

июнь 2023 год

№ 2 (88)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

Специфика переживания врачебных ошибок и осложнений в деятельности хирурга



*С Днем
медицинского
работника!*

**Интенсивное лечение беременных
с тяжелыми формами туберкулеза**

**Клинические исследования
препаратов как они есть**

Портреты

Елена Пучко
Андрей Симонов
Максим Лапковский
Ольга Матус



Белок тихоходок поможет хранить нестабильные препараты в любых условиях

Ученые использовали белок микроскопических беспозвоночных животных, обитающих в воде или влажных почвах (самые большие из них достигают одного-полутора миллиметров), чтобы иметь возможность доставлять любые препараты всюду. Даже туда, где не ступала нога цивилизованного человека.

Тихоходки вызывают большой интерес у исследователей разных специальностей из-за своей живучести – их замораживали и нагревали, оставляли без кислорода, помещали в вакуум и высушивали, и особи при этом оставались не только живыми, но и способными к размножению.

Исследователи смогли стабилизировать фактор свертывания крови VIII (антигемофильный глобулин), который применяется для лечения гемофилии и обильных кровотечений, в том числе при ранениях на поле боя. Ранее этот препарат невозможно было использовать в экстремальных условиях, так как хранить его нужно строго в температурном диапазоне от 2 до 8 градусов Цельсия. Поэтому зачастую он был просто недоступен там, где особенно нужен: в экстремальных условиях без возможности охлаждения: при стихийных бедствиях, на поле боя, в космическом полете, в слаборазвитых регионах – везде,

где ограничен доступ к холодильникам и электроэнергии для их работы. Но теперь препараты антигемофильного глобулина можно хранить при помощи вещества, взятого у тихоходок.

Японские ученые раскрыли механизм, с помощью которого тихоходки переносят полное обезвоживание: у них нашли белки CAHS, которые образуют специальный гель, чтобы поддерживать стенки клеток при высыхании и не давать им разрушаться. Такой белок ученые научились синтезировать, и оказалось, что он так же эффективно помогает улучшать свойства хранения, как и природный. При соединении с ними препарат может пережить повторную дегидратацию, экстремальную жару и длительное хранение в сухом виде.

Авторы предполагают, что такой же механизм можно будет использовать для других биологических препаратов, таких как вакцины, антитела, стволовые клетки, кровь и продукты крови.



День медицинской сестры

Профессиональный праздник медсестер и медбратьев ознаменовался сразу двумя яркими событиями – концертом-поздравлением и викториной. В ходе концерта наиболее отличившимся в деле вручили благодарности и грамоты, а в качестве творческого подарка выступили детские

художественные коллективы и дети сотрудников больницы. Квиз, в котором приняли участие 14 сестринских команд, прошел под знаком интеллектуального развития и отличного настроения – здесь было место для вопросов и о профессиональных моментах, и о роли медицинских сестер в культуре.

День медицинского работника

Ежегодно в третье воскресенье июня отмечается День медицинского работника. Краевая больница становится центром внимания в этот день – нас приезжают поздравить руководители отрасли, края и города. Для работников здравоохранения это, пожалуй, главный праздник в году, который напоминает всем о неограниченной важности для общества медицины и медицинских работников. Конечно, поздравляют медиков не только официальные лица, но и артисты самых разных творческих коллективов.

Фестиваль саморазвития

В пятый раз Краевая клиническая больница будет проводить Фестиваль саморазвития для своих сотрудников и их семей. Два дня на площадках «Такмак SPA отеля» снова пройдут мастер-классы от ведущих бизнес-тренеров Красноярска, преподавателей творческих студий, психологов и коучей. Организаторы каждый год прилагают максимум стараний, чтобы пригласить тренеров и спикеров, которые еще не выступали, и найти темы, которые не раскрывали ранее. Завершится фестиваль замечательным праздником.



Выходные данные

**КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-905-976-19-12
e-arbat@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 «Знак»
660028, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21

Тираж 999 экз. Июнь 2023 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 3,5** **Новости**
- 4** **Слово редактора**
- 6** **Портрет** | Елена Пучко
- 8** **Портрет** | Андрей Симонов
- 10** **Портрет** | Максим Лапковский
- 12** **Портрет** | Ольга Матус
- 14** **Опыт** | Врачебные ошибки
и осложнения в хирургии
- 20** **Оргздрав** | Роль воспитательной
работы в учебном процессе студентов
младших курсов медицинского
университета
- 24** **Опыт** | Аспекты психологического
сопровождения пациентов
с эндопротезированием тазобедренных
суставов в отделениях
травматологического профиля ККБ
- 26** **Партнерская страничка** |
Особенности параметров
гемодинамики, газообмена
и гемостаза в процессе интенсивного
лечения беременных с тяжелыми
формами туберкулеза
- 32** **Опыт** | Клинические исследования
препаратов как они есть
- 36** **Casus extraordinarius** | Клинический
случай хирургического лечения
фармакорезистентной эпилепсии у
молодого пациента
- 38** **Casus extraordinarius** | Клинический
случай командного подхода в
сохранении сосудистого доступа для
проведения хронического гемодиализа
- 42** **Знаменательные даты** | 25 лет
эпидемиологическому отделу
КГБУЗ «ККБ»
- 46** **Знаменательные даты** | 35 лет
операционному отделению
КГБУЗ «ККБ»
- 50** **Знаменательные даты** | 100 лет
противотуберкулезной службе
Красноярского края
- 54** **Это интересно** | Медики в кино

1 Нейрохирурги освоили еще один способ хирургического лечения эпилепсии

Полтора года назад нейрохирурги ККБ начали выполнять операции по удалению гиппокампа и медиальных отделов височной доли у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией. На прошлой неделе нейрохирурги НХО №1 внедрили новую технологию лечения тяжелых форм эпилепсии – стимуляцию блуждающего нерва. Данная методика сводится к тому, что на шею в сонном треугольнике выделяется блуждающий нерв, и к нему подводится специальный электрод, с определенной частотой стимулирующий нерв. Это вызывает ряд реакций со стороны ЦНС, способствующих подавлению эпилептической активности. Методика показана пациентам, которым все другие методы медикаментозного и хирургического лечения, включая удаления гиппокампа, оказались не показаны или неэффективны. Зачастую это наиболее тяжелая группа пациентов с постоянными приступами и крайне низким качеством жизни. Эффект стимуляции блуждающего нерва возникает не сразу, максимально – через один-два года. Однако учитывая, что эта группа пациентов страдает тяжелыми приступами десятилетиями, это вполне приемлемые сроки. Нейрохирурги НХО №1 прооперировали двоих молодых пациентов, длительно страдающих эпилепсией, у которых наблюдалось по несколько приступов в день. После запуска системы стимуляции (через две недели после имплантации электрода) пациенты про-



должат наблюдаться у неврологов-эпилептологов поликлиники ККБ. На этот год нейрохирургами запланировано пять таких операций, хотя потребность оценивается в несколько десятков в год.

За последние несколько лет в ККБ отмечается стремительное развитие функциональной нейрохирургии: стимуляция спинного мозга при хроническом болевом синдроме, операции при болезни Паркинсона, радиочастотная абляция при невралгии тройничного нерва, резекционные вмешательства и стимуляция блуждающего нерва при фармакорезистентных формах эпилепсии.

2 Команда ККБ блестяще выступила на шахматном состязании

Министерство здравоохранения Красноярского края совместно с КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения онкологии в клинической практике» организовал XII региональный открытый шахматный фестиваль среди медицинских работников памяти заслуженного врача Российской Федерации А.И. Крыжановского.

Алексей Афанасьев: «Турнир получился представительным, было много сильных спортсменов и команд. Здорово, что работники здравоохранения заняли весь призовой подиум, несмотря на то, что были очень сильные команды МЧС, полиции. Самое сильное противостояние было по традиции с медуниверситетом».

Ирина Крючкова: «Весь последний месяц – это ежедневные тренировки. Самая сложная первая партия. Тахикардия развилась до 150, я думала, сейчас сердце выпрыгнет!»



Алексей Антипов: «Все, кто шахматами болеет, ждут этот турнир. Это отличная возможность поиграть в любимую игру».

Ильхам Гасымлы: «Отличный турнир! Много команд из немедицинской отрасли, что накалило спортивную составляющую. Хорошая борьба, приятная игра».

В итоге честной и напряженной борьбы команда Краевой клинической больницы завоевала второе место, уступив только команде Минздрава, возглавляемой Борисом Немиком.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Дорогие друзья! Перед вами очередной номер нашего журнала, рассказывающий о жизни Краевой клинической больницы и тех успехах, которые совершают наши врачи, решая

проблемы пациента наилучшим образом.

В начале журнала – несколько ярких историй о наших сотрудниках, которые своей жизнью и делом доказывают, что служение медицине, в какой бы должности ни находились, для них является приоритетом.

Далее вы познакомитесь с историями, рассказывающими о том, как командная работа помогает решать проблемы, стоящие перед нами. Очень важный материал посвящен проблеме ошибок в медицине и тому, как относятся к этому врачи.

Вы сможете вспомнить о том, что такое клинические испытания, как они проводятся, узнать несколько интересных историй об успешном лечении пациен-

тов в нашей больнице, а также познакомиться с историческими материалами о развитии и становлении таких служб, как отдел эпидемиологии, операционное отделение, узнать историю развития наших коллег – противотуберкулезной службы. Уверен, материал вам будет полезен.

Летом мы отмечаем наш праздник – День медицинского работника. Хочу поздравить всех вас, дорогие коллеги, с этим чудесным ежегодным событием, которое напоминает обществу о ценности жизни и здоровья. О людях, стоящих на страже этих ценностей в режиме 24/7. А нам с вами – о том, для чего и почему мы выбрали такую профессию. Здоровья вам, улыбок близких и пациентов, энергии и оптимизма!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Невозможно ответить на вопрос, когда возник первый профессиональный праздник. Не вызывает сомнений лишь то, что профессиональные праздники не могли появиться прежде, чем появились профессии. Большой толковый словарь определяет профессию как «род трудовой деятельности, занятий, требую-

щий определенной подготовки и являющийся обычно источником существования». Толковый словарь русского языка дает менее конкретное определение: «основной род занятий, трудовой деятельности».

Первые профессии возникают, видимо, раньше, чем рождается цивилизация, и связаны со жреческой и управленческой ролями: социально-мистические роли первобытных, такие как «вождь», «главный охотник», «шаман» и пр., уже можно считать протопрофессиями.

Абсолютное большинство профессиональных праздников появляется в XX веке, особенно та часть из них, что связана со сферами деятельности, возникшими в эпоху Древнего мира и Средневековья.

Получается, что профессиональные праздники, по историческим меркам, возникли сравнительно недавно, они связаны с культурой индустриального общества и возникновением такого понятия, как профессиональная квалификация. Однако важность их сложно переоценить, поскольку они позволяют отметить вклад профессии в развитие общества. Часто в этот день сообщество профессионалов рассказывает о своей работе школьникам, таким образом происходит профориентация. А совместное празднование объединяет коллективы и дает повод отметить наиболее успешных представителей профессии.

С праздником, дорогие коллеги! Здоровья, счастья и развития!

3 Красноярские специалисты набираются опыта в паллиативной помощи

В последнее время в России быстро развивается сравнительно молодое направление здравоохранения – паллиативная медпомощь. Она включает в себя обезболивание, симптоматическую терапию, уход за взрослыми и детьми с опасным для жизни или смертельным заболеванием, а также помощь их семьям. С 2016 года Ассоциация профессиональных участников паллиативной помощи совместно с Минздравом России проводит в регионах циклы образовательных паллиативных медицинских форумов для специалистов, организаторов здравоохранения и других лиц, заинтересованных в повышении качества и доступности помощи неизлечимым больным. За 7 лет в форумах приняло участие свыше 17 000 специалистов.

В программах форума ведущие эксперты делятся актуальной и полезной информацией об основных результатах развития системы. Традиционно форум проходит в формате двух секций: для специалистов, работающих со взрослыми, и для работающих с детьми.

В VIII образовательном паллиативном медицинском форуме, который проходил в Новосибирске 25 апреля 2023 года, из Красноярского края приняли участие: главный внештатный специалист по паллиативной помощи МЗ Красноярского края Юрий Бургардт, врач-методист ККБ Игорь Волежжанин, врач-методист МКБ №2 Алексей Забудский, председатель благотворительного фонда «Феникс» Татьяна Станкевич и специалист по социальной работе ККБ Наталья Плаксина.

Игорь Волежжанин:

Очень яркими и пронзительными были выступления участников форума. Очень выстраданным стало выступление главного врача АНО «Самарский хоспис», главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Приволжского ФО Ольги Осетровой. В Самаре вообще очень развита паллиативная помощь. Ольга Васильевна рассказала об эффективной организации помощи с точки зрения процессов, о том, как они протекают в реальности, об адекватной противоболевой терапии. «Большое внимание уделяется формированию правильного настроения у специалистов, работающих с такими пациентами, созданию коллектива единомышленников с единой информативной средой, где каждый может найти поддержку и поделиться интересными наработками. С этой целью раз в квартал проводятся тематические встречи, на которые приглашаются сотрудники хосписа, аптек, поликлиник, выездных бригад. Главное в этих встречах – ощущение вкуса совместно сделанной работы. Основное – оказание помощи вместе», – отметила Ольга Осетрова.

Ректором Новосибирского медицинского университета Игорем Маринкиным были представлены



интересные показатели, дающие пищу для размышлений: в России на сегодняшний день действует 540 консультных центров, 12 детских хосписов. В Новосибирской области в 2022 году было создано 127 кабинетов паллиативной помощи, 22 из которых функционируют в Новосибирске. Организация таких специализированных структур – шаг к повышению качества жизни наших пациентов через улучшение информирования и облегчение их взаимодействия с медицинскими и социальными организациями.

Наталья Плаксина:

Деменция – это прогрессирующее заболевание, связанное с поражением мозговых клеток. Проявляется болезнь многогранно – от потери памяти до полной деградации личности и беспомощности. Деменция не является компонентом старости, но очень часто сопровождает человека в пожилом и старческом возрасте. Число больных с деменцией в России оценивается в 1,85 млн человек. По этому показателю наша страна находится среди девяти государств с наибольшей численностью таких пациентов. Эти данные привела Ольга Николаевна Выговская, руководитель отдела гериатрической психиатрии и отделения болезни Альцгеймера Научного центра психического здоровья. Темой ее доклада было «Общение с дементным пациентом»: как можно улучшить качество жизни самого дементного человека и ухаживающего за ним.

Юрий Бургардт:

Отдельной темой обсуждения стало финансирование и материальное обеспечение хосписов – были предложены разные источники, одним из которых может стать перераспределение из других медучреждений. В ключе такого перераспределения хочу поблагодарить Краевую клиническую больницу, которая передала хосписному отделению Красноярской межрайонной больницы №2 высвободившиеся кислородные концентраторы после закрытия базового инфекционного госпиталя, работавшего в период пандемии.

В России существует горячая линия помощи неизлечимо больным людям и их родственникам. Она работает круглосуточно и бесплатно. Номер **горячей линии** для паллиативных пациентов: **8 800 700-84-36**.

Елена Пучко

Врач-пульмонолог, заслуженный врач РФ заведовала созданным ею легочно-аллергологическим центром 52 года – с 1967-го по 2019-й. И сегодня принимает активное участие в жизни больницы. Яркий организаторский талант Елены Андреевны позволил объединить в единую службу взрослую и детскую пульмонологию, легочную хирургию, диагностику, методическую работу. Базовое лечебно-диагностическое отделение центра включало в себя лабораторный отдел с иммунологической, бактериологической, цитологической, биохимической, аллергологической лабораториями, специализированные кабинеты – функциональной диагностики, промывания бронхов, бронхоскопии, ингаляционный, рентгенологический, лечебной физкультуры и массажный кабинет.

Какие вопросы сейчас наиболее активно обсуждаются в мировой пульмонологии?

За время моей врачебной практики было два революционных направления в пульмонологии, и в последнее время эта наука развивается семимильными шагами. Одним из таких революционеров был Николай Васильевич Пучков – доктор медицинских наук, председатель правления Пироговского общества, председатель научного совета по туберкулезу и пульмонологии АМН СССР и прочее, прочее. Основная научно-педагогическая деятельность Николая Васильевича была связана с вопросами в области хирургии сердца и легких, пульмонологической помощи, раневой и легочной патологии, изучением и разработкой проблем неспецифических заболеваний легких. НИИ пульмонологии Первого Ленинградского медицинского института был открыт в июне 1967 года. Мы, кстати, наш легочно-аллергологический центр открыли месяцем ранее, вот так совпало. Николай Васильевич, будучи по основной своей специальности торакальным хирургом, сумел объединить знания и усилия хирургии, терапии и педиатрии.

А вторым революционером стал ныне здравствующий врач мирового значения, которого я считаю своим учителем, академик Александр Григорьевич Чучалин – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НИИ пульмонологии, основатель журнала «Пульмонология», человек обширных энциклопедических знаний, под руко-

водством которого в 2006 году была проведена первая в стране успешная трансплантация легких. Александр Григорьевич посвятил значительную часть своих работ бронхиальной астме, изменил клиническую характеристику всех нозологических форм, она приняла другое патогенетическое направление, предложил базисную ингаляционную терапию кортикостероидами, которая теперь является международным золотым стандартом. До его систематизации у пульмологов был такой универсальный ничего не поясняющий диагноз – хроническая неспецифическая пневмония, куда помещались выделяемые сегодня и так же классифицируемые: бронхиальная астма, хронический

Все мы болеем по-разному, и для организации объемного клинического мышления необходимо в своей голове объединять технологии и клинику.

бронхит и прочее. Такого диагноза, как ХОБЛ, не существовало. Сколько было сломано копий в спорах о классификации и патогенезе! А сегодня мы рассматриваем множество фенотипов бронхиальной астмы и ХОБЛ, и на этом базируются знания об этих болезнях.

Сегодня торакальная хирургия выделена в обширное самостоятельное направление, ее объединили с гнойной.

Да, и это понятно – ведь раньше в торакальной хирургии было больше гнойной патологии, стафилококк просто бушевал. Структура называлась «Отделение легочной хирургии и интенсивной терапии». Сегодня в связи с широким использованием антибактериальных препаратов, в связи с улучшением диагностики в целом, с большей доступностью



медицинской помощи для людей – таких грозных состояний стало меньше. А чисто в пульмонологии появилось столько нового, что массив информации потребовал систематизации. Вообще, это такой единый процесс в развитии медицинской науки – объем информации растет и ширится, и встает вопрос о все более узкой специализации врачей.

Российская пульмонология имела несколько центров развития, и помимо Москвы и Санкт-Петербурга такой точкой роста был Красноярск. Именно у нас начались большие конференции, первым пульмонологическим центром стал наш. Мы охватывали большую территорию: Красноярский край, Хакасию и Тыву, размещая пациентов на девятистах койках.

Неординарные ситуации всегда дают толчок в развитии знаний в той области, к которой

имеют отношение. Что мировая пульмонология вынесла из уроков пандемии ковида?

Очень многое – в понимании и развитии вирусных пневмоний, их течения, в понимании необходимости реабилитации. Во всем мире врачи сегодня занимаются разработкой методик и алгоритмов восстановления после ковида, и эти наработки могут применяться в более широкой практике.

Что можете посоветовать студентам медвузов и молодым врачам для достижения успеха в профессии?

Больше посвящать времени клинике, обращать внимание на пациента, беседовать с ним. Недаром еще Гиппократ говорил: «Лечить нужно больного, а не болезнь». Все мы боеем по-разному, и для организации объемного клинического мышления необходимо в своей голове объединять технологии и клинику.

Андрей Симонов

*Заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, главный
внестатный челюстно-лицевой хирург министерства здравоохранения
Красноярского края уже 20 лет работает в Краевой клинической больнице,
17 из них – руководит отделением.*

Вам довелось стать руководителем в совсем юном возрасте, расскажите, пожалуйста, как это произошло.

Я окончил стоматологический факультет КрасГМИ в 23 года и пошел учиться в интернатуру в БСМП. А вскоре открылась Красноярская межрайонная клиническая детская больница №5 на ул. Щорса, 83. И я продолжил обучение там. Почти сразу после окончания интернатуры, мне тогда было 25, предложили возглавить 60-коечное отделение челюстно-лицевой хирургии в этой больнице. Закрепленная территория – весь Красноярский край, а также Эвенкия и Тыва, детей поступало очень много. Дело в том, что наша специальность не делится на детскую и взрослую части, и на момент запуска стационара оказалось, что никто из челюстно-лицевых хирургов, работающих во взрослой практике, не хочет идти в детскую, так как очень много сложностей – начиная от возрастных анатомо-физиологических особенностей детского организма и заканчивая более драматичным восприятием темы детских болезней в обществе.

Так вот мне предстояло набрать персонал в новое отделение, а это было сложной задачей. Поначалу нам даже не давали ставок – мы дежурили бесплатно. А объем только стационарных операций был по две тысячи в год, соответственно, все эти маленькие пациенты находились у нас, часть из них – с родителями. Там же проводился амбулаторный прием по заболеваниям лица и шеи.

Получилось так, что ваше обучение азам врачебной профессии и навыкам управленца проходило параллельно и интенсивными темпами, это помогло прийти к сегодняшней точке в развитии?

Конечно. Я считаю, очень хорошо, что это все произошло до 30-ти лет. С одной стороны, пластичность мозга с 20-ти до 30-ти лет са-

мая подходящая для обучения, ты уже многое понимаешь, в сравнении с подростком, и уже много можешь запомнить и применить на практике. С другой – семейного 30-летнего мужчину сложно заставить работать бесплатно, здесь уже появляется такая бытовая рациональность.

А как вы попали в Краевую больницу?

В 2003 году меня привел сюда Анатолий Александрович Левенец. В отделении собралась плеяда блестящих профессионалов: Альберт Давыдович Каргер, Борис Викторович Игумнов, Наталья Семеновна Стефарова, Сергей Григорьевич Влагинцев – у них было чему поучиться как в профессии, так и в жизни. Анатолий Александрович вложил в меня очень много: делился профессиональной информацией, поручал много организационной работы, мы большое количество часов провели с ним в операционной. Взрослую челюстно-лицевую хирургию я познал с его подачи. А в 2005 году я стал руководить отделением, и Анатолий Александрович всячески мне содействовал и помогал.

Как считаете, что в вашем деле сложнее – деятельность врача или управленца?

Сложно разделить эти две функции. Это же не происходит так: вот сейчас я врач, а через 15 минут буду работать заведующим. Ответственность за пациента – это главное, она подстегивает к выполнению самых разных задач, и функционал заведующего складывается из множества элементов контроля и анализа ситуации, консультирования и консультаций, взаимодействия с больными и коллегами, проработки решений.

Что в своей сфере вы знаете лучше всего?

Пожалуй, врожденные пороки развития и их оперативное лечение – как у детей, так и у взрослых. Конечно, чаще врожденные расщелины оперируют в детстве, однако

Было бы здорово объединить традиции советской медицины и знания современных алгоритмов в любой медицинской специальности. Внедрение их сочетания дало бы значительный толчок в качестве медицинской помощи.

приходится их видеть и у взрослых, которым операция была проведена некачественно, так что проблемы остаются, поэтому люди нуждаются в повторном лечении.

У вас есть опыт работы как в советской медицине, так и в новых условиях российской. Какие плюсы и минусы были тогда, и есть ли сегодня?

Сегодняшняя обеспеченность всем необходимым в советские и перестроечные годы нам и не снилась – прекрасные помещения, широкий выбор современных медикаментов, новейшая аппаратура и инструменты! А также технологии, пронизывающие все этапы медицинской помощи. В советское время не было ничего. Пример: я весной ездил в лес собирать папоротник, потом его сдавал и получал талоны, на которые была возможность покупать импортные товары. Так вот я покупал японскую рыболовную леску, из которой мы делали шовный материал и оперировали детей. Мы сами готовили инструменты к операции, включая заточку, сами делали ремонт в помещениях, несли книги и игрушки в игровую комнату детской больницы.

Как всегда было в истории, война и стихийные бедствия дают большой толчок в развитии хирургии. Как бы это ни было печально, но большое количество пострадавших двигает эту сферу знания. После Великой Отечественной войны было написано большое количество учебников, методических пособий, разработаны техники операций. И вся эта информация легла в основу советской хирургической школы, достижениями которой мы пользуемся по сей день. Сегодня теоретический подход стал основой обучения для молодого доктора. Система образования в наше время не дает возможности изучить проблему от начала до конца, рассмотреть с разных сторон – это минус. Сегодняшние медики не имеют возможности, еще учась в вузе, как это было у нас, подойти к пациенту. Работа с фантомом и с живым человеком – большая разница. Сдача экзаменов с помощью тестов – огромная ошибка в образовании, из-за такой системы специалисты приходят на рабочие места, способные действовать только по алгоритму, не имея возможности выбора инструментария, в широком смысле, для каждого отдельного случая.

Было бы здорово объединить традиции советской медицины и знания современных алгоритмов в любой медицинской специальности. Внедрение их сочетания дало бы значительный толчок в качестве медицинской помощи.

Чем новым занимаются сегодня сотрудники отделения ЧЛХ?

Внедрены и применяются хирургические техно-



логии устранения обширных дефектов мягких тканей лица и костей лицевого скелета методом аутотрансплантации и пластических операций. Из поколения в поколение именитыми челюстно-лицевыми хирургами прежних лет передан и усовершенствован опыт реконструктивно-ортогнатического хирургического лечения врожденных пороков и аномалий развития лица и челюстей. На современном этапе развития челюстно-лицевой хирургии РФ в ведущих (федеральных) клиниках ЧЛХ успешно применяются технологии замещения посттравматических и послеоперационных обширных дефектов челюстно-лицевой области ревааскуляризованными аутотрансплантатами. Именно это приоритетное направление мы и планируем развивать.

Если бы вам пришлось описывать себя одним предложением, то как бы вы себя описали?

Я могу одним словом – обыкновенный.

Пожалуй, требуется еще одно слово – скромный?

Возможно.

Максим Лапковский

Начальник службы безопасности, созданной им 10 лет назад, отметил свой 50-летний юбилей и сегодня продолжает совершенствовать работу подразделения в соответствии с новыми задачами и развитием больницы.

Как все начиналось 10 лет назад?

Собственной службы безопасности не было, только подрядная охранная организация, которая закрывала лишь узкий сегмент задач. Работа по направлению ГО и ЧС велась заместителем главного врача Владимиром Ивановичем Мотиным. Глобальные вопросы антитеррористической, внутриобъектовой, информационной безопасности не были выстроены и организованы. На территории ни одной видеокмеры, всюду воротами из труб с навесными замками были разгорожены участки, а ключи хранились у хозяйственников. Стояли брошенные машины не только пациентов, но и жителей близлежащих домов, иногда установить владельцев не удавалось, один из автомобилей оказался в угоне. Доходило до того, что не могли проехать машины экстренной помощи или жизнеобеспечения с кислородом. Конечно же, это не соответствовало ни правилам антитеррористической и пожарной безопасности, ни здравому смыслу с точки зрения удобства.

Мне выделили в легочном корпусе кабинет, который требовал ремонта. Но это были бытовые мелочи, которые не отбили желания работать, а наоборот – придали стимул к сопротивлению препятствиям. Все это потом обустроилось, и хочу сказать огромное спасибо главному инженеру Михаилу Воронцову, который с самого начала становления службы оказывал поддержку и помощь. А первоочередным вопросом стало – определить цели и задачи, создать техническое задание по физической и периметральной охране объекта, которое позволило бы завести подрядчиков, соответствующих требованиям современной безопасности и охраны. Я проехал по другим медицинским учреждениям, чтобы посмотреть, как охрана и безопасность организованы у них. Понравились многие внедрения в перинатальном и кардиоцентре. На подготовку технических заданий было очень мало времени: я устроился в октябре 2013-го, а с января 2014-го должен был заступить новый подрядчик на охрану объ-

екта. Я понимал, что для наведения порядка мне придется столкнуться с большим сопротивлением со стороны коллектива, и это было неизбежно, потому что когда раньше жили по одним правилам, а потом вводятся другие, более жесткие, далеко не все с энтузиазмом воспринимают эти перемены.

А какие конкретные принципиальные изменения требовались?

В первую очередь наладить внутриобъектовый режим по периметрам: въезд на территорию автомобилей и контроль входа и выхода в здания больницы, вноса и выноса материальных ценностей. Далее нужна была организация и контроль за внутриобъектовым режимом и антитеррористической защищенностью объекта, организация качественного пропускного режима, сопровождение материальных ценностей, систематический анализ состояния охраняемых объектов и выявления наиболее критичных участков по безопасности. Огромная работа была проведена совместно с нашей айти-службой, благодаря их трудам удалось автоматизировать многие процессы. Каждый сотрудник должен был

понять, что старые устоявшиеся порядки анархии будут ликвидированы и реорганизованы в новые правила, так как от этого зависят жизнь и здоровье не только наших пациентов, но и сотрудников. Для этого мы создали основополагающий документ – Положение о внутриобъектовом режиме. В него вошли все регламенты: кто, куда и когда может входить и выходить, что проносить, какие действу-

ют пропуска и т.д. Этот документ утверждался примерно полгода, его проверяли службы и юристы, вносились необходимые корректировки, после чего его вынесли на общественное ознакомление и обсуждение всего коллектива.

Что стало основным камнем преткновения?

Самыми болезненными вопросами стали правила и организация въезда на территорию личного транспорта, закрытие всех входов и упорядочива-

Наша цель – сделать всю территорию и все здания ККБ абсолютно безопасными, комфортными и удобными для пациентов, гостей и сотрудников нашей больницы.



ние проезда через пропускную систему КПП. Ввели квотную систему: каждое подразделение, в зависимости от его численности, имело возможность распределить некоторое количество парковочных мест. На тот момент была возможность поставить на территории больницы порядка 30-ти процентов от количества желающих. Разумеется, в первую очередь мы руководствовались необходимостью проезда экстренных служб, пациентов с ограниченными возможностями здоровья и обслуживающего транспорта жизнеобеспечения больницы. На территории больницы была проведена большая работа по благоустройству и нанесению разметки мест парковок, установке знаков и обозначений, разбивке секторов парковок по назначениям.

Конечно же, мало кто из коллег оказался этими нововведениями доволен, сформировался огромный негатив в мой адрес. Но прошло время, и люди поняли, что порядок – это лучше, чем хаос, что им стало удобнее и комфортнее, а самое главное – безопаснее. Я все чаще стал слышать от коллег слова благодарности, что было не только приятно, но и давало стимул к дальнейшей работе.

Кто стал следующим сотрудником службы безопасности?

Специалист по информационной безопасности Сергей Ерин. Он сделал начальный этап огромной работы в области защиты информационных технологий и развития систем контроля доступа. Сейчас вместо него работает Иван Земцов, большой профессионал в своем деле. Затем пришла Юлия Полковникова – инженер по пожарной безопасности. В 2016 году к нам присоединился Павел Буренко – инженер слаботочных систем. Экономическая служба ввела дополнительное бюджетное

тирование для технического оснащения больницы системами безопасности. Внедрены системы видеонаблюдения, системы контроля доступа, турникеты и оснащение КПП охраны. Если раньше было семь постов охраны, потом девять, потом 11, то сейчас их уже 17, появились новые здания больницы, новые задачи по безопасности. Постепенно ввели систему контроля доступа и видеонаблюдения, металлодетекторы, а в 2019 году появились и качественные досмотровые системы – интроскопы, как в аэропортах. Сегодня на объекте круглосуточно фиксируют обстановку более 500 камер видеонаблюдения. А коллектив службы безопасности вырос до 19-ти человек.

Что в планах отдела?

Планы амбициозные, они направлены на улучшение безопасности больницы. Нам предстоит доукомплектовать видеокамерами и системами контроля доступа главный корпус, провести на территории работы по оборудованию еще одного КПП въезда за зданием службы крови, развивать и продолжать совершенствовать систему контроля доступа, а также в ближайших планах работа по совмещению наших устройств с биометрическими системами безопасности. Надеемся, что по мере освобождения территории от неиспользуемых строений будет возможность временно оборудовать эту территорию под дополнительные парковочные места.

Жизнь не стоит на месте, и с развитием технологий появляются новые угрозы. Мы идем в ногу со временем и вызовами. Наша цель – сделать всю территорию и все здания ККБ абсолютно безопасными, комфортными и удобными для пациентов, гостей и сотрудников нашей больницы.

Ольга Матус

Инженер по охране окружающей среды совершенствует работу участка обращения с отходами и до сих пор продолжает в качестве медицинской сестры работать с ковидными пациентами.

Расскажите, пожалуйста, о своем образовании.

У меня есть медицинское образование – в 1999 году я окончила Красноярский базовый медицинский колледж на Крутовского по специальности фельдшер. Но работать на скорой не стала, а пришла медсестрой в ККБ. До 2012 года проработала в челюстно-лицевой хирургии, в течение этого времени получила высшее образование – окончила СибГТУ, получила диплом по специальности «Охрана окружающей среды и рациональное использование природных ресурсов». Однако ориентировали нас, всю группу в 12 человек, в сторону медицины и эпидемиологии. И до образования участка обращения с отходами я состояла в эпидемиологическом отделе. Так что то, чем я сейчас занимаюсь, абсолютно соответствует моему высшему образованию. И моя преддипломная работа, и защита диплома касались работы с медицинскими отходами. Эта тема в принципе мне давалась легко, так как я много лет работала медсестрой. Классификация и морфологический состав отходов – то, что я видела на практике.

Почему после медколледжа вы решили получить образование инженера-эколога?

Мне и тогда, и сейчас интересна тема экологии и эпидемиологии. Я часто читаю об этом всевозможную литературу, даже если это напрямую для выполнения служебных обязанностей не нужно. В университете обожала биологию, микробиологию, химию, эпидемиологию – естественные науки, это очень интересно.

Кроме того, для меня важна нужность людям – здесь характер выполняемой мною работы совершенно соответствует запросам: большой интересный коллектив, состоящий из профессионалов, единые ценности у нашего маленького коллектива – у нас нет никакой текучести

кадров: как люди пришли работать при образовательной структуре в 2020-м году, так и трудятся, все 14 человек.

Вот эта социальная активность – она у меня от папы. Он в ГУФСИН, ИК-51 в Нижней Пойме, заведовал обеспечением питания заключенных. Был очень позитивным и подвижным человеком, для него всегда большое значение имела работа. Так и у меня – когда дочке было 5 месяцев, в 2015 году, у нас началось проектирование нового корпуса. Нужно было проработать все нюансы организации работы участка обращения с отходами, задач было много, но мы справились. Необходимо было правильно организовать процессы согласно СанПиН, соблюдать все потоки грязных и чистых зон. Практика показала, что тогда мы все организовали правильно.

Сегодня делегации, которые к нам приезжают перенимать опыт, отдельно просят рассказать о работе участка обращения с отходами. Каким образом она осуществлялась раньше и как дела обстоят сейчас?

Раньше отходы обрабатывались химическим способом: заливались дезсредства в определенной концентрации, замачивались отходы, выдерживалась экспозиция, потом раствор сливался, а влажные отходы мы отдавали сторонней организации, работающей с нами на аутсорсинге и рассчитывающей стоимость своих услуг по тарифам за каждый килограмм. Разумеется, влажные отходы весят больше, поэтому выходила внушительная сумма – на аутсорсинг плюс на дезсредства и тару.

Сейчас мы работаем сухим методом. Подразделения собирают свои отходы в специальные пакеты с информационным окном, где указывается отделение, ответственное лицо и дата сбора. Пакеты поступают к нам на участок, и мы обезвреживаем отходы класса Б физическим методом, в автоклавах, они превращаются в отходы класса А.

Хочу призвать всех на своих местах четко выполнять инструкции, поскольку от этого порой зависит жизнь и здоровье не только пациентов, но и коллег.



Затем измельчаем их в мелкую стружку и можем компактно утилизировать. В течение суток обезвреживаем 800-1100 кг таких отходов. Экономия за 2022 год составила порядка 3 млн рублей. У гостей также вызывает интерес вакуумная система мусороотведения – такая по всей стране есть только в нашей больнице. Новый корпус изначально проектировался и строился с учетом современных требований, подбирались оборудование. Мы с Михаилом Николаевичем Воронцовым, главным инженером ККБ, провели не один час в диалоге с представителями проектной организации «Верфау» из Санкт-Петербурга, которая занимается медицинским инжинирингом.

Пользуясь случаем, скажите, есть что-то важное, что бы вы хотели донести до сотрудников ККБ?

Хочу призвать всех на своих местах четко выполнять инструкции, поскольку от этого порой зависит жизнь и здоровье не только пациентов, но и коллег. Простой пример: бывает так, что из-за неправильной упаковки отходов наши сотрудники колются использованными иглами от шприцов. Приходится применять токсичную терапию, чтобы исключить риски развития опасных болезней. Поэтому очень просим всех думать о ближнем, о возможных последствиях. И это можно отнести не только к работе, но и к жизни в целом.

Специфика переживаний врачебных ошибок и осложнений в профессиональной деятельности хирурга

И.О. Логинова, П.Г. Шнякин

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Профессиональные ошибки врача (врачебные ошибки) широко рассматриваются в юридическом, социальном, деонтологическом и узкопрофессиональном аспектах. Однако в психологическом аспекте рассмотрению врачебной ошибки уделено недостаточно внимания. Тогда как это имеет большое значение, поскольку фокус внимания смещается с причин и последствий ошибочных действий на переживание и ассимиляцию случившегося.

Ошибки и осложнения, возникающие в ходе лечебного процесса, не только вызывают нежелательные последствия для пациента, но и являются мощным стрессогенным фактором для самого врача. Интересен факт, на который указывают Д.А. Хубезов и соавт. (2018), что около 10% врачей ежегодно уходят из медицинской деятельности, не выдерживая психоэмоционального напряжения и тяжелых условий труда.

По мнению Е.В. Синбуховой и соавт. (2020), выявление и анализ врачебных ошибок могут послужить первым шагом к их осмыслению и исправлению. С одной стороны, это будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, а с другой — поможет врачам преодолеть последствия негативных психоэмоциональных переживаний из-за неблагоприятных исходов лечения пациентов, избежать депрессивных состояний и снизить страх перед возможностью совершить врачебную ошибку.

С целью изучения специфики переживаний врачебных ошибок и осложнений в профессиональной деятельности хирурга нами было организовано эмпирическое исследование, которое состояло из двух этапов: подготовительного и основного.

В подготовительном этапе, организованном с использованием Google-формы в период с 28 янва-

ря по 11 февраля 2023 года, приняли участие 58 врачей хирургического профиля, из них мужчин – 47 (81%), женщин – 11 (19%), с распределением по стажу следующим образом:

- 1-3 года – 6 (10,3%);
- 3-5 лет – 7 (12,1%);
- 5-7 лет – 6 (10,3%);
- 7-10 лет – 9 (15,5%);
- 10-15 лет – 8 (13,8%);
- более 15 лет – 22 (37,9%).

Из данной выборки респондентов 50 человек (86,2%) ответили на вопрос о наличии в их профессиональном опыте врачебных ошибок, в связи с чем анализ специфики переживания врачебных ошибок далее осуществлялся на данной группе респондентов, которые были приняты за 100%.

В итоге распределение данных респондентов – участников основного этапа исследования по стажу выглядит следующим образом (рис. 1).

Ваш стаж хирурга варьируется в диапазоне – количество

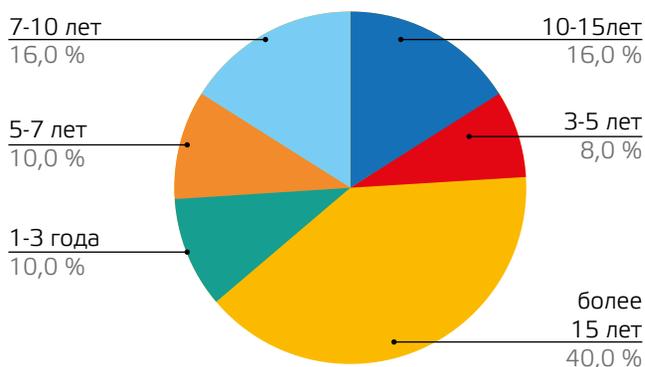


Рис. 1. Распределение хирургов по стажу в основной выборке.

Также было выявлено, что обсуждение случившихся врачебных ошибок свойственно 58% респондентов всегда, 34% респондентов обсуждают собственную врачебную ошибку только тогда, когда не могут понять, как это могло произойти. Остальные 8% делают это ситуативно, когда их об этом спрашивают.

По данным опроса, понимание, что была допущена ошибка в профессиональной деятельности, происходит различными способами:

- 1) в ходе самостоятельного анализа проделанной работы – 17 (34%);
- 2) в ходе самостоятельного анализа проделанной работы и когда обнаруживаются послеоперационные осложнения – 21 (42%);
- 3) когда обнаруживаются послеоперационные осложнения – 4 (8%);
- 4) узнают от других докторов – 8 (16%).

Интересны телесные ощущения врачей-хирургов, которые они предъявляют как реакции на «встречу» с собственной врачебной ошибкой. Целый комплекс вегетативных реакций (бросает в пот, замечаю учащенное сердцебиение, головокружение, дрожь в руках, тошнота, тело холодеет) испытывают в этот момент 29 (58%) респондентов. Никаких вегетативных реакций не замечает в этот момент 21 респондент (42%).

Можем полагать, что стойкое посттравматическое стрессовое расстройство сформировано у 2 (4%) респондентов, которые отмечают, что регулярно просыпаются ночью от кошмара, где во сне доктор снова совершает врачебную ошибку. Это респонденты со стажем 7-10 лет – 1 (2%) женского пола и со стажем 10-15 лет – 1 (2%) респондент мужского пола. Несомненно, это предположение требует проверки в личном контакте специалиста с клиническим психологом или психиатром, однако общая картина пережитого острого стрессового расстройства на фоне «встречи» с собственной врачебной ошибкой проявляется довольно четко. Небольшое количество респондентов 8 (16%) указывают на единичные случаи, когда они просыпались ночью от кошмара, где во сне совершали врачебную ошибку. Не беспокоили такие сны 40 (80%) респондентов.

Обсуждение случившихся осложнений свойственно 70% респондентов всегда, 28% респондентов обсуждают ситуацию осложнения только тогда, когда не могут понять, как это произошло. Остальные 2% делают это ситуативно, когда их

об этом спрашивают.

Особого внимания заслуживает вопрос о личных последствиях совершенных врачебных ошибок или возникших у пациента осложнений после вмешательства (рис. 2).

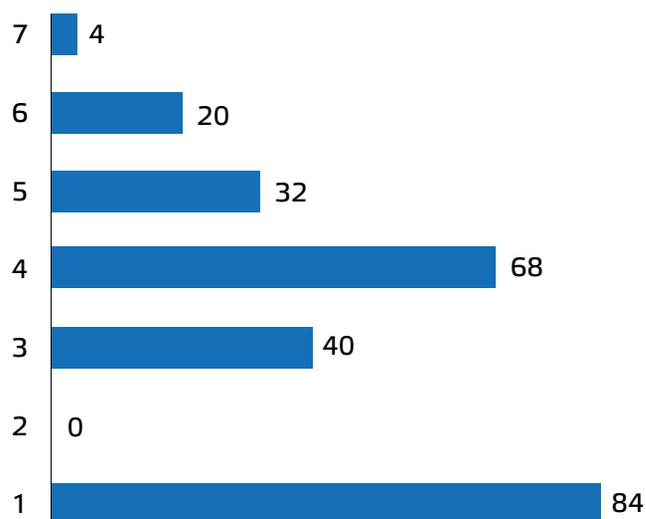


Рис. 2. Распределение ответов респондентов о личных последствиях совершенной врачебной ошибки или возникшего у пациента осложнения, %

* Варианты ответов:

1. Это мой опыт, включаю его в дальнейшую профессиональную деятельность
2. Стараюсь вычеркнуть из моей жизни как страшный сон
3. Регулярно возвращаюсь к таким ошибкам, прокручиваю как в первый раз, анализирую
4. Стараюсь поделиться с как можно большим количеством коллег, чтоб они такое не совершили
5. Меняю представление о самом себе как профессионале – не ошибается тот, кто ничего не делает
6. Корю себя, сомневаюсь в своем профессионализме
7. Анализирую медицинскую литературу

По данному вопросу из предложенных вариантов можно было выбирать несколько ответов. В этой связи количество ответов респондентов выходит за совокупный показатель 100%. Однако такой вариант опроса позволяет увидеть весь спектр возможных или приемлемых вариантов для докторов, который наверняка в процессе профессиональной деятельности меняется, расширяется. Примечательно также то, что ни один из 50-ти докторов не выбрал вари-

ант «Стараюсь вычеркнуть из моей жизни как страшный сон», что свидетельствует об интеграции врачебных ошибок и осложнений в профессиональную картину мира как присвоенный опыт. Полученные данные соотносятся с результатами исследования J.J. Robertson и соавт. (2018), где в анонимном опросе 212 отоларингологов США 44% из них сообщили, что ошибка привела их к изменению личной практики, улучшению в их отделениях.

К сожалению, обращаются к медицинской литературе как к поиску ответов на вопросы, связанные с совершенной ошибкой или возникшим осложнением (а это значит, и к опыту других специалистов), всего 4% респондентов. У 20% респондентов обнаруживается чувство вины, что указывает на повышенную степень ответственности перед самим собой.

В исследованиях М.М. Махамбетчина с соавторами было показано, что чувство вины при неудачном лечении естественно для врачей, у одного врача оно может стимулировать активные действия с целью устранения или сглаживания последствий ошибки, у другого это чувство стимулирует самосовершенствование, у третьего над чувством вины будет доминировать тревога за свою репутацию и опасение наказания. Авторы при всем разнообразии подходов к пониманию чувства вины отмечают, что при случившейся ошибке конструктивным является не винить себя, а разобраться в механизме ошибки и сделать выводы, которые приведут к наработке опыта (М.М. Махамбетчин и др.). Взвешенные решения по устранению последствий ошибок должны доминировать над переживанием опасений и тревог за свою репутацию, за угрозу наказания. Данная позиция четко прослеживается и в настоящем исследовании, где ответ «Регулярно возвращаюсь к таким ошибкам, прокручиваю как в первый раз, анализирую» набрал 40% от всех ответов респондентов.

Отвечая на вопрос о собственных переживаниях в ситуации возникших у пациента осложнений, респонденты распределились на 3 группы: ответ «Анализирую досконально все этапы, ищу причины» – 68%, ответ «Переживаю, постоянно думаю об этом, ищу причину» – 24%, ответ «Спокойно реагирую, такое случается» – 8%.

Здесь мы получаем результаты, схожие с переживанием ошибок и попыткой сделать на ее основе профессиональные выводы.

М.М. Махамбетчин и соавт. в статье «Отдельные аспекты теории ошибок врачей» указывают на то, что необходимо не игнорировать ошибку, чтобы избежать чувства вины и опасений, а ра-

ботать с ней и предпринимать конкретные продуктивные действия, что также соотносится с нашим исследованием: ответ «Стараюсь поделиться с как можно большим количеством коллег, чтобы они такое не совершили» набрал 68%

ответов респондентов, а ответ «Меняю представление о самом себе как профессионале – не ошибается тот, кто ничего не делает» – 32% ответов респондентов.

Несомненно, важно уметь «правильно пережить» совершенную ошибку или возникшее у пациента осложнение. К сожалению, в медицинских образовательных учреждениях этому не учат, а чаще всего формируют представление о том, что ошибка – это исключительный, из ряда вон выходящий случай. Способность адекватно воспринимать ситуацию, в том числе и врачебную ошибку, и ассимилировать ее в профессиональную картину мира лежит в основе профессиональной рефлексии. Использование рефлексии в анализе событий профессиональной деятельности как механизма остановки и прерывания автоматизированных и привычных действий позволяет трансформировать профессиональную деятельность и дополнить самоидентификацию «Я – хирург» и «Я – профессионал».

Показателем присвоенности опыта является психологическая готовность к обсуждению этого опыта в профессиональной среде. Респондентам было предложено шесть вариантов ответов, а также они могли предложить свой вариант. Однако выбрать можно было только один вариант. В этой связи количество ответов респондентов соответствует совокупному показателю 100%. Результаты исследования представлены на рисунке 3.

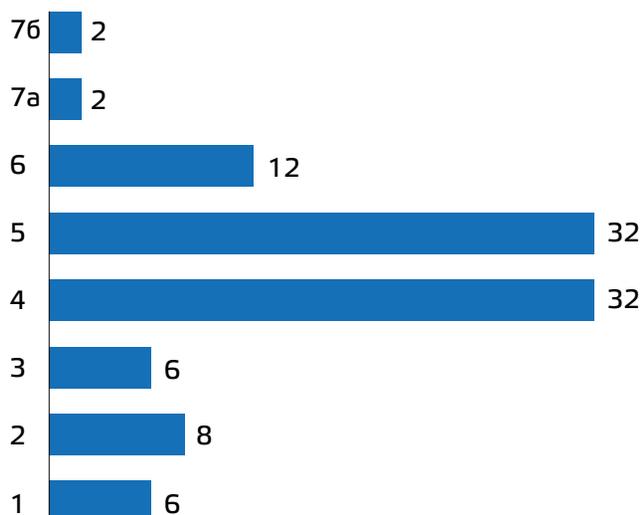


Рис. 3. Распределение ответов респондентов о согласии / отказе выступить на конференции с докладом «Моя самая страшная врачебная ошибка», %

* Варианты ответов:

1. Отказался, потому что об этом нельзя говорить
2. Отказался, потому что самому это тяжело переживать
3. Отказался, потому что это нанесет вред моему имиджу
4. Согласился, чтобы другие не попали в такую ситуацию
5. Согласился, чтобы обсудить в профессиональном сообществе
6. Согласился, чтобы найти единомышленников и людей с подобным опытом
- 7а. Отказался, потому что эта тема не для конференции
- 7б. Об этом уже писали и говорили

Совокупный процент тех, кто отказался бы отвечать по разным причинам, составил 24%, при этом 4% представлены самостоятельно предложенными ответами «Отказался, потому что эта тема не для конференции» и «Об этом уже писали и говорили» по 2%.

Особо следует отметить тот факт, что по 32% респондентов выбрали ответы «Согласился, чтобы другие не попали в такую ситуацию» и «Согласился, чтобы обсудить в профессиональном сообществе». Еще 12% выразили согласие по причине того, что считают важным найти единомышленников и людей с подобным опытом. Итого общее количество респондентов, готовых к обсуждению в профессиональном сообществе, составило 76%. Именно готовность

к обсуждению и анализу собственных действий обеспечивает открытость человека самому себе, новому опыту и другому человеку. Таким способом специалист может выходить за пределы негативной ситуации, самостоятельно осуществлять анализ и принятие собственных решений, что означает устойчивость самоидентификации [19]. Это наиболее важно в такие моменты, когда врач из-за случившейся ошибки и развития тяжелого осложнения у пациента «теряет почву под ногами», и у него возникает желание покинуть профессию. Это свидетельствует о нарушении самоидентификации, потере ее устойчивости – «я не профессионал», «я ошибся – я не достоин быть на этом месте».

Отвечая на вопрос «Задумывались ли Вы о том, чтобы уйти из хирургии из-за достаточно большого количества врачебных ошибок и осложнений?», респонденты продемонстрировали в большинстве свою приверженность профессии и распределились следующим образом (рис. 4).

- Да, постоянно об этом думаю
- Да, иногда такие мысли меня посещают
- Да, было один раз
- Нет, никогда

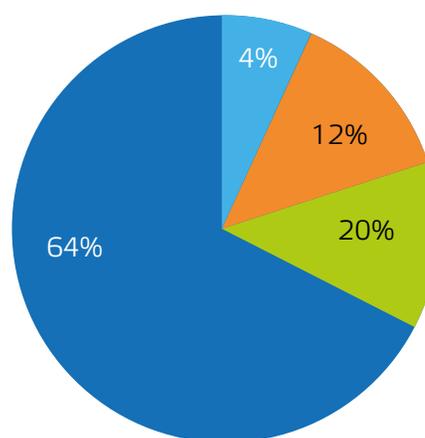


Рис. 4. Распределение ответов респондентов о возможности уйти из хирургии из-за достаточно большого количества врачебных ошибок и осложнений, %

Выявлено, что 32% респондентов единожды или иногда задумывались о том, чтобы покинуть профессию. И только 4% хирургов постоянно об этом думают. Отметим, что это одни и

те же респонденты, кто ответил положительно о регулярно мучающих во сне кошмарах, где во сне доктор снова совершает врачебную ошибку. В данном случае мы говорим о негативных последствиях психологической травмы. У 64% респондентов никогда не возникало желания покинуть профессию.

Это значит, что большинство респондентов, «встречаясь» с собственной врачебной ошибкой, переживают так называемый «посттравматический рост», вследствие чего они преодолевают последствия травматических ситуаций с удержанием возможности использовать этот опыт в будущем.

Эти данные подтверждаются ответами на вопрос: «Как Вы считаете, хирург, совершающий врачебные ошибки, достоин уважения?», где 66% респондентов дали положительный ответ, высказав условие, что он не замалчивает случившееся. Еще 4% согласились, но отметили условие, что доктор эти ошибки анализирует. Остальные 30% не смогли дать однозначного ответа.

Такого же порядка ответы респондентов о личном смысле врачебной ошибки: 66% респондентов считают, что «Ошибка делает врача более внимательным», 10% считают, что «Ошибка эмоционально дестабилизирует», 12% считают, что «Ошибка разрушает собственное мнение о себе как профессионале», но 2% считают, что «Ошибка стимулирует к поиску причин и дальнейшему развитию», «Ошибка бьет по имиджу», «Ошибка никак не меняет представление о себе», «Ошибка снижает самоуважение», «Ошибка – это повод уволиться». При этом сами респонденты в большинстве своем (72%) считают, что хирург, не совершивший ни одной врачебной ошибки, – это утопия. Еще 20% отмечают, что допускают такой факт, но указывают на отсутствие таких специалистов в их окружении, среди их знакомых. Остальные 8% респондентов выбрали вариант «Другое» и предполагают наличие таких специалистов не в реальном профессиональном мире, а в мире

чьих-либо фантазий. Твердый положительный ответ, что такие доктора есть, не дал ни один респондент.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует, что проблема переживаний врачебной ошибки и осложнения после вмешательства является вполне актуальной для врачей-хирургов. Основными аспектами этой проблемы выступают:

- констатация факта случившейся врачебной ошибки или осложнения;
- саморегуляция психоэмоционального состояния в момент обнаружения врачебной ошибки;
- признание врачебной ошибки / осложнения и готовность интегрировать опыт переживания в профессиональную деятельность.

Полученные результаты позволяют констатировать, что 10-12% респондентов самостоятельно не справляются с опытом врачебной ошибки, несут эту ношу на протяжении довольно длительного периода, а кто-то и всю свою дальнейшую жизнь. Этот факт указывает на необходимость проработки данной проблемы с клиническим психологом, поскольку

в этих отношениях присутствует безоценочность и безусловное принятие. Для этой категории докторов возможно обсуждение случившегося в профессиональном сообществе только после проработки с клиническим психологом, чтоб не получить эффект повторной травматизации. Однако любой вариант работы над

ошибкой требует значительного усилия, и чтобы достойно преодолевать трудности в профессиональной деятельности, связанные с возможными врачебными ошибками и осложнениями, специалист, как указывает М.К. Мамардашвили, должен «творить себя непрерывно».

Необходима проработка данной проблемы с клиническим психологом, поскольку в этих отношениях присутствует безоценочность и безусловное принятие.

Список литературы

1. Коул М. Культурно-историческая психология. Наука будущего. – М.: Когито-центр, 1997. – 431 с.
2. Ключко В.Е., Галажинский Э.В., Красноядцева О.М., Лукьянов О.В. Системная антропологическая психология: понятийный аппарат // Сибирский психологический журнал. 2015. № 56. С. 9–21. DOI: 10.17223/17267080/56/2
3. Ключко В.Е., Ключко Ю.В. Человек: открытая система в закрытой среде // Сибирский психологический журнал. 2015. № 57. С. 6–16. DOI: 10.17223/17267080/57/1.
4. Логинова И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2011. – №2. – С. 21-26. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_17216073_39154641.pdf
5. Логинова И.О. Психология жизненного самоосуществления. – М.: Изд-во СГУ, 2009. – 278 с.
6. Воробьева О.И., Зотова Е.М., Репницын Г.М. Коммуникативные факторы врачебных ошибок // Глобальные проблемы современности. – 2021. – Т.2. №2. – С. 22-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2713-2048-2021-2-2-22-29>.
7. Gorman S., Cox T., Hart R. S., Marais L., Wallis S., Ryan J., Handbury M. Who's who? TheatreCapChallenge' // Journal of perioperative practice. 2019. № 6. P. 166-171.
8. Kang E.K., Lihm H.S., Kong E.H. Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors // Korean Journal of Family Medicine. 2013; 34(1):36-42.
9. Hayashino Y., Utsugi-Ozaki M., Feldman M.D., Fukuhara S. Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study // PLoS ONE. 2012; 7(4):e35585.
10. Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., Kaushal R., Burdick E., Katz J.T., et al. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units // N Engl J Med. 2004; 351(18): 1838-1848.
11. Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G.J., Russell T., Dyrbye L., Satele D., et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons // Ann Surg. 2009; 250(3): 463–471.
12. Скотникова И.Г. Уверенность как прогноз, контроль и оценка субъективной эффективности // Международный научно-практический журнал «Человек, Искусство, Вселенная». 2019. С. 272-285.
13. Скотникова И.Г., Егорова П.И., Огаркова Ю.Л., Жиганов Л.С. Психологические особенности переживания неопределенности при эпидемии COVID-19 // Социальная и экономическая психология. 2020. Том 5. № 2(18). С. 245-268. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.008.
14. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 199 с.
15. Хубезов Д.А., Сажин В.П., Огорельцев А.Ю., Пучков Д.К. и др. Система подготовки специалиста по лапароскопической хирургии в учебной операционной Wet-lab // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 4. – С. 31-35.
16. Синбухова Е.В., Занковский А.Н. Психологические аспекты врачебных ошибок // Системная психология и социология. 2020. № 3 (35). С. 51–60. DOI: 10.25688/2223-6872.2020.35.3.4
17. Robertson J. J., Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers // The Journal of Emergency Medicine. 2018. Vol. 54. № 4. P. 402–409. DOI: 10.1016/j.jemermed.2017.12.001
18. Махамбетчин М.М., Тургунов Е.М., Шакеев К.Т. Отдельные аспекты теории ошибок врачей // Профилактическая медицина. 2020; 23(4): 102–107. <https://doi.org/10.17116/profmed202023041102>
19. Красноядцева О.М. Образовательный опыт развития рефлексии в структуре личностных компетенций студентов, обучающихся менеджменту // Сибирский психологический журнал. 2015. № 58. С. 45-60.
20. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma // J Trauma Stress. 1996. 9 (3). P. 455-71.
21. Жарук И.А. Подход к понятию психической травмы в работах Жака Лакана // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10. № 6А. С. 5-16. DOI: 10.34670/AR.2021.47.79.001
22. Мамардашвили М.К. Необходимость себя / Под общ. ред. Ю.П. Сенокосова. – М.: Изд-во «Лабиринт», 1996. – 432 с.

Роль воспитательной работы в учебном процессе студентов младших курсов медицинского университета

Ж.Е. Турчина, С.Л. Нефедова, Н.М. Лисовская, О.Я. Шарова, Н.П. Вахрушева, В.Г. Иванов, О.В. Нор

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Краевая клиническая больница

В настоящее время в высшей школе России большое внимание уделяется воспитательной работе с обучающимися. Это подтверждается внесением изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» в части, регламентирующей воспитательную работу в образовательных организациях (Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся» от 31.07.2020 № 304-ФЗ) [1].

В соответствии с действующим законодательством в образовательные программы высшего образования с сентября 2021 года дополнительно включены календарные планы воспитательной работы и рабочие программы воспитания. Цель воспитания, которая должна быть достигнута в процессе обучения обучающихся по образовательным программам, – личностное и профессиональное развитие, которое предполагает создание условий для активной жизнедеятельности обучающихся, их гражданского самоопределения, профессионального становления и индивидуально-личностной самореализации в созидательной деятельности для удовлетворения потребностей в нравственном, культурном, интеллектуальном, социальном и профессиональном развитии [2].

Ряд исследователей [3] считает, что любая педагогическая система, в частности система воспитательной работы в вузе, состоит из взаимосвязанных подсистем и их компонентов. К

тому же каждая система является компонентом другой системы высшего уровня. Ни одна из этих систем не функционирует изолированно, а обязательно связана с самыми разнообразными системами и системными образованиями.

Воспитание представляет собой целенаправленный процесс социализации личности и включает в себя обучение и учение. Если обучение направлено на формирование знаний, умений и навыков, то воспитание направлено на формирование структуры личности, ее мировоззрения, убеждений, интересов, стремлений. Университетская среда – это среда, позволяющая еще вчерашнему школьнику через механизмы социализации гармонично влиться в современное общество, найти свое «Я» в определенной социальной группе,

Формирование личности будущего специалиста предусматривает подготовку специалистов высокой квалификации, **социально активной и профессионально компетентной личности.**

идентифицировать свое место в социуме как профессионала [4].

Среди приоритетных направлений духовно-нравственного компонента формирования личности студентов российских высших учебных заведений выделяют: адаптацию студентов-первокурсников; гражданско-патриотическое образование; нравственно-эстетическое воспитание; формирование культуры здорового образа жизни; профилактику наркомании и других зависимостей; активизацию студенческого самоуправления [5].

Исследователи [6] отмечают, что процесс воспитания – целостный процесс. В нем органически

соединены содержательная и процессуальная стороны. Первая характеризует совокупность воспитательных целей, вторая – самоуправляемый процесс педагогического взаимодействия педагога и учащейся молодежи.

В ряде исследований [7] указано, и абсолютно справедливо, на наш взгляд, что формирование личности будущего специалиста, которое осуществляется в вузах, предусматривает подготовку специалистов высокой квалификации, социально активной и профессионально компетентной личности, способной составить конкуренцию в области профессиональной деятельности. Важно рассматривать воспитательный процесс в вузе как часть общекультурного процесса, связанного с развитием личности, в тесном взаимодействии с экономической, политической, социальной, а также культурологической ситуациями в стране.

В медицинском вузе проводится подготовка будущих врачей, провизоров и специалистов других специальностей. Воспитательная работа в медицинском вузе особенно актуальна у студентов младших курсов, так как происходит этап адаптации, первое знакомство с будущей профессией, медициной, лечебными учреждениями.

На клинической кафедре сестринского дела (СД) и клинического ухода КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого уже на 1-м курсе студенты специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» проходят учебные практики по уходу за больными взрослыми и детьми терапевтического и хирургического профилей. Ежегодно сотрудники кафедры проводят в рамках воспитательной работы мастер-классы, учебные олимпиады, различные конкурсы [8, 9], что и вызвало научный интерес к этой публикации, тем более что существенная роль при этом отводится отработке практических навыков как важной составляющей в подготовке будущего врача.

Цель исследования. Раскрытие роли воспитательной работы в учебном процессе студентов младших курсов и профессиональном становлении будущего специалиста в медицинском вузе.

Материалы и методы. В процессе работы был использован информационный материал по проблеме исследования, который обработан

с использованием методов анализа научной литературы с учетом принципов системного подхода и системного анализа; материал многолетнего опыта работы кафедры СД и клинического ухода в вопросах воспитательной работы (планы, отчеты, информационные письма по проведению учебно-методических мероприятий).

Результаты. Согласно плану работы кафедры СД и клинического ухода на учебный год, воспитательная работа включает три основных раздела: мероприятия учебно-воспитательной направленности, культурно-массовая и корпоративная работа. На наш взгляд, все мероприятия имеют свою актуальность в формировании личности будущего врача, но более подробно в статье будет сделан акцент на мероприятия учебно-воспитательной направленности (олимпиады, конкурсы, мастер-классы).

В 2022 году в ходе учебных практик со студентами 1-го курса лечебного факультета (учебная практика – ознакомительная практика «Уход за больными терапевтического профиля») и со студентами 2-го курса педиатрического факультета (учебная практика – практика по получению первичных профессиональных умений и навыков педиатрического профиля «Общий уход за больными взрослыми и детьми терапевтического и хирургического профиля») были организованы олимпиада «Клинический уход в профессиональной деятельности врача» и конкурс практических навыков (видеороликов). Цель проведения олимпиады и конкурса – развитие творческого потенциала студентов в закреплении практических навыков, полученных на практических занятиях в ходе учебного процесса.

Задачи мероприятия (олимпиады):

1. Создать условия для включения всех студентов в активную деятельность и возможность взаимодействия между студентами для сотрудничества, сотворчества и совместного действия.
2. Создать малые группы студентов для самостоятельного освоения сестринских манипуляций при уходе за больными, позволяющие продемонстрировать практические навыки.
3. Провести организацию решения тематических задач через проигрывание различных ситуаций и передать продуктивные способы

работы по освоению сестринских манипуляций.

4. Освоить практические навыки по уходу за больными, в том числе оказание первой доврачебной помощи при различных ситуациях (боль в сердце, обморок и др.).

Вышеуказанные мероприятия прошли в несколько этапов на высоком учебно-методическом уровне; студенты проявили творческий подход, командное взаимодействие; закрепили полученные в ходе практики знания и практические умения.

Со студентами 2-го курса стоматологического факультета была проведена учебно-исследовательская конференция в формате круглого стола на тему «Сестринское дело в России: современные тенденции в развитии, актуальные вопросы в стоматологии», посвященная Международному дню медицинской сестры. Мероприятие проведено в рамках учебной практики – практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Основы клинического ухода).

Круглый стол – это метод активного обучения, одна из организационных форм познавательной деятельности учащихся, позволяющая закрепить полученные ранее знания, восполнить недостающую информацию, сформировать умения решать проблемы, укрепить позиции, научить культуре ведения дискуссии. Характерной чертой круглого стола является сочетание тематической дискуссии с групповой консультацией.

Основной целью проведения круглого стола является выработка у учащихся профессиональных умений излагать мысли, аргументировать свои соображения, обосновывать предлагаемые решения и отстаивать свои убеждения. При этом происходит закрепление информации и самостоятельной работы с дополнительным материалом, а также выявление проблем и вопросов для обсуждения.

Студенты выступили с докладами на различные актуальные темы: внутрибольничная инфекция в стоматологии; организация работы среднего медицинского персонала в стоматологической поликлинике; гигиена полости рта; оказание первой доврачебной помощи при неотложных состояниях и др.

Основной целью проведения круглого стола является выработка у учащихся профессиональных умений излагать мысли, аргументировать свои соображения, обосновывать предлагаемые решения и отстаивать свои убеждения.

безопасности.

Заключение. Таким образом, основной воспитательной работы в подготовке будущих врачей на младших курсах в медицинском вузе является система воспитательной работы как упорядоченная совокупность взаимосвязанных мер, подчиненных целям воспитания, и ее основные элементы, основные направления и содержание деятельности вуза как воспитательной системы.

Управление системой воспитательной работы в медицинском вузе является сложным циклическим, целенаправленным процессом, в ходе которого субъекты воспитательной работы выполняют ряд управленческих операционных функций, таких как планирование, организация, координация, анализ, контроль, оценка, коррекция, прогнозирование, что способствует конкретизации целей воспитания на уровне академической группы, факультета, университета; разнообразию направлений воспитательной работы коллектива преподавателей и студентов; формированию творчества и активности педагогического и студенческого коллективов [10].

Кроме того, сотрудниками кафедры в ходе учебного процесса со студентами постоянно проводятся беседы на различные темы: этика и деонтология в медицинском коллективе, коммуникативные навыки будущего врача, здоровый образ жизни; техника безопасности во время учебного процесса, принципы информационной бе-

Список литературы

1. Астафурова О.А., Кулагина И.И., Харламова И.И. Организация внеучебной воспитательной работы в вузе. // Современное педагогическое образование. 2021. №12. С. 46–49.
2. Рабочая программа воспитания. URL: https://docs.vlgr-ranepa.ru/sveden/education/2021/38.03.01/FK/metod/Metod_RPV_BkE_2021_25.09.2020.pdf (дата обращения: 10.02.2022)
3. Турчина Ж.Е., Бакшеев А.И., Бакшеева С.Л., Андренко О.В., Иванов В.Г. Роль воспитательной работы в профессиональном становлении современного специалиста высшей школы. // Современное педагогическое образование. 2022. №2. С. 154–158.
4. Юн-Хай С.А., Шибанова Ю.В. Школа подготовки вожатых как эффективный инструмент воспитательной деятельности в вузе. // Современное педагогическое образование. 2021. №2. С. 85–89.
5. Анамова Р.Р. Влияние воспитательной работы на компетентностную модель повышения личностных качеств выпускника. // Современное педагогическое образование. 2021. №3. С. 32–38.
6. Попок Л.В., Розов Н.Х. Воспитательная деятельность в вузе: проблемы возрождения. // Вестник МГУ. Сер. «Педагогическое образование». 2011. №1. С. 3–14.
7. Носова Т.А. Организация воспитательной работы вуза в контексте ФГОС ВПО. // Высшее образование в России. 2012. № 7. С. 92–97.
8. Маругина Т.Л., Левенец А.А., Череватенко А.И. Круглый стол как метод интерактивного обучения, развивающий клиническое мышление студентов и клинических ординаторов в вузе. // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Красноярск, 5-6 февраля 2020 г.). Красноярск. 2020. С. 158–160.
9. Бахшиева С.А. Круглый стол как актуальный метод обучения. // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Красноярск, 5-6 февраля 2020 г.). Красноярск. 2020. С. 37–40.
10. Иванова В.А., Жердева О.Н. [и др.] Организация воспитательной работы в современном вузе в условиях цифровизации образования: коллективная монография. Барнаул: Графикс, 2021. 86 с.

Сведения об авторах:

Турчина Жанна Евгеньевна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7(902)-911-05-08; e-mail: turchina-09@mail.ru

Нефедова Светлана Леонидовна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7(963)-180-76-75; e-mail: nefedova_s_l@mail.ru

Лисовская Наталья Михайловна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7 (929) 336-87-33; e-mail: diltiazem@bk.ru

Шарова Ольга Яновна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7(913)188-84-67; e-mail: moja03@yandex.ru

Вахрушева Наталья Петровна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7(929)333-36-86; e-mail: vahrusheva@krao.ru

Иванов Виталий Геннадьевич, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; +7 (913)532 09 80; e-mail: ivanovdok@yandex.ru

Нор Ольга Владимировна, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1.; +7(983)-201-37-06; e-mail: 245900@mail.ru

Аспекты психологического сопровождения пациентов с эндопротезированием тазобедренных суставов в отделениях травматологического профиля ККБ



Ю.А. Дупленкова,

медицинский психолог ОРМР

Нарушение функционирования сустава – частая проблема у пожилых людей. Тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов являются стандартными плановыми операциями для устранения тяжелых артритных состояний, поражающих два основных сустава нижних конечностей. Это стандартное ортопедическое вмешательство с точки зрения общего функционального восстановления пациента и частоты осложнений. Однако несмотря на это формирование адекватной внутренней картины болезни у пациентов может быть затруднено с точки зрения возможных нарушений когнитивной и эмоциональной составляющих, которые они могут испытывать до и после оперативного вмешательства, в период активной реабилитации во время пребывания в стационаре.

В процесс реабилитации пациентов травматологического профиля, наряду с медицинским персоналом, вовлекаются специалисты разных направлений: врач физической и реабилитационной медицины, специалисты ЛФК, физиотерапевты, медицинские психологи, что позволяет проводить необходимые реабилитационные мероприятия в полном объеме. Реабилитация пациентов, поступивших на плановое эндопротезирование тазобедренных суставов (ЭТБС), начинается до

оперативного вмешательства. Врач-реабилитолог, изучив анамнез с учетом соматического статуса, объема оперативного вмешательства, контроля рентгенологических снимков, возможных рисков и осложнений, решает вопрос о плановом подходе и участии специалистов ранней реабилитации. Послеоперационная двигательная активизация, вертикализация пациентов с постепенно увеличивающейся нагрузкой на прооперированную конечность происходит под контролем инструктора ЛФК на первые-вторые сутки после допуска врача-травматолога.

С целью психологического сопровождения пациентов с эндопротезированием ТБС в процесс реабилитации включается медицинский психолог, в задачи которого входит:

1. Оценка когнитивного статуса у возрастных, проблемных пациентов до или после оперативного вмешательства, определение реабилитационного потенциала с целью выявления маршрутизации для следующего этапа реабилитации.
2. Оценка и коррекция психоэмоциональной сферы пациентов по индивидуальному запросу врачей – травматолога или реабилитолога.
3. Формирование у пациентов устойчивой приверженности к лечению (комплаенс).
4. Формирование адекватной внутренней картины болезни (ВКБ).
5. Формирование мотивации, активного участия пациента в реабилитационном процессе.
6. Преодоление ригидных инвалидизирующих психологических установок пациентов относительно своего состояния.

Оценка когнитивного статуса медицинским психологом помогает врачу-реабилитологу определить актуальные цели и режим двигательной реабилитации, поскольку возрастные пациенты имеют определенные трудности с усвоением новой информации, удержанием программы деятельности. Им требуется неоднократный повтор, стимуляция и контроль за действиями в ходе проведения реабилитационных мероприятий. Для этой цели используются стандартные психологические шкалы по оценке когнитивных функций: MMSE, FAB, MoCA. Определение когнитивного функционирования необходимо в случаях

недостаточного участия пациента в реабилитационном процессе, несоблюдения охранительного ортопедического режима, трудностях взаимодействия пациента с другими участниками реабилитационного процесса, низкой приверженности к лечению.

Процесс реабилитации понимается как активное участие пациента в деятельности, направлен на расширение двигательного репертуара, дальнейшую адаптацию в бытовых условиях, способности к самообслуживанию. Под влиянием собственного страха пациент производит меньший объем движений оперированной конечностью либо полностью щадит ее, в неполной мере понимая необходимость собственных активных движений уже на раннем этапе реабилитационного процесса. Одной из задач психолога является помощь врачу в создании условий для формирования активной позиции пациента в процессе лечения, понимания определенной собственной ответственности за соблюдение охранительного ортопедического режима. Своевременное информирование пациентов врачом-реабилитологом о протекании процесса лечения и реабилитации, а также о возможных осложнениях влияет на формирование адекватной внутренней картины болезни пациента, ее рациональной и мотивационной составляющих.

Формируя адекватную ВКБ, пациент приобретает уверенность в своих силах, занимает позицию приверженности к лечебным мероприятиям и активную включенную позицию в процесс реабилитации. Превентивное выявление неадекватных ожиданий относительно реабилитационного процесса позволяет предупредить не только психологические, но и клинические проблемы (несоблюдение правил ортопедического охранительного режима), которые вытекают из неправильного представления пациента о своем заболевании, этапах лечения, его возможном исходе, что, в свою очередь, влияет на степень удовлетворенности пациента результатом лечения. Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения и ожидания относительно лечебного процесса, результатов операции и последующей реабилитации.

Важной задачей психологического сопровождения является работа по выработке психологи-

ческой установки на активную реабилитацию, поддержание приверженности к лечению и устойчивой мотивации к выздоровлению. Зачастую пациенты имеют завышенные ожидания от операции, своих возможностей, что часто становится причиной развития депрессии, личностной или ситуативной тревоги. Работа с эмоционально-личностной сферой пациента

включает в себя оценку психоэмоционального статуса по стандартным психодиагностическим шкалам (госпитальная шкала HADS, шкала Бека, Спилберга, опросник «Восстановление локус-контроля»), что способствует определению степени выраженности тревоги, депрессии, отношения к заболеванию, уровня мотивации. Психотерапевтическая работа медицинского психолога направлена на обучение приемам и

способам психологической саморегуляции, снижение эмоционального напряжения, тревожных, фобических реакций, разъяснение источника и природы тревоги. При необходимости проводится психологическое консультирование и психокоррекция, которые способствуют преодолению ригидных неадаптивных психологических установок относительно своего состояния, тревог, страхов (состояние выученной беспомощности, излишняя катастрофизация в восприятии своего состояния, неадекватная оценка сложности и исхода операции, тревога относительно неблагоприятного прогноза) с помощью различных психокоррекционных методов, таких как рациональная психотерапия, техники визуализации, релаксации, управления дыханием, приемы когнитивно-поведенческой психотерапии.

Препятствием для активной реабилитации может являться концентрация пациентов на собственном негативном самочувствии ввиду трудностей послеоперационного периода (психомоторное возбуждение, психотические проявления, нарушения сна). В этих случаях для стабилизации психоэмоционального состояния пациента привлекается врач-психиатр с целью медикаментозной коррекции негативных проявлений раннего послеоперационного периода. Применение всех перечисленных реабилитационных мероприятий в комплексе, устранение болевого синдрома, позитивный психологический настрой на реабилитацию ведет к благоприятному прогнозу, повышению физических и функциональных возможностей пациентов с эндопротезированием ТБС.

Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения.

Особенности параметров гемодинамики, газообмена и гемостаза в процессе интенсивного лечения беременных с тяжелыми формами туберкулеза

А.М. Полстяной, Г.В. Грицан, А.В. Нестеренко, Е.Г. Буйко, Л.П. Перстячко
КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер №1»

Введение. Актуальной проблемой российского здравоохранения является снижение материнской смертности. По данным ряда авторов, за последнее время на одно из лидирующих мест в структуре материнской летальности выходят причины, обусловленные экстрагенитальной патологией. Туберкулез является одной из значимых причин материнской смертности во всем мире. Ежегодно публикуются десятки статей, посвященных выявлению, лечению и профилактике туберкулеза у беременных [1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Таким образом, оптимизация методов интенсивной терапии у беременных, страдающих туберкулезом, является важной и до конца не решенной проблемой.

Исходя из вышеизложенного мы посчитали необходимым представить результаты основных жизненно важных функций беременных и родильниц с тяжелыми осложненными формами туберкулеза для определения особенностей интенсивного лечения.

Цель исследования: изучить параметры гемодинамики, газообмена и гемостаза для повышения эффективности интенсивного лечения беременных с тяжелыми формами туберкулеза.

Материалы и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ 32-х клинических случаев беременных и родильниц, болевших туберкулезом тяжелой степени и пролеченных в условиях Красноярского краевого противотуберкулезного диспансера №1 за период с 2009 по 2013 год. Средний возраст пациенток составил $28,35 \pm 5,6$ года. Средний срок гестации на момент проведения лечения беременных составлял $34,3 \pm 7,5$ недели.

Диссеминированная форма туберкулеза имела место у 12 (37,5%) беременных, фибринозно-казеозная форма – у 8 (25,0%), казеозная пневмония – у 5 (15,6%), инфильтративная форма – у 4 (12,5%), очаговая форма – у 3 (9,4%) беременных. Диагноз «туберкулез» ставился на основании Российской клинической классификации туберкулеза, утвержденной приказом Минздрава России №109 от 22.03.2003 [4].

Критерии включения: 1) наличие туберкулеза легких с тяжелым течением заболевания во время беременности, что требовало досрочного родоразрешения; 2) тяжелый туберкулезный процесс, развившийся в срок до 42-го дня послеродового периода. Критерием исключения являлось наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии у беременной.

Интенсивная терапия проводилась по следующим направлениям: 1) специфическая антибактериальная (согласно приказу №109 Минздрава России от 22.03.2003); 2) антимикробная терапия (в случае наличия очага неспецифической бактериальной инфекции применялись цефалоспорины 3-4 поколения, карбапенемы, макролиды, фторхинолоны); 3) гемодинамическая поддержка (инфузионная терапия, при необходимости и трансфузионная) в сочетании с вазоактивными и инотропными препаратами до достижения следующих целевых показателей гемодинамики: ЦВД=12-15 мм рт.ст. (на фоне ИВЛ), АДср ≥ 65 мм рт.ст., диурез – 0,5 мл/кг/час, гематокрит – 30%); 4) респираторная поддержка согласно концепции «безопасной» ИВЛ под динамическим контролем параметров биомеханики дыхания и газового анализа крови; 5) противотуберкулезная терапия; 6) профилактика стресс-язв ЖКТ – ингибиторы протонной помпы; 6) гепатопротекторы – гептрал по 400 мг в/в 2 раза в сутки; 7) нутритивная поддержка; 8) коррекция изменений в системе гемостаза.

Продленная искусственная вентиляция легких

(ИВЛ) осуществлялась в 56,2% (18) случаев, а в 7,1% (3) случаев использовалась неинвазивная вентиляция легких в послеродовом периоде. При выборе режимов и параметров респираторной поддержки следовали концепции «безопасной» ИВЛ под динамическим контролем параметров биомеханики дыхания и газового анализа крови [8,18]. Для проведения ИВЛ использовались респираторы Evita 2, Servo Puritan 760.

Динамическая оценка механических свойств легких проводилась на основании следующих параметров: дыхательный объем (Vt), пиковое давление вдоха (PIP), положительное давление конца выдоха (PEEP), динамический легочно-торакальный комплайнс (Cl_{t,d}).

Динамическая оценка газообмена проводилась по следующим параметрам: FiO₂, SpO₂ и PetCO₂, PaO₂, PaCO₂, PaO₂/FiO₂, AaDO₂. Исследование механических свойств легких и газообмена проводилось при начале респираторной поддержки, на 1-е (1 этап), 3-е (2 этап), 5-е (3 этап), 7-10-е (4 этап) сутки ее проведения.

У всех исследуемых беременных и родильниц проводилась оценка гемостаза на основании следующих тестов: 1) количество тромбоцитов фазово-контрастным методом; 2) определение фибриногена; 3) протромбиновый индекс; 4) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); 5) ортофенотролиновый тест (ОФТ); 6) Д-димеры полуколичественным методом на следующих этапах: 1 этап – перед родоразрешением, вторые (2 этап), третьи (3 этап), пятые (4 этап), седьмые-двенадцатые (5 этап) сутки интенсивного лечения.

Всем больным была проведена оценка уровня С-реактивного белка полуколичественным методом латекс-агглютинации, гемоглобин (Hb), эритроциты, лейкоциты, общий белок, билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), калий (К), натрий

(Na), мочевины, креатинина на следующих этапах: 1 этап – перед родоразрешением, вторые (2 этап), третьи (3 этап), пятые (4 этап), седьмые-двенадцатые (5 этап) сутки интенсивного лечения.

Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики, определялась средняя арифметическая (M) и средняя квадратичная ошибка (m). Для определения статистически значимых различий использовали дисперсионный анализ и парный критерий Стьюдента. Различия оценивали как статистически значимые – начиная со значения $p < 0,05$. Математические расчеты производили на PC-IBM с помощью пакета программ Microsoft Office.

Результаты. В процессе интенсивной терапии на первом этапе исследования АДс не превышало 92,7 мм рт.ст. На втором этапе исследования (в течение вторых суток интенсивной терапии) уровень АДср возрос лишь на 10,46%, на третьи сутки (3 этап) – на 14,02% ($p < 0,05$) в сравнении с исходной величиной, а затем, на 4-5 этапах исследования, варьировал в пределах 109,4–119,6 мм рт.ст., что статистически значимо выше ($p < 0,05$), чем на 1-м, 2-м и 3-м этапах исследования (табл. 1).

По отношению к первым суткам лечения в течение вторых и третьих суток проведения интенсивной терапии (2 и 3 этапы) ЧСС уменьшалась лишь на 10,9% к 3-му этапу ($p < 0,05$), а к 7-12 суткам снижалась в среднем до 84,3 уд/мин, что статистически значимо ниже ($p < 0,05$), чем на 1, 2, 3, 5 этапах исследования.

Примечание: p1-2*, p1-3*, p1-4*, p1-5* – статистически значимое различие между 1, 2, 3, 4, 5 этапами исследования; p2-3*, p2-4*, p2-5* – статистически значимое различие между 2, 3, 4, 5 этапами исследования; p3-4*, p3-5*, – статистически

Параметры	Этапы исследования				
	1 сутки (1) перед родоразрешением	2 сутки (2)	3 сутки (3)	5 сутки (4)	7-12 сутки (5)
АДс, мм рт.ст.	92,7±13,4 p1-2* p1-3* p1-4* p1-5*	102,4±12,5 p2-5*	105,7±9,9 p3-5*	109,4±12,6 p4-5*	119,6±11,7
АДд, мм рт.ст.	57,2±7,9 p1-2* p1-3* 1-5*	62,7±3,9 p2-5*	64,9±15,0	61,3±10,6 p4-5*	72,5±12,3
АДср, мм.рт.ст	78,6±13,4 p1-4* p1-5*	81,5±13,4 p2-4* p1-5*	82,7±10,0 p3-4* p3-5*	88,3±9,1 p4-5*	93,5±6,8
ЧСС, уд/мин	110,1±16,34 p1-3* p1-4* p1-5*	108,1±13,4 p2-3* p2-4* p2-5*	98,0±11,3 p3-4* p3-5*	89,4±10,6	84,3±9,9
ЦВД, мм вод.ст.	71,5±38,6 p1-3*	86,3±37,0	95,0±30,9	98,6±28,9	101,3±23,7
Диурез, мл/сут	1352,1±320,4	1479,3±456,9 p2-3*	1224,9±471,6	1357,7±671,0	1415,3±362,2

Табл. 1. Динамика изменений показателей гемодинамики у беременных с тяжелыми формами туберкулеза, M±m, n=32

значимое различие между 3, 4, 5 этапами исследования; p_{4-5}^* – статистически значимое различие между 4, 5 этапами исследования; ($p < 0,05$).

Величина ЦВД статистически значимо возрас- тала в среднем на 32,86% ($p < 0,005$) в сравне- нии с исходной величиной и уже на 3-е сутки проведения интенсивной терапии ЦВД в сред- нем равнялась 95,0±30,9 мм в.д.ст., а в даль- нейшем его величина варьировала в пределах 98,67–101,3 мм в.д.ст.

Вышеуказанные параметры гемодинамики в те- чение первых трех суток интенсивной терапии достигались за счет инфузионной терапии в среднем объеме, равном 2480,4 – 2679,3 – 2433,1 мл. При этом средняя доза допамина не превы- шала 7,5 мкг/кг/мин и на 3-м этапе исследова- ния была уменьшена на 20% ($p < 0,05$ в сравнении с 1 этапом) при частоте его применения 25,0% (8 больных). Адреналин в 5 случаях применялся на 2-4 сутки интенсивной терапии в дозе от 0,002– 0,003 мкг/кг/мин. На четвертом этапе иссле- дования средняя доза допамина составляла 2,5 мкг/кг/мин при частоте применения 25% – на- чиная с 5-х суток интенсивной терапии (5 этап) допамин и адреналин вообще не применял- ся. Адреномиметики применялись у больных с септическим шоком и тяжелой сердечно-легоч- ной недостаточностью у пациенток с массивным поражением легочной ткани. Для поддержания стабильной гемодинамики всем пациенткам проводилась инфузионная терапия. Объем те- рапии подбирался индивидуально и зависел не только от тяжести состояния, но и от симптомов сердечно-легочной недостаточности, вызванной поражением кровеносных сосудов легких и, как следствие, развитием сердечной недостаточно-

сти по малому кругу кровообращения. В качестве инфузионных сред в 100,0% случаев применя- лись изотонические кристаллоиды в сочетании с гидроксипропилированными крахмалами (ГЭК), соотношение которых варьировало от 2:1 до 3:1 в первые трое суток терапии.

На фоне проводимой гемодинамической под- держки диурез постепенно увеличивался, и его величина на вторые сутки интенсивной терапии возрастала в среднем до 1479,3±456,9 мл/сут, что статистически значимо выше ($p < 0,05$) в сравне- нии с 3-м этапом исследования. В дальнейшем величина диуреза варьировала в пределах 1224,1– 1415,3 мл/сут.

В первые сутки проведения интенсивной те- рапии уровень гемоглобина в среднем равнял- ся 98,7±2,9 г/л, эритроцитов – 2,8±0,08 × 10¹²/л (табл. 2).

В этот период переливание эритроцитарной массы осуществлялось семи (15,6%) больным в среднем объеме 458,3±36,9 мл при уровне гемоглобина менее 80 г/л; на вторые сутки (2 этап) – шести больным (18,7% случаев); на третьи – двум больным (6,2% наблюдений). Снижение гемоглобина обуславливалось не кровопотерей, а распадом эритроцитов, свя- занным с синдромом системной воспалитель- ной реакции.

На этом фоне к третьим суткам проведения ин- тенсивной терапии уровень гемоглобина воз- растал в среднем на 6,88% ($p < 0,05$) в сравнении с первым и вторым этапом исследования; а к седьмым–двенадцатым суткам лечения его вели- чина достигала 109,6±3,9 г/л, что статистически значимо выше ($p < 0,05-0,01$), чем на предыдущих этапах исследования. Подобная динамика, на со- ответствующих этапах исследования, имела ме- сто и в уровнях числа эритроцитов.

Параметры	Этапы исследования				
	1 сутки (1 этап) перед родоразрешением	2 сутки (2 этап)	3 сутки (3 этап)	5 сутки (4 этап)	7-12 сутки (5 этап) Перевод из ОРИТ
Лейкоциты, × 10 ⁹ /л	8,5±0,7	9,4±0,7 $p_{2-4}^* p_{2-5}^*$	9,16±0,4 $p_{3-4}^* p_{3-5}^*$	7,2±0,43	7,2±0,3
П/я %	5,3±0,8	5,6±0,7	5,7±0,7	5,2±0,7	5,03±0,9
С/я %	59,6±2,4	58,4±1,9	51,7±3,7	61,7±2,1	64,03±1,7
Юные, %	0,2±0,17	0,2±0,01	0,2±0,01	2,03±0,02	0,2±0,1
Лимфоциты	31,5±2,1	32,5±1,09	29,9±2,3	30,2±2,3	26,3±1,5
СОЭ	28,6±2,6 $p_{1-2}^*, p_{1-3}^*, p_{4-5}^*$	37,1±2,3 $p_{2-4}^* p_{2-5}^*$	35,5±2,1 $p_{3-4}^* p_{3-5}^*$	26,3±1,1 p_{4-5}^*	21,7±1,3
Гемоглобин, Нв г/л	98,7±2,9 p_{1-3}^*, p_{1-4}^*	99,4±2,8 $p_{2-3}^* p_{2-4}^* p_{2-5}^*$	105,5±1,5	109,3±1,5	109,61±3,9
Эритроциты × 10 ¹²	2,8±0,08 p_{1-4}^*	2,9±0,08	2,9±0,06	2,98±0,05	109,2±1,5

Табл. 2. Динамика показателей крови у беременных с тяжелыми формами туберкулеза, $M \pm m$, $n=32$

Примечание: p1-2*, p1-3*, p1-4* – статистически значимое различие между 1, 2, 3, 4 этапами исследования; p2-3*, p2-4*, p2-5* – статистически значимое различие между 2, 3, 4, 5 этапами исследования; p3-4*, p3-5* – статистически значимое различие между 3, 4, 5 этапами исследования; p4-5* – статистически значимое различие между 4, 5 этапами исследования; (p<0,05).

Уровень лейкоцитов ко вторым суткам интенсивной терапии (2 этап) возрастал в среднем на 10,58% в сравнении с исходной величиной ($8,5 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$ и $9,4 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$ соответственно); а в дальнейшем он постепенно снижался и на 7-12-е сутки лечения (5 этап) в среднем не превышал $7,2 \times 10^9/\text{л}$. На фоне проводимой в послеоперационном периоде специфической противотуберкулезной, антибактериальной терапии

количество лейкоцитов у большинства обследованных нормализовалось, однако у пациенток с казеозной пневмонией, а также у пациенток с массивным распадом легочной ткани лейкоцитоз сохранялся на достаточно высоком уровне даже к 15-му дню интенсивной терапии.

На всех этапах исследования у женщин, больных туберкулезом, уровень СОЭ был выше нормативных значений.

У беременных и родильниц (табл. 3) в дородовом периоде имела место достоверная (p<0,05) хронометрическая гиперкоагуляция по тестам ТВ, АЧТВ, при уровне фибриногена, равном $4,6 \pm 0,3$ г/л. Количество тромбоцитов оказалось сниженным до 192 тыс. Величина ОФТ составляла в среднем 24, мг%, что свидетельствовало о большом количестве РФМК в крови пациенток данной исследуемой группы (табл. 4).

Параметры	Этапы исследования				
	До родов	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7-10 сутки
ПТИ, %	98±3,4	98±3,9	96±2,6	101±2,1	102±1,3
ТВ, сек ТВ, контроль	13,3±0,4 p**<0,01 15,1±0,1	13,4±0,5 p**<0,01 15,1±0,1	14,2±0,5 15,1±0,1	14,5±0,9 14,8±0,1	14,7±0,3 15,1±0,2
АЧТВ, сек. АЧТВ, контроль ОФТ, мг%	31,0±0,7 p**<0,01, p0-3*, p0-5* 38,7±0,3 24,1±1,4 p0-5*, p0-7*	32,1±0,8 p**<0,001, p1-5* 38,8±0,3 27,2±0,4 p1-5*, p1-7*	34,1±0,6 p**<0,001, p3-5* 39,0±0,2 22,2±1,0 p3-5*, p3-7*	37,2±0,5 38,5±0,4 16,3±1,1 p5-7*	37,8±0,5 38,6±0,2 10,6±1,1
ФГ, г/л	4,6±0,3	4,6±0,1	4,0±0,1	3,8±0,1	3,6±0,1
Тромбоциты, тыс.	192±22 p0-3*, p0-5*	186±22 p0-3*, p0-5*	293±17	291±15	338±34
АТ III, %	80,3±3,3 p0-5*, p0-7*	80,1±3,9 p0-5*, p0-7*	89,1±3,0 p3-7*	94,0±3,1	103±3,9
Д-димеры, нг/л	3144±484 p0-5*, p0-7*	3143±484 p1-5*, p1-7*	1893±389	1214±173	1076±328

Табл. 3. Динамика сдвигов системы гемостаза у беременных и родильниц с тяжелыми формами туберкулеза, M±m, n=26

Примечание: p** – достоверное различие с контролем; p0-1*, p0-3*, p0-5*, p0-7* – достоверное различие до родов и 1, 3, 5 сутки после родов (соответственно); p1-3*, p1-5*, p1-7* – достоверное различие в 1 и 3, 5, 7-10 сутки после родов; p3-5*, p3-7* – достоверное различие на 3 и 5, 7-10 сутки послеродового периода, p5-7* – достоверное различие на 5 и 7-10 сутки послеродового периода (p<0,05).

У пациенток исследуемой группы уровень анти-тромбина III перед родами в среднем снижался до 80,3%.

Также наблюдалась выраженная активация фибринолиза с высоким количеством Д-димеров (3144 нг/л). Антисвертывающий потенциал крови с нижней границы нормы возрастал в среднем на 9,9% к 3-м суткам послеоперационного периода, на 5-е сутки АТ III в среднем достигал уровня

94,0%, что достоверно выше исходного значения. На фоне сохраняющейся активации фибринолиза количество продуктов деградации фибрина по Д-димерам достоверно уменьшалось с пятых суток исследования в сравнении с исходными показателями (1241 нг/л и 3144 нг/л соответственно, p<0,05).

На фоне гемостазиологической терапии удавалось устранить достоверно отличную от контроля реальную хронометрическую гиперкоагуляцию к 3-м суткам по ТВ, на 5-е сутки по АЧТВ. При этом интенсивность гиперкоагуляции уже 3-х суток после родов была значительно меньше (p<0,05) в сравнении с дородовым периодом, что проявлялось наряду с динамикой хронометрических тестов, снижением фибриногена до 3,8-3,6 г/л, РФМК в плазме до 10,6 мг%.

Коррекция изменений в системе гемостаза

осуществлялась путем индивидуального подбора антикоагулянтной терапии и/или восполнения дефицита ряда факторов свежезамороженной плазмы (СЗП).

Так, на 2-м этапе исследования СЗП применялась у 8 (25%) пациенток в средней дозе 690,9±85,8 мл, на 3-м этапе – в 15,6% (5 больных) случаев в средней дозе 623,0±90,9 мл, а начиная с 5-го этапа исследования во введении СЗП нуждались лишь четыре (14,7%) больные. То есть наибольшая частота применения СЗП имела место в первые двое суток проведения интенсивной терапии.

На всех этапах лечения для коррекции преимущественно гиперкоагуляционных изменений и снижения тромбинемии у 87,5% (28 наблюдения) использовали фраксипарин в средней дозе 0,44-0,42 мл.

Таким образом, использование СЗП и гепаринов на основе динамического анализа показателей, характеризующих систему гемостаза, удавалось уже к пятым-седьмым суткам лечения (4-5 этапы) устранить хронометрическую гиперкоагуляцию, уменьшить выраженность тромбинемии и обеспечить тенденцию к восстановлению анти-свертывающего и фибринолитического звеньев

системы гемокоагуляции.

После перевода на ИВЛ для поддержания PaO₂=86,3±2,3 мм рт.ст. требовались следующие параметры респираторной поддержки в режиме вентиляции по давлению (PC): PIP=26,4±0,3 см вод.ст., PEEP= 7,8±0,5 см вод.ст., F=12,1±0,3 дых/мин, Vt=535,9±3,9 мл (табл. 5). При этом респираторный индекс (PaO₂/FiO₂) в среднем равнялся 170,5±22,3 мм рт.ст., AaDO₂ = 352,1±11,2 мм рт.ст., а динамический легочно-торакальный комплайнс (Cl_{t,d}) – 32,8±1,2 мл/см вод.ст. Нарушение диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану сопровождалось увеличением внутрилегочного шунтирования крови (Q_s/Q_t) и достигало в среднем 38,7%.

При проведении ИВЛ сдвиги газообмена претерпевали следующие изменения: в течение первых трех суток AaDO₂ уменьшался лишь на 25,3%, а к 5-м суткам проведения ИВЛ – на 37,3% (p<0,05). К 7-м суткам интенсивной терапии уровень AaDO₂ составлял в среднем 165,2 мм рт.ст., а на 10-е сутки снижался до 126,3 мм рт.ст. Респираторный индекс (PaO₂/FiO₂) к пятым суткам возрастал до 233,4 мм рт.ст., что на 32,8% (p<0,05) выше исходного уровня, и лишь к 10-м суткам достигал 325,5 мм рт.ст.

Параметры	Этапы исследования				
	1 сутки (1 этап) перед родоразрешением	2 сутки (2 этап)	3 сутки (3 этап)	5 сутки (4 этап)	7-12 сутки (5 этап) Перевод из ОРИТ
Лейкоциты, х 10 ⁹ /л	8,5±0,7	9,4±0,7 p2-4* p2-5*	9,16±0,4 p3-4* p3-5*	7,2±0,43	7,2±0,3
П/я %	5,3±0,8	5,6±0,7	5,7±0,7	5,2±0,7	5,03±0,9
С/я %	59,6±2,4	58,4±1,9	51,7±3,7	61,7±2,1	64,03±1,7
Юные, %	0,2±0,17	0,2±0,01	0,2±0,01	2,03±0,02	0,2±0,1
Лимфоциты	31,5±2,1	32,5±1,09	29,9±2,3	30,2±2,3	26,3±1,5
СОЭ	28,6±2,6 p1-2*, p1-3*, p4-5*	37,1±2,3 p2-4* p2-5*	35,5±2,1 p3-4* p3-5*	26,3±1,1 p4-5*	21,7±1,3
Гемоглобин, Нв г/л	98,7±2,9 p1-3*, p1-4*	99,4±2,8 p2-3* p2-4* 2-5*	105,5±1,5	109,3±1,5	109,61±3,9
Эритроциты х 10 ¹²	2,8±0,08 p1-4*	2,9±0,08	2,9±0,06	2,98±0,05	109,2±1,5

Табл. 4. Динамика параметров механических свойств легких и газообмена у беременных и родильниц с тяжелыми формами туберкулеза, M±m, n=18

Примечание: p1-2, p1-3, p1-4, p1-5 – статистически значимые различия между 1, 2, 3, 4 и 5-м этапами исследования соответственно; p2-3 – статистически значимые различия между 2 и 3 этапами исследования; p3-4 – статистически значимые различия между 3 и 4 этапами исследования; p4-5 – статистически значимые различия между 4 и 5 этапами исследования; p<0,05

В 90,6% (29 беременных) случаев проведено оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения либо путем малого кесарева по показаниям со стороны легких. В трех случаях роды через

естественные родовые пути – у родильниц, у которых впоследствии обострение заболевания произошло в послеродовом периоде. В одном случае была произведена экстирпация матки с плодом у пациентки с септическим состоянием на фоне антенатальной гибели плода. Такой объем оперативного вмешательства был обусловлен необходимостью санации септического очага.

В среднем срок пребывания в стационаре у таких пациентов составил 70,67 +- 58,33.

Заключение. При проведении анализа лабора-

торных данных, полученных при обследовании беременных, больных туберкулезом, выявлены некоторые закономерности. Уровень лейкоцитов был зачастую на нормальном или низком уровне, высокий лейкоцитоз отмечался у пациенток с казеозной пневмонией, при которой происходит казеозный некроз легочной ткани. Вместе с тем, несмотря на невысокие показатели уровня лейкоцитов, у 21,87% пациенток отмечался нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы. В 71,87% случаев при поступлении в стационар у больных имела место анемия, это сочеталось с высоким уровнем С-реактивного белка, достигавшего в первые сутки $56,4 \pm 4,7$. Полученные в ходе исследования значения изучаемых показателей могут свидетельствовать о выраженности реакции системного воспалительного ответа. Полученные нами данные согласуются с опубликованными ранее результатами исследований других авторов [6, 7, 8, 9, 10].

Исследования динамики параметров кровообращения, «развернутого» и биохимического анализа крови, на этапах интенсивной терапии у пациенток с тяжелыми формами туберкулеза показали, что

проводимая больным коррекция гемодинамики на основе индивидуального выбора инотропных средств, инфузионно-трансфузионных средств, позволили обеспечить стабильную гемодинамику, нормализовать волевические изменения, поддерживать электролитный баланс, гемический компонент кислородно-транспортной функции крови, что подтверждается данными динамики показателей крови.

Установлено, что изменения в системе гемостаза (в совокупности с клиническими данными) в целом соответствуют гиперкоагуляционным изменениям. Использование антикоагулянтов на основе динамического анализа показателей, характеризующих систему гемостаза, позволяло предотвратить нарастание хронометрической гиперкоагуляции, снижение фибринолитической активности крови и поддержать ее антисвертывающий потенциал; а к 7-10 суткам лечения уменьшить выраженность тромбинемии и Д-димеров.

Проведение респираторной поддержки позволило провести коррекцию изменений механических свойств легких и газообмена при разной степени тяжести повреждения легких.

Список литературы

1. Ковганко П.А. К проблеме туберкулеза и материнства. Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2003. – №4. – С. 46-48.
2. Колачевская Е.Н. Туберкулез и беременность. Проблемы туберкулеза – 1994. – №5. – С. 48-51.
3. Кононенко В.Г. ред. Актуальные вопросы туберкулеза: Учебное пособие. Изд. 2-е. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2006. – 90 с.
4. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 №109 (ред. от 29.10.2009) «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
5. Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы. Перевод с английского. – 2-е издание. – Женева, 2004. – 387 с.
6. Abalain ML, Petsaris O, Héry-Arnaud G Fatal congenital tuberculosis due to a Beijing strain in a premature neonate. *J Med Microbiol.* 2010 Jun; 59 (Pt 6): 733-5.
7. Asuquo B, Vellore AD, Walters G, Manney S, Mignini L, Kunst H. A case-control study of the risk of adverse perinatal outcomes due to tuberculosis during pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2012 Oct; 32(7): 635-8.
8. Bishara H, Vinitzky O, Satim R, Keness Y, Chazan B, Miron D. Tuberculosis in pregnancy and puerperium. *Harefuah.* 2013 Jul; 152(7): 381-4, 435.
9. Brendt P, Herbstreit F, Peters J. Cardiogenic shock following cesarean delivery due to undiagnosed tuberculous constrictive pericarditis. *Int J Obstet Anesth.* 2010 Oct; 19(4): 448-51.
10. Ghosh K, Ghosh K, Chowdhury JR. Tuberculosis and female reproductive health. *J Postgrad Med.* 2011 Oct-Dec; 57(4): 307-13.
11. Jacquemyn Y, Van Casteren C, Luijckx M, Colpaert C. Disseminated tuberculosis in pregnancy unknown to doctors in Western Europe case presentation: 'part of the routine study in infertility'. *BMJ Case Rep.* 2012 Sep 12; 2012.
12. Lahbabi M, Brini J, Massaoudi K. Tuberculous peritonitis in pregnancy: a case report. *J Med Case Rep.* 2014 Jan 2; 8(1): 3.
13. Larsen I.W., Hager N.D., Livengood C.H., Hoyme U. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of postoperative infections. *Infekt. Dis. Obstet. Gynecol.* 2003. – Vol.11. – №1. – P. 65-70.
14. Nakbanpot S, Rattanawong P. Congenital tuberculosis because of misdiagnosed maternal pulmonary tuberculosis during pregnancy. *Jpn J Infect Dis.* 2013; 66(4): 327-30.
15. Nhan-Chang CL, Jones TB. Tuberculosis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2010 Jun; 53(2): 311-21.
16. Pasticci MB, Lupi C, Mazzolla R, et al. Diagnosing tuberculosis in pregnancy: a case report. *New Microbiol.* 2011 Jul; 34(3): 327-30.
17. Riachy MA. PCR use in miliary tuberculosis presenting with acute respiratory distress syndrome. *BMJ Case Rep.* 2011 May 24; 2011.
18. Slopen ME, Laraque F, Piatek AS, Ahuja SD. Missed opportunities for tuberculosis prevention in New York City, 2003. *J Public Health Manag Pract.* 2011 Sep-Oct; 17(5): 421-6.

Клинические исследования препаратов как они есть

Потрясающая мир пандемия коронавируса остро вынесла на широкий суд общественности тему безопасности и эффективности применения самых разных препаратов, методов лечения и исследований. Не секрет, что многие пациенты искренне полагают: в России возможны эксперименты на живых людях, и не как-нибудь, а в массовых масштабах. В этом ключе продолжающиеся исследования уже испытанных медикаментов многим представляются чудовищным нарушением нравственных норм. Разбираемся в вопросе и накапливаем аргументацию для просветительской работы.

Что такое клинические исследования?

Клинические исследования проводятся с участием людей и являются научными исследованиями, необходимыми для создания новых лекарственных препаратов или разработки новых методов лечения. Они проводятся согласно строгому регламенту и являются важнейшим этапом в процессе регистрации лекарственного средства и определения методов его оптимального применения для наилучшего терапевтического эффекта. Изучение может длиться несколько лет и должно быть организовано в строгом соответствии с протоколом, который гарантирует безопасность пациентов.



Евгения Курц,

заведующая
отделением
клинической
фармакологии
ККБ:

– Исследование – это четкий пошаговый протокол. Ни в коем случае не опыты над людьми. Препарат, не прошедший клинические исследования, не может быть зарегистрирован и выведен на рынок. Более того, зачастую участие в клиническом исследовании – шанс для пациента: он уже сейчас получает жизненноспасающую терапию, которая станет общедоступной только через годы. Поскольку с момента разработки лекар-

ственного препарата и до того, как он попадает в клиническую практику, проходит 15–20 лет. В нашей стране нельзя рекламировать проведение клинических исследований, а на Западе люди платят деньги, чтобы участвовать в них, ведь такие препараты пока повсеместно недоступны.

ККБ уже двадцать лет участвует в проведении клинических исследований лекарств. В данный момент специалисты заняты в проектах по нескольким направлениям, в том числе гастроэнтерологии, аллергологии, кардиологии, онкогематологии.

Многие пациенты, страдающие хроническими патологиями, лечатся у нас не один год, мы хорошо знаем их состояние, особенности течения болезни, также есть пациенты нечувствительные, резистентные к стандартной терапии. Это помогает нам при выборе, кому предложить стать участником исследования. Люди вправе согласиться или отказаться. Естественно, при этом учитываются критерии отбора, прописанные в протоколе. Чаще пациенты соглашаются, и есть те, кто уже участвовал в нескольких исследованиях ранее. Например, существует такое тяжелое заболевание – болезнь Крона. Больше всего им страдают молодые, работоспособные мужчины. Если вовремя не остановить воспаление кишечника, потребуется операция, от органа останется только часть. Эти лекарства улучшают качество и продолжительность жизни. В нашей клинике проводилось несколько исследований таких средств, пациенты активно в них участвуют.

В нашей стране имеют разрешение на проведение клинических исследований научно-исследовательские центры и клиники. Все клиники получают сертификат (разрешение) на клинические исследо-

вания. В каждой такой больнице есть ряд ключевых специалистов, которые могут заниматься такой деятельностью, – врачей и медсестер. Они обязательно проходят обучение. Информация о врачах размещается в реестре исследователей не только России, но и всей Европы: указываются их специализация, стаж. Заказчик выбирает из реестра интересующего его специалиста и отправляет приглашение. С докторами Краевой клинической больницы сотрудничают как российские, так международные компании, соотношение составляет примерно 50 на 50.

Если врач и профиль клиники отвечают квалификационному требованию исследования, то врач-исследователь получает свод документов, протокол исследования: профиль пациента, информированное согласие на участие в исследовании, информацию о том, какие клиники мира и РФ принимают участие в исследовании. Эти данные он представляет на локально-этическом комитете (ЛЭК) нашей больницы, специалисты которого определяют, безопасно ли исследование для пациента, имеет ли наше учреждение достаточное количество ресурсов для участия в нем. Каждое клиническое исследование на территории РФ должно получить одобрение в Росздраве РФ. Кстати, к нам регулярно приезжает команда «мониторов» – экспертов, которые оценивают условия хранения препаратов, квалификацию сотрудников, соответствие команд пациентов заявленным требованиям. Если комитет одобряет заявку, врач принимает приглашение.

ЧЕТЫРЕ ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

До начала клинических исследований с участием человека в обязательном порядке проводятся доклинические исследования, которые включают в себя тестирование изучаемой молекулы на животных. Животные отбираются по принципу схожести с организмом человека по фармакодинамике, фармакокинетике, физиологии и патофизиологии. Разработка нового лекарственного препарата обычно состоит из четырех последовательных фаз клинических исследований, целью которых является изучение действия препарата в организме человека и оценка его эффективности.

Фаза I: соответствует первому применению исследуемого препарата у человека и может длиться несколько месяцев. Молекула обычно тестируется в группе от 20 до 100 человек (здоровых добровольцев) для оценки переносимости и фармакокинетики (изучение того, что происходит с лекарством в организме). На этом этапе также определяется самая высокая и безопасная доза для применения у пациентов.

Фаза II: оценка эффективности препарата в группе от нескольких десятков до нескольких сотен пациентов. На этом этапе проверяется, активна ли молекула в лечении целевого заболевания, определяется оптимальная доза, регистрируются побочные эффекты.

Фаза III: часто упоминается как «ключевое исследование». Молекула тестируется на большой группе пациентов, до нескольких тысяч человек. На этом этапе можно выявить соотношение польза\риск и выбрать меры предосторожности при дальнейшем использовании. По завершении этого этапа в органы здравоохранения могут быть поданы документы на получение регистрационного удостоверения.

Фаза IV: проводится после получения регистрационного удостоверения. На этом этапе изучается переносимость и эффективность лекарства в долгосрочной перспективе, фаза пострегистрационного исследования. Этот мониторинг препарата тоже важен, поскольку некоторые эффекты могут быть обнаружены в дальнейших исследованиях. На этом этапе также возможно выявление новых показаний к назначению лекарственного препарата.

Специалисты Краевой клинической больницы участвуют в основном в третьей фазе исследования, а также в пострегистрационных исследованиях.

Евгения Курц:

– Давайте возьмем в качестве примера лекарство для лечения болезни Крона – Инфликсимаб. Этот препарат назначается по определенной схеме, путь введения – внутривенно капельно и только в стационарных условиях. В настоящий момент разрабатывается форма для подкожного введения, что повысит скорость терапевтического эффекта, и возможно, пациент самостоятельно, амбулаторно будет вводить препарат под контролем врача (как инсулин, вводимый пациентом самостоятельно). Это будущее Инфликсимаба и будущее пациентов с болезнью Крона.

Помните, после Второй мировой войны состоялись суды над теми, кто проводил медицинские опыты над людьми? Тогда же были приняты Международный кодекс медицинской этики и Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации. А в 1964 году – Хельсинкская декларация, определяющая этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. Эти документы действуют до сих пор. Самое главное – не навредить пациенту.

Обычно первая фаза занимает от шести месяцев до года. На этом этапе выявляются возможные токсические, побочные реакции, определяется, что препарат действительно снижает давление. Вторая фаза гораздо длительнее по времени и может проходить два-три года. В этот период устанавливается эффективность лекарства для пациентов с соответствующим заболеванием. Набирают две команды пациентов таким образом, чтобы в обеих были люди не только с одинаковым диагнозом, но и одинаковых возрастов. Могут учитываться и особенности заболевания. Так, гипертонией чаще страдают мужчины, чем женщины. Значит, и соотношение полов в командах должно быть такое же. Одна из групп – контрольная, ее участники получают плацебо. Есть открытые исследования, когда каждый из пациентов знает, что принимает, – лекарство или пустышку. Есть закрытые – слепые, когда информация не разглашается. Бывают и двойные слепые исследования, при которых ни пациенты, ни врач не знают, какая команда контрольная, а какая – обычная.

Есть критерии включения и исключения. Тяжелобольному пациенту, беременной женщине, ребенку пустышку не дадут – это противоречит этическим правилам. Нередко пациенты готовы пойти на все, чтобы получить шанс на спасение. Но мы не можем включить их в исследования, протокол не позволяет этого, мы должны четко следовать инструкциям (протоколам). Базисная терапия сохраняется у пациентов обеих команд. Иногда специалисты наблюдают эффект плацебо – когда улучшается состояние пациента, получающего пустышку. Потому что он верит в новый препарат.

Третья фаза делится на несколько составляющих. Определяются дозировки с учетом возраста пациентов, принимается точное решение – для чего использовать данное средство. Например, только для лечения гипертонической болезни у пациентов с нарушенными функциями почек. Идет подготовка к регистрации лекарства, оформление документов, которые затем рассматривают регламентирующие органы и эксперты. Именно они принимают решение на основании данных исследования: будет ли эффективен этот препарат.

В третьей фазе могут участвовать пациенты со всего мира. И только один – из нашей больницы. Но это может стать большим благом для него. Конечно, если у человека есть желание участвовать в исследованиях и если он подходит под портрет, заявленный разработчиком. Там могут быть такие узкие критерии, как определенные генетические показатели. Участники должны точно соблюдать протокол: график приема лекарств и прохождения контрольных исследований. А также обязаны сообщать о любых изменениях своего самочувствия.

Что дальше?

На данный момент только одна молекула из десяти проходит все вышеописанные стадии. Но процесс клинической разработки лекарств для лечения онкологических или редких заболеваний может быть ускорен.

Евгения Курц:

– В общей практике новое лекарство начинают использовать, когда его зарегистрируют на территории страны. Но контроль за эффективностью и безопасностью терапии продолжается весь жизненный путь лекарственного препарата. Если при приеме у пациента возникнет побочная реакция, мы обязаны известить Росздравнадзор. Ранее сообщали только о тех, которые не прописаны в инструкции в разделе «Побочные эффекты». Теперь – обо всех, так как одно лекарство могут выпускать несколько производителей.

Кроме того, со временем может выявиться новый побочный эффект. Так, Аспирин (Ацетилсалициловая кислота) был создан в конце XIX века. И только спустя 40 лет выявили его повреждающее действие на слизистую желудка с возможным появлением язвенных дефектов, а также его действие на синтез определенных простогландинов (биологически активные вещества, стимулирующие определенные реакции и процессы, необходимые для защиты слизистой оболочки, данные применительно Аспирина).

Таким образом, проводится пострегистрационный контроль. Если приходит целый ряд извещений о побочном негативном действии одного и того же препарата, эту серию блокируют для дальнейшего использования на территории РФ. Фармацевт нашей больницы каждое утро проверяет, нет ли таких уведомлений Росздравнадзора. Если извещение поступает, использование лекарств этой серии блокируется, они изымаются из учреждения. Получается, что в постклинических исследованиях участвует неограниченное количество пациентов и медицинских работников по всему миру. Система регистрации побочных эффектов ЛП активно используется не только в РФ, но и в любой другой стране.

Иногда понятие «военное время» в медицине действует и в мирные периоды. Это происходит, когда на кону жизни пациентов. Вакцину от коронавируса нужно было ввести как можно быстрее, поэтому период регистрации сократился. С этой же целью – чтобы лекарства как можно быстрее начали использоваться в терапии и спасать жизни – сократился срок перерегистра-

ции некоторых препаратов от коронавируса, хорошо зарекомендовавших себя в других странах. Такие лекарства есть и в нашей больнице. Во время третьей и четвертой волны, когда был большой поток пациентов, мы использовали их. Иначе теряли бы людей. Безусловно, каждому пациенту объясняли, что препарат новый. Кто-то отказывался от этой терапии, но большинство соглашалось. В дальнейшем лекарственные препараты для лечения ковид-инфекции

вошли в клинические рекомендации и их применение стало рутинной практикой.

Публикация результатов клинических исследований представляет большой интерес для медицинского и научного сообществ, поскольку помогает обеспечить прозрачность результатов независимо от их характера. Новые исследования – жизнь наших пациентов, надежда на выздоровление.

Клинические исследования, проводившиеся на базе ККБ в 2022 году

Наименование (тема) исследования	Сроки проведения (дата начала и предполагаемый срок окончания)	Фаза исследования	Кол-во пациентов
Многоцентровое, двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование 3-й фазы с целью оценки ибрутиниба в комбинации с ритуксимабом в сравнении с плацебо в комбинации с ритуксимабом у пациентов с фолликулярной лимфомой, ранее не получавших лечения.	2017–2025 гг.	3 фаза	скрининг – 9 рандомизировано – 8, продолжают участие в исследованиях 3 пациента
Многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование III фазы по оценке эффективности и безопасности препарата AR-301, применяемого в дополнение к антибактериальной терапии у больных с внутрибольничной пневмонией, связанной с искусственной вентиляцией легких и вызванной золотистым стафилококком.	2019-2021 гг.	3 фаза	прескрининг – 6, рандомизация – 0
Открытое исследование 3b фазы для определения долговременной безопасности и эффективности препарата Ведолизумаб для подкожного введения у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона.	2017 г. – январь 2023 г.	3 фаза	скринировано – 7, рандомизировано – 6
Наблюдательное проспективное исследование применения акалабрутиниба для лечения хронического лимфоцитарного лейкоза в условиях повседневной российской практики.	12.2020 – 12.2025	наблюдательное	4
Многоцентровое рандомизированное двойное слепое сравнительное исследование клинической эффективности и безопасности препаратов GNR-069 у пациентов с хронической идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.	29.07.2021 – 30.06.2023	3 фаза	1
Исследование безопасности и иммуногенности препарата GNR-069 (Россия) при его длительном применении у пациентов с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, завершивших участие в клиническом исследовании по протоколу	25.02.2022 – 31.12.2023	3 фаза	0
Проспективное открытое наблюдательное исследование долгосрочной ферментозаместительной терапии препаратом Глуразим® пациентов с болезнью Гоше I типа (Россия).	12.2021 – 12.2022	наблюдательное	2

Клинический случай хирургического лечения фармакорезистентной эпилепсии у молодого пациента

П.Г. Шнякин, Н.В. Исаева, А.А. Усольцева, А.В. Ботов, Е.А. Ермилов, В.В. Рославцева, Д.И. Карнаухов, А.Ф. Безденежных, А.В. Трубкин

Пациент Т. 19-ти лет наблюдался у невролога-эпилептолога КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с диагнозом: «Структурная эпилепсия с фокальным началом по типу моторных ороалиментарных и жестовых автоматизмов, с трансформацией в билатеральный тонико-клонический приступ, субкомпенсация на фоне дуотерапии противоэпилептическими препаратами. Фармакорезистентная».

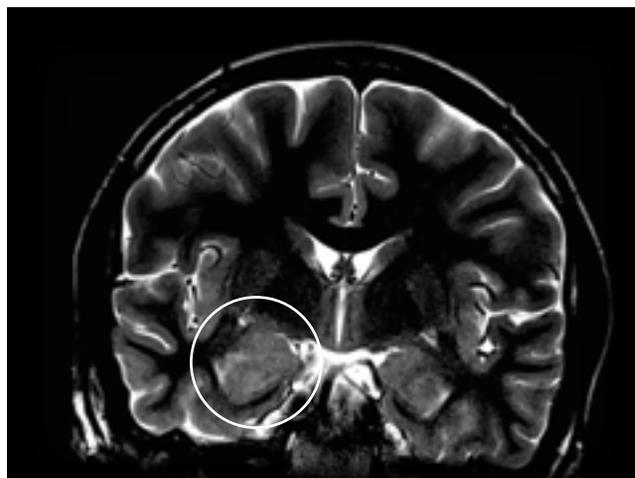
Фон: Фокальная кортикальная дисплазия правой височной доли.

Дебют заболевания в 12 лет с приступов по типу моторных автоматизмов (оромандибулярных, мануальных), билатеральных тонико-клонических с фокальным началом. Изначально получал терапию препаратами с действующим веществом вальпроевая кислота, на фоне чего отмечался незначительный эффект. В дальнейшем проводился подбор терапии: топирамат – без эффекта, леветирацетам – с незначительным эффектом в виде снижения частоты приступов. В 2021 году переведен во взрослую сеть, направлен для консультирования неврологом-эпилептологом в КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Проведена коррекция терапии, в терапию введен препарат с действующим веществом – лакосамид, на фоне введения препарата наблюдалось снижение частоты приступов. Направлен на дообследование.

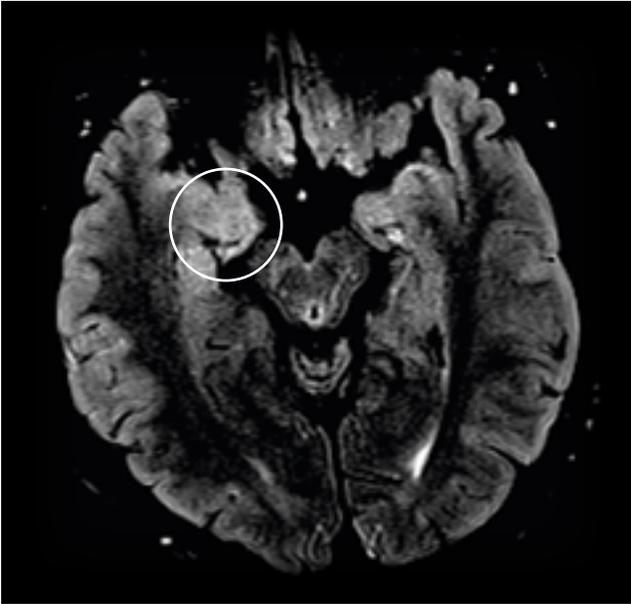
По результатам ночного-видео-ЭЭГ-мониторинга-3-часа: в бодрствовании и ФМС зарегистрирована интериктальная эпилептиформная активность по височным отведениям правого полушария головного мозга с периодическим распространением по полушарию, а также на лобные отделы контрлатерального полушария. Индекс активности в поверхностных стадиях ФМС средний; в глубоких – низкий. За время

ЭЭГ-мониторинга зафиксировано два клинических события: эпилептический приступ (1): начало с ороалиментарных автоматизмов с переходом в тоническое напряжение в правой руке с последующими жестовыми автоматизмами в правой руке, разворотом головы и туловища влево, последующей трансформацией в билатеральный тонико-клонический приступ (по продолжительности до 4,5 мин.). По ЭЭГ перед клиническим эпизодом – «острая-медленная» волна по височно-лобным отведениям правого полушария. Декремент. Генерализованная активность. При уменьшении выраженности диффузная активность с частотным преобладанием по правым отделам. Эпилептический приступ (2): аналогичен первому.

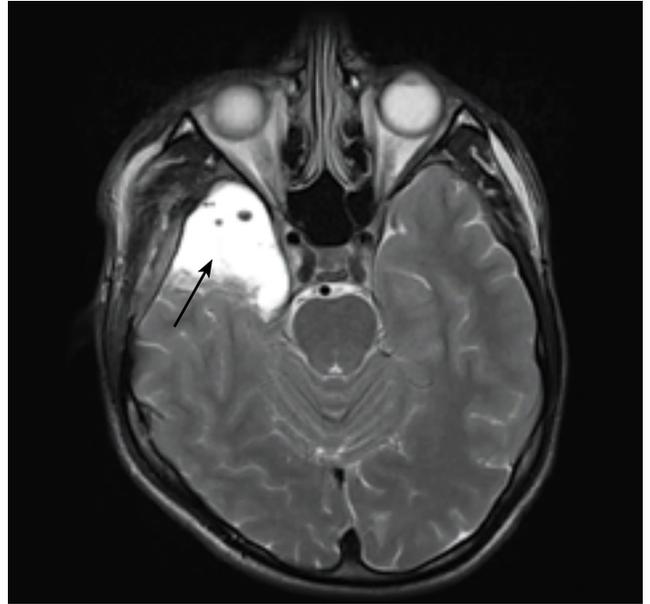
Предоставлено видео домашних приступов: начало с автоматизмов в правой руке с последующим развитием тонико-клонического приступа. По данным МРТ головного мозга: фокальная корковая дисплазия в области парагиппокампальной извилины справа (обведено белой окружностью и представляет собой зону повышенного сигнала



ла на МРТ). Фокальная корковая дисплазия – это врожденная аномалия строения коры головного мозга. Является самой частой причиной эпилепсии у детей.



сле удаления передних и медиальных отделов правой височной доли, заполненная спинномозговой жидкостью.



Учитывая соответствие критериям фармако-резистентности, отсутствие ответа на терапию более 12 месяцев, применение 2-х препаратов в составе моно- и политерапии, а также стереотипные приступы, указывающие на правую височную долю, изменения по данным дообследования, сопоставимые с клинической картиной, пациент был направлен на консультацию нейрохирурга с целью определения возможности хирургического лечения эпилепсии.

После осмотра нейрохирургом, учитывая наличие показаний к хирургическому лечению, а также позитивный настрой пациента и его родителей, принято решение об оперативном лечении. Так как планировалось удаление структур височной доли, ответственных за кратковременную память, до операции проведена консультация нейропсихолога для определения сохранности когнитивной сферы и памяти. После проведенного тестирования противопоказаний к вмешательству не выявлено, так как имелась высокая вероятность того, что противоположные структуры компенсируют функцию удаленных.

Пациенту выполнена переднемедиальная резекция правой височной доли. Операция прошла без осложнений. На контрольной МРТ стрелкой указана полость, образовавшаяся по-

сле операции состояние пациента стабильное, без появления нового неврологического дефицита. Выписан на 10-е сутки после операции. За время наблюдения судорожных приступов не отмечалось.

Через месяц после выписки пациент был записан на прием к неврологу-эпилептологу поликлиники ККБ, где будет дальше наблюдаться, после чего будет решаться вопрос о снижении дозировки противоэпилептических препаратов и их возможной отмене в долгосрочной перспективе.

Эффективность подобных операций достигает 70%. Некоторые пациенты после операции получают полную свободу от приступов, у других уменьшается их частота и/или тяжесть.

По экспертной оценке федеральных специалистов, в Красноярском крае ежегодно должно выполняться от 30 до 100 таких операций.

Клинический случай командного подхода в сохранении сосудистого доступа для проведения хронического гемодиализа

А.О. Чипура^{1,2}, Ю.А. Дебелый¹, И.А. Донов¹, К.А. Рудых¹, Н.В. Литвинюк^{1,2}, И.В. Кульга¹, И.И. Кульга¹, Е.Г. Когодеева¹, И.А. Титенков¹

1. КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

Введение

Анализ данных литературы и исследований демонстрирует ежегодный мировой рост числа пациентов с терминальной стадией поражения почек в общей популяции. Данная патология резко снижает качество жизни пациентов и требует применения высокотехнологичных методик лечения и поддержания функционирования организма. Основным методом лечения является проведение заместительной почечной терапии, большая часть пациентов из этой категории находится на программном гемодиализе, требующем наличия определенного сосудистого доступа. Продолжительность функционирования доступа и соответствие всем критериям для адекватного проведения программного гемодиализа является важным прогностическим фактором. Оптимальным вариантом, позволяющим безопасно и эффективно проводить процедуры, считается наличие артериовенозной фистулы [рис. 1].

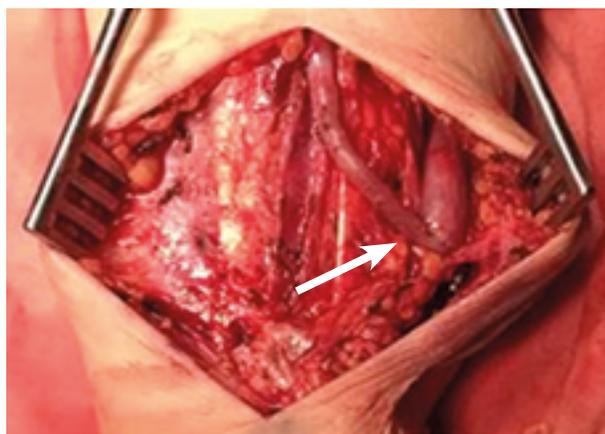


Рис 1. Вариант артериовенозного анастомоза (АВФ) между А.Radialis и V.Cefalica. (белая стрелочка)

Важность сохранения сосудистого доступа и пролонгирования его функционирования является жизненно важным вопросом в лечении пациентов, находящихся на ЗПТ, и зачастую требует своевременной хирургической коррекции.

В прошлом одной из основных проблем и причин неудач при проведении гемодиализа (ГД) было отсутствие хорошего сосудистого доступа. После введения фистулы Брешиа-Чимино появление протезов артериовенозных трансплантатов и центральных венозных катетеров (ЦВК) дало возможность выбрать наиболее подходящий сосудистый доступ для пациентов с учетом их анамнеза. Формирование нативной артериовенозной фистулы (АВФ) остается методом первого выбора, особенно из-за инфекционных и тромботических осложнений, чаще связанных с артериовенозными шунтами и ЦВК [1]. Благодаря усовершенствованной технике ГД и современному лечению сопутствующих заболеваний у пациентов, находящихся на ЗПТ, увеличивается продолжительность жизни, что, в свою очередь, требует тщательного сохранения и увеличения сроков функционирования АВФ. В данной статье описан наш опыт успешного лечения дисфункции АВФ вследствие окклюзии центральной брахиоцефальной вены слева.

Клинический случай

Пациентка С., 62 года, диагноз: хронический пиелонефрит с исходом в нефросклероз, терминальная стадия почечной недостаточности. С июня 2018 года находится на заместительной почечной терапии, в связи с чем сформирован сосудистый доступ в виде артериовенозного анастомоза левого предплечья в дистальной трети. Ранее пациентка оперирована в связи с тромбо-

тической окклюзией артериовенозного анастомоза. В период 2020–2021 годов неоднократно находилась на стационарном лечении в условиях базового инфекционного госпиталя, где по причине ретромбоза АВФ устанавливались катетеры центральных вен. В июне 2022 года пациентка направлена на консультацию врача-нефролога отделения хронического гемодиализа Краевой клинической больницы, госпитализирована в отделение хронического гемодиализа, где ей выполнена тромбэктомия, реконструкция сосудистого доступа в проксимальной трети левого предплечья. На протяжении последних 4-х месяцев отмечает увеличение левой верхней конечности, снижение скоростных показателей и адекватности проведения процедуры диализа, направлена на консультацию врача-хирурга отделения хронического гемодиализа.

При осмотре отмечается выраженный плотный отек всей левой верхней конечности (рис. 2).



Рис. 2 Выраженная отечность левой верхней конечности

При дополнительном обследовании, по данным УЗИ, отмечается окклюзия левой подключичной вены, гемодинамически значимой обструкции в области АВФ не выявлено.

Случай с пациенткой обсудили коллегиально смежные специалисты отделения гемодиализа и рентгенхирургических методов диагностики и лечения, принято решение о проведении эндоваскулярной реваскуляризации левой плечеголовной вены.

Под местной анестезией выполнена пункция АВФ с установкой интродьюсера. По данным флебографии отмечается окклюзия плечеголовной вены на протяжении 40 мм с контрастированием выраженной сети коллатералей (рис. 3).

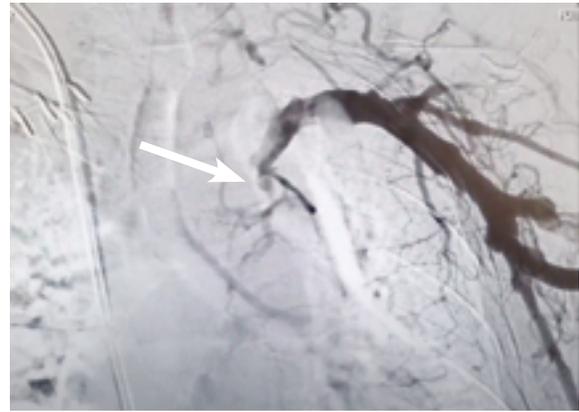


Рис. 3. Диагностическая флебография, окклюзия плечеголовной вены слева (белая стрелка – место окклюзия плечеголовной вены)

Попытки антеградной реканализации безуспешны, учитывая хронический характер поражения. При проведении реканализации проводник в дистальной части окклюзии попадал в субинтимальный просвет, что осложняло выполнение вмешательства. Сделан пункционный доступ через левую бедренную вену с установкой катетера в культю окклюзии плечеголовной вены, и с использованием двух доступов по методике Rendez-Vous выполнена реканализация плечеголовной вены и обеспечение антеградного доступа для выполнения ангиопластики (рис. 4).



Рис. 4. Проводник в плечеголовной вене (черная стрелка – проводник для проведения ангиопластики)

Выполнена баллонная дилатация зоны окклюзии левой плечеголовной вены и места стеноза левой плечеголовной вены баллонным катетером 7,0*40 мм давлением 2 атм. до полного раскрытия баллонного катетера (рис. 5).

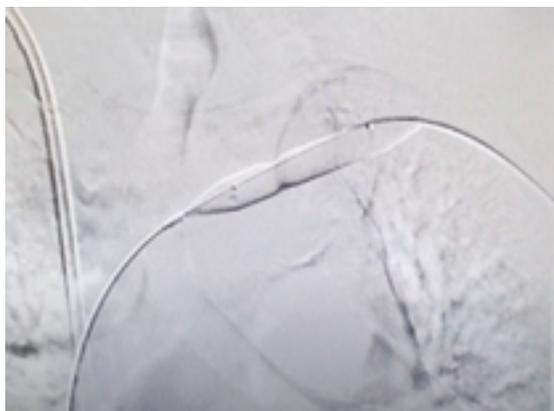


Рис. 5. Баллонная ангиопластика плечеголовной вены и места стеноза левой плечеголовной вены баллонным катетером 7,0*40 мм

С целью максимального восстановления истинного диаметра окклюзированной вены выполнена баллонная ангиопластика баллонным катетером размером 9,0x40 мм, 12.0 x 20 мм давлением 20 атм. (рис. 6).

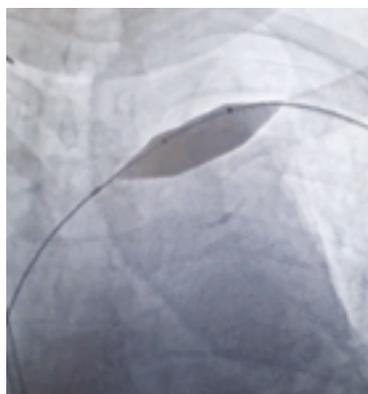


Рис. 6. Баллонная ангиопластика плечеголовной вены и места стеноза левой плечеголовной вены баллонным катетером размером 9,0x40 мм, Atlas Gold размером 12.0 x 20 мм (BARD), под высоким давлением в 20 атм.

На контрольной ангиографии восстановление кровотока по центральным брахиоцефальным венам без признаков экстравазации, обращает на себя внимание отсутствие контрастирования коллатералей, что говорит в пользу восстановления нативного кровотока (рис. 7).



Рис. 7. Контрольная флебография после проведенного оперативного вмешательства (слева – изображение до вмешательства, справа – флебография после выполненного вмешательства)

Продолжительность вмешательства составила 60 минут, введено 200 мл контрастного вещества. Спустя 30 минут после вмешательства проведен сеанс гемодиализа для выведения контрастного препарата. Очередной сеанс гемодиализа проведен на следующие сутки в течение 4-х часов, без осложнений, с восстановлением скоростных показателей.

Пациентка выписана на четвертые сутки после оперативного вмешательства на амбулаторное наблюдение врача-нефролога гемодиализного центра по месту жительства. Согласно клиническим рекомендациям назначена антиагрегантная терапия препаратом клопидогрел 75 мг, на 6 недель, под динамическим контролем коагулограммы, наблюдением врача-терапевта поликлиники по месту жительства.

В течение последующих трех недель отмечается положительная динамика в виде уменьшения отека левой верхней конечности, полное восстановление двигательной активности кисти (рис. 9). Программный гемодиализ через АВФ без осложнений.



Рис. 9. Клиническая картина левой верхней конечности после выполненного вмешательства

Обсуждение

Окклюзия, или стеноз брахиоцефальных вен, – одна из наиболее частых причин дисфункции АВФ [2]. Согласно современным рекомендациям обществ The American College of Radiology (ACR), National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKD/KDOQI), Society of Interventional Radiology (SIR), эндоваскулярные методы диагностики и лечения, ввиду своей малой инвазивности и достаточно высокой эффективности, низких показателей летальности и осложнений, является одним из «золотых стандартов» лечения при дисфункции АВФ вследствие обструкции центральных вен [3,5]. Клинические рекомендации по хронической болезни почек (ХБП) от 2022 года, утвержденные ассоциацией нефрологов, указывают на необходимость создания специализированной мультидисциплинарной команды в составе врача-нефролога, хирурга и эндоваскулярного специалиста, для определения оптимальной тактики формирования доступа для ГД [4, 6, 7].

Отек конечности, жалобы пациента и нарушение функции АВФ в нашем клиническом случае, вероятнее всего, обусловлены обструкцией и нарушением функции сегмента фистульной вены, обусловленной отягощенным анамнезом, по причине длительного стояния центральных сосудистых катетеров центральных вен, многократными оперативными вмешательствами на артериовенозном анастомозе. Повторное формирование анастомоза на противоположной

конечности привело бы к потере сосудистого доступа, что нежелательно для данной когорты пациентов. Согласно рекомендациям National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKD/KDOQI), эндоваскулярная операция показана в любых случаях дисфункции АВФ ассоциированной с сосудистой обструкцией. Реканализация брахиоцефальных вен относится к технически сложным эндоваскулярным вмешательствам. Основопологающим является момент заведения сосудистого проводника через зону окклюзии, что часто является затруднительным несмотря на богатый арсенал рентгенхирургии. Залогом оптимального отдаленного результата является применение баллонных катетеров высокого давления, позволяющих достичь максимально полного восстановления просвета.

Заключение

Мультидисциплинарный подход, включающий в себя открытые хирургические вмешательства в сочетании с рентгенэндоваскулярными методиками, позволяет продлить функционирование сосудистого доступа для заместительной почечной терапии у больных, находящихся на программном гемодиализе. Формирование единого командного подхода позволяет продлить жизнеспособность сосудистого доступа и с соблюдением мер максимальной безопасности эффективно решать проблемы пациента.

Список литературы

1. Vascular Access 2006 Work Group Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis.* 2006;48(Suppl 1): S176-S247
2. Iglesias R. et al. Ultrasound guided cannulation of dialysis access //The Journal of Vascular Access. – 2021. – Т. 22. – №. 1_suppl. – С. 106-112.
3. Зилькарнаев А.Б. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского» //Москва. – 2022.
4. Фомин В.В., Котенко О.Н. Хроническая болезнь почек: недооцененные факторы риска и новые клинические рекомендации //Consilium Medicum. – 2021. – Т. 23. – №. 10. – С. 736-741.
5. Лобов Г.И., Гурков А.С. Регуляция микроциркуляторного кровотока в кисти у пациентов с радиоцефалической артериовенозной фистулой для гемодиализа. //Векторы благополучия: экономика и социум. – 2014. – №. 4 (14). – С. 291-296.
6. Гурков А.С. Кровоток в сосудах предплечья и кисти у пациентов с артериовенозной фистулой для гемодиализа: дис. – Институт физиологии им. ИП Павлова РАН, 2014.
7. Гарин Ю.Ю. и др. Десятилетний опыт эндоваскулярного лечения стенозов центральных вен у пациентов на хроническом гемодиализе //Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – 2021. – №. 64. – С. 37-44.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛУ КГБУЗ «ККБ»

Двадцать пять лет – много это или мало для отдела с серьезными целями и задачами? Сегодня, когда эпидемиологическая безопасность – одна из приоритетных задач в здравоохранении, а пандемия ковида напомнила нам, что инфекционные болезни остаются самой серьезной проблемой для человечества, трудно представить крупное медицинское учреждение без эпидемиологического отдела или врача-эпидемиолога.

Начало развития эпидемиологической службы в Краевой клинической больнице положила Лариса Борисовна Преснова с одобрения главного врача Бориса Павловича Маштакова и при поддержке со стороны профессора кафедры хирургии Александра Генриховича Швецкого 1 апреля 1998 года. Лариса Борисовна работала в больнице врачом-бактериологом и имела опыт работы в службе Госсанэпиднадзора, где занимала должность заведующей отделом гигиены труда.

За месяц до этого в штат больницы были введены должности врача-эпидемиолога и помощника врача-эпидемиолога. На должность помощника врача-эпидемиолога пришла Марина Рудольфовна Морозова, имевшая длительный опыт работы в эпидемиологическом отделе службы Госсанэпиднадзора. А приказ о создании эпидемиологического отдела ККБ был издан 1 апреля.

Поначалу отдел осуществлял только надзорные функции, и лишь потом – организационные по соблюдению в подразделениях санитарно-эпидемиологического режима. Первым распорядительным документом отдела стал приказ «Об организации передачи сведений о заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями» в службу Госсанэпиднадзора.

Отдел стремительно расширялся, в его состав были введены должности дезинфекторов, создано подразделение ОПД (профилактической дезинфекции). Дезинфекторы (Татьяна Федоровна Пичугина, Марина Васильевна Щеканова, Надежда Николаевна Катцина, Марина Владимировна Ларина) занимались проведением дезинсекции, дератизации в помещениях под-

разделений больницы и дезинфекции в очагах инфекционных заболеваний. В состав ОПД вошло отделение камерной обработки постельных принадлежностей.

На момент создания подразделения больницы остро нуждалась в проведении истребительных мероприятий против грызунов и бытовых насекомых. Все здания медучреждения были заселены ими. В срочном порядке приобретались средства для борьбы, систематически проводились дезинфекция и дезинсекция. К 2000 году помещения были полностью освобождены от грызунов и тараканов.

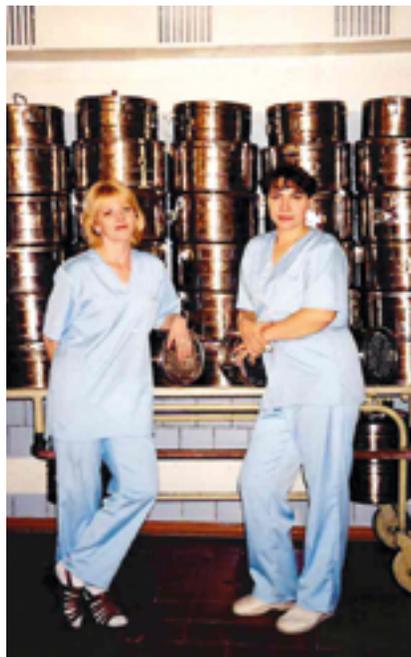
Камерная обработка постельных принадлежностей осуществлялась в паровом стационарном дезинфекционном аппарате системы Крупина. Камера (аппарат) размещалась в маленьком помещении между гаражами больницы. Сам аппарат в то время уже являлся историческим экспонатом и мог бы занять достойное место в музее дезинфекционной службы города. Ко-



За период пандемии дезинфекционные камеры эпидемиологического отдела в новом хирургическом корпусе оказались спасением в борьбе с ковидом. Ежедневно через руки двух дезинфекторов проходило около полутора тонн белья!



нечно, эта машина не могла удовлетворить потребность больницы в обработке постельных принадлежностей после выписки каждого больного и использовалась только в крайних случаях. Поэтому остро встал вопрос о приобретении новых дезинфекционных камер, но их негде было разместить. В специальных (производственных и бытовых) помещениях нуждалось и отделение профилактической дезинфекции.



К этому времени назрел вопрос о выведении бактериологической лаборатории из состава клинико-диагностической, требовались новые площади. Администрация пошла навстречу эпидемиологическому отделу, и по предложению Ларисы Борисовны Пресновой старое здание пищеблока (возле легочного корпуса) было реконструировано. В нем после ремонта разместились: ОПД, отделение дезкамерной обработки, оснащенное двумя воздушными камерами, и бактериологическая лаборатория. Все подразделения были обеспечены необходимыми помещениями и оборудованием.

За период пандемии дезинфекционные камеры эпидемиологического отдела в новом хирургическом корпусе оказались спасением в борьбе с ковидом. Ежедневно через руки двух дезинфекторов проходило около полутора тонн белья!

С самого начала сотрудниками эпидемиологического отдела был взят курс на изменение дезинфекционного режима в подразделениях больницы. Главный врач Борис Павлович

Лечебные учреждения края всегда живо интересовались, какими препаратами пользуются в краевой больнице, и уже только после этого приобретали их для себя, зная, что препараты прошли надежные практические испытания.

Маштаков и главная медсестра больницы Евгения Николаевна Быстрова всегда с интересом рассматривали новые предложения отдела и способствовали их продвижению на практике. Можно с уверенностью сказать, что больница первой в Красноярском крае стала использовать дезинфицирующие препараты нового поколения («Аламинол», «Виркон», «Ника-экстра-М»,

«Аква-хлор» и др.). Лечебные учреждения края всегда живо интересовались, какими препаратами пользуются в краевой больнице, и уже только после этого приобретали их для себя, зная, что препараты прошли надежные практические испытания.

Появились первые предложения по обеспечению условий для обработки рук в виде локтевых дозаторов для антисептиков и мыла, такие приспособления первыми появились в режимных кабинетах, а затем и повсеместно. Конечно, сегодня раздел по гигиене рук является самым приоритетным и доступным в разделе эпидемиологической безопасности, но в те времена это было в новинку.

В это же время эпидемиологическим отделом активно проводилась работа по созданию централизованного стерилизационного отделения. На момент создания обработка медицинских инструментов велась в подразделениях больницы, а стерилизация – в автоклавной, которая размещалась в подвальном помещении легочного корпуса. Поэтому встал вопрос о выводе автоклавной из подвала и о создании подразделения, которое будет централизованно обрабатывать медицинские изделия, обеспечивая качество обработки и стерилизации.

Часть помещений на третьем этаже оперблока главного корпуса была передана под ЦСО.

Со временем стало ясно, что и этих помещений явно недостаточно, но это была уже следующая наша победа. Мы радовались тому, что наша больница сможет осуществить централизацию обработки. И работа закипела. Стали искать сотрудников, но с опытом работы в ЦСО никого не было. Удалось найти замечательного автоклавера, который обучил нашего первого работника ЦСО – Ольгу Алексеену Голубченко – всем премудростям работы на автоклаве. Далее решили начать централизацию обработки: оборудовали моечную шестью ваннами, так как обработка осуществлялась вручную; установили воздушные стерилизаторы для сушки инструментов: набрали людей (Людмила Никитична Демакина, Елена Леонардовна Базранова). Определились, что пилотным проектом станет централизованная обработка оснащения КДЛ, в которой остро стояла проблема с капиллярами, затем поликлиника – там просто негде было проводить обработку инструментов; гнойная и ожоговая хирургия. Не всегда все проходило гладко, но запущенный механизм было уже не остановить. В это же время происходила



Сегодня ЦСО располагается в новом хирургическом корпусе и обеспечено новейшим профессиональным оборудованием. Появилась возможность грязные инструменты из оперблока доставлять в ЦСО без предварительной дезинфекции, что позволяет экономить дезинфицирующие средства.

замена упаковки для инструментов, белья и перевязочного материала. Мы решили отказаться от биксов, простыней и перейти на новые виды: самоклеящиеся пакеты, крепированную бумагу, полиамидную упаковку, нетканый материал. Начали просто с бумажных пакетов, которые для нас изготавливали пациенты психоневрологического диспансера из бумаги Иркутского ЛДК.

На сегодняшний день ЦСО располагается в новом хирургическом корпусе и обеспечено новейшим профессиональным оборудованием. Появилась возможность грязные инструменты из оперблока доставлять в ЦСО без предварительной дезинфекции (сухая закладка), что по-

звolyет экономить дезинфицирующие средства и избавлять хирургические инструменты от дополнительной агрессии с их стороны. Работа по изготовлению перевязочного материала стала централизованной, а количество операций, которое может обеспечить ЦСО, приблизилось к ста в сутки.

С момента выхода СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений» перед эпидемиологическим отделом встала новая задача: как быть с отходами?

Большая работа была проведена по организации сбора медицинских отходов: просчитывалась потребность в упаковке, в емкостях для временного хранения и транспортирования отходов, разрабатывались схемы транспортирования и инструкции по сбору отходов, проводилось обучение сотрудников. Мы были первыми в Красноярском крае, кто начал осуществлять сухой сбор медицинских отходов согласно требованиям санитарного законодательства, экономя бюджет на дезинфицирующих средствах. В то же время это позволило нам минимизировать контакт медицинского персонала с отходами и токсичными дезинфицирующими средствами.

Окончательно проблема разрешилась с момента введения в эксплуатацию нового хирургического корпуса, когда был запущен новый участок по обращению с отходами, где конечным пунктом обезвреживания отходов явилась их термическая обработка. К этому времени участок был выделен в отдельную самостоятельную структуру больницы под руководством инженера-эколога Ольги Владимировны Матус. В 2010 году возникла идея создания службы больничного клининга, и в 2011-м эта идея воплотилась в реальность. Был создан отдел санитарной обработки, который возглавила Татьяна Павловна Морозова, работавшая ранее дезинфектором в отделении профилактической дезинфекции. В процесс уборки медицинских учреждений стали внедряться современные технологии. Сама жизнь, развитие больницы подтолкнуло к созданию службы – и руководители отнеслись с пониманием к этой необходимости.

В настоящее время отдел санитарной обработки обеспечен необходимым набором производственных и бытовых помещений, технологичным оборудованием, профессиональными средствами уборки и расходным материалом. Трудится в коллективе более 100 человек. В на-

стоящее время уборка помещений силами внутреннего клининга проводится в 68% подразделений больницы. Очень важно, чтобы медучреждение было чистым и чтобы люди чувствовали себя в таких помещениях комфортно и безопасно.

Во время пандемии COVID-19 эпидемиологический отдел

принял активное участие в организации инфекционного госпиталя, определял «чистые» и «грязные» потоки, проводил контроль за лабораторной диагностикой, разрабатывал алгоритмы, которыми в последующем делился с учреждениями всей страны.

Основной состав эпидотдела оставался долгие годы неизменным, только прирастал новыми сотрудниками. За 25-летний период работы эпидемиологическая служба внесла весомый вклад в развитие больницы.

Обновление коллектива началось в 2018 году, когда на должность врача-эпидемиолога пришла Алина Игоревна Горбань, имеющая опыт работы в Роспотребнадзоре. В работу благодаря отделу АСУ стали активно внедряться электронные компоненты, что позволяет оперативно оценивать эпидемиологическую обстановку в больнице и в кратчайшие сроки информировать ее подразделения о принятых мерах, проводить анализ причинно-следственных связей развития неблагоприятных событий.

Эпидемиологический отдел активно сотрудничает с отделом СМК, внедряя стандарты безопасности медицинской деятельности как в нашей больнице, так и за ее пределами. Отдел оказывает организационно-консультативную помощь больницам Красноярского края, делится своим опытом с медицинскими учреждениями страны.

Основной состав эпидотдела оставался долгие годы неизменным, только прирастал новыми сотрудниками. За 25-летний период работы эпидемиологическая служба внесла весомый вклад в развитие больницы.

35
лет

операционному отделению



Сердцем любой больницы, где функционируют хирургические отделения, является операционное отделение. Собственно, история Краевой клинической больницы началась с хирургического корпуса, открытого в 1942 году в здании бывшей городской больницы 1939 года постройки. Там же был открыт и наш первый операционный блок на четыре операционных стола при хирургическом отделении.

В больнице проводились плановые операции под руководством Михаила Моисеевича Ховеса, создателя хирургической службы Красноярского края. Кроме того, круглосуточно оказывалась помощь экстренным хирургическим больным. Оперировали Н.И. Захаров, В.Д. Бантов, В.К. Сологуб, А.М. Дыхно и другие известные хирурги. Их первыми помощницами были операционные сестры М.А. Шахматова и Р.Г. Соломонова. Эту эстафету позднее приняли операционные сестры Е.М. Максимова и Т.И. Киприанова. Первые полвека в нашей больнице операционные сестры были прикреплены к своему отделению, своему профилю. Так, Е.М. Максимова с 1962 года по 1983-й была старшей операционной сестрой гастроэнтерологической хирургии, Т.И. Киприанова – операционной сестрой травматоло-

гии, а затем организовывала операционную службу кардиохирургии, работала старшей операционной сестрой неотложной хирургии.

С течением времени увеличивался коечный фонд больницы, открывались новые профильные хирургические отделения со своими операционными блоками. Встала необходимость объединения этих блоков в единое операционное отделение, которое было создано в 1988 году после сдачи в эксплуатацию нового главного корпуса. Первым его заведующим был назначен Давид Давидович Штейнле, старшей операционной сестрой – Галина Васильевна Бронер. В состав нового отделения вошли операционные гастроэнтерологической хирургии, ортопедии, травматологии, кардиохирургии, сосудистой хирургии, нейрохирургии, отоларингологии и урологии. Теперь все эти объединенные службы пользовались единой централизованной стерилизационной. Большое количество вновь организуемых хирургических направлений – микрохирургии, колопроктологии,



Д.Д. Штейнле



Г.В. Бронер



отделения, увеличением количества операционных столов и набором персонала – принято решение о назначении заведующего операционным отделением, им стал Артем Сергеевич Архипов. Спустя год на посту его сменяет Антон Александрович Штарк, который работает в этой должности в течение двух лет. А с 2021 года руководит отделением Андрей Сергеевич Лавринов.

Со временем специфика работы операционных медицинских сестер очень изменилась. Они перестали заниматься уборкой, организация отделения санитарной обработки освободила их от

хирургии нарушений ритма сердца, эндокринной хирургии – тоже требовало централизованной операционной службы, взаимозаменяемости операционных сестер, анестезистов. Все это позволило создать сплоченный дружный коллектив и улучшить течение операций.

На протяжении десяти лет, с октября 1988-го, отделение возглавлял Станислав Борисович Пакшин, совмещая эту должность с работой хирурга в приемном отделении. С 1998 года отделение возглавляла хирург к.м.н. Галина Александровна Волкова. В 1990-м старшей сестрой операционного отделения стала Вера Алексеевна Осипова. В последующем, с 2000 по 2010 год, заведовал отделением Григорий Григорьевич Дружинин, с 2010 по 2013-й – Валерий Иванович Иванцов.

С 1999 года в состав операционного отделения вошли операционные блоки гинекологического, колопроктологического, стоматологического отделений, а также эндокринной хирургии и отделения нарушений ритма сердца. В 2001-м сюда же присоединились операционные гнойно-септического центра.

Оптимизация работы отделения в 2011 году (перевод на пятидневную работу операционных залов за счет переноса генеральных уборок в вечернюю смену) позволила дополнительно провести 1500 операций.

С 2013 года происходят глобальные по меркам отделения перестройки: меняется старшая медсестра – ею становится Елена Васильевна Акимкина, а затем (в 2014-м) от должности заведующего принимается решение отказаться.

В 2018 году – в связи с приближением открытия нового корпуса, расширением операционного

непроизводительного труда квалифицированных сотрудников. Было сформировано полноценное централизованное стерилизационное отделение, которое занялось подготовкой инструментария и перевязочного материала.



В 2019 году состоялось большое событие в жизни больницы – открылся новый хирургический корпус, и операционное отделение по праву заняло лучшие площади: 33 операционных стола развернулись в больших операционных и девять – в малых операционных профильных отделениях.





через одну дверь, а выходит через другую. Аналогичная система существует и для разделения потоков пациентов.

В хирургическом корпусе на 2 и 3 этажах (где проходят плановые операции) имеются палаты преданаркозной подготовки, где анестезиологи и анестезисты устанавливают катетеры и проводят прочие необходимые манипуляции, а также палата пробуждения пациента. Организация работы этих дополнительных помещений необходима для того, чтобы сократить время между операциями и оптимизировать время работы операционных.

Что сегодня представляет собой операционное отделение с точки зрения технологий? Например, теперь здесь имеется специальная система идентификации пациента по браслету при помощи сканера штрихкода. При въезде в операционное отделение имеется монитор с операционным планом, при сканировании штрихкода на мониторе высвечивается сообщение, в какую операционную направлен пациент, и если он доставлен не на тот этаж, программа выдаст ошибку и не позволит проехать. То есть такая система исключает неточность. В самой операционной штрихкод на браслете пациента снова сканируется, и на внутреннем портале появляется информация о начале операции. Также в программе имеется операционный план, в который вносятся все операции, в том числе экстренные, указывается название операции, набор необходимых инструментов, время начала и окончания. Цветом выделяются этапы. Заранее устанавливаются все участники операции (оператор, ассистент, анестезиолог, операционная сестра, анестезист, санитар, трансфузиолог). В хирургическом корпусе в операционном блоке имеется разделение потоков санпропускника для персонала, где персонал входит в операционное отделение

Интересна и составляющая технического оснащения современного операционного отделения. Все операционные столы хирургического корпуса универсальны, все дополнительные модули, прилагаемые по профилю, могут быть использованы на любом столе, следовательно, в экстренных ситуациях возможно проведение любой операции на каждом столе. Все операционные хирургического корпуса оснащены системой ламинарных потоков, где воздух, подающийся через вентиляционную систему, проходит множество степеней фильтрации, в операционной он антисептичен. В каждой операционной имеются специальные бестеневые лампы, позволяющие оператору одинаково хорошо видеть любой участок операционного поля.

За последние три года арсенал операционного отделения обогатился уникальными роботизи-



рованными микроскопами, роботизированным ангиографом, новейшими аппаратами для анестезии и массой другой высоко-технологичной аппаратуры.

Благодаря современной организации работы, оснащению, вовлеченной работе сотрудников за прошлый год в больнице было проведено почти 25 000 хирургических вмешательств.

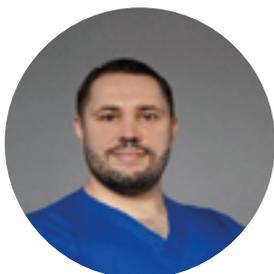


Елена Акимкина,

*старшая медсестра
операционного отделения:*

«Стать сотрудником оперблока непросто, для этого нужно обладать рядом качеств, которые встречаются не у каждого: честность, добросовестность, ответственность. Сотрудники оперблока должны быть сильными не только физически, но и духом. Человек должен действовать так, как положено, ведь на кону жизнь и здоровье пациентов, любая ошибка или недоработка могут быть смертельно опасны. Операционным сестрам необходимо пройти обучение в течение минимум года, а на практике они учатся годами. Поступая на работу в операционное отделение, сотрудники понимают, что здесь нет понятий «устал», «не могу», «закончился рабочий день» – мы работаем столько и так, как потребует ситуация. Конечно же, люди не рождаются такими, это перенимается вместе с культурой, которая принята здесь. Все ребята и девчата проходят через волонтерство – в начале пути они работают бесплатно. И становятся такими закаленными во всех смыслах – и интеллектуально подкованными, и вооруженными практическими навыками. Поскольку план каждой операции обсуждается накануне с мельчайшими нюансами и вариантами развития событий, персонал должен быть готов ко всему, даже если вероятность иного течения крайне низка. Как я говорю всегда, «сестра должна быть в помощь хирургу, а не в нагрузку».

Хочу поздравить своих замечательных коллег с юбилеем нашего подразделения и пожелать сил, стойкости, профессионального развития, чувства удовлетворенности и реализованности, желаю успевать быть не только мастерами своего дела, но и счастливыми членами семей, ведь жизнь летит так быстро».



Андрей Лавринов,

*заведующий операционным
отделением:*

«Сегодняшний штат операционного отделения – 98 человек среднего и младшего медицинского персонала, старшая медсестра, и я – заведующий отделением. Этот коллектив сложился не случайно, у нас вообще случайные люди не задерживаются. Всегда и везде сотрудники оперблоков – это «спецназ» среди медицинских работников. Такие нагрузки – и моральные, и физические – выдержит не каждый. Сегодня перед нами возникает новая задача: организация двухсменной работы операционных. Таким образом мы сможем оказывать помощь большему количеству пациентов. И, конечно, мы с этой задачей справимся.

Поздравляю наш дружный коллектив с юбилеем и желаю сотрудникам счастья как в профессии, так и в личной жизни!»



противотуберкулезной службе Красноярского края

О заболеваемости туберкулезом в дореволюционной России, а тем более в отдаленных восточных губерниях, известно немного. По некоторым подсчетам, ее уровень в нашей стране был самым высоким в Европе и к началу Первой мировой войны составлял 400 человек на 100 тысяч населения, тогда как государственных мер по борьбе с заболеванием не было совсем. С туберкулезом боролись благотворительные и общественные организации, первая среди них – Пироговское общество врачей.

От Лиги до Секции

В 1910 году была создана Всероссийская лига по борьбе с туберкулезом. Отдел Лиги в 1912 году открыли в Красноярске. Его председателем стал легендарный врач, общественный деятель, лидер красноярских областников Владимир Крутовский. Задачей Лиги являлся сбор денежных средств, регистрация больных и организация санаториев и лечебниц. В том же году в краевом центре впервые прошел День белой ромашки, было собрано 4814 руб. На эти средства открыли первую амбулаторию для страдающих легочными заболеваниями, она проработала два года.

После Октябрьской революции борьба с туберкулезом была переведена с благотворительной на государственную основу. Главная и практическая роль в этом процессе принадлежала Секции борьбы с туберкулезом, созданной при Наркомздраве РСФСР 25 октября 1918 года. Секция состояла из авторитетных ученых и практиков. Был проанализирован и внедрен местный и зарубежный опыт. По всей стране началась кампания по организации противотуберкулезных учреждений. К 1920 году на 47-ми административных территориях России были созданы 18 амбулаторий, 52 диспансера, 52 детских санатория, 156 санаториев для взрослых, 13 больничных отделений для туберкулезных пациентов. Спустя год появился Государственный институт туберкулеза, а еще через год под эгидой секции состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с туберкулезом.

С 1923 года стал выходить журнал «Вопросы туберкулеза». В научно-исследовательских институтах туберкулеза срочно готовились новые кадры, и уже к концу 30-х годов в стране ежегодно выпускали 500 фтизиатров.



Газета «Белый цветок», 1913 г.

За помощью Наркомздрав обратился к народу, внушая, что «борьба с туберкулезом – дело самих трудящихся» и что «только пролетарская общественность может обеспечить больных туберкулезом лечением, санаторной помощью». Чего

только стоит лозунг того времени: «Счастье народа – в победе над туберкулезом». Призыв о проведении трехдневников по борьбе с туберкулезом, которые заменят дореволюционные Дни белой ромашки, получил поддержку. Впервые в истории Российского государства была развернута широкая народная кампания, люди отдавали из своего скудного заработка совсем не лишние деньги в фонд помощи чахоточным. В том числе и на эти пожертвования в мае 1923 года в Красноярске при 4-й городской амбулатории открылся туберкулезный диспансер, который обслуживался единственным врачом и медицинской сестрой. Эта дата считается официальной датой рождения Красноярского краевого противотуберкулезного диспансера №1.



ККПТД №1, общий вид

До появления антибиотиков противотуберкулезные мероприятия сводились к выявлению случаев активного туберкулеза среди населения, улучшению питания, санаторному лечению. Детям уделялось первоочередное внимание. Летом 1924 года при Красноярском окружном тубдиспансере была организована детская площадка, где дети разного возраста получали солнечные и воздушные ванны, а также усиленное питание. В этом же году диспансеру увеличили штат и средства на содержание, а сам он переехал в бывший архиерейский дом на ул. Горького. Там открылись поликлиническое отделение и ночной санаторий на 27 коек для взрослых пациентов. В ночном санатории больные находились по полтора месяца. Их, насколько это было возможно в те годы, усиленно кормили и проводили общеукрепляющие процедуры. Питание было пятиразовое. За время лечения в ночном санатории больным удавалось добиваться прибавки в весе от двух до пяти килограммов. Стоимость такого питания в день на одного пациента составляла по ценам того времени 2-3 рубля, тогда как средняя зарплата в промышленности – 46,6 рубля. Так что можно с уверенностью заявить, что кормили туберкулезных больных очень хорошо.

Цензура и вакцинация

С целью выявления больных туберкулезом широко пропагандировалась необходимость обследования в диспансерах всех «кашляющих, худающих и потеющих». Этот период совпал с внедрением в лечебную практику рентгенологической техники. Первый рентгенологический кабинет появился в Красноярске в 1935 году. Диагностика туберкулеза

сводилась к простейшим клиническим анализам крови и мочи, рентгеноскопии больных (снимки делались в единичных случаях из-за недостатка пленки, которую приходилось покупать в Германии), кожной реакции Пирке со старым альттуберкулином Коха и бактериоскопии мокроты. Как раз в это время в стране были введены цензурные ограничения на публикацию эпидемиологических показателей по туберкулезу. Запрет на информацию сохранялся почти 60 лет – до перестройки.

Перед войной фонд противотуберкулезного диспансера составлял 70 коек, из них 25 – детских. Это была хоть и маломощная, но квалифицированная служба, где прием больных вели обученные врачи-фтизиатры. В марте 1939 года под Красноярском в сосновом бору открывается детский костно-легочный санаторий «Пионерская речка». История этого санатория начиналась с четырех деревянных не приспособленных к зимним условиям зданий на 95 пациентов. Тем не менее лесной воздух и усердие персонала способствовали успешному выздоровлению больных детей. В крае действовало четыре противотуберкулезных санатория. Один из них, «Озеро Тагарское», созданный в 1947 году как костно-легочный санаторий, в 1988 году стал первой специализированной больницей внелегочных форм туберкулеза на территории СССР.

В предвоенные годы для лечения больных туберкулезом широко использовались хирургические методы лечения: искусственный пневмоторакс, пережигание плевральных сращений (торакокаустика), операции на диафрагмальном нерве. Начиная с 1925 года, с появлением вакцины БЦЖ, важное место в работе тубдиспансера заняла вакцинация. До 1948 года в СССР ее делали только новорожденным, не имеющим противопоказаний.

Сразу после Великой Отечественной войны сеть противотуберкулезных учреждений в крае, как и во всей стране, начала восстанавливаться и расширяться. За пять послевоенных лет в Красноярске открылось пять противотуберкулезных кабинетов, стационарное отделение и ночной санаторий.

Эра химиотерапии

Окончание войны совпало с появлением стрептомицина, быстро ставшего основным противотуберкулезным препаратом. Заболеваемость снижалась ускоренными темпами. Казалось, что уже скоро наступит еще одна великая победа – над туберкулезом.

Стратегия борьбы с заболеванием тогда, как и сейчас, основывалась на своевременном выявлении больных. С 1950 по 1955 год число специалистов, противотуберкулезных кабинетов и стационаров увеличилось на 60% в городах и на 72% в сельской местности. Количество детей и подростков, ежегодно вакцинированных БЦЖ, возросло с 3-х миллионов в 1950 году до 13,5 миллиона в 1959-м. Вакцинация новорожденных стала обязательной. К 1961 году флюорографические обследования населения с целью выявления патологии грудных органов стали проводить в массовом порядке.

В 1961 году руководитель службы по борьбе с туберкулезом в СССР доложил: «Каждый год эпидемиологи предоставляют нам доказательства, что заболеваемость туберкулезом снижается. По сравнению с 50-ми годами в 60-х заболеваемость городского населения снизилась вдвое, а смертность – в 3,5 раза». В 60-е годы к стрептомицину, изониазиду и его аналогам присоединились препараты ПАСК, рифампицин и прочие. Студентам медицинских институтов всерьез сообщали о том, что специальность фтизиатра доживает последние годы.

По состоянию на 1970-й год в Красноярском крае фонд противотуберкулезных учреждений составлял 3166 коек, то есть более 10% от общего числа коек в крае. Заболеваемость тогда составляла 30 человек на 100 тыс. населения. Правда, эта статистика не учитывала ситуацию в учреждениях ФСИН – информация о заболеваемости туберкулезом в тюрьмах и колониях была закрыта даже для врачей. Но 80% пациентов тубдиспансеров были бывшими заключенными.

Хирургия

Первые операции радикального характера на легких по поводу туберкулеза в Красноярске были выполнены профессором Александром Дыхно в 1950-е годы. Уникальные операции детям с костным туберкулезом делал профессор Лазарь Роднянский. Торакальным хирургом краевого тубдиспансера работал Евгений Данилович Омель-



Сергей Леонидович Мирончик осматривает пациента после операции, 1979 г.

чук – отец красноярской торакальной хирургии, выпускник медицинского факультета Пражского университета. Его сын, Данил Евгеньевич Омельчук, заведовал легочно-хирургическим отделением Краевого противотуберкулезного диспансера №1, а с 2017 года возглавляет кафедру туберкулеза с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Талантливым хирургом был и первый главный врач краевого тубдиспансера, ученик Евгения Омельчука Владимир Бестужев.

Разрозненность и маломощность отделений хирургического лечения туберкулеза легких являлись серьезным препятствием для развития этого вида помощи населению. С большими трудностями и риском для больных за год удавалось выполнить не более 30-40 операций. Приказ министра здравоохранения СССР от 13 августа 1961 года за №355 «О мероприятиях по расширению хирургической помощи больным легочным туберкулезом» предписывал создание в каждой области и крае крупных центров хирургического лечения легочного туберкулеза и обеспечения их высококвалифицированными специалистами.

В сентябре 1963 года в новом четырехэтажном здании путем объединения разрозненных стационаров хирургического лечения туберкулеза открылась краевая легочно-хирургическая больница на 200 коек. В день открытия медучреждение имело двоих хирургов. За последующий год было подготовлено свыше 10 фтизиохирургов, созданы анестезиологическое отделение, клиническая, биохимическая, бактериологическая лаборатории, кабинет функциональной диагностики.

За 1964–1966 годы были прооперированы уже 2000 больных туберкулезом легких с послеоперационной летальностью в 1%. Все города и районы края были закреплены за определенными хирургами, которые периодически по графику выезжали на места для отбора больных. С 1966 года стали производиться плановые операции на легких и в торакальном отделении Норильской городской больницы, с той же тактикой отбора больных, но из районов Крайнего Севера.

В октябре того же года в Красноярске прошла VII краевая конференция хирургов, на которой обсуждались два вопроса: внебольничная хирургическая помощь и лечение больных легочным и костно-суставным туберкулезом. В 1967 году в Красноярском медицинском институте был открыт самостоятельный курс туберкулеза. Первой заведующей стала к.м.н. доцент Тамара Михайловна Трифонова. В 1973 году курс был преобразован в кафедру, а чуть позже открыли интернатуру по специальности «фтизиатрия».

Эпоха перемен

Новый этап в истории отечественной фтизиатрии начался в середине 90-х годов прошлого века. Была рассекречена информация о распространении туберкулеза в системе ГУФСИН. Стало очевидно, что цифры статистики советских времен не отражали реальной ситуации. Социальные и экономические изменения в государстве негативно отразились на всей системе здравоохранения. В новых обстоятельствах уровень заболеваемости в Красноярском крае поднялся до 100 человек на 100 тысяч населения. В этот период увеличилось количество больных туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью, появилась новая категория пациентов – ВИЧ-инфицированные. Статистика по стране также указывала, что надвигается эпидемия туберкулеза. В 1997 году ученые ЦНИИ туберкулеза представили в правительство РФ доклад, где приводились тревожные цифры и давался прогноз о росте заболеваемости к 2015 году в два раза.

В 1995 году, в трудный для всего здравоохранения период тотального дефицита, задержек зарплаты и оттока специалистов, краевой противотуберкулезный диспансер возглавил Сергей Леонидович Мирончик. Под его руководством даже в самые трудные годы коллективу диспансера удавалось сохранять единство и, что не менее важно, оптимизм.

В начале 1998 года впервые была принята целевая госпрограмма по неотложным мерам борьбы с туберкулезом в РФ и заработала краевая программа. Для противотуберкулезных учреждений приобрели оборудование, которое позволило внедрить методы ускоренной диагностики, эндо-

скопические операции с применением современных технологий и такие методы лечения, как лимфотропная терапия, клапанная бронхоблокация. Благодаря принятым мерам удалось остановить рост заболеваемости, а потом и стабильно снизить. В 2022 году уровень заболеваемости в крае составил 41,1 человека на 100 тыс. населения.



Оперирует Михаил Александрович Антипов

Спустя столетие

В 2015 году в соответствии с распоряжением правительства Красноярского края произошла реорганизация противотуберкулезной службы – к Красноярскому краевому противотуберкулезному диспансеру №1 присоединили три туберкулезные больницы, шесть диспансеров и два детских санатория. Сегодня КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер №1» – старейшее лечебное учреждение специализированного профиля – представлено головным учреждением и 12-ю филиалами.

В краевом тубдиспансере работают 1577 сотрудников, из них 188 врачей, 467 средних медицинских работников и 168 человек младшего медицинского персонала.

В учреждении – восемь заслуженных врачей Российской Федерации, три заслуженных работника здравоохранения Российской Федерации, 44 отличника здравоохранения, 188 сотрудников отмечены почетными грамотами и благодарностями Министерства здравоохранения РФ.

Редакция журнала «Первая Краевая» и весь коллектив Краевой клинической больницы поздравляют коллег со знаменательной датой! Удачи вам, успехов, благодарных пациентов!

Медики В КИНО

Накануне Дня медицинского работника мы попросили нашего местного кинокритика, автора телеграм-канала «КиноМуся» Марию Козлову сделать подборку советских и российских фильмов и сериалов про медиков, которые просто необходимо посмотреть хотя бы для того, чтобы понимать представление общества о нас – раньше и сейчас. Фильмы и сериалы Мария назвала и прокомментировала со своей точки зрения – насмотренного киномана, а редактор журнала «Первая Краевая» Евгения Арбатская – с точки зрения медицинского журналиста о том, какие киноляпы встречаются чаще всего.



● ● ●
Евгения Арбатская:

Любые кинопроизведения о медиках и медицине частенько грешат похожими чертами. Обычно врачи в них – потрясающие мультифункционалисты, вы нигде не увидите оперирующего инфекциониста или занимающегося прикусом трансфузиолога, кроме как в сериале. Второй момент – в фильмах врачи, медсестры и фельдшеры эффектно спасают жизни, выкидывая что-нибудь этакое, в ежедневном режиме, будто бы опасности и неожиданности подстерегают каждого потенциального пациента ежесекундно. Режиссеры вынуждены делать шоу, не обращая внимания, что во всех отраслях медицины усилия направлены на то, чтобы эти неожиданности как раз минимизировать. Если посмотреть глазами киношника на рабочий день врача – какая-то скукота получается, основное время они проводят перед монитором компьютера. Кроме того, зачастую актеры неправильно ставят ударения в терминах или употребляют их невпопад, не понимая их значения. Бывает, частенько применяют инструменты не так, как это происходит в реальности – помню кадр из какого-то фильма, где «анестезиолог» держит ларингоскоп не в ту сторону клинком. Все бы это было не столь принципиально для сюжета, тем более что часть произведений созданы в жанре фантастики или мистики, но зрители запоминают это именно так и потом считают, что им неправильно что-то делают в настоящих больницах. Поэтому наличие пары профессиональных консультантов на съемочной площадке фильма про медицину так необходимо.



Мария Козлова:

● «Аритмия»

В центре сюжета обычная семья: мужчина работает на скорой и знает – его работа очень важна, а все остальное подождет. Но, как это часто бывает, жизнь ждать не любит, и жена, отчаявшись, решила подать на развод, а тут, как назло, пришел новый начальник. И теперь у главного героя выбор – спасти себя и семью или спасти других. Отличная российская драма от прекрасного режиссера Бориса Хлебникова про то, как важно не пропустить свою жизнь, даже если тебе кажется, что ты делаешь что-то важное.



● «Шерлок Холмс»

Здесь мы говорим именно о советской экранизации. Удивлены? Но там же есть доктор Ватсон! И он как врач частенько помогал Шерлоку Холмсу. В центре сюжета, конечно, детективы, расследования, удивительные методы раскрытия преступления, но это еще и отличный повод напомнить вам про советскую экранизацию, которую признают даже на родине великого сыщика.

● «Доктор Лиза»

Фильм – один день из жизни Елизаветы Глинки, которую все знали как доктора Лизу, основательницу фонда «Счастливая помощь». Она помогала всем – и людям, которым нужен важный препарат, и бездомным, которым просто нужно поесть. В главных ролях Чулпан Хаматова и Константин Хабенский.

Отличный фильм, чтобы снова обрести веру в людей.



● «Морфий»

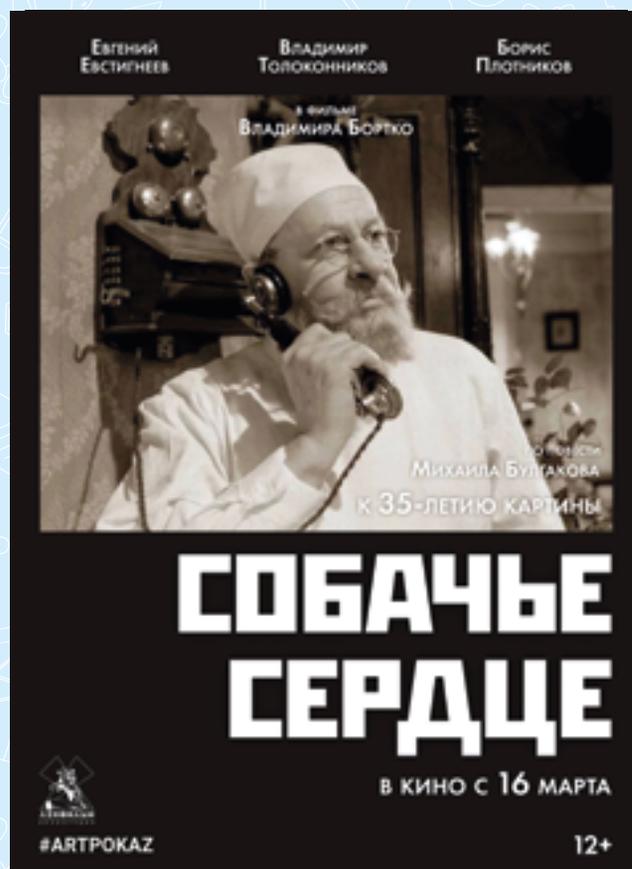
Как понять, что его точно нужно смотреть? Сюжет фильма Алексея Балабанова по сценарию Сергея Бодрого-младшего основан на цикле Михаила Булгакова «Записки юного врача». Земский врач приезжает в сельскую больницу. Первый же его пациент умирает от дифтерии. Боясь заболеть, врач ставит сывортку, но ему становится хуже, тогда он просит ввести себе морфий для обезболивания и в итоге подсаживается на него. Все это приобретает ужасные последствия, когда морфий реально понадобился умирающим людям.

Фактически это хроника саморазрушения.

● «Собачье сердце»

И снова Михаил Булгаков. Профессор Преображенский путем сложнейших опытов превращает пса Шарика в человека. Новость об этом моментально разлетается по городу, профессор получает признание, но действительно ли из Шарика, гражданина Шарикова, получилась «высокая психическая личность»?

Фильм, который давно растащили на цитаты, с великолепным кастом.



● «Интерны»

Если в Америке есть «Доктор Хаус», то у нас – «Интерны». Сериал, который по-настоящему завоевал народную любовь, а в герое Охлобыстина есть что-то от Грегори Хауса. Сюжет прост: интерны в больнице все время попадают в разные ситуации, иногда смешные и нелепые, а их главврач доктор Быков за этим наблюдает и не упустит момента потроллить подопечных.

Сюжеты, по словам создателей сериала, основаны на реальной врачебной практике.

Николай Иванович Гришачев «Медсестра»

1968 год



Живописец и график родился в шахтерском городе Анжеро-Судженске Кемеровской области в семье рабочего. Окончил семь классов средней школы, затем поступил в училище прикладных искусств в Нижнем Тагиле на факультет живописи. В 1952 году с пятого курса был призван в армию. Во время службы окончил школу стрелков-радистов. Демобилизовался из летных войск в конце 1955 года, а с января 1956-го начал работать в школе в Нижнем Тагиле преподавателем рисования и черчения, руководил изокружком в городском доме школьников. В том же году экстерном защитил диплом в училище прикладных искусств. В 1959 году по приглашению переехал в Череповец. В течение года работал заведующим художественной мастерской при Череповецком горкомхозе. С 1960-го начал работать в Вологодских художественно-производственных мастерских художественного фонда РСФСР.

Николай Иванович Гришачев создал огромное количество работ, написанных в стиле соцреализма, которые посвятил людям разных профессий. Среди них отдельной линией творчества была тема труда медиков. С большой любовью мастер показывает красоту образов людей в белых халатах.