросы пациента, которые должны быть полностью выведены из оборота. Ну пожалуйста, в реанимацию надо ехать голой и под простыней, так положено, а то их из-за меня накажут. Я говорю ребятам, чтобы дали мне простыню прикрыться, что мне перед ними неловко. Они: а что такого, что мы не видели, что ли, голых пациенток. Я говорю, я не буду при вас раздеваться, хотя бы отвернитесь. И белье я все равно не сниму. Обещаю позвонить главврачу и просить его не наказывать медсестер. Потом оказывается, что я прикрылась не той простыней, поэтому надо при всех простыню снять и поменять на другую. Одна записана за реанимацией, вторая за отделением, чего непонятного (никогда не рассказывайте пациентам о разных внутрибольничных правилах, пациентам это неважно, не нужно, неинтересно – они приходят за медицинской помощью, а не для

того, чтобы изучать сложности вашей работы).

Там ждут. Освободили отдельный бокс. Меня грамотно переключают на кровать, рядом сестрички ставят судно и показывают, как позвать санитарку, если я захочу в туалет. С посторонней помощью я вполне могу встать и не понимаю, почему нельзя пригласить санитарку, чтобы она проводила меня до туалета. Нельзя, говорят. Не положено. Тут надо писать лежа и в судно. Какать тоже. Я отказываюсь. Прошу показать туалет. Туалета, говорят, нет. Ни в палате, ни в отделении (это стандартно для типовых отделений реанимации по всей стране). Проверять нет сил, но вижу, что в палате есть дверь. «А там что?» – спрашиваю. Подсобка. Это не туалет. Там только раковина для слива мочи. Доползаю до подсобки, открываю дверь, вижу чистенькую крохотную конурку, 90% в которой занимает гигантская раковина. Если извернуться и сесть на корточки, то вполне можно пописать, подсунув под себя судно. Я буду ходить в подсобку, говорю я, простите. Вставать и звать санитарку мне придется часто, так как в меня постоянно что-то вливают для борьбы с интоксикацией. Я понимаю, что моя замкнутость на этических вопросах смущает персонал и мешает людям привычно работать.

Такая простая опция, как, например, стульчак у кровати и банальная ширма, кажутся тут невыносимым барством. Мне стыдно за свои капризы, но я не могу по-другому. Виноватая и совершенно обессиленная, но довольная собственной решимостью писать без посторонних глаз, я снова укладываюсь на кровать. Через пару минут приходит врач: «Это кто тут у нас отказывается снимать трусы? У нас, знаете ли, 90% персонала в реанимации – мужского пола, так что трусы с женщин мы снимать умеем». (Он хотел подбодрить меня, думал, мне будет смешно; даже не допускал мысли, что пошлые солдафонские шутки могут быть неприятны; он не со зла, точно.) А вот кольцо, милая, надо снять (я не милая, у меня есть имя, оно написано в истории болезни, и общение с пациентом надо начинать с очень простого вопроса: «Как мне к вам обращаться?»). А кольцо зачем? Мы вас капаем, могут быть отеки, пальцы отекут, и мне придется, как однажды уже случилось в моей практике, разрезать кольцо инструментом. Не хотелось бы этого повторять. Спасибо им за терпение. Трусы и кольцо я отговевала.

Про буфетчицу и еду

В отделении в палате обход, вокруг моей кровати стоят несколько врачей. Обсуждаем. Дверь в палату распахивается, и въезжает каталка с ка-

стрялюми. За ней – корпулентная буфетчица. Обедать будете? «Не сейчас, – смущенно говорю я, – простите». Буфетчица с тележкой выкатывается. Мы продолжаем разговор. Через 10 минут дверь снова распахивается, и из-за тележки мы слышим возмущенную буфетчицу: «Ну сколько мне стоять-то тут, меня на четвертом этаже ждут, есть вы будете или нет?» Врачи безнадежно вздыхают.

Еда, кстати, была везде очень приличная. Но вот манера складывать все в одну тарелку пока не истреблена. Суп, конечно, отдельно. А вот омлет, хлеб, сыр, масло и два кусочка сахара к чаю – все это громоздится на маленькой тарелочке, тесно прижавшись друг к другу. Омлет пропитывается хлеб, масло – сахар. Тарелок хватает, я точно знаю. Просто так проще и быстрее, и со стороны больницы никто на это не обращает внимания, а со стороны пациента никто особо не жалуется.

Про уборку в палате и стук в дверь

Главные люди в больнице – уборщицы. Они не стучатся, не спрашивают, можно ли войти, не извиняются, когда включают свет или гремят стульями. Они приходят и шерудят шваброй – уныло, хмуро и ритмично, словно дворники на улице. А ты лежишь и ждешь, когда она выйдет. Когда тебе вернут право быть в палате самим собой и не скукоживаться на кровати, словно ты всем тут мешаешь. «Ну а что вы хотите? У них такой же рабочий день, как у нас с вами!»

Вообще, стук в дверь – это не больничное. Очень редко кто понимает, что палата – это приватная территория пациента. Врачи открывают дверь и заходят, словно они в своей квартире входят в свою спальню. Я в туалете. Слышу, что в палату зашли. Вся сжимаюсь, потому что туалет, конечно, не запирается (а можно при всех ремонтах всегда предусматривать возможность закрыться в больничном туалете изнутри, но так, чтобы сотрудник больницы в случае необходимости мог легко отомкнуть замок снаружи, вставив в прорезь монетку, ключ или пластиковую карту).

Почему в больнице все время стыдно, вечно кажется, что ты мешаешь медикам делать их работу и хочется провалиться сквозь землю? Потому что больница у нас не для пациентов (да и не для сотрудников), она для проверяющих органов.

Про таблетки и исследования

Пациент имеет право на информацию. Имеет право знать, какие таблетки ему дают, от чего и для чего. Что в него вливают и зачем. Какие анализы и почему назначены. Почему принимается

то или иное решение. Пациент может не спросить, но если задал вопрос, то его право знать – незыблемо. Потому что это его здоровье и его тело. Просто приносить пациентам винегрет из таблеток в стаканчике – нельзя. Это величайшая ошибка, которую совершают всюду: утром раскладывают таблетки на всех по коробочкам, потом раздают и не могут ответить, а вот эта желтенькая – от чего. Точнее, на все вопросы дают один и тот же ответ: так доктор прописал. Я хочу знать, что вы мне даете. Выдавливает таблетку из облатки надо в моей палате и в моем присутствии. Для этого закупаются специальные запирающиеся на ключ тележки, с которыми медсестра должна ездить по палатам и раздавать таблетки. Работая внутри системы, я лучше многих знаю, как путаются таблетки разных пациентов при раздаче разом с утра всего и на всех по коробочкам и стаканчикам. Путаются, это проверено. Я вредничаю и не глотаю таблетки, пока мне не скажут, как что называется и пока я не прочитаю инструкцию (многие врачи жалуются на то, что пациенты начитались лабуды в интернете и теперь думают, что сами все знают. Но если вы не разъясняете и не даете исчерпывающих ответов, вы сами провоцируете обращение к интернету за помощью).



Вообще, стук в дверь — это не больничное. Очень редко кто понимает, что палата — это **приватная территория пациента**.



Если кто-то очень настойчиво звонит, то надо извиниться и выйти из палаты, но **никогда нельзя говорить о своем и со своими по телефону в присутствии пациента.**

Ну и простыни. Все очень просто. Нужно, чтобы одноразовые простыни стелили на кушетки не после того, как ушел предыдущий пациент, а в моем присутствии, когда я зашла. Так, чтобы я видела, что для меня постелили новое. То же самое с перчатками. Надевать их надо так, чтобы пациент видел, что вы надели их чистыми, перед процедурой. А то ведь я захожу – врач в перчатках печатает за компом. Я сажусь, раздеваюсь, он все в перчатках. В перчатках записывает что-то в карту, в перчатках прикасается ко мне. Сколько еще пациентов врач трогал этими перчатками – я не знаю.

Про телефоны и разговоры о своем

Я тоже с мобильным не расстаюсь. Он и память, и совесть, и материнство, и руководство ЦПП – все в нем. Но никогда у меня на работе не раздаются из кармана мелодии. Телефон стоит в режиме вибрации, без звука. Выйду из палаты – перезвоню. Ни разу, никогда ни один начальник, узнав, что я была в палате или на обходе, не выразил недовольства. Ну а уж личные звонки – только из кабинета. Если кто-то очень настойчиво звонит, то надо извиниться и выйти

из палаты, но никогда нельзя говорить о своем и со своими по телефону в присутствии пациента.

Когда вы рядом с пациентом, он – главный. Его болезнь, его душевное состояние, его внимание в приоритете. Пациентоцентричность – это когда в центре вселенной находится пациент, это когда интерес пациента выше любого другого интереса. Эмпатия – это способность почувствовать те переживания и эмоции, которые испытывает пациент прямо сейчас, перед вами. И научиться всему этому можно, это банальная профессиональная этика. Просто важно начать уделять этому внимание так же, как ремонтам, оборудованию, эффективности процессов.

К



Комментирует **Александр Дорожкин**,
врач-психиатр ККБ:

На мой взгляд, вопросы этики имеют принципиальное значение. Можно провести сложнейшую операцию, спасти пациента при неблагоприятном прогнозе, но при выписке он будет недоволен и отзываться о персонале и о пребывании в больнице негативно. Почему? Потому что в его памяти останутся какие-то мелочи, на взгляд персонала, которые затронули его чувства, то, что касается отношения, общения. А также то, что определяет его физический комфорт – было ли в палате жарко или холодно, светло ли, была ли возможность налить кружку чая, когда этого хотелось. Поэтому этика – это такая же составляющая лечебного процесса, как и все остальное.

В больницу поступают люди очень разные – по возрасту, образованию, уровню достатка, условиям

жизни и опыту. И, конечно, все они разные в отношении личных границ. У медиков же зачастую в силу профессии происходит некоторое искажение восприятия чужого личного пространства, стыда. О каких внешних границах можно говорить хирургу, проктологу, гинекологу, эндоскописту, когда он выполняет манипуляции внутри тела пациента? В то же время это не снимает вопрос о том, что перед нами находится живой человек, а не объект изучения.

О личных границах. В русском языке есть обращение ты и на вы. В английском обиходе – только на вы. Я думаю, это многое говорит о разном отношении к личным границам в наших культурах.

Историческое наследие советской медицины таково, что она должна была быть максимально дешевой и доступной, и охватить как можно большее количество людей. Соответственно, 70 лет назад задавались совершенно другие стандарты. Мы можем на примере нашего легочного корпуса, который был построен в 1939 году, посмотреть – в то время считалось нормальным, когда в одной палате лежат 12–16 человек. На этаже, где пребывает 100–200 человек, имеется всего лишь один санузел. А наличие горячей воды – чуть ли не роскошь. Норма времени, отпущенного врачу-терапевту для приема одного пациента, была 15 минут. За это время нужно было успеть выслушать больного, поставить диагноз, назначить лечение и заполнить бумаги. Сама идея советской медицины была основана на концепции некоего конвейера, который быстро пропускает через себя, о качестве, конечно, задумывались, но в соответствии с требованиями того времени.

Теперь конкретно о разделении пациента в присутствии других людей. Часто младший и средний медперсонал – это молодые люди, которые в принципе имеют пока малый жизненный опыт, и у них нет пока опыта собственной болезни. И примерить на себя роль пациента, человека, испытывающего физические и психологические страдания, они не могут. Но часто бывает, что в медицину идут люди, кому в детстве довелось много болеть или наблюдать заболевания родственников – из таких получают более сострадательные врачи или медсестры.

О юморе при общении с пациентом. Цитирую классика: «Нам не дано предугадать, как наше слово отзовется». Это все к тому же, о разности пациентов в чувствительности, чувстве юмора, впечатлительности. Не факт, что шутка поддержит дух, когда у пациента боль, тошнота, страх и т.д. Наоборот, она может вызвать отторжение, обиду, слезы.

Про уборку. Насколько я знаю, вопрос с этим у нас в больнице давно решен. Никогда работники клининга не мешают лечебным процессам или отдыху пациентов. Про еду – тут тоже проблема решена с введением таблет-питания, это позволило соблюдать гигиенические нормы и делать раздачу еды быстро, технологично, ненавязчиво.

Относительно телефонных разговоров абсолютно согласен с автором. Причем эта норма (перевести телефон в беззвучный режим, не начинать разговор по телефону во время беседы) действительно не только для медиков, это вообще нормально. Как и представляться во время первой встречи, именно так поступают наши сотрудники. Хорошая практика, когда врач и медсестра проговаривают план действий в перспективе, а во время проведения манипуляций проговаривают свои действия до того, как их начать. Это очень хорошо снижает уровень тревожности пациента, снимает напряжение и помогает установить хороший контакт.

Некоторые предложения автора текста, правда, не так однозначно можно принять как руководство к действию. Медработники понимают, для чего снимают белье и ювелирные украшения, они могут мешать в проведении манипуляций и отдельных видов обследований, так как никто точно не может с уверенностью предугадать, как в реанимации будут развиваться события. И это не прихоть персонала, а необходимость. В то же время в нашей больнице есть туалеты в реанимационных палатах, и если состояние па-

циента позволяет, то им позволено самостоятельно посещать туалет. Но если есть риск потерять сознание и разбить себе голову, сломать что-то, то зачем рисковать? Поэтому процентов на 80 готов согласиться с Нютой Федермессер, но не все ее рекомендации возможны к внедрению.



Комментирует **Наталья Головина**,
заместитель главного врача ККБ:

Мы совсем недавно стали изучать опыт пациента, и это очень важная часть нашей работы по улучшению качества и безопасности медицинской помощи. Пациенты воспринимают по-разному процессы оказания медицинской помощи, иногда совсем иначе, чем при тех же обстоятельствах медицинские работники. То, что нам порой кажется обычным и естественным, у пациентов может вызвать совершенно другие эмоции и чувства, которые могут отрицательно влиять на результаты лечения. Поэтому очень важно найти общий язык с пациентом и его родственниками, договориться и выработать стратегию предстоящего лечения, в котором пациент будет активным участником.

В моей практике был опыт, который мне преподнесла моя пациентка, в обычной жизни известная и влиятельная дама. Она активно принимала участие в обсуждении всего лечебного процесса и параллельно анализировала все происходящее с точки зрения пациента и его взаимоотношений с медперсоналом. В те времена она посещала многие зарубежные страны, в том числе пользовалась услугами наших иностранных коллег. Однажды она спросила: «А хотите знать, чем зарубежные врачи отличаются от наших? Они никогда не позволяют себе каких-то вызывающих действий при общении с пациентом: экстравагантно одеться, иметь неопрятный и нездоровый вид, надеть шумную обувь, разговаривать на повышенных тонах, пользоваться телефоном или отвлекаться при беседе с пациентом. Все их действия направлены на то, чтобы с первых минут наладить контакт с пациентом, для того чтобы распознать,

что он чувствует, каково его эмоциональное состояние. Никакого и намека на превосходство, пациент и врач на равных».

И действительно, сострадание, сочувствие, сопереживание, способность поставить себя на место другого, ощутить сопричастность тому, что происходит с пациентом, все это – эмпатия, навык, который создается и развивается большой внутренней работой. Корпоративная культура в большей степени способствует развитию этого навыка, но она тоже создается не за один день. В нашей клинике это направление развивается уже более 10 лет и дает свои результаты.

Мы сами, попадая на больничную койку, хотим сочувствия, понимания, человеческого отношения, чтобы нас выслушали, поговорили, ответили на вопросы. И врачам, и медсестрам надо находить на это время, ведь основа эмпатии – это умение слушать и слышать. В нашем учреждении внедрена система работы среднего персонала по методу универсальной медсестры, для того чтобы снизить нагрузку на медсестру и высвободить больше времени для ухода за пациентами.

Порой важно сделать даже что-то не свойственное профессиональным обязанностям – позвонить родственникам, сообщить о благополучно завершенной операции, пригласить по просьбе родственника священнослужителя, передать информацию, помочь купить бытовые мелочи тому, кто не может длительное время выйти из стационара, да просто по-житейски побеседовать с пациентом.

Универсальная медсестра работает в команде с лечащим врачом, и вместе они создают доброжелательную эмоциональную атмосферу в общении со своими пациентами. Все чаще пациенты оставляют свои положительные отзывы в адрес медсестер, врачей на сайте больницы. Все мы разные, со своими историями и привычками. И пациенты бывают разные. Надо учиться считывать эмоциональное состояние другого человека, осознавать, что им движет, чтобы успешно вести переговоры, выстраивать гармоничные отношения.

В крупных зарубежных клиниках существуют целые отделы, которые изучают опыт пациента и в своей деятельности стремятся к лучшим практикам. Это когда пациент не только удовлетворен качеством оказания медицинской помощи, но и результаты превосходят все его ожидания.

Что касается открытого письма Нюты Федермессер, то большая часть ее замечаний касается именно вопросов эмпатии со стороны персонала того отделения, где находилась Нюта. Ей не хватало привычного комфорта и внимания к ее потребностям. Ведь она не предъявляет претензии к лечебному процессу как таковому, все ее наблюдения касаются вопросов ухода за пациентом, соблюдения его прав на приватность, информированность, культуру общения.

В нашей больнице мы стремимся выстраивать процессы взаимодействия с точки зрения потребности пациентов. И это не так сложно – приобрести для больных реанимационных отделений рубашки-распашонки, чтобы они чувствовали себя комфортно, расставить ширмы, чтобы защитить пространство пациентов от внешнего мира, доставить теплую пищу и предложить индивидуальную сервировку с помощью «таблет-питания», как в самолете. Даже раздача таблетированных препаратов должна проводиться в соответствии с установленными правилами. Ведь тем, кто знает и выполняет правила, работать и легче, и интереснее.

Конечно, есть ряд сложных пациентов, которые требуют повышенного внимания, это может быть обусловлено как особенностями характера, так и особенностями течения болезни. Так называемые трудные пациенты с энцефалопатиями, острыми психозами, суицидальными попытками, в ажитации при коронавирусной инфекции. В таких случаях надо правильно выстроить взаимоотношение с пациентом. А как именно? Для этого персонал проходит психологические тренинги, по развитию эмоционального интеллекта. Мы активно стали приглашать консультантов-психологов, для того чтобы сотрудникам в игровой интересной форме объяснили, какие ситуации бывают и как из них правильно выходить. Причем не только для медицинского персонала, но и вспомогательного, который контактирует с пациентами. Сегодня мы практически не имеем жалоб от пациентов и

их родственников по этической теме.

Часто говорят, что в медицине невозможно сохранить эмпатию и не выгореть на работе за короткий срок. Я считаю, это не так. Наряду с компетенциями, которыми должен обладать медицинский работник, способность к эмпатии является одним из основных качеств профессии, которое надо развивать. В нашей профессии тоже должен быть какой-то отбор. Давайте посмотрим – в силовые структуры люди поступают, проходя серьезный фильтр: анкетирование, психо-физиологические тесты, физкультурные нормы. А к нам приходит человек, мы его вообще не знаем. Конечно, поступая к нам, будущие сотрудники проходят welcome-тренинг, но этого недостаточно. Редко кто честно говорит: я не могу, мне трудно соответствовать таким требованиям. И дальше либо человек перестраивается, пропитывается нашими ценностями и принципами, либо уходит. Мы, со своей стороны, используя современные методы организации труда, создаем такую среду, чтобы человек быстрее адаптировался и ему было легко работать дальше без выгорания даже при больших нагрузках.

Этим успешно занимается служба по управлению персоналом, которую возглавляет заместитель главного врача по кадрам Екатерина Михайлова.

Возвращаясь к статье Нюты, хочется поблагодарить ее за то, что она в очередной раз подняла вопросы медицинской этики с точки зрения человека, попавшего «в зависимое от медика состояние», просто и ясно определила понятие «эмпатия» как банальной этики отношения к слабому, навыки которой можно и нужно развивать.

В нашей больнице также создан отдел по работе с обращениями граждан. Возглавляет его врач высшей

категории Полина Бортникова. Мы открываем новую страничку в журнале, посвященную опыту пациентов, и призываем коллег из других учреждений присоединиться, поделиться своими наблюдениями по этим вопросам. Ждем интервью с пациентами.



В нашей миссии записано, что мы должны решать любые проблемы пациента, не только лечебно-диагностические.

СУБСИДИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА: как идет разви- тие паллиативной помощи в Сосно- воборске и Березовском районе

Центр паллиативной помощи-хоспис им. Василия и Зои Стародубцевых 26 ноября отметил свой маленький юбилей – 10 лет. Идея создания хосписа в Железногорске у директора Виктора Стародубцева и его брата Анатолия, ставшего впоследствии главврачом учреждения, созрела, когда в их семью пришла беда: нестерпимо трудно, в моральных и физических муках один за другим умирали родители. Они и дали сыновьям наказ: помогать тяжелобольным. Спустя неделю после похорон отца решение об основании хосписа было принято окончательно. И с тех пор забота о неизлечимо больных железнгорцах стала для братьев Стародубцевых делом жизни.



Виктор Стародубцев,

директор АНО «Центр паллиативной помощи-хоспис им. Василия и Зои Стародубцевых»:

Весной мы выиграли конкурс краевого минздрава на предоставление субсидии социально ориентированным некоммерческим организациям. Подобная господдержка – дело абсолютно новое не только в Красноярье, но и на территории РФ. В нашей стране лишь единицы НКО осваивают бюджетную под-



держку на развитие паллиатива. Так что мы буквально работаем в условиях эксперимента.

Напомним, субсидия выделена на организацию медико-социального сопровождения лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в Сосновоборске и Березовском



Люди в принципе не знают, что такое паллиатив, они в растерянности от возникших в семьях проблем с тяжелобольными родственниками.



районе Красноярского края. Радость от победы закономерно заместила трудовыми буднями, встроенными в ожидаемые условия ковидных ограничений. Финансирование пришло в конце мая. А уже в начале лета нашего врача-паллиативщика в Сосновоборске забрали в красную зону, тем самым обезглавив одну бригаду. Врач нашей второй выездной группы, обслуживающей Березовский район, сам тяжело переболел коронавирусной инфекцией. Тем не менее мы сейчас можем отметить реперные точки в проблематике внедрения паллиатива на обозначенных территориях. Собственно, для этого мы и минздрав затеяли эту экспериментальную историю.

С чего начать? После переговоров с руководством медорганизаций, заключения договоров и выработки механизмов взаимодействия мы приступили к этапу выявления потенциальных пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Так выглядело первоначальное задание минздрава. Мы должны были самостоятельно организовать обратную связь с населением. У нас уже был опыт работы с раздаткой печатных материалов социальной направленности. Мы изготовили постеры о своей деятельности, разместили их в самых посещаемых местах, привлекли для распространения и разъяснения

волонтеров. Но результат был крайне низкий – всего несколько звонков.

Какой вывод мы сделали для себя, изучив эту ситуацию изнутри? Люди в принципе не знают, что такое паллиатив, они в растерянности от возникших в семьях проблем с тяжелобольными родственниками, люди не полагаются на нашу службу, избегают незнакомых контактов. В тех редких случаях, когда нам удалось убедить близких в том, что наша помощь важна, она позволит решить проблемы ухода, приходилось оценивать состояние больного со слов, так как историй болезней и выписок на руках не было. Естественно, искаженная, недостоверная информация не помощник, и организовывать паллиатив в таких условиях не просто сложно,

Специалисты нашей бригады в первые приезды оказывают несвойственную их деятельности помощь: разъясняют, уверяют, пытаются убедить родственников больного и его самого в том, что приехали с добром.



Будем стараться помогать и краевому минздраву в решении проблем развития паллиатива в Красноярье. **Иначе зачем все это было начинать?**

а бессмысленно. Хорошо, что руководство сосновоборской и березовской больниц на нашей стороне. И сейчас мы отлаживаем взаимодействие в части получения сведений о паллиативных больных, которым терапевтами оказывалась только первичная помощь.

По Березовскому району ситуация удушающая. Если Сосновоборск более-менее укомплектован медицинскими кадрами и компактен по своему месторасположению, то в больнице Березовки острая нехватка специалистов, и 26 поселков, разбросанных по огромной территории, обслуживать крайне затруднительно. Что просто режет глаз и рвет душу? Люди годами не видели врачей. Паллиатив для них – слово, не несущее никакой смысловой нагрузки и потому скорее отталкивающее. Специалисты нашей бригады в первые приезды оказывают несвойственную их деятельности помощь: разъясняют, уверяют, пытаются убедить родственников больного и его самого в том, что приехали с добром, что научат приемам ухода, облегчат состояние, уберегут тяжелые симптомы. Не представляете, как трудно слышать в ответ – уезжайте, все равно умирать... вы ничего не измените... поскорей бы конец...

Впереди преогромный пласт работы. Безусловно, мы продолжим выезды бригад нашего мобильного хосписа, будем рассказывать, доказывать и оказывать паллиативную помощь неизлечимо больным сосновоборцам и березовцам. Только деятельность эту надо выводить на другой уровень. Будем стараться помогать и краевому минздраву в решении проблем развития паллиатива в Красноярье. Иначе зачем все это было начинать?



Сегодня мы расширили оказание помощи в Железнодорожном и прошли лицензирование министерства здравоохранения по еще одному адресу. Теперь помощь будет еще оперативней и доступней. В наших планах для обезболивания пациентов – получение лицензии по работе с наркотическими препаратами.

Какую помощь мы хотели бы получить от коллег – врачей других больниц? Поддержку,



Накануне Нового года наш главный врач Анатолий Васильевич Стародубцев и старшая медсестра хосписа Оксана Бубнова, переодевшись в Деда Мороза и Снегурочку, садятся в машину **и едут к нашим подопечным – поднимают настроение.**



больше даже моральную, понимание нужности оказания паллиативной помощи, важности нашего труда с уходящими пациентами, с которыми мы до самого конца, более легкие коммуникации между медицинскими службами. Нам не хватает консультаций по тактике ведения сложных пациентов, которые проходили лечение в краевых учреждениях. Краевой минздрав ставит задачу по оснащению и использованию службами паллиативной помощи сложной аппаратуры: ИВЛ, концентраторов, увлажнителей и другого оборудования. У врачей нашей службы не хватает знаний и опыта в этих вопросах – необходима методическая помощь и поддержка. Нужны консультации и отработка практических навыков в симуляционном центре КрасГМУ. Уже сейчас на наши просьбы охотно отвечают главный врач краевой больницы Е.Е. Корчагин, главный врач краевой онкологии Р.А. Зуков, ректор КрасГМУ А.В. Протопопов. Мы активно взаимодействуем с заведующим 4-й реанимацией краевой больницы В.А. Мацкевичем.

Со стороны общества хотелось бы более толерантного отношения к больным людям. Нам надо повернуть общество к этим проблемам. Ведь это может случиться с каждым вне зависимости от возраста и диагноза.

Накануне Нового года наш главный врач Анатолий Васильевич Стародубцев и старшая медсестра хосписа Оксана Бубнова, переодевшись в Деда Мороза и Снегурочку, садятся в машину и едут к нашим подопечным – поднимают настроение: устраивают представления, дарят новогодние открытки, подарки и настоящие зеленые лесные красавицы. Если бы вы видели, как светятся глаза наших пациентов, когда наша новогодняя команда с елками, подарками, в хорошем настроении вваливается в пропахшую лекарствами и до краев наполненную страданиями квартиру! Как они счастливы в этих мимолетных мгновениях радости: как может быть, видимо, счастлив лишь тот человек, который знает, что этот Новый год для него... последний. Мы постоянно повторяем – вылечить наших подопечных нельзя, но помочь можно.

«Вкладывать ресурсы в грудное вскармливание – значит вкладывать ресурсы в здоровье»

(принцип глобальной стратегии ВОЗ)

М.Ю. Маслова, Е.В. Будникова, Е.П. Горбылева, О.В. Григорьева,
КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»

В связи с негативными тенденциями в состоянии здоровья детей особое значение для общественного здравоохранения приобретает проблема естественного вскармливания ребенка раннего возраста. Несмотря на развитие науки и индустрии детского питания альтернативы материнскому молоку нет. Находясь на грудном вскармливании, ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, респираторным инфекциям, пищевой аллергии, а в старшем возрасте уменьшается вероятность развития болезней сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний. Кроме того, дети находящиеся на грудном вскармливании, имеют более высокие показатели интеллектуального развития.

Грудное вскармливание и связанная с ним забота и уход за младенцем способствуют формированию привязанности между матерью и ребенком, а также любящих и доверительных отношений в семье. Учитывая огромную значимость расширения практики и продолжительности грудного вскармливания как фактора формирования положительной демографической ситуации, формирования уровня здоровья, Красноярским краевым центром грудного вскармливания КГБУЗ «КГДБ №8» ежегодно проводятся акции «Неделя грудного вскармливания».

С 18 по 24 октября проходила XVIII Акция «Неделя грудного вскармливания – 2021», целью проведения которой является повышение теоретических знаний и практических навыков медицинских работников по успешному становлению и поддержанию практики грудного вскармливания, а также информированности населения о его доступности и безальтернативности.

В рамках недели прошли мероприятия:

- научно-практическая конференция «Вскармливание и питание детей грудного и раннего возраста» в городской больнице г. Сосновоборска;
- мастер-класс для сотрудников родильных домов на базе родильного дома №5 г. Красноярск;

- конференция для среднего медицинского персонала «Роль медицинской сестры в сохранении грудного вскармливания»;
- прямой эфир «Новое утро на ТВК» с заведующей центром грудного вскармливания Е.В. Будниковой «Грудное вскармливание – программирование качества предстоящей жизни»;
- видеолекции беременным женщинам «Грудное вскармливание от А до Я»;
- научно-практическая конференция «Защита грудного вскармливания – коллективная ответственность» в форматах офлайн и онлайн с участием ведущих спикеров в области вскармливания детей грудного возраста из Москвы, Санкт-Петербурга, Новокузнецка, Тюмени и Красноярска.

В рамках подготовки «Недели грудного вскармливания» прошел конкурс среди молодых специалистов КГБУЗ «КГДБ №8» «Сохранение и поддержание грудного вскармливания на амбулаторном этапе».

Цель конкурса – повышение мастерства и ответственности молодого врача в сохранении грудного вскармливания. По итогам оценки теоретических и практических навыков были определены победители: участковые педиатры поликлиники №3 Дарья Евгеньевна Маслова и Татьяна Александровна Овчаренко. Доля детей на грудном вскармливании более 6 месяцев на этих участках составляет 80%.

Награждение победителей конкурса состоялось во время открытия научно-практической конференции. Номинантам вручены благодарственные письма и подарки.



Опыт удаления опухоли – амелобластомы тела угла ветви нижней челюсти справа с одномоментной реконструкцией костной пластикой дефекта аутокостью из левого гребешка подвздошной кости

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Операторы: Андрей Гербертович Симонов, Дмитрий Михайлович Шароглазов

Ассистент: Софья Максимовна Кауниетис

Анестезиолог: Дмитрий Алексеевич Зайцев

Операционная сестра: Татьяна Аркадьевна Оленкова

Амелобластома (адамантинома) относится к доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой локализации. Она является одонтогенной эпителиальной опухолью, так как гистологическая структура ее паренхимы имеет сходство со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка, в связи с этим название опухоль получила от слова «эмаль» – substantia adamantina, происходящая из эпителия зубного сосочка, клеточных элементов эмалевого органа или дериваты его глубоких слоев – клеток Малассе и Серре.

Установлено, что амелобластомы чаще встречаются в области нижней челюсти, преимущественно в ее ангулярном отделе. Возраст больных может быть как молодым, так и зрелым и даже пожилым. Клинические проявления амелобластомы, особенно в начальных стадиях развития, мало характерны и могут напоминать иные виды новообразований (одонтогенные кисты, остеобластокластомы, злокачественные опухоли и др.). В связи с этим при постановке диагноза амелобластомы необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику.

Различают солидную и кистозную форму заболевания, при новообразованиях значительной величины процесс распространяется на окружающие мягкие ткани. Кистозная форма представлена значительным количеством пустот мультикистичного характера, разделенных перегородками из костной ткани. Изредка кистозная форма адамантиномы может быть однокамерной, заключая в себе непрорезанный зуб, напоминая фолликулярную кисту; однокамерность при этом обусловлена слиянием кистозных полостей. Челюсть в месте патологии деформируется, лицо становится асимметричным в дистальных отделах. Периостальная реакция, как правило, отсутствует, зубы

не смещены. Прозрачность тени многокамерной опухоли неоднородная, максимальная – в центре, иногда наблюдаются воспалительные осложнения в одной из кист, эрозии корней, в отличие от остеобластокластомы, не наблюдается.

Первичный прием ЧЛХ 02.02.21 г.

Пациентка Е., возраст 74 года, обратилась в ККБ на консультативный прием врача челюстно-лицевого хирурга с жалобами на дискомфорт в нижней челюсти справа, деформацию нижней зоны лица справа в виде вздутия нижней челюсти. Отмечает появление указанных жалоб в течение года. 28.01.21 сделана ОТПГ (рентгенологическое исследование нижней челюсти) – диагностирована кистозная опухоль нижней челюсти справа.

Учитывая указанные патологические признаки опухоли нижней челюсти, определен план обследования и лечения в условиях отделения ЧЛХ ККБ. Из сопутствующих заболеваний на предоперационном приеме врача-терапевта установлен клинический диагноз: гипертоническая болезнь 3 ст., 4 ИБС, стенокардия 1 НБПВЛНПГ, редкая наджелудочковая экстрасистолия (61) ХСН 1 (2фкНУНА). В отделении ЧЛХ выполнен этап предварительного стационарного пребывания с целью диагностики (верификации) морфологического типа опухоли нижней челюсти.

Оперативное вмешательство 18.02.2021 г.

Биопсия опухоли нижней челюсти справа под наркозом.

Заключение гистологического исследования:

Фрагменты полостного образования – кисты, стенка которой представлена фиброзной тканью с кровоизлияниями, выстилкой харак-

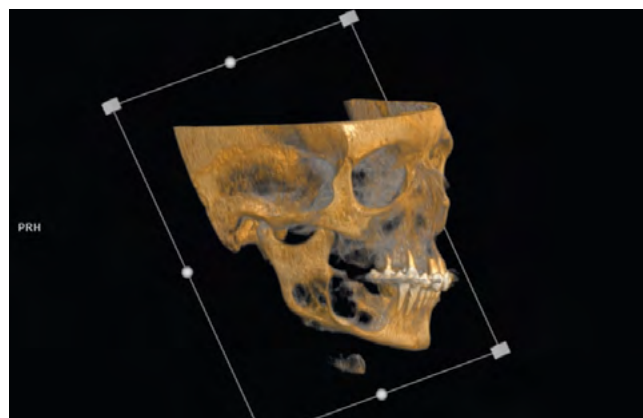
терным амелобластоматозным эпителием (с периферическим палисадом и вытянутыми ядрами с вышележащими свободно расположенными ячейками, которые напоминают звездчатую сеточку). Установлен диагноз: «амелобластома тела угла ветви нижней челюсти справа».

МСКТ лицевого скелета 29.04.2021 г. Описание исследования:

При исследовании лицевого скелета без контрастного усиления – артефакты от металлических зубных протезов. Наличие опухолевой остеолитической деструкции тела от 44-го зуба до ветви нижней челюсти справа, с костным вздутием, с нарушением целостности кортикальной кости и внутрикостным мягкотканым компонентом. Максимальный продольный размер деструкции 59 мм, шириной 32 мм, вертикальный размер до 40 мм. По задней границе деструкции проходит канал нижней челюсти с разрушением передней стенки канала на уровне ветви челюсти. Прилежащие мягкие ткани нижней челюсти четко дифференцируются. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа до 10 мм по короткой оси.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-картина опухоли нижней челюсти справа (амелобластома).



МСКТ исследование 29.04.2021 г. (до операции)

Оперативное вмешательство 30.04.21 г. – удаление опухоли – амелобластома тела угла ветви нижней челюсти справа с одномоментной реконструкцией костной пластикой дефекта аутокостью из левого гребешка подвздошной кости.

Произведен забор аутокости-трансплантата из гребешка левой подвздошной кости. Прицельный косой доступ в области левой подвздошной кости длиной 4 см. Послойно выделен гребень левой подвздошной кости. Гемостаз. При помощи остеотома выполнен забор губчатого ауто-трансплантата размером 6х2х1 см. Костная рана укрыта воском. Санация раны водными растворами антисептиков. Послойно швы, асептическая повязка.

В правой поднижнечелюстной области произведен разрез, окаймляющий угол нижней челюсти длиной 13 см. Обнаружен и удален лимфоузел правой поднижнечелюстной области. Послойно рассечены ткани, отслоены от кости нижней челюсти на протяжении опухоли тела угла, ветви до подбородочного отдела от шейки правого мышечкового отростка. Резецирована по здоровым тканям, отступая от границы на 2,0 см, нижняя челюсть в блоке с опухолью от шейки правого мышечкового отростка до 43-го зуба. Опухоль в блоке удалена. В образовавшийся дефект – 9.0 см – введен расщепленный по длине трансплантат – аутокость, фиксирован в костном контакте с фрагментами нижней челюсти. В состоянии ортогнатического прикуса фрагменты нижней челюсти и трансплантат дополнительно фиксирован реконструктивной, отмоделированной по контуру, титановой пластиной на титановые винты 2,4 мм – 9 шт. (самонарезающиеся, 14 мм длиной). Гемостаз по ходу операции. Рана послойно ушита, дренирована вакуум-дренажом. Наложен внутридермальный шов, асептическая повязка, осложнений нет.

Особенность техники выполнения операции:

- отказ от сложного 3D-изготовления шаблона измененной нижней челюсти для планирования объема и формы ауто-трансплантата;
- наложение и фиксация реконструктивной титановой пластины на пораженную правую половину нижней челюсти до ее резекции;

в момент удаления опухоли – резекции нижней челюсти, наkostный титановый фиксатор удален, установлен и фиксирован к здоровым фрагментам нижней челюсти, в прежнем положении, одновременно с фиксацией ауто-трансплантата в костном контакте без нарушения контура и размеров.

Гистологическое исследование**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

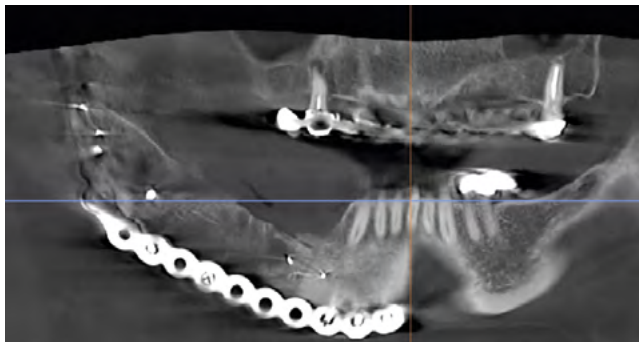
Гистологическая картина возможна при солидно-кистозной форме амелобластомы. Удалено вблизи опухоли. В лимфатическом узле метастатического роста не найдено.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

14.05.2021 г. при выписке из отделения ЧЛХ ККБ пациентка 28.04.2021 г. госпитализирована в отделение ЧЛХ в плановом порядке с диагнозом «амелобластома (верифицированный) левой ветви угла тела нижней челюсти» в плановом порядке. 30.04.2021 г. выполнена операция удаления опухоли нижней челюсти с замещением дефекта титановым имплантатом с аутокостной пластикой. В послеоперационном периоде течение без осложнений. Получала антибактериальное симптоматическое лечение. На момент выписки общее состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает артериальное давление, температура тела в пределах нормы. Локально – в области забора аутокости – заживление первичным натяжением, швы сняты 13.05.2021. В области нижней зоны лица справа умеренный отек-лимфостаз. В ране заживление. Швы сняты 13.05.2021. Открывание рта до 3.0 см, прикус адаптированный ортогнатический. Глотание не нарушено. Выписана с улучшением. Послеоперационных осложнений нет.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Наблюдение врача челюстно-лицевого хирурга в динамике – осмотры в ККБ через 7 дней. Исключить жесткую пищу. Контроль гистологического исследования по заключению. В дополнительных назначениях не нуждается. Исключить физическую нагрузку области операции.



КЛКТ-исследование 27.05.2021 г., через 5 недель после операции

КЛКТ-исследование 25.10.2021 г.,
через 6 месяцев после операции.

КТ-признаки консолидации аутоотрансплантата. Умеренная дисплазия, уменьшение объема костной ткани трансплантата. Отсутствует патологическая подвижность в контуре нижней челюсти. Отсутствие продолженного роста опухоли. Отсутствие инфильтрации и симптомов воспаления в зоне операции. Функция височнонижнечелюстных суставов не нарушена.

Основой медицинской реабилитации больных, перенесших радикальные операции, является восстановление функции нижней челюсти при помощи первичной (или отсроченной) костной пластики, выбор которой определяет челюстно-лицевой хирург, а также последующее зубное протезирование.

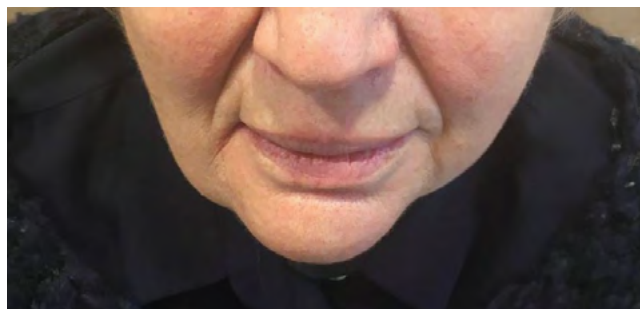
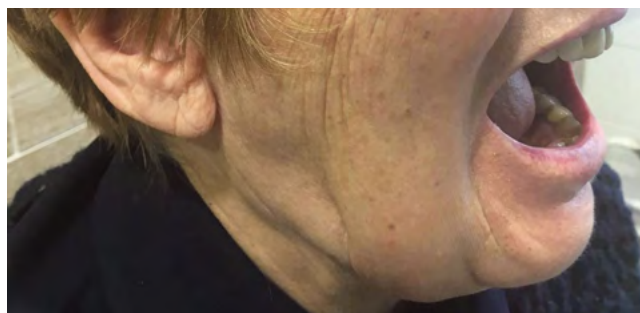
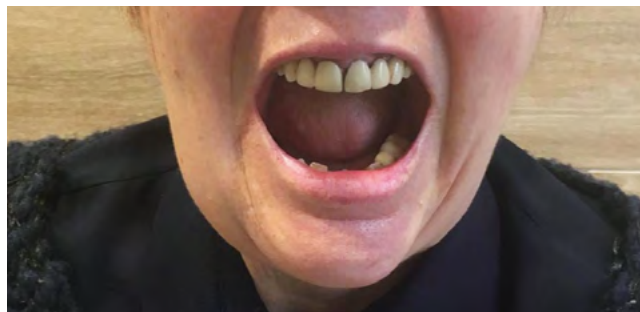


Фото пациентки 26.10.2021 г., через 6 месяцев после операции

Симультанная операция: реконструкция желудочно-кишечного тракта и задняя сепарационная протезирующая пластика послеоперационной грыжи с потерей домена

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Проф. О.В. Первова, проф. Д.В. Черданцев, Д.Н. Тараденко, А.В. Исаков

Послеоперационная грыжа (ПОГ) передней брюшной стенки является одним из наиболее частых нежелательных последствий операций на органах брюшной полости. Около 50% всех грыж возникают в первый год после вмешательства [1–3]. У пациентов, перенесших несколько вмешательств на органах брюшной полости с ведением по принципу open abdomen, образование грыжевых дефектов в послеоперационном периоде наблюдается практически в 100% случаев. При этом, как правило, после таких вмешательств образуются дефекты значительных размеров: 10–15 см более (W3 по классификации EHS), что сопровождается синдромом потери домена (loss of domain) – выходом из брюшной полости в грыжевой мешок 20% и более органов брюшной полости.

Хирургическое лечение послеоперационных грыж с синдромом потери домена сопряжено с высокими рисками развития тяжелого компартмент-синдрома, рецидивов, а также инфицирования зоны операции. Поэтому таким пациентам часто отказывают в хирургическом лечении. Отсутствие нормальной биомеханики мышц передней брюшной стенки приводит к нарушению работы внутренних органов, значительному снижению работоспособности и набору избыточного веса. Это негативно сказывается на коморбидном статусе пациента и приводит к еще большему увеличению размеров грыжи. Применение в подобной ситуации

стандартных подходов к хирургическому лечению грыж сопряжено с высокими рисками неблагоприятного исхода как со стороны пациента, так и со стороны области хирургического вмешательства [2–4, 7].

С этих позиций предложено применение хирургических методик, способствующих увеличению объема брюшной полости – сепарации компонентов передней брюшной стенки. При этом низкая частота раневых осложнений и лучшие функциональные результаты при хирургическом лечении грыж больших размеров наблюдаются при методе задней сепарационной пластики с пересечением и мобилизацией поперечных мышц живота – TAR пластики (Transversus Abdominal muscle Release), операции, предложенной Юрием Новицким в 2012 г. [4–6].

Этот метод позволяет выполнять диссекцию тканей в бессосудистой зоне под поперечной мышцей живота, что создает идеально удаленное от поверхности кожи место для размещения сетчатого имплантата, сохраняя кровоснабжение и иннервацию передней брюшной стенки. Кроме того, высвобождение поперечной брюшной мышцы дает возможность достаточной медиализации прямых мышц живота для обеспечения полной реконструкции белой линии живота и восстановления каркасности и функционала передней брюшной стенки [5, 6].

В КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярск герниопластика с применением TAR-technique внедрена с 2017 года. За период до 2021 года оперирован 71 пациент. Около 20% больных проведены симультанные операции. Одновременно с реконструкцией передней брюшной стенки были выполнены такие вмешательства, как холецистэктомия, резекция тонкой кишки, устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, резекция оперированного желудка и пр. Одним из наиболее интересных клинических случаев мы хотели бы поделиться в этой статье.

Пациент С., 43-х лет, поступил в ККБ с жалобами на наличие функционирующей илеостомы, большой послеоперационной грыжи в области лапаротомного рубца, связанный с грыжей дискомфорт, снижение трудоспособности. Качество жизни пациента значительно страдало, наличие сочетанной патологии не позволяло вести ему обычную жизнь, работать. Заболевание началось около 7 месяцев назад, когда пациент был оперирован по поводу проникающего колото-резаного ранения брюшной полости со множественными повреждениями поперечной ободочной кишки, сквозного ранения правой почки. Повреждения осложнились гемоперитонеумом и развитием распространенного калового перитонита. Больной был экстренно госпитализирован в больницу г. Кызыла, где ему выполнили верхне-срединную лапаротомию, правостороннюю гемиколэктомию с формированием одностольной илеостомы, нефрэктомия справа, санацию и дренирование брюшной полости. Через четверо суток больной был повторно оперирован с целью отсроченной санации брюшной полости. С функционирующей кишечной стомой пациент был выписан из стационара. Через несколько недель в области послеоперационного рубца у пациента появилось небольшое выпячивание, которое через непродолжительный период времени увеличилось до размеров футбольного мяча. Носить бандаж пациент не мог ввиду функционирующей илеостомы, поэтому грыжа прогрессивно увеличивалась в размерах, разрушая переднюю брюшную стенку. Течение послеоперационного периода дополнительно осложнилось формированием множественных лигатурных свищей (рис. 1).



Рис. 1. Пациент С. Разметкой показаны п/о рубцы, обозначены демедиализированные края прямых мышц живота (поперечный дефект в апоневрозе 22 см)

В мае 2021 г. для выполнения реконструктивной операции на кишечнике больной госпитализирован в отделение колопроктологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

При поступлении был установлен диагноз «функционирующая одностольная илеостома, состояние после правосторонней гемиколэктомии по поводу ранения поперечной ободочной кишки (15.10.2020), гигантская послеоперационная вентральная грыжа M1-4, W3, R0, лигатурные свищи п/о рубца передней брюшной стенки». Единственная левая почка.

Консилионно было решено, что илеостому возможно низвести и выполнить реконструкцию кишечника только через лапаротомный доступ, а, учитывая размеры грыжевого дефекта, ушить переднюю брюшную стенку будет невозможно. Опыт операций гигантских размеров грыж с помощью TAR-technique у нас накоплен достаточный, в том числе с симультанным объемом, но кишечные стомы на передней брюшной стенке одномоментно с задней сапарационной протезирующей пластикой в клинике еще не вы-

полнялись. Вопрос о возможности выполнения симультанных операций при TAR-technique до настоящего времени в экспертном сообществе вызывает оживленную дискуссию. Однако учитывая такую непростую клиническую ситуацию, взвесив все риски, было принято решение о выполнении симультанной операции в илеотрансверзоанастомоза и реконструктивной протезирующей задней сепарационной пластике с применением TAR-technique по Ю. Новицкому, с широким иссечением рубцовых и инфицированных кожных лоскутов по типу вертикальной абдоминопластики.

Продолжительность оперативного вмешательства составила 7 часов. Первым этапом была выполнена герниолапаротомия, иссечение лигатурных свищей и гранулем, снятие илеостомы, ручной илеотрансверзоанастомоз «конец в конец». Вторым этапом выполнена задняя сепарация компонентов передней брюшной стенки с пересечением поперечной мышцы, объединением и восстановлением заднего листка, включая дефект всех слоев передней брюшной стенки в области илеостомы.



Рис. 2. Этап реконструкции передней брюшной стенки – TAR-technique по Ю. Новицкому, проф. Первова О.В.

Благодаря применению TAR-technique по Ю. Новицкому удалось, несмотря на гигантские размеры дефекта передней брюшной стенки, ушить задний листок без натяжения. На сформированное ложе был установлен сетчатый протез размерами 60х45 см, сконструированный из двух сеток размерами 30,5х30,5 см. Протез фиксирован с помощью герниостеплера к купферовским связкам и выше мечевидного отростка трансапоневротически. Прямые мышцы вместе с верхним листком апоневроза были ушиты в медиальной позиции, полностью ликвидировав диастаз между ними, таким образом, удалось достичь полной реконструкции передней брюшной стенки. В завершении операции избытки кожи, рубцы и гипотетически инфицированные ткани передней стенки были иссечены.



Рис. 3. Ушитый задний листок (поперечная фасция)

Объем кровопотери составил 200 мл. Пациент был переведен на самостоятельное дыхание сразу по завершении операции, доставлен в профильное отделение колопроктологии.



Рис. 4. Пациент С. после симультанной реконструктивной операции.

В послеоперационном периоде проводилась мультимодальная обезболивающая терапия, включая продленную эпидуральную анальгезию. Согласно принципам Fast track, пациент был активизирован, начато раннее кормление,

стимуляция моторики кишечника, удаление дренажей на шестые сутки, заживление п/о швов первичным натяжением. Течение послеоперационного периода прошло без осложнений, в удовлетворительном состоянии пациент был выписан на 12-е сутки.

Заключение

1. Внедрение метода TAR-technique в медицинскую практику при рецидивных и гигантских вентральных грыжах позволяет успешно оперировать тех больных, которые ранее считались неоперабельными с минимальным риском развития абдоминального компартмент синдрома, послеоперационных осложнений, при этом максимально восстановив мышечный каркас передней брюшной стенки.

2. Расположение сетчатого эндопротеза в самом глубоком слое брюшной стенки сопровождается минимальным риском раневых инфекционных осложнений.

3. Отсутствие натяжения тканей и достаточный размер сетки минимизируют риск возникновения рецидивов и системных осложнений, связанных с повышением ВБД.

Список литературы:

1. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Подачин П.В., Лапшина И.Ю. Синдром интраабдоминальной гипертензии: состояние проблемы. Современная медицинская наука 2012; 2: 4–26.
2. Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Инютин А.С., Шарыгин В.М., Зацаринный В.В. Оценка факторов, влияющих на выбор оперативного вмешательства у больных с грыжами передней брюшной стенки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011; 4(2): 269–273.
3. Deerenberg E.B., Timmermans L., Hogerzeil D.P., Slieker J.C., Eilers P.H., Jeekel J., Lange J.F. A systematic review of the surgical treatment of large incisional hernia. Hernia 2015; 19(1): 89–101.
4. Pauli E.M., Rosen M.J. Open ventral hernia repair with component separation. Surg Clin North Am 2013; 93(5): 1111–1133.
5. Novitsky Y.W., Elliott H.L., Orenstein S.B., Rosen M.J. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. Am J Surg 2012; 204(5): 709–716.
6. Novitsky Y.W., Porter J.R., Rucho Z.C., Getz S.B., Pratt B.L., Kercher K.W., Heniford B.T. Open preperitoneal retrofascial mesh repair for multiply recurrent ventral incisional hernias. J Am Coll Surg 2006; 203(3): 283–289.
7. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Курашвили Д.Н., Абовян Л.А. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2014; 7(4): 405–413.

Редкий случай развития декомпенсированного ангиоспазма после клипирования аневризмы внутренней сонной артерии без разрыва в анамнезе

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

П.Г. Шнякин, А.В. Ботов, Н.Ю. Довбыш, А.В. Путилин, А.В. Дунайцев, А.В. Трубкин.

Аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние сопровождается развитием ангиоспазма в 80–90% случаев, однако вторичная ишемия и неврологический дефицит наблюдаются только у трети пациентов. Именно церебральный ангиоспазм является ведущей причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения церебральных аневризм в острый период разрыва.

Проблема церебрального ангиоспазма сложна и многогранна, и в настоящее время до конца не решен вопрос не только о методах его профилактики и лечения, но и об этиопатогенезе. Несмотря на известный каскад патоморфологических реакций сосудистой стенки в ответ на воздействие компонентов излившейся крови, выраженность ангиоспазма бывает очень вариабельна и, по-видимому, зависит от каких-то не до конца изученных факторов. Так, многими авторами отмечается, что величина кровоизлияния в базальных цистернах влияет на развитие ангиоспазма: чем выраженнее САК, тем выше вероятность ангиоспазма. Однако в клинической практике нередко противоречащие этой закономерности случаи: развитие декомпенсированного спазма и ишемии у пациентов с кровоизлиянием Fisher II и отсутствие клинически значимого ангиоспазма у пациентов с кровоизлиянием Fisher III-IV. В связи с этим представляют особый интерес случаи развития ангиоспазма у пациентов, прооперированных по поводу аневризм без кровоизлияния в анамнезе, что может углубить знания о патогенезе данного состояния и факторах его риска.

В современной научной литературе имеются единичные наблюдения развития ангиоспазма после плановых операций по поводу цере-

бральных аневризм.

Н. Hashimoto и соавт. (2016) описывают случай развития симптомного ангиоспазма на 11-й день после клипирования аневризмы без разрыва у женщины 62-х лет. Авторы отмечают, что у пациентки через неделю после операции развилась сильная головная боль, что уже ретроспективно было оценено как признак развития ангиоспазма.

С. Campe и соавт. (2019) представили интересный клинический случай клипирования аневризмы СМА у пациентки 69-ти лет без разрыва в анамнезе. Операция прошла без осложнений, по данным интраоперационной ангиографии и доплерографии, проходимость всех ветвей сохранена. Пациентка выписана через 7 дней в удовлетворительном состоянии. На 12-е сутки после операции у нее появилась слабость в левых конечностях, наблюдалась асимметрия лица. При поступлении в клинику ей выполнена МСКТ головного мозга и выявлены признаки ишемии в бассейне правой СМА. По ЦАГ: выраженный ангиоспазм в М1 и М2-сегментах СМА справа.

Наиболее отсроченный по времени ангиоспазм после плановой операции описывают С.М. Peterson и соавт. (2020). Женщине 67-ми лет выполнено клипирование аневризмы средней мозговой артерии (без разрыва в анамне-

зе). Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. На 29-е сутки после операции у пациентки развился гемипарез, дизартрия, головная боль, рвота. При дообследовании выявлен выраженный спазм М2 сегмента СМА. Проводилась интенсивная терапия (в том числе интраартериальная инфузия верапамила). Несмотря на это, у пациентки развилась обширная зона ишемии, и она была выписана с грубым неврологическим дефицитом.

Обратная ситуация развития ангиоспазма в первые дни после плановой операции описана А. Tsyben и соавт. (2016). Авторы докладывают о двух случаях развития отсроченного ангиоспазма после планового клипирования аневризмы СМА у женщины 53-х лет и у мужчины 70-ти лет (клипирование аневризмы СМА и ПСА). Обе операции прошли без осложнений. После операции следов крови в базальных цистернах по МСКТ не обнаружено. У обоих пациентов развился ангиоспазм в средней мозговой артерии на 2-е сутки после хирургического вмешательства. В обоих случаях использовалась интраартериальная инфузия верапамила. В одном случае спазм регрессировал, в другом – у пациента развился территориальный инфаркт.

P.Vachata и соавт. (2020) описывают два случая развития ангиоспазма после клипирования аневризм без разрыва. В первом случае у женщины 65-ти лет на пятые сутки после клипирования аневризмы СМА развился спазм обеих М2 ветвей на стороне операции, клинически проявившийся развитием афазии. Во втором случае мужчина 72-х лет прооперирован по поводу аневризмы СМА без разрыва. На 6-е сутки он стал дезориентирован, развилась глобальная амнезия. По ангиографии выявлен спазм обеих М2 ветвей СМА на стороне операции.

J.A. Суосо и соавт. (2020) описывают случай развития ангиоспазма и ишемического инфаркта в бассейне левой СМА на 13-е сутки после планового клипирования аневризмы бифуркации левой СМА. Особый интерес этот случай представляет в связи с тем, что у этой же пациентки на 26-е сутки после операции развился ангиоспазм в бассейне правой задней мозговой артерии с неврологическим дефицитом в виде гомонимной гемианопсии.

Таким образом, на основании немногочисленных публикаций стоит отметить, что отсроченный ангиоспазм после клипирования аневризм без разрыва развивался преимущественно у лиц зрелого и пожилого возраста, несколько чаще – у женщин, и наиболее часто – после клипирования аневризм средней мозговой артерии.

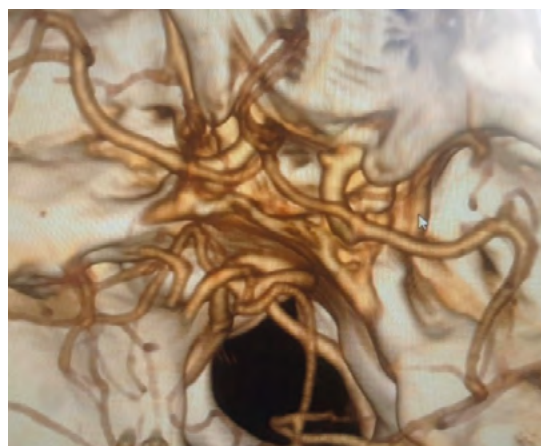
Говоря о причинах развития данного осложнения, все авторы сходятся на том, что они в настоящее время не установлены, и выдвигают лишь возможные теории этиопатогенеза:

- отдаленное воздействие на сосудистую стенку продуктов распада крови, попавших в субарахноидальное пространство в ходе операции;
- вазоспастические реакции в силу нарушения невральнй регуляции мозговых сосудов, в том числе с участием тригемино-церебральных механизмов;
- механическое повреждение нервных волокон в адвентиции в ходе диссекции (K. Tureyen, 2005).

Однако установить, какой конкретно механизм вызвал осложнение в каждом конкретном случае, на уровне современных знаний данной проблемы практически невозможно.

Представляем собственное клиническое наблюдение

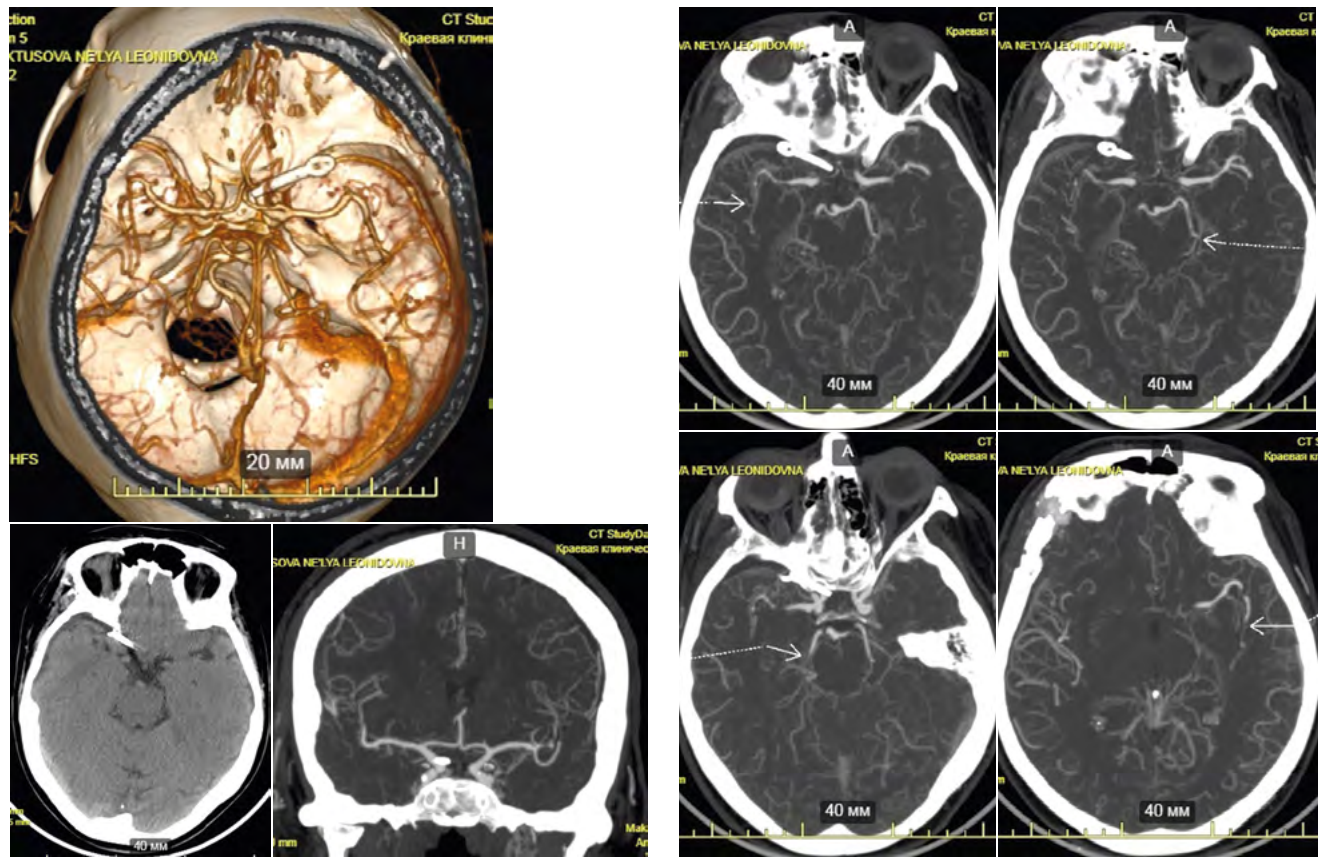
Пациентка П., 60 лет, на протяжении нескольких лет отмечала периодически возникающую головную боль. По поводу этого самостоятельно сделала МРТ, на которой была выявлена аневризма офтальмического сегмента правой ВСА. Женщину направили на МСКТ-ангиографию, где диагноз подтвердился: «аневризма офтальмического сегмента правой ВСА размером 3 мм».



Так как у пациентки отмечалась тяжелая форма гипертонической болезни с периодическими подъемами АД до 200 мм рт.ст., ей предложили оперативное лечение. Учитывая небольшой размер аневризмы и широкую шейку, было принято решение о выполнении клипирования аневризмы.

Операция прошла без осложнений (время операции – 107 минут), временное клипирование не проводилось.

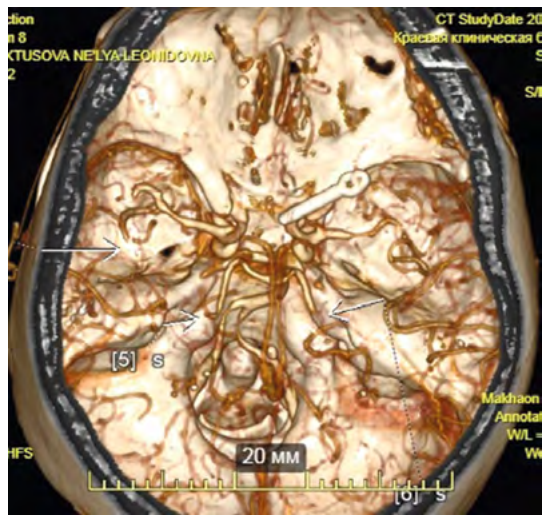
На следующие сутки после операции пациентка находилась в сознании, без общемозговой и очаговой симптоматики. По МСКТ-ангиографии: аневризма заклипирована, сосуды проходимы, признаков ангиоспазма нет, следы крови в базальных цистернах отсутствовали.



Пациентку выписали на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, без общемозговой, очаговой и менингеальной симптоматики. На 12-е сутки после операции развилась сильная головная боль, нарушилось зрение, появилась неловкость в левых конечностях (больше в ноге). Пациентку доставили машиной скорой помощи с подозрением на ОНМК. При осмотре: в сознании (15 баллов ШКТ), левосторонний гемипарез до 4-х баллов в руке, 3 – в ноге, правосторонняя гемианопсия. По данным МСКТ, отмечалось формирование зон ишемии в теменно-затылочной и височной области справа.



Явных зон ишемии, ответственных за левосторонний гемипарез, выявлено не было (участок ишемии в затылочной области слева определяет правостороннюю гемианопсию). По МСКТ-ангиографии отмечались признаки ангиоспазма в обеих ПМА, ветвях СМА и ЗМА.



По данным ТКДГ: СМА справа – 200 см/сек, СМА слева – 122 см/сек, ЗМА справа – 280 см/сек, ЗМА слева – 180см/сек. Пациентке было сделано внутривенное введение нимотопа через инфузомат. На следующие сутки отмечалась положительная динамика в виде регресса пареза в руке, уменьшения в ноге до 4-х баллов. Сохранялась гемианопсия. На контрольных снимках перед выпиской виден полный регресс неврологической симптоматики. По данным МСКТ, полное разрешение ангиоспазма.



Данный клинический случай интересен тем, что, несмотря на операцию на сонной артерии справа, спазм развился во всех артериях, но декомпенсированный (с развитием ишемии) в бассейне задней мозговой артерии с противоположной стороны.

Объяснить данную ситуацию патогенетически крайне затруднительно, и на уровне настоящих знаний возможно только зафиксировать это как факт, требующий дальнейшего изучения.

Выводы

1. Отсроченный ангиоспазм и развитие вторичной ишемии является неожиданным и редким осложнением хирургии церебральных аневризм без разрыва. Развивается в сроки от 2 до 29 дней после операции (чаще в интервале 10–14 дней). Как правило, у пациентов зрелого и пожилого возраста, особенно после клипирования аневризм средней мозговой артерии. Может затрагивать как артерии оперируемой стороны, так и противоположной.
2. Стойкая головная боль в послеоперационном периоде должна настораживать в плане развития ангиоспазма.
3. Выполнение ТКДГ перед выпиской может помочь в своевременной диагностике развивающегося ангиоспазма.

Список литературы:

1. Bloomfield S M. Delayed cerebral vasospasm after uncomplicated operation on an unruptured aneurysm: case report / S. M. Bloomfield, V.K. Sonntag // *Neurosurgery*. – 1985. – №17(5). – P.792–796.
2. Campe C. Vasospasm and delayed cerebral ischemia after uneventful clipping of an unruptured intracranial aneurysm – a case report / C. Campe, J. Neumann, I.E. Sandalcioglu et al. // *BMC. Neurol.* – 2019. – 19(1). – 226.
3. Cuoco J.A. Recurrent Cerebral Vasospasm and Delayed Cerebral Ischemia Weeks Subsequent to Elective Clipping of an Unruptured Middle Cerebral Artery Aneurysm / J.A. Cuoco, E. L. Guilliams, C.M. Rogers et al. // *World Neurosurg.* – 2020. – №141. – P.52–58.
3. Hashimoto H. A case of unexpected symptomatic vasospasm after clipping surgery for an unruptured intracranial aneurysm / H. Hashimoto, M. Kameda, T. Yasuhara et al. // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* – 2016. – Mar; 25(3): P.25–27.
4. Kitazawa K. Postoperative vasospasm of unruptured paraclinoid carotid aneurysms: analysis of 30 cases / K. Kitazawa, K. Hongo, Y.Tanaka et al. // *J.Clin. Neurosci.* – 2005. – №12(2). – P.150–155.
5. Knight J.A. 2nd. Contralateral vasospasm in an uncomplicated elective anterior communicating artery aneurysm clipping //J.A Knight 2nd, M.G Bigder, M. Mandel et al. // *World Neurosurg.* – 2020. – №138. – P.214–217.
6. Paolini S. Cerebral vasospasm in patients with unruptured intracranial aneurysms /S. Paolini, Y. Kanaan, A. Wagenbach et al. // *Acta Neurochir (Wien)*. – 2005. – №147(11). – P.1181–1188.
7. Peterson C.M. Unruptured aneurysmal clipping complicated by delayed and refractory vasospasm: case report /C.M. Peterson, S.S. Podila, T. Girotra // *BMC Neurol.* – 2020. – №20(1). – P.334.
8. Raynor R.B. Severe vasospasm with an unruptured aneurysm: case report /R. B. Raynor, H. D. Messer // *Neurosurgery*. – 1980. – №6(1). – P.92–95.
9. Tsyben A. Cerebral vasospasm and delayed ischaemic deficit following elective aneurysm clipping / A.Tsyben, I.Paldor, J. Laidlaw // *J. Clin. Neurosci.* – 2016. – №34. – P.33–38.
10. Vachata P. Delayed ischemic neurological deficit after uneventful elective clipping of unruptured intracranial aneurysms / P. Vachata, J.Lodin, A. Hejčl et al.// *Brain Sci.* – 2020. – №10(8). – P.495.
11. Yang K. Clinical and angiographical delayed cerebral vasospasms after uncomplicated surgical clipping of unruptured intracranial aneurysms: illustrated review and two case reports / K. Yang, J. S. Ahn, J. C. Park et al. // *Turk. Neurosurg.* – 2015. – №25(4). – P.662–665.

Мария Язева: «Счастье – это рождение детей»

Текст Елены Семеновой

В этом году исполнилось 95 лет выпускнице КГМИ 1949 года.

Герой рубрики *Ex anіto* этого номера – необыкновенная женщина. В военном 1944 году она стала студенткой второго набора Красноярского медицинского института. Мы не знаем, есть ли в мире хоть один выпускник КГМИ старше Марии Филипповны Язевой. Возможно, она единственная, кто помнит вуз военной поры и первых преподавателей. Единственная и потому драгоценная. Слушаем Марию Филипповну.



**Золотинки в обмен
на «дунькину радость»**
Родилась наша героиня в июле 1926 года в деревне Осиновка (сегодня Мокино) Курагинского района.

– Отец был добрый человек, младший ребенок из 11 детей, – рассказывает Мария Филипповна.
– Его маму, мою бабушку, на деревне звали Германка. Может, она и вправду была немка. Папа был хорошо воспитан, а главное – слово «честь» для него было не пустым звуком. Когда в середине 1930-х его обязали раскулачивать односельчан, он просто собрал маму с детьми и уехал в поселок Ольховку, сегодняшний Артемовск, где работала золотодобывающая артель. Папа там строил дома для работников прииска. Односельчане были благодарны Филиппу Самойлову, всю жизнь помнили, что он их не предал. Когда папа умер, они полностью оплатили похороны, пришли его проводить.

Мария Филипповна говорит, что мама тоже была щедрая и человечная:

– Помогала раскулаченным. Наготовит еды, положит в ведра и несет на коромысле, словно воду. А потом тихонько раздает голодным семьям. Мама все могла – и спеть, и сплясать, и сварить, и с детьми у нее было понимание.

Из пятерых детей у Самойловых выжили трое – Маша и два брата. Доктор Язева хорошо пом-

нит, как началась война и папа ушел на фронт. Не было чувства, что беда далеко, война вошла в каждый дом, и взрывы в горах, где добывали золото, заставляли сжиматься сердце.

Золотодобывающий поселок жил особенной жизнью – на заводе мыли породу, вода текла по улице, и люди стояли с лотками – вылавливали крошечные золотые крупинки. Уносили их в золотоскупку, получали взамен еду, дети – конфеты, «дунькину радость».

Маша тоже охотилась за золотинками, а после девятого класса устроилась на завод – хотела заработать на дорогу в Красноярск. Девочка уже знала, что будет поступать если не в медицинский, то в педагогический.

– Медицинского обслуживания во время войны практически не было, но в поселок приезжали делать прививки от оспы, – рассказывает Мария Филипповна. – Я делала прививки своим куклам и мечтала стать врачом.

Пешком до Абакана

Маня подбила поступать в медицинский подружек – Ханну и Таю. Мечту свою девчонки осуществили невероятным способом: пешком дошли из Ольховки до Абакана.

Ломоносов шел в Москву с рыбным обозом, а наши абитуриентки военной поры рисковали больше – тайга, медведи, почти 200 километров пути... У Ханны с собой был туесок с рыбой – пришлось выбросить: заветрилась, пропала. У Таи – сухая малина. До Абакана поели, а в поезде до Красноярска малину украли. Выжили благодаря сухарям, которые накопила на дорогу Маша.

– Прямо с поезда мы пошли в Николаевку и стали искать себе жилье, – продолжает Мария Филипповна. – Меня пустила женщина, но не в дом, а... в коровью стайку. Корову она забирала домой, а я десять дней ночевала в хлеву.

Интересно сложилась судьба Ханны – в нее с первого взгляда влюбился живший по соседству парень по фамилии Абрамович и быстро на ней женился. И знаете, кто родился в этом браке? Те самые братья Абрамовичи, владельцы «КрасЭйр».

Девчонки из Курагинского района поступили в институт, но и после его окончания поддерживали отношения до самой смерти Ханны и Таи. Маша, третья, их никогда не забывает.



До Абакана поели, а в поезде до Красноярска малину украли. **Выжили благодаря сухарям,** которые накопила на дорогу Маша.

Маркузе-Почемузе

Учились студенты в корпусе на Маркса, лекции слушали в клубе железнодорожников, жили в общежитии. Вечно были голодные – в сутки полагалось 400 граммов хлеба, иногда доставался суп. Все было в дефиците. Например, Тая носила в руке чернильницу, чтобы ни капли не пролилось. Но Ханя и Маша бесконечно макали туда свои перьевые ручки.

– Сволочи, как вы мне надоели! – ворчала Тая.

Учеба была платной. Правда, Маню Самойлову освободили как дочь ветерана войны. Сколько стоило обучение, Мария Филипповна не помнит – ей было просто не до того: на нее «обрушилась» медицина. Анатомию вела любимая студентами Александра Астахова, физику преподавал легендарный академик Киренский, тогда еще совсем молодой человек. Обаятельные Воинов, Гутнер, Полосин, Варгунин, шутник Бантов.

– А прекрасного Маркузе мы называли Почемузе, потому что он задавал студентам много вопросов, заставлял думать, – говорит Мария Филипповна.

Еще были карточки на дополнительное питание – их получали те, кто хорошо учился. **Мотивация получать «отлично» была железная.**



Много лет спустя не слишком тактичная медицинская сестра спросила доктора Язеву:

– Что вы их валяете?!

Это она про пациентов, которым Мария Филипповна всегда смотрела живот. Медицинскую сестру доктор поставила на место – она вообще слыла строгой и принципиальной, а живот продолжала больным пальпировать и выстукивать, потому что так учил Почемуже. Без пальпации живота он считал осмотр пациента неполноценным.

– Эта школа однажды спасла человека, – вспоминает Мария Филипповна. – Я прямо с приема отправила пациента на скорой в хирургическую больницу с перитонитом.

Трудно во время учебы было с одеждой, особенно в первые годы. Однажды Маша проходила зиму в развалившихся валенках, практически в портянках. Даже к ректору ходила на прием – отказал, не помог с новыми валенками, сказал, что у всех такая же беда.

Зато потом за хорошую учебу Маше выдали три метра зеленой ткани и подкладку. Ей пошили сразу два пальто. И сатин черный на платье выдали.

Еще были карточки на дополнительное питание – их получали те, кто хорошо учился. Мотивация получать «отлично» была железная. И Маша Самойлова старательно училась.

Еще мечтала о семье и детях. Чтобы муж был хороший, не обижал. Все так и вышло.

В 1949 году Маша Самойлова окончила институт и вышла замуж за экономиста Язева. Несколько месяцев проработала в Хакасии, в поселке Аскиз, затем вернулась в Красноярск, чтобы прийти в

поликлинику завода «Сибтяжмаш» и остаться там почти на полвека.

Дело врачей

Этот жутковатый период, длившийся с 1947-го по 1953 год, до смерти Сталина, Мария Филипповна помнит хорошо. Кто знает – не умер бы генералиссимус, возможно, пострадали бы тысячи врачей-евреев. Но когда угроза нависла над ее коллегами, Мария Филипповна повела себя, как двадцатью годами раньше ее отец. Она защищала врачей, пыталась образумить поддавшееся пропаганде население.

Главным врачом поликлиники в ту пору был будущий легендарный руководитель краевой клинической больницы Владимир Константинович Сологуб. Тоже еврей. Он просил своего молодого доктора обслужить вызовы, потому что пациенты отказывались от врачей-евреев. Язева уже работала рентгенологом, но никогда не отказывала. Приходила на вызов и «высыпала» больным за мракобесие, хвалила своих коллег как могла, объясняла, что они заблуждаются, когда предпочитают ее, неопытную, мудрым, грамотным докторам.

Мария Филипповна вспоминает, какой контингент пациентов ей приходилось обслуживать в первые годы работы:

– Кроме коренного населения Сибири, детей ссыльных, мы оказывали помощь эвакуированным – они еще оставались в Красноярске после войны. У нас были репрессированные, репатриированные граждане, амнистированные – они приезжали с Севера с началом навигации. Мы также лечили узников концлагерей, которые после реабилитации возвращались в родной город.



У Марии Филипповны доброе, родственное отношение к миру. Она живет по принципу **«Делай, что должно, и будь, что будет».**

Даже в доме Марии Филипповны жили примечательные персонажи, например – белый офицер, возвратившийся из ссылки.

Кстати, квартиру завод дал молодому доктору быстро. Двухкомнатную в двухэтажном доме на Вавилова. Доктор Язева и сейчас в ней живет. Здесь выросли сыновья – Слава и Женя. Младший далеко – работает в правительстве Якутии, а старший рядом. Он много лет преподавал в СФУ. Внуки Марии Филипповны – успешные ребята, некоторые пожили за границей, занимаются бизнесом. И правнучка у нее уже есть.

Что такое счастье?

Отвечая на этот вопрос, Мария Филипповна не задумывается ни на секунду:

– Рождение детей.

Да, были еще их, детей, защищенные диссертации, был муж и много маленьких радостей. Но дети – главное, по мнению доктора Язевой.

У Марии Филипповны есть дачка, куда она ездит. Любит землю. По дороге здороваются с собаками и кошками, остановится, побеседует.

– Одна собака за мной до дачи увязалась, – рассказывает Мария Филипповна. – Я говорю, ладно, приходи, буду тебя кормить. Только ораву не приводи, у меня пенсия маленькая.

У Марии Филипповны доброе, родственное отношение к миру. Она живет по принципу «Делай, что должно, и будь, что будет».

В том, что доктор Язева отметит такой замечательный юбилей, заслуга генетики и врачей.

– Два инфаркта у меня было, стенты поставили в краевой больнице, – рассказывает Мария Филипповна.

Доктор Язева уже плохо видит, не может заниматься хобби – вышивать крестиком. Но в доме ее очень много вышивки, в которую вложены годы старания и любви.

Знаменательные даты



станции скорой медицинской помощи г. Ачинска

Жизнь на скорости: служба, без которой не обойтись.

Мало кто задумывается о том, когда возникла служба скорой помощи: кажется, была всегда. Она непреложна и безусловна: без нее не выжить в экстренной ситуации. Скорая помощь зародилась в России 120 лет назад, а станции скорой медицинской помощи Ачинска в уходящем году исполняется 100 лет со дня образования. Как всегда, будни у коллектива горячи и не праздничны. И, к слову, о столетнем юбилее своей альма-матер они даже и не знали. Работа у них такая: людей спасать и не считать это за героизм.



Павел Будкевич,
исполняющий обязанности заведующего
станцией скорой медицинской помощи
АМРБ

Белая стрела

Исполняющий обязанности заведующего станцией скорой медицинской помощи АМРБ Павел Будкевич говорит, что коллектив у них хороший: люди держат слово, на них можно положиться. Да это и понятно, ведь вместе они съели уже не один пуд соли. В такой работе, как и в песне Высоцкого с афористичными словами «...парня в горы возьми – рискни», человека видно сразу. Павел Витальевич уверен: случайные люди в скорой не задерживаются. Ненадежным и индивидам с лабильной психикой здесь просто не выжить.

Сам Будкевич попал в службу скорой помощи сразу же после окончания в 2008 году Красноярского медуниверситета. Молодой доктор выпускался в тот момент, когда реализовывался национальный проект «Здоровье», а поскольку в институте он обучался по специальной программе подготовки для работы именно в скорой помощи, то вполне логично, что путь его



Справа налево: фельдшеры реанимационной бригады Андрей Агаев, Сергей Стрельченко и санитар Вячеслав Вошев

был предопределен. Признается, что в работе его особенно привлекает возможность помочь человеку сразу же, причем увидеть результат практически сиюминутно: вот только у человека было острое состояние – и после усилий медиков из скорой оно отступает. К слову, надо понимать, что и на долгосрочный прогноз лечения пациента, которому оказана помощь, тоже в значительной степени влияют сотрудники скорой. Павел Витальевич при внешнем спокойствии немного романтик: больше всего, признается, нравилось ездить на вызовы по ночам. Очень красивый вид расцвеченного огнями ночного города, говорит наш собеседник. И ответственность с напряжением работы особенно ощутимы также ночью. Дело в том, что проблемы с сердцем чаще всего возникают в ночное время: инфаркты в темное время суток и под утро, увы, очень часты. Молодому специалисту пришлось освоить и огромный объем информации: нужно и кардиограмму прочитать, и оборудование, которым «напичкана» машина реанимационной и кардиобригады, знать назубок. А главное – стремительно и точно вникать в состояние пациента со всех сторон. Все это вкупе возможно только для человека по-настоящему работоспособного и преданного делу.

Станция скорой медицинской помощи создана в 1921 году при здравотделе. За прошедшие 100

лет ничуть не утратила своего статуса главной медслужбы отрасли. В период пандемии среднее количество вызовов стремится к двумстам. Обычно среднее количество вызовов зимой около 120 в сутки. Количество работающих бригад в среднем 10–11 в сутки. В одной смене работают три специализированные бригады: реанимационная, психиатрическая, врачебная общепрофильная (ранее была кардиологической). Не во всех сменах есть педиатрическая бригада, остальные – линейные, их в смену, как правило, выходит от семи до девяти.

В Петербурге первая станция скорой помощи была открыта 19 марта 1899 года. Эта дата и считается **днем основания скорой медицинской помощи.**

В прошлое на повозке

Трудно представить, но прообраз нынешней «белой стрелы», или, как еще называют службу, «белой молнии», появился – правда, совершенно в другом формате – в XV–XVI веках. Тогда на Руси стали появляться богадельни. Именно здесь находили приют немощные, покаленные, обморожен-

ные или иным образом пострадавшие люди. Некоторым подобием скорой помощи стали дворовые люди боярина Федора Ртищева. Боярин содержал больницу, а его люди собирали на улицах больных и отвозили туда. Позже, уже в XIX веке, пожарные и полицейские активно помогали пострадавшим при несчастных случаях. Их доставляли в приемные покои при полицейских домах. Первые станции скорой помощи были открыты в Москве при Сушевском и Сретенском



полицейских участках. На такой станции имелась одна карета с инструментами и перевязочными материалами. На вызов выезжали врач, фельдшер и санитар. Москва была наслышана о них, слава о благодетелях, чья помощь была очень востребована, гремела по всей белокаменной. В Петербурге первая станция скорой помощи была открыта 19 марта 1899 года. Эта дата и считается днем основания Скорой медицинской помощи. У истоков ее стоял известный хирург Николай Вельяминов. Он и его коллеги организовали курсы оказания первой помощи и подготовили проект «Организация создания первой помощи в Санкт-Петербурге».

За тот же 1899 год они организовали еще пять станций первой помощи. Их достопримечательностью и одновременно отличительной особенностью стали пароконные экипажи с четырьмя носилками и всем необходимым для оказания первой помощи. Экипажей было два. На станциях дежурили по два санитаря. Организаторы ставили своей задачей оказание первой помощи всем пострадавшим в городе и транспортировку в больницу или квартиру. На следующий год открылась Центральная станция, в 1905-м – шестая. Первоначально на станциях не было дежурных врачей, и с экипажами выезжали только санитары, но в 1912 году группа из 50 врачей приняла решение безвозмездно выезжать для оказания первой помощи. После революции появились специализированные бригады скорой помощи, открылись науч-

но-исследовательские институты в этой области. Самым известным в нашей стране по праву является Московский городской НИИ скорой помощи имени Склифосовского, который был образован в 1923 году. Нельзя не отметить, что принципы советского здравоохранения, заложенные после установления советской власти, и до настоящего времени в службе скорой помощи остаются прежними: бесплатность, общедоступность, плановость, а также использование достижений науки и техники.

Наши люди

Всего на станции скорой медицинской помощи АМРБ трудится 157 человек. Из них 12 врачей, 114 сотрудников из числа среднего и 27 – младшего медперсонала. Высшую категорию имеют 54 человека, 16 – первую и 10 – вторую.

Сотрудник скорой не должен растеряться, он поможет, так как понимает, что надо делать, невзирая на особые обстоятельства.

Павел Будкевич подчеркивает, что после скорой, наверное, уже ничего не страшно.

– Не так остро реагируешь на ситуацию, когда знаешь, что предпринять, – делится наш собеседник. – Если выразиться образно, мы не лечим долго, мы помогаем здесь и сейчас. Работаем не с теми пациентами, которые стра-

дают длительное время, а оказываем помощь незамедлительно. Сотрудник скорой не должен растеряться, он поможет, так как понимает, что надо делать, невзирая на особые обстоятельства.



Работают здесь, по наблюдению нашего визави, лишь те, кто не склонен к истерикам. Когда едешь на вызов, тебя ждет непонятно что – надо быть готовым к любому сценарию, даже самому острому.

– Стараемся помочь человеку не только делом, но и словом, – продолжает Павел Витальевич. – Часто даже во время транспортировки пациента в больницу врач пытается всячески отвлечь его от страданий. Бывает, беседуем до самого «приемника» (приемного отделения стационара. – Ред.). Нужно вселить надежду, развеять страхи и сомнения.

Из главных качеств, необходимых сотруднику скорой помощи, наш герой отмечает способности психолога. Также, резюмирует он, очень важна... любознательность. Различных патологий очень много – столкнуться можно с чем угодно, поэтому медик скорой всю жизнь на чеку. Ему нужно постоянно учиться, впитывать, интересоваться наукой. Ведь с самого начала в этой работе ты практически один на один с болезнью, и решение принимать только тебе. Известно, что на самостоятельное дежурство врач в стационаре допускается только тогда, когда он уже что-то может и умеет. В скорой с первых минут ты отвечаешь лично, по сути – несешь персональную ответственность за все. Советоваться не с кем – время не ждет.

На вопрос, скорая – больше мужская или женская прерогатива, Будкевич отвечает лояльно: по большей части разница несущественна. И все-таки, отмечает заведующий, у женщин больше любознательности. Но и без пресловутой мужской силы – никуда. Поэтому чаще



В скорой с первых минут ты отвечаешь лично, по сути – **несешь персональную ответственность за все.** Советоваться не с кем – время не ждет.



всего принцип формирования бригады скорой помощи таков: «мальчик плюс девочка, плюс санитар».

Поздравляем замечательный коллектив станции скорой медицинской помощи со знаменательным юбилеем и желаем даже при жизни на скорости умудряться хоть иногда отдыхать!

Таисия Аникина

Октябрь.

Фестиваль «Саморазвитие» прошел в третий раз. Впервые такой формат был опробован в 2018 году в качестве празднования Дня медицинского работника. Эксперимент удался, вызвал массу положительных откликов и интерес сотрудников. В этом году фестивалем отметили 79-й день рождения больницы

Ноябрь.

Состоялась первая в крае операция по хирургическому лечению эпилепсии. В ККБ успешно прооперировали пациентку с привисочным очагом

Сентябрь.

Проведена V конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации». Красноярская краевая клиническая больница и министерство здравоохранения Красноярского края выступили ее организаторами

Август.

Рентгенхирурги освоили новейшую технологию лечения сосудов ног. Методика ротационной атерэктомии с активной аспирацией используется при тяжелых атеросклеротических поражениях сосудов нижних конечностей

Август.

Врачи краевой больницы получили благодарность от Президента Российской Федерации. По распоряжению Владимира Путина от 12.04.2021 года № 91-рп благодарственные письма вручены Константину Барышникову, Виктору Ишутину, Сергею Рожнову – за самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные в борьбе с коронавирусной инфекцией

Июль.

Краевая клиническая больница приняла участие в создании фильма о работе и жизни в красной зоне. «Третья волна» – так называется короткометражный фильм, который режиссер-документалист Константин Селин снял при поддержке сотрудников, работающих в инфекционных госпиталях краевой больницы

Июль.

В отделении медицинской реабилитации появилась небольшая галерея. Красноярский художник Ульяна Кузнецова подарила пациентам шесть репродукций своих картин, посвященных Красноярским Столбам

2021

2022



краевая
клиническая
больница

основана в 1942



Июнь.

Наши сотрудники были отмечены высокими государственными наградами. В преддверии Дня медицинского работника губернатор Александр Усс вручил орден Пирогова за работу в красной зоне 17 врачам. Среди них наши коллеги Артем Архипов, Алексей Макаревский, Анастасия Мерк

Май.

На территории краевой больницы было высажено 15 кустов сирени – подарок врачам и пациентам от Красноярского алюминиевого завода и Издательского дома «Комсомольская правда»

Апрель.

Наши сотрудники стали героями документального сериала «Врачи» на ТВ-3. Проект рассказывает о редких, необычных, невероятных случаях из медицинской практики, произошедших в разных регионах страны. Все истории воссоздаются по реальным событиям с их реальными участниками

Апрель.

Состоялось торжественное вручение ордена Пирогова еще нескольким врачам Краевой клинической больницы. Указ о награждении был подписан Президентом Владимиром Путиным в марте, а в апреле губернатор Красноярского края Александр Усс в торжественной обстановке вручил государственные награды Елизавете Бойцовой и Ирине Гусевой

Александр Лактионов
«После операции».
1965 г. Холст, масло.



«После операции» – последняя крупная работа Александра Ивановича Лактионова, последний и самый серьезный групповой портрет. Центральным персонажем стал хирург Сергей Сергеевич Юдин, и на картине изображена реальная обстановка его кабинета, который располагался на втором этаже здания Института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в Москве.

Композиционный и смысловой центр всей картины – колба в руках Юдина. Вместе с учениками и товарищами по работе в институте Юдин вспоминает, вероятно, о событиях 23 марта 1930 года. Тогда ему впервые в мире удалось перелить фибринолизную кровь человеку с благоприятным исходом (за это

открытие ему посмертно была присуждена Ленинская премия). Три другие фигуры, изображенные на картине, – профессора А.А. Бочаров, Д.А. Арапов и Б.С. Розанов были свидетелями и активными помощниками этого достижения.

Лактионов привык работать с натуры, поэтому на картине воспроизведен реальный интерьер кабинета; Бочаров, Арапов и Розанов специально позировали для портрета. Самое сложное было изобразить главного участника сцены – Сергея Сергеевича Юдина к тому времени уже не было в живых. Материалом для его образа послужили фотографии, посмертная маска рук и лица работы скульптора М.П. Оленина, два портрета М.В. Нестерова и бюст работы В.И. Мухиной.