

сентябрь 2023 год

№ 3 (89)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



**19 инструментов внутренних
коммуникаций**

**Клинический случай полиэндокринной
патологии в сочетании с папиллярным
раком щитовидной железы**

Портреты

Игорь Кульга
Сергей Шубников
Мария Швабауэр



краевая
клиническая
больница

основана в 1942

Красноярская краевая клиническая больница

основана в 1942 году

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



На декабрь 2021 года в больнице всего

1631 койка, из них:

154 реанимационные

609 для пациентов базового
инфекционного госпиталя

В структуре больницы

60 стационарных отделений,
объединенных в

13 специализированных
центров

Более **42 000**
пациентов пролечены
в стационаре больницы
в 2022 г., из них
более **5 000**
получают высоко-
технологичную
медицинскую помощь

87 000
пациентов получают
консультационно-
диагностическую
помощь в поликлинике
краевой больницы

9 филиалов санитарной
авиации ежегодно
оказывают помощь
4 500 пациентам,
из них **3 500**
эвакуируются
воздушным транспортом



Всего в больнице работает

4 364 сотрудника

врачей

более
950

медицинских сестер

более
1500

немедицинского персонала

более
1500

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

на декабрь 2021 года



Жгучий гимпи-гимпи: ядовитое дерево подсказало рецепт новых обезболивающих

«Жгущее дерево» гимпи-гимпи растет в дождевых лесах на востоке Австралии и может достигать в высоту свыше 40 метров, а в обхвате – свыше шести метров. Листья этого дерева покрыты тонкими игловидными волосками, которые впрыскивают нейротоксины при прикосновении к нему. Это вызывает сильнейший ожог с выраженной болью, она может продолжаться несколько недель.



Гимптитиды – так назвали ученые нейротоксические вещества, выделяемые растением. По своей структуре они похожи на яд, вырабатываемый пауками, скорпионами и морскими улитками-конусами. Однако гимптитиды работают при помощи совершенно иного, ранее нигде не встречавшегося молекулярного механизма – обычно токсины вызывают боль, связываясь прямо с натриевыми каналами в чувствительных нервных клетках. Но гимптитидам, чтобы произвести это действие, нужен партнер, белок TMEM233. В его отсутствие вы можете совершенно безбоязненно касаться листьев крапивного дерева, потому что никакой боли не почувствуете.

Биологи рассчитывают на то, что открытие поможет по-иному подойти к механизмам появления боли и создать новый вид мощных анальгетиков длительного действия с новыми полезными свойствами.

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. Сентябрь 2023 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

5,7 **Новости**

6 **Слово редакторов**

8 **Портрет** | Игорь Кульга

10 **Портрет** | Мария Швабауэр

12 **Портрет** | Сергей Шубников

14 **Оргздрав** | Инструкции против
творчества?

16 **Оргздрав** | 19 инструментов
внутрикорпоративных коммуникаций

26 **Опыт** | «Опыт пациента» глазами
эксперта

30 **Программа VII Всероссийской**
научно-практической конференции
с международным участием
«Практика разработки и внедрения
системы менеджмента качества
в медицинской организации»

36 **Casus extraordinarius** | Инородные
тела в рентгенологии

40 **Casus extraordinarius** | Клинический
случай интравенозного лейомиоматоза

42 **Casus extraordinarius** | Клинический
случай менингovasкулярного
нейросифилиса у пожилого пациента

44 **Casus extraordinarius** | Клинический
случай полиэндокринной патологии
в сочетании с папиллярным раком
щитовидной железы

50 **Знаменательные даты** | 20 лет
юридической службе ККБ

53 **Оргздрав** | Добровольно. Анонимно.
Безвозмездно – о донорстве костного
мозга

1 Главный кардиолог Минздрава РФ прошел по пути пациента Краевой клинической больницы

Академик РАН Сергей Анатольевич Бойцов посетил с рабочим визитом Красноярский край. Краевая клиническая больница провела рабочую экскурсию для генерального директора НМИЦ кардиологии федерального Минздрава – показана маршрутизация пациентов, схемы обследования и лечения пациентов с неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также была проанализирована текущая ситуация с заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе.

В Краевой больнице академик Бойцов прошел по маршруту поступления пациента – от стационарного отделения скорой медицинской помощи (приемного отделения) до кардиологического диспансера консультативно-диагностической поликлиники, где наблюдаются пациенты с хро-



нической сердечной недостаточностью. Эксперт Минздрава ознакомился с работой отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, кардиореанимации, кабинета теле-ЭКГ и кардиологического отделения №1.

Сергей Анатольевич положительно оценил развитие медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в Краевой больнице, отметив успехи кардиодиспансера по выявлению и динамическому наблюдению пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Вклад в эту системную работу вносят и специалисты передвижного комплекса «Мобильная поликлиника», который ежемесячно и круглогодично выезжает к жителям отдаленных и труднодоступных районов края.

По результатам визита команды специалистов Национального медицинского исследовательского центра будут подготовлены предложения и рекомендации по дальнейшему совершенствованию системы оказания медицинской помощи жителям Красноярского края, имеющим сердечно-сосудистые заболевания. Ориентиром в работе федеральных и краевых кардиологов по-прежнему остаются цели, поставленные нацпроектом «Здравоохранение» и федеральным проектом «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – повышение эффективности медицинской помощи и снижение смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2 В районах края развивают эндоваскулярные технологии лечения сосудов

На базе сосудистого центра Минусинской межрайонной больницы проведена первая операция по стентированию артерий нижних конечностей. Высокотехнологичное оперативное вмешательство прошло под контролем краевых специалистов.

Первое такое высокотехнологичное вмешательство в Минусинской межрайонной больнице провели руководитель сети региональных сосудистых центров, главный внештатный специалист по рентгеноваскулярной диагностике и лечению, ректор КрасГМУ Алексей Протопопов, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Красноярской краевой клинической больницы Никита Литвинюк и заведующий отделением рентгенохирургических методов лечения Минусинской больницы Михаил Курилов.

Теперь такие востребованные операции будут выполняться самостоятельно хирургами Минусинской МРБ. Как сообщил и.о. министра здравоохранения края Борис Немик, до конца текущего года пока запланировано десять оперативных вмешательств пациентам с неосложненными формами поражения артерий нижних конечностей.

– Эти операции проводятся для предотвращения тромбозов и ампутации нижних конечностей пациентов с атеросклерозом и другими поражения-



ми сосудов. Минусинский региональный сосудистый центр уже достаточно давно делает операции на сосудах сердца, но вот сегодня это новый этап работы, – пояснил Борис Маркович.

Первых пациентов отделение рентгенохирургических методов лечения сосудистого центра в Минусинске приняло в 2021 году. Всего в зоне обслуживания Минусинской больницы семь районов, в которых проживает 224 837 человек.

В конце 2022 года высокотехнологичная методика стентирования на артериях нижних конечностей была внедрена медиками сосудистого центра Лесосибирской межрайонной больницы, в марте 2023 года – в Канске, в июле – в Ачинске, а сейчас эта современная методика стала доступна и жителям южной группы районов Красноярского края.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

В этом году мы уже в седьмой раз проводим Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менед-

жмента качества в медицинской организации». Когда событие только задумывалось, конечно, никто не знал, насколько стабильным будет интерес к теме качества в здравоохранении для медицинского сообщества РФ в целом и Красноярского края в частности. Насколько глубокой окажется тема и какое количество нюансов любых этапов оказания медпомощи будут требовать освещения и проработки. Мы рады тому, что из года в год содействуем руководителям медицинских учреждений в том, чтобы сделать медицину лучше, и сами обогащаемся опытом в интересах наших пациентов. Ждем коллег на нашей конференции, программу которой вы увидите на страницах журнала.

Материалы этого номера также посвящены важным проблемам качества и безопасности оказания медицинской помощи: ошибкам и осложнениям в нейрохирургии, инструментам внутрикорпоративных коммуникаций. Очень интересен материал об опыте пациента глазами нашей коллеги – эксперта в области качества.

Вы познакомитесь с нашими молодыми и уже опытными сотрудниками, узнаете про многоканальную организацию внутрикорпоративных коммуникаций. Мы представили несколько интересных клинических случаев и еще немало полезной информации.

Приятного чтения!



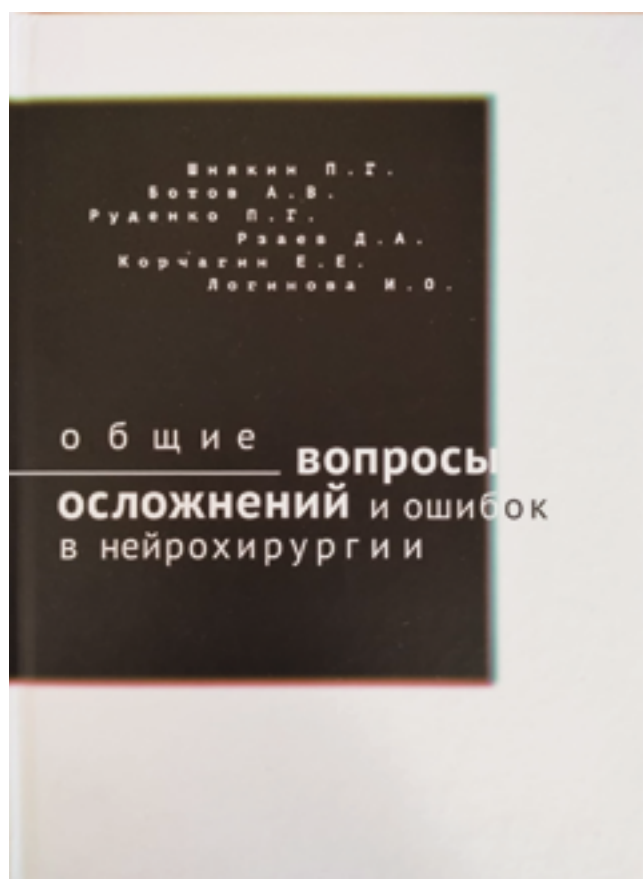
Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

По роду деятельности я контактирую с сотрудниками разных подразделений нашей больницы. И всюду тема инструкций и регламентов вызывает живой отклик, люди высказывают свое мнение о том, какими должны быть инструкции в их оптимальном варианте. На мой взгляд, получился интересный материал, ищите его на стр. 12, он не имеет однозначного вывода и, пожалуй, наталкивает на размышления – что, собственно, всегда полезно.

И еще хочу акцентировать внимание на последней статье номера – последней по расположению, но не по значимости. В ней поднимается вопрос донорства костного мозга и рассказывается о масштабах дефицита и порядке процедуры. Информирование людей поможет развеять миф об ущербе для здоровья донора. Надеюсь, статья инициирует волну просветительской деятельности докторов, которая будет иметь эффект в виде помощи конкретным пациентам.

3 Вышла в свет монография, посвященная **врачебным ошибкам и осложнениям в нейрохирургии**

В группе авторов: д.м.н. П.Г. Шнякин, к.м.н. А.В. Ботов, к.м.н. П.Г. Руденко, д.м.н. Д.А. Рзаев, Е.Е. Корчагин, д.п.н. И.О. Логинова. Книга может представлять интерес для врачей любых хирургических специальностей в силу общности профессиональных проблем. Выход книги приурочен ко II Всероссийской научно-практической конференции «Осложнения и ошибки в нейрохирургической практике», где врачи ККБ представят свои доклады.



Проблема хирургических осложнений и ошибок сложная, многогранная и выходит за пределы профессиональных вопросов в биоэтические, юридические и другие сферы. Поэтому требуется всестороннее рассмотрение периоперационных проблем: со стороны хирурга, со стороны пациента и его родственников, а также юристов и страховых компаний. В 2020 году была опубликована коллективная монография «Осложнения операций на головном мозге», в которой представлены наиболее частые ин-

тра- и послеоперационные осложнения в церебральной нейрохирургии. Оценивались факторы риска, методы профилактики и способы разрешения периоперационных проблем. Книга вызвала интерес и много откликов коллег, в том числе критических. Это связано с тем, что, погрузившись в частные вопросы, авторы балансировали на непрочной основе, так как не использовали единую терминологию, классификацию, сроки развития и методы оценки различных нежелательных событий. Без этого невозможен полноценный учет осложнений, сравнение показателей в разных клиниках и проведение качественного анализа. То, что считается «осложнением операции» у одних специалистов, совсем не очевидно, что будет определяться как «осложнение» у других. Кроме того, существует ряд вопросов, ответы на которые имеют практическое значение в повседневной работе:

- что больше определяет частоту осложнений и ошибок: опыт хирурга или организация работы клиники;
- за какие нежелательные периоперационные события врач может нести уголовную ответственность;
- как врачи психологически реагируют на случившиеся осложнения и ошибки;
- имеются ли оптимальные способы сообщения пациенту «плохих новостей».

Авторы не случайно назвали книгу «Общие вопросы осложнений и ошибок в нейрохирургии». Именно вопросы, так как окончательных и однозначных ответов по ряду представленных проблем найти не удалось. Но нередко правильно поставленный вопрос помогает если и не найти ответ, то выбрать верное направление для поиска. Есть вероятность, что в непростых вопросах хирургических осложнений и ошибок не может быть однозначных и правильных ответов, а в большей степени договоренность профессионального сообщества, как учитывать и оценивать те или иные нежелательные периоперационные события. Надеемся, что книга будет полезной и инициирует новые дискуссии, публикации, конференции, на которых совместно проработаются единые подходы к вопросам осложнений и ошибок в нейрохирургии.

Игорь Кульга

Заведующий отделением хронического гемодиализа отмечает сорокалетие своей трудовой деятельности и советует молодым врачам идти в нефрологию и диализ как в перспективную, быстро развивающуюся медицинскую специализацию.

Подтвердились ли ваши школьные ожидания о мединституте, когда вы поступили?

Моя мама педиатр, и поэтому я примерно себе все представлял верно, каких-то особых сюрпризов не было. Миновал службу в армии, из школы оказался в вузе без особых потрясений, выдержав конкурс в четыре человека на место – по тем временам такая конкуренция считалась высокой.

А как определились со специальностью?

По распределению в Боготоле должна была проходить моя интернатура по терапии, а на работу ждали в Тюхтете. Однако случай распорядился так, что интернатура по терапии у меня состоялась в Краевой клинической больнице №1. По окончании интернатуры приглашали на работу в аллергологическое отделение, но в это время Наталья Ивановна Головина из лаборатории гемодиализа была назначена заместителем главного врача по медицинской части, и заведующему лабораторией Ивану Алексеевичу Калюжному нужен был врач. Так я оказался в отделении нефрологии с лабораторией гемодиализа. В 1987-м прошла моя первичная специализация по нефрологии в московской Боткинской больнице. В этой специальности меня привлекло сочетание и хирургии, и терапии.

Это же привлекло в профессии и сына?

Он в 7 классе писал в сочинении, что хочет быть врачом, санитарил, работал у нас медбра-том. Так складывается, что здесь нет случайных людей. Отделение диализа – это как большая коммунальная квартира. Раньше на территории проходили лечение 200 пациентов в пять смен. Есть такие больные, которые 10-15-20 лет приходят сюда три раза в неделю. Они друг друга и нас видят чаще, чем иных родственников. Возникают отношения – и конфликты бывают, и дружба-любовь завязывается.

Какие у вас были впечатления от Боткинской больницы?

Тогда нам казалось, что эта больница имеет космически недостижимый уровень. Это сегодня к нам едут учиться многому, даже из столиц, а тогда – да, впечатлений было много. Сегодня врача из-за Урала, приехавшего в столицу, удивить практически нечем – все есть и у нас. Тогда вот это расслоение на федеральные центры и областные было видно сильнее.

Как вы стали заведующим отделением?

До 1993 года я периодически дублировал заведующего, а в 1993-м Наталья Ивановна Головина предложила мне занять это место взамен Ивана Алексеевича Калюжного. Я бы сказал, что и это вступление в новый статус не было чем-то радикальным для меня. У

меня такой позитивный взгляд на задачи – до-рогу осилит идущий.

Вероятно, вы такой человек – устойчивый к стрессу и обладающий хорошими адаптационными свойствами психики?

Вероятно, да. Ну а что? Не паниковать же, раз надо реализовать задачу...

Расскажите про техническое оснащение отделения, в вашей работе очень интересны механизмы.

Сегодня диализ очень изменился по сравнению с тем, что было, скажем, 30 лет назад. Раньше было так: одна большая машина стоит, размером с шифоньер, все готовит и раздает на восемь аппаратов, на пациентов. Например, сегодня для приготовления раствора у нас есть специальный миксер, а раньше вручную размешивали, были погрешности в концентрациях солей – это все сказывалось на пациентах. Аппараты чинили сами, они взрывались, загорались. Бывало такое, что пациент лежит на диализе, рядом чинят аппарат, его разобрали, обсуждаются неполадки. А пациентов, нужда-

ющихся в диализе, все прибывало и прибывало с каждым годом.

В конце 1980-х у нас стали появляться, наряду с отечественными, германские аппараты Fresenius. Кстати, один Fresenius нам подарил знаменитый хореограф, руководитель ансамбля танца Сибири Михаил Семенович Годенко. С 2012 года появились тоже германские Dialog+, стала применяться хорошая водоочистка, столь необходимая для диализа. В целом улучшилось качество мембран, усовершенствовались растворы.

Еще важный момент – увеличился пул одноразовых расходников, что исключает множество потенциальных проблем от передачи гепатита и ВИЧ до попадания в кровоток пациента формалина. Лет десять назад мы почувствовали, что обеспеченность аппаратурой у нас соответствует запросам и объемам.

Сколько пациентов в Красноярске сегодня живет на диализе?

Порядка восьмисот человек. Большинство из них получают диализ в частных амбулаторных центрах. К нам попадают в основном пациенты с осложненным доступом и какими-то проблемами, которые амбулаторно решить сложно. Сегодня мы работаем не в пять, а в две-три смены. Такого тотального дефицита в диализных местах в городе сегодня нет. Наше отделение помогает в штатном режиме до 50-60 пациентам – это те, кто ходит к нам амбулаторно, и пациенты других отделений ККБ, кто нуждается в диализе.

Пациент может стоять в листе ожидания на пересадку почки от нескольких месяцев до десятка лет, предсказать, как быстро он получит подходящую почку, невозможно. С 2014 года Краевая проводит в среднем 20 пересадок в год.

Вероятно, вы можете сказать, что профессиональная судьба сложилась счастливо. Но есть ли такое, что, если бы было возможно, вы бы переиграли?

То, что мне повезло с профессией, – это точно. А что переиграть хотелось бы – так сразу и не скажу, не знаю. Разное происходило – и комсомольцем был, и в партии состоял, был главным нефрологом Красноярского края. Сейчас такая замечательная жизнь у меня пошла – всего хватает: коллектив прекрасный, пациентам помогаем – мне нравится.



Мария Швабауэр

Врач-диетолог Краевой клинической больницы курирует работу пищеблока, совершенствуя процессы организации питания в соответствии с новыми задачами и развитием медучреждения. Ее энергия и организаторские способности позволили не только отладить внутренние процессы питания в ККБ, но и достойно организовать кейтеринг на межрегиональной конференции в сентябре 2022 года.

С чего начался ваш путь в Краевой больнице?

Я окончила Красноярский медицинский университет. Изначально планировала пойти в акушерство и гинекологию, но на четвертом курсе устроилась работать в отделение аллергологии ККБ и попала в студенческое научное общество по терапии под руководством Ирины Владимировны Демко и Елены Альбертовны Собко. Изучала течение бронхиальной астмы с двух сторон: на сестринском посту в аллергологии и «с научной точки зрения» – на конкурсах и конференциях. И после шестого курса получила направление в ординатуру по терапии с дальнейшей перспективой написания кандидатской диссертации, но...

Что-то пошло не так?

В период ординатуры возник большой интерес к спорту и ЗОЖ, пошла учиться на тренера, окончила курсы по диетологии и решила сменить профиль. Поскольку у меня было целевое место, я стала узнавать по поводу потребности во враче-диетологе в Краевой клинической больнице, тем более на тот момент я уже работала тренером и у меня был положительный опыт по снижению веса моих подопечных. Но тогда не было такой ставки, и мне пришлось пойти в дежурные терапевты. Проработав несколько месяцев в терапии, я сделала повторную попытку перейти в диетологию, и она увенчалась успехом! Лидия Николаевна Милованова, опытный врач-диетолог ККБ, взяла к себе под крыло. Я думала – приду, буду корректировать питание пациентов, заниматься нормализацией веса, но на деле все вышло совсем не так. В начале 2019 года я пришла в пищеблок без реальных представлений о работе, в голове был образ школьной столовой. В первое время Лидия

Николаевна всему обучала, я же не знала, что производственная диетология включает в себя и СанПиНы, и другие нормы, и диетические столы, качество, безопасность – это большой пласт знаний, не то, чему учат на курсах по снижению веса. Мы запустили систему таблет-питания – когда пациент получает индивидуальный термобокс, который собирается в соответствии с лечебной диетой. Здесь очень много командной работы, взаимодействия с другими подразделениями. В процессе внедрения мы писали инструкции, измеряли, сколько времени требуется на доставку питания пациентам, на раздачу, на прием пищи – тайминг полного цикла процессов.

Коллектив за это время сильно поменялся?

Процессы в пищеблоке стали гораздо интенсивнее, физического труда много, поэтому было ощущение, что кое-кто из сотрудников может отсеяться. Не все выдерживают, обновление, конечно, произошло. Для сравнения: раньше каждый занимался строго своим делом, сегодня сотрудник буфета многофункционален – он может разливать суп и напитки, может работать на конвейерной ленте, мыть посуду, заниматься разукладеванием и т.д. Все направлено на то, чтобы была взаимозаменяемость сотрудников, не происходило сбой процессов.

Кто дирижирует всем «оркестром»?

Главными после начальника пищеблока являются два диетврача. Врачи-диетологи должны держать в поле зрения

все процессы пищеблока, так как это отражается на качестве и безопасности питания пациентов. Диетсестры – это своего рода мостик между отделением и производством. Они осуществляют обратную связь с отделением: какое количество

Мне нравится разнообразие задач, не бывает рутины и однообразия. И работы хватает, и она мне интересна. Люблю новизну, люблю сам процесс.

пациентов там находится, какой стол у каждого, проводят операционную работу, формируют документы на склад, координируют процессы, взаимодействуют с поварами, отбирают суточные пробы, контролируют своевременное прохождение медосмотров сотрудниками пищеблока. Если возникают какие-либо накладки, к примеру, чего-то не хватает, этими вопросами занимается диетсестра. Наша задача – решать вопросы в короткие сроки. Мы взаимодействуем со всеми клиническими отделениями нашей больницы.

Чем вам персонально интересна работа в Краевой?

Мне нравится разнообразие задач, не бывает рутины и однообразия. И работы хватает, и она мне интересна. Люблю новизну, люблю сам процесс. В системе таблет-питания всегда найдется и что делать, и что улучшать.

Поступает ли обратная связь о качестве питания от пациентов и сотрудников?

Ситуация в последнее время существенно поменялась. Основной вопрос был связан с финансированием. Пару лет назад сумма, выделяемая на суточное питание пациента, составляла 115 рублей, сегодня – 250 рублей. Благодаря повышению финансирования нам удалось расширить рацион больных: добавить фрукты (яблоки, бананы), сезонные овощи (свежие огурцы, болгарский перец), кисломолочные продукты (ряженка, йогурты, творожные сырки). Бывает, что пациенты хотят большего разнообразия в питании, не учитывая требования своего диетического стола. Например, хотят получать копченые, жирные деликатесы, невзирая на противопоказания.

В прошлом году вы впервые проводили кейтеринг на конференции. Задача новая, какие были мысли?

Особой паники не было, особенно после запуска столовой для сотрудников. Тем более что у нас работают очень опытные повара, в которых я абсолютно уверена. Да, был шок, после того как озвучили количество участников – 200 человек. Но это новый и интересный опыт. Были вопросы по закупке продуктов, организации процессов, транспортировке готовых блюд. Дело в чем – многие продукты в программе больничного питания отсутствуют, а для кейтеринга вполне уместны, поэтому потребовалось время на поиск дополнительных поставщиков. Пришлось решить и технические моменты – везли из дома технику, шили скатерти. Хочу поблагодарить наших сотрудников, командой – мы сила!

Кроме текущей работы над чем трудится пищеблок? Какие планы?

Сейчас отлаживаем новый процесс мойки, осваиваем свежую технику. В мае у нас проходил мо-



сковский аудит по безопасности питания, и мы совершенствуем некоторые процессы, также ведутся ремонтные работы. В соответствии с объемом финансирования планируем новое меню на следующий год. Плюс постоянная работа с поставщиками (контроль качества и безопасности поступающей продукции). Проводится внедрение специализированных смесей для энтерального питания пациентов с белково-энергетической недостаточностью. Преимущество таких смесей – высокое содержание белка и энергии в малом объеме, приятный вкус, что гарантирует полное употребление порции и компенсацию энергетических потерь.

И напоследок классический вопрос диетологу: есть на ночь можно?

Мы всегда должны помнить, что калорийность суточного питания, если мы не хотим поправляться, не должна превышать суточный расход энергии. Но легкий перекус не страшен, при этом лучше выбирайте белковые продукты – больше пользы для здоровья и меньше вреда для фигуры.

Сергей Шубников

Медицинский брат отделения профпатологии, устроившись в ККБ в 2019 году, успел поработать в пекле пандемии и ускоренно получить профессиональный опыт. Сегодня он всю энергию отдает налаживанию ритмичной качественной работы в отделении.

Сергей, как вы выбрали профессию медика?

Изначально вообще не планировал идти в медицину. С детства увлекался самыми разными вещами. Когда настал момент выбирать профессию, решил пойти в юриспруденцию – с детства мечтал стать юристом. Успешно сдал выпускные экзамены и подал документы в СФУ на юридический. А поскольку не совсем был готов далеко уезжать от дома (я из маленького поселка Верхняя Коя), то в последний момент подал документы еще и в Минусинский медицинский техникум. Если честно, с детства боялся вида крови, никогда не представлял себя медиком, а потом, когда начал учиться, втянулся.

Неожиданный выбор, юриспруденция и медицина – совсем про разное, как так получилось? Родители настояли?

Нет, на самом деле это мой выбор. Родители у меня с медициной практически не связаны. Папа – рабочий котельной, мама – ветеринарный врач. Я с детства был очень любознательный: рукоделие, техника, творчество – хватался за всё. В школьные времена у меня было прозвище «Яндекс», и даже сейчас, внутри отделения, в случае неожиданного вопроса говорят: «Спросите у Сергея».

Есть ли в планах получение высшего медобразования?

Этот вопрос пока остается открытым для меня, потому что если бы можно было сразу на 3-й курс, то пошел бы не раздумывая. Но пока сложно совмещать работу и учебу.

В чем разница между выпускником из сельской местности и городским выпускником?

Думаю, что все индивидуально, но, на мой взгляд, ребенок из деревни более замотивирован и целеустремлен. Хочется вырваться из глуши и работать в стабильной компании, принципиально

поменять жизнь. Хочется поближе к технологиям, цивилизации, доступным благам.

Можете охарактеризовать себя в трех словах?

Трудоспособный, целеустремленный, общительный.

Что было самым сложным в учебе и работе?

В учебный период – фармакология. Думаю, со мной многие медики согласятся, всё – как в крылатой фразе: «Сдал фармакологию – можешь жениться». Предмет сдал, но пока не женился. Рабо-

чий день пролетает быстро: утром пришел – принял смену, знакомлюсь с ситуацией в отделении, отправляю пациентов на расширенную диагностику. День пролетает в постоянном движении.

Вы ранее отметили, что боитесь крови. Как с этим страхом справились?

Пошел в хирургию. На втором курсе, в период учебной практики, состоялось мое знакомство с отделением травматологии Минусинской межрайонной больницы. На тот момент уже появилось желание приступить к работе, и я с полной уверенностью заявил об этом своем желании старшей сестре, сказал, что после окончания медколледжа приду туда работать. Поначалу было эмоционально сложно, потому что столкнулся с разными случаями: ожоги, сочетанная травма, поступали пациенты после ДТП, дети, пациенты нейрохирургии. В Краевой есть определенное разделение по направлениям, а там всё вместе – отделение на 70 коек. Это был колоссальный опыт. Со временем я привык, адаптировался, эмоции поутихли, стал спокойнее. Нельзя сказать, что это происходит быстро, но в целом за год работы справился.

Как оказались в Краевой?

Из Минусинской больницы мы периодически отправляли санавиацией сложных пациентов на ле-

чение в краевые медучреждения. Обычно в БСМП. Как-то раз довелось быть сопровождающим. В тот раз направление было в Краевую. Помню, в главном корпусе велись ремонтные работы, но даже это не испортило моего впечатления. Когда я оказался внутри, увидел в работе медперсонал, понял, что хочу работать именно тут. Это технологии и особенности работы с пациентами, отмечу именно уровень работы с пациентом. После возвращения в Минусинск я сразу написал заявление по собственному желанию и отправился в Красноярск.

То есть вот так сразу решительно все поменяли?

Устроиться в Краевую тоже было испытание не из легких. Я связался со Светланой Сбитневой, записался на собеседование, но услышал: «Извините, мест нет». Просил проверить, может, ситуация поменялась, но, к сожалению, ее ответ был неизменен. У меня была цель, я не хотел идти в другую больницу, хотел только сюда! В сентябре она мне перезвонила с предложением отправиться в командировку с бригадой медосмотров. Прошел стажировку, и в конце сентября поехали в Северо-Енисейский район, в Еруду, «Полюс-Красноярск». И с этого момента начался мой трудовой путь в Краевой. После возвращения трудоустроился в профпатологию к Марине Юрьевне Крутий, она меня познакомила с отделением, с особенностями работы. Это, конечно, был шок: когда я увидел отделение не на 70 коек, а на 30, дежурная смена из трех медсестер, то есть по десять пациентов на среднего медработника – работать одно удовольствие. С ноября закрепился тут.

А потом случился ковид? Что было дальше?

День 28 марта 2020 года мне запомнился на всю жизнь. Старшая медсестра сказала, что это всё не шутки и надо освобождать корпус. В течение двух дней мы переехали, полностью освободив отделение под ковидарий. Первого апреля зашли в легочный корпус, а 13-го был зарегистрирован первый случай ковида в Краевой. Это было совершенно странно, непонятно, действовала куча запретов. В общем, и страшно, и интересно. Первый раз был эмоционально сложным, по большей части из-за отсутствия возможности выходить на воздух, тогда еще действовали жесткие правила, я продержался 20 дней. Потом началась вспышка на Еруде, и во второй раз я полетел туда, в Северо-Енисейский, пробыл в командировке 20 дней. Были трудности с тем, чтобы улететь обратно, так как в день вылета выпал снег. И нам пришлось выбираться на специальном автомобиле-вахтовке до Лесосибирска. Путь занял 16 часов.

Потом еще два раза заходил в «красную зону». Самый короткий эпизод был четыре дня, пришлось выйти из-за болезни. И еще летом 2021 года заходил на два месяца.



Сейчас, в постковидное время, как развивается ваше отделение?

Совершенствуем рабочий процесс, изучаем, применяем новые стандарты. Как говорится, нет предела совершенству.

Говорят, если ты с утра с радостью идешь на работу, а вечером с легкой душой спешишь домой, то ты счастливый человек. Согласны с этим утверждением?

Да, это про меня. Люблю и медицину, и работу в Краевой. Медицина предполагает постоянное обучение, развитие, я думаю, со временем появится и четкий вектор роста.

Инструкции против творчества?



Управленческие процессы так или иначе связаны с созданием правил и инструкций. Медицина – не исключение. С одной стороны, желание управляющих минимизировать риски, исключить «человеческий фактор», повысить качество медицинской помощи за счет исключения негативных происшествий и, как следствие, по мнению некоторых специалистов, – зарегламентированность, потеря индивидуального, творческого подхода, неумение персонала мыслить в нестандартных ситуациях.

Врачи со стажем жалуются на современных ординаторов за то, что те не умеют «думать головой», теряются в любой сложной ситуации, не «включают логику», не могут действовать самостоятельно. Плюс обилие бумаг – на их изучение, заполнение нужно время, его не остается на общение с пациентами и коллегами.

Получается, что и та, и другая сторона хотят хорошего – одни не уронить качество, сделать его «ровным» в статистическом смысле, другие за повышение его уровня творческим, персонализированным подходом, человеческой теплотой. Научные изыскания, в конце концов, базируются на творческих гипотезах и экспериментах, именно они двигают прогресс.

Но можно понять и представителей администраций – они хотят устойчивости системе, наконец, они несут ответственность за деятельность организации, вплоть до уголовной. Управление в ручном режиме – путь в никуда, понятно стремление управляющих автоматизировать процессы, для этого опять-таки нужны инструкции.

Возникает ряд вопросов: как соблюсти баланс в создании регламентов и предоставлении свободы? Как понять, что инструкций довольно или недостаточно? Как стимулировать творчество? Как организовать саморефлексию в организации на разных уровнях с возможностью внедрения поправок без сопротивления?

Сергей Дранишников,

консультант по
менеджменту
качества и
бережливому
производству:



Важно, чтобы регламенты помогали повышать качество оказания медицинской помощи и безопасность пациентов.

Регламенты бывают разные. Одни регламенты помогают выполнять работу на отлично, другие только создают дополнительную бюрократию.

Если создание регламента – формальный процесс или, еще хуже, его взяли из интернета, то такие регламенты пользы не приносят.

Если же в разработке регламента (алгоритма, инструкции, стандарта организации и др.) принимают участие самые квалифицированные, самые опытные сотрудники, да к тому же применяют подходящие методы стандартизации процессов и процедур, то такие регламенты приносят пользу и сотрудникам организации, и их руководству.

Как правило, разработка таких регламентов носит творческий характер. В процессе их создания зачастую находятся новые, более эффективные решения. Введение разработанного регламента в действие означает, что в нем описана лучшая практика на сегодняшний день, и руководство будет поддерживать инициативу своих сотрудников по дальнейшему улучшению регламента.

Что касается количества регламентов, то здесь необходимо отметить следующее: медицинские организации, которые хотят сертифицироваться по международным стандартам или по Практическим рекомендациям Росздравнадзора, должны обязательно разработать регламенты, указанные в этих стандартах. Остальные организации определяют перечень и количество регламентов по своему усмотрению.

Принцип выбора количества регламентов для тех и других организаций один: важно, чтобы регламенты помогали повышать качество оказания медицинской помощи и безопасность пациентов.

В то же время следует отметить, что никакие регламенты не способны заранее предсказать все возможные ситуации, которые могут возникнуть при оказании медицинской помощи. В этом случае необходимы и дополнительные консультации опытных специалистов, и консилиумы, и ответственность медицинских работников, и поддержка руководства.

Информация к размышлению

История про то, к чему приводит искусственное упрощение сложных систем

В XVII веке в Пруссии (до объединения Германии больше 100 лет) решили навести порядок. Пруссия, порядок, Ordnung Muss Sein никто не отменял. Порядок решили навести... в лесу. Было принято решение стандартизировать деревья. Зачем?

Лес во времена отсутствия нефти и газа – важнейший сырьевой ресурс, от которого зависела экономика и даже обороноспособность. Обычный дикий лес живет по законам хаоса, в который приятно окунуться во время осенних прогулок, но в промышленной обработке он неудобен. Эпоха Просвещения – про утилитарность и конкретную пользу. Лес должен приносить пользу – государству и человеку.



Надежда Николаева,

руководитель
отдела «Системы
менеджмента
качества» ККБ:



Анализ, улучшение
и последующая
стандартизация процессов
нашей организации
позволили добиться
впечатляющих результатов.

Разработка регламентов, алгоритмов, стандартизация – в настоящее время один из самых часто используемых запросов в поисковике. Этот термин все чаще применяется и в здравоохранении. В Краевой клинической больнице применяются следующие виды регламентов: алгоритмы, инструкции, стандарты учреждения и др.

В алгоритмах и инструкциях описываются правила выполнения процедур в основном для среднего медицинского персонала. Как правило, в них указаны действия для одного сотрудника. Стандарты устанавливают порядок выполнения различных процессов, в которых участвуют несколько сотрудников из различных подразделений.

Алгоритмы и инструкции разрабатывают старшие медицинские сестры отделений, в которых они чаще всего выполняются. В команду разра-

ботчиков включаются самые опытные медицинские сестры, эксперты в своем деле.

Мы стараемся разрабатывать визуализированные инструкции и алгоритмы, по которым в дальнейшем легче проводить обучение и добиваться идеального выполнения процедур. Инициатива по разработке того или иного алгоритма идет от старших медицинских сестер отделений.

Стандарты учреждения разрабатывают команды, состоящие из сотрудников различных подразделений, которые участвуют в выполнении того или иного процесса. Во время разработки стандарта члены команды изучают исходное состояние процесса, анализируют его, анализируют наличие тех или иных потерь. Применение графических методов описания процессов позволяет представить их наглядно.

Пруссак сделали почти все леса монокультурными, а уход за ними поставили на научные рельсы. Был создан в буквальном смысле армейский порядок – идентичные деревья росли на определенном расстоянии друг от друга.

Теперь экономисты могли понять, на сколько древесины можно рассчитывать каждый год, упростился процесс валки и вывоза сырья. Вскоре ноу-хау Пруссии подхватили в Англии, Франции, США и других странах. Природу победили – во благо человека.

Но позже обнаружился и серьезный минус: леса стали одинаковыми. Выведение «правильного» леса, без буреломов и подлесков, привело к тому, что всякая живность (от насекомых до млекопитающих) стала обходить такие стандартные леса стороной. В результате пострадала почва. К тому же, как оказалось, разнообразие не только приятно для глаза, но и эффективно. История показала, что деревья

одного возраста и вида более подвержены болезням, тогда как сложная структура делала лесное тело более пластичным и устойчивым к кризисам.

Какой можно сделать важный вывод из этого примера? Сложные системы, к которым можно отнести лес (любой биогеоценоз), людской коллектив, семью, экономику – то, где работает многофакторность, очень тонко реагируют на радикальные решения. Поэтому инструкции, чтобы они были рабочими (выполнимыми и необходимыми) и несли позитивные изменения, всегда должны строиться на тщательном изучении исходного материала и анализе. Кроме того, вводя регламенты, мы должны понимать, что они так же могут быть изменены с течением времени и изменением контекста.

Анализ, улучшение и последующая стандартизация процессов нашей организации позволили добиться впечатляющих результатов, например, время пребывания пациента с сочетанной травмой в приемном отделении сократилось более чем в пять раз по сравнению с исходным состоянием.

Естественно, разработка таких стандартов не вызывает никаких конфликтов между руководством больницы и сотрудниками. В подобных случаях выигрывают все – руководство, сотрудники, пациенты и их родственники.

Ефим Чеботарев,

интерим-менеджер,
эксперт по
консалтингу:



В каждой конкретной ситуации кирпичики могут быть сложены по-разному, потому что пациенты разные, заболевания разные, контекст разный.

Все сильно зависит от того, что входит в понятие «стандарт» в конкретной компании: это или сугубо формальные рамки, предписания, требующие слепого выполнения инструкции, или лучший способ выполнения такой работы, принятый в этой компании в данный момент. Если это второй вариант, появляется возможность для нормального, живого, полноценного и подвижного использования стандартов и процесса стандартиза-

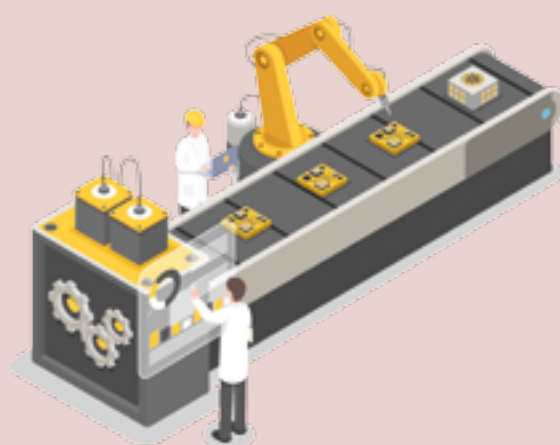
ции. Тогда к стандартам можно относиться как к базовой технике, которая нужна в спорте, в музыке, в любых художественных видах деятельности, без нее любая творческая активность превратится в самодеятельность. Базовая техника необходима, это лучший способ для начинающих, чтобы они могли не дублировать ошибки предыдущих поколений. Поэтому:

1. Стандарт – это лучший способ для работы в дан-

История Toyota, которую тиражируют по всему миру как удачную и показательную

Тайити Оно, председатель совета директоров компании «Тоёта босёку», рассказывает о тридцатилетней истории создания японского метода производства – производственной системы, позволившей компании Toyota занять лидирующие позиции не только в Японии, но и по всему миру. Зародившись в автомобильной промышленности в условиях крайне неблагоприятной рыночной ситуации, сегодня производственная система Тойоты широко применяется и во многих других производственных отраслях:

«Нефтяной кризис осени 1973 года, за которым последовал экономический спад, оказал негативное влияние на развитие бизнеса. Стало очевидным, что бизнес больше не может процветать, используя традиционную аме-



риканскую систему массового производства, которая так хорошо функционировала столь долгое время. Времена изменились. Основной целью производственной системы «Тойоты» стал выпуск широкой номенклатуры моделей автомобилей небольшими партиями.

ной компании в данный момент.

2. Стандарт – это базовая техника, которая принципиально важна для начинающих, а для опытных – чтобы не совершать базовые ошибки.

3. Стандарты – это как набор правильных кирпичиков, из которых, как в конструкторе, можно сложить классный дом, если кирпичики правильные, надежные, с предсказуемыми свойствами, – в этом случае из них получится качественная конструкция. Однако в каждой конкретной ситуации кирпичики могут быть сложены по-разному, потому что пациенты разные, заболевания разные, контекст разный. Но кирпичики должны быть правильные.

На выходе получается, что три этих важных элемента: 1-й – самый лучший способ, 2-й – стандарт – базовая техника для начинающих и для предупреждения повторяющихся ошибок, 3-й – стандартный набор правильных элементов, который в каждой конкретной ситуации складывается в правильный набор в зависимости от тех решений, которые примет конкретный специалист, и тогда стандарты начинают выполнять эту функцию: предупреждают ошибки, дают возможность импровизировать на фоне классной базовой техники так же, как это делает любой мастер в любом деле, подстраиваться под конкретную ситуацию.

**Егор
Корчагин,**

главный врач ККБ:



Если врач на 85% в своей деятельности соблюдает стандарты, а на 15% импровизирует в вопросах, не укладывающихся в стандарты, то он всегда будет наилучшим образом помогать пациенту.

Медицина – высокорискованный вид деятельности. Здесь огромное количество рисков как связанных непосредственно с медицинской помощью, так и не связанных с ней. Тем более когда

речь идет о современных методах лечения, которые бывают весьма агрессивными. Важно, чтобы решения в этих процессах принимались на основе лучших практик, на основе большого опы-

Производственная система «Тойоты» основывается на двух принципах: «точно вовремя», автономизация, или автоматизация с использованием интеллекта. Традиционный способ производства заключался в поставке материалов от предыдущего процесса к последующему. Поэтому я попробовал подумать о передаче материалов в обратном направлении. Более позднему производственному процессу, расположенному в конце потока, от более раннего процесса необходимы только годные детали в необходимом количестве в нужное время. Разве не будет логичным в этом случае производить в рамках более раннего процесса только те детали, которые потребуются? Что касается взаимодействия между несколькими процессами, разве недостаточно будет четко указать, сколько, чего и когда нужно? Мы будем на-

зывать это средство передачи информации «канбан» (карточка, указатель).

Компания Toyota отдает предпочтение автономизации – станкам, которые могут справляться с ошибками (браком) самостоятельно или «автономно», при помощи простой автоматизации. На всех заводах компании большая часть оборудования укомплектована различными предохранительными механизмами, системами точного останова, приспособлениями для быстрой переналадки и устройствами «защиты от дурака» (baka-yoke), или, более мягко, «защиты от ошибок» (roka-yoke).

Я решил изменить организацию труда – так, чтобы один оператор отвечал за несколько станков вместо одного, причем за разные их

та, доказательной практики, на базисе большого количества итераций по каждому конкретному действию. Речь не идет о том, что человек должен соблюдать какую-то абстрактную инструкцию, написанную в отрыве от реалий и практики. Любая инструкция в лечебном учреждении по лечению или диагностике основывается на клинических рекомендациях – своде лучших практик профессионалов мира, который, в свою очередь, основывается на серьезных многоцентровых исследованиях, доказавших эффективность и безопасность тех или иных методов.

К сожалению, я часто слышу историю о том, что соблюдение стандартов исключает творчество. Это не так. Если врач на 85% в своей деятельности соблюдает стандарты, а на 15% импровизирует в вопросах, не укладывающихся в стандарты, то он всегда будет наилучшим образом помогать пациенту. Зачастую мы видим подмену понятий, когда врач, не имеющий достаточно опыта и знаний по каким-то случаям, начинает опираться только на личные выводы, это катастрофа. Сегодня медицина – область, где один специалист не может выносить решение. Произошла настолько радикальная специализация направлений, что в современном здравоохранении решение – это всегда результат коллегиального обмена мнениями, по сути, консилиума. Вся цепочка, начиная от первого контакта с пациентом, далее диагностики, лечения и реабилитации – это целая технология, которая тоже должна выстраиваться правильно. И вот как раз здесь есть место творчеству, когда ситуация выходит за рамки рекомендаций.



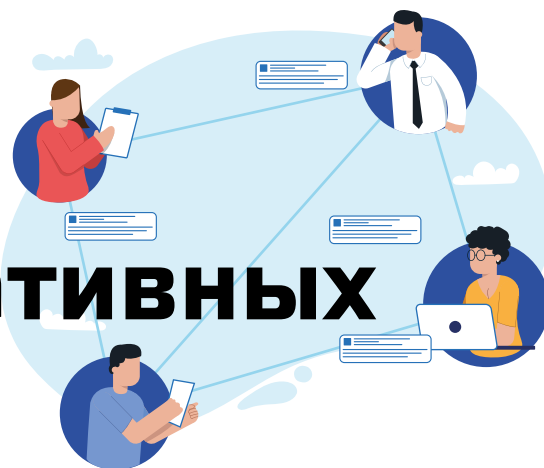
Образование в целом, и, конечно, в медицине тоже, должно меняться в сторону формирования навыка искать и находить ответ при непонятных ситуациях, в отличие от той парадигмы, которая действовала еще пару десятков лет назад, когда специалист обязан был знать и помнить всё – вне зависимости, пригодится ему эта информация или нет. Если будущие или настоящие врачи умеют анализировать данные, основанные на исследованиях, и применять их на практике – это здорово. Прокатившаяся по планете пандемия коронавируса показала это ярко – могут появляться задачи, готовых решений которым нет не только в доступе, а в принципе. И значимого исключительно личного опыта не было ни у кого. Лучшие результаты были у тех, кто умел анализировать множество мультифакторных, разнородных данных.

типы. Иными словами, первым шагом должно было стать внедрение производственного потока в механическом цехе. Я объединил различные станки в единую технологическую цепочку в пределах одного участка. Это кардинально отличалось от традиционной системы, в рамках которой крупная партия одинаковых деталей изготавливалась на одном производственном участке, а затем переправлялась на другой.

Если какая-либо деталь требуется производству в количестве 1000 штук в месяц, то нужно в течение 25 дней изготавливать по 40 деталей в день. Далее мы должны четко рассчитать дневную производительность. Если рабочий день составляет 480 минут, следует производить одну деталь примерно каждые 12 минут. Эти расчеты легли в основу концепции выравнивания производства».

Как можно трактовать этот пример? Разумеется, в ходе реформ было разработано огромное количество инструкций, направленных на исключение потерь («Бережливое производство»), упрощение с помощью новых станков одних процессов и усложнение работы людей путем объединения функционала. Была создана среда для того, чтобы сотрудники активно предлагали улучшения, сами включались в них и задействовали товарищей. Каждое рабочее место было оборудовано инструкционным табло, взглянув на которое сотрудник не мог ничего упустить. Иными словами, были созданы условия, состоящие из логичных и понятных указаний-инструкций, исключающих потери и стимулирующих творческий подход возможностей. Сочетание первого и второго дало мощный экономический эффект.

19 инструментов внутрикорпоративных коммуникаций



Поговорим о том, как создать единое информационное пространство

К

Сегодня молодым сотрудникам важно не только получать зарплату, но и видеть смысл в своей работе. Когда работа связана с понятными целями и ценностями, она становится более мотивирующей и значимой.

Умение учреждения доносить этот смысл своим сотрудникам является ключевым элементом успешного удержания и привлечения перспективных специалистов. Организации, которые умеют ясно и эффективно коммуницировать цели и миссию своей деятельности, создают сильную корпоративную культуру.

Важным фактором является также создание условий, в которых сотрудники могут реализовывать свои навыки и таланты, получать поддержку от руководства, а также видеть результат своей работы. Когда сотрудник видит, как его вклад вносит изменения или приводит к положительным результатам для организации или общества, он ощущает свою значимость и становится более мотивированным.

Коммуникации в организации не ограничиваются простым распространением информации. Это взаимодействие, в котором имеется пространство для обратной связи и обмена мнениями. Необходимо учитывать мнение и идеи сотрудников, чтобы достичь взаимопонимания и эффективного сотрудничества. Двусторонний диалог

помогает установить связь между руководством и сотрудниками, создавая атмосферу взаимного уважения и доверия.

Важным составляющим коммуникации является контекст, находиться в одной коммуникационной среде, всем видеть вещи одинаково. Это снижает недопонимание между сотрудниками, упрощает сотрудничество, предоставляет общий взгляд на дела. Распространенная проблема: как сделать так, чтобы отделы начали работать

друг с другом. Корпоративом совместным не обойтись, должны быть общие цели, выстроены процессы с четким распределением ролей, и должны быть коммуникации. Как в той притче про слепых старцев, которые трогали слона, чтобы понять, что он собой представляет. Каждый из них трогает разные части его тела, но при этом только какую-то одну из

них, например, бок, хобот или бивень. Затем они описывают друг другу свои впечатления от прикосновений и начинают спор, поскольку каждый описывает слона по-разному: «Слон похож на веер», «Слон похож на дерево!», «Слон похож на веревку»... При этом на самом деле ни одно из описаний не является верным. То же самое и без общего контекста, без коммуникаций каждый видит только свое.

Внутрикорпоративные коммуникации – это способы общения, принятые внутри организации. Они включают в себя налаживание связей внутри

организации, формирование единых стандартов поведения, построение системы информирования сотрудников, формирование положительного имиджа организации как работодателя.

Инструменты внутренних коммуникаций можно условно поделить на 4 группы:

● Информационные инструменты внутренних коммуникаций

1. Корпоративный портал

Олег Черкашин,

начальник отдела АСУ:



«Корпоративный портал в Краевой клинической больнице – единый информационный ресурс, который интегрирован практически со всеми системами больницы (QMS, 1С, МЭИС, Региональные сервисы), поэтому работает как единое пространство, где можно получить ответы на многие вопросы – от «Как организация работает в праздники?» до оформления заявки на вакансию, если надо нанять человека, возможности читать и комментировать корпоративный контент, пользоваться сервисами (заказ справок, заявки на ремонт оборудования, мебели и так далее), написать кадровые заявления, общаться между собой, искать контакты коллег, получать различные услуги в одном окне, иметь быстрый доступ к обучающим материалам, следить за рабочими показателями и многое другое».

2. Корпоративный сайт, социальные сети, где публикуются авторские статьи сотрудников, обзорные статьи, «истории спасения», новости учреждения, интервью и т.д. Люди потребляют контент разными способами и в разных источниках – хочется сделать так, чтобы каждому было удобно. С другой стороны, не стоит множить каналы внутренних коммуникаций, потому что каждым из них придется заниматься.

3. Рабочие группы в мессенджерах позволяют сотрудникам быстро и удобно общаться друг с другом, обмениваться информацией и получать ответы на свои вопросы без необходимости использования электронной почты или других каналов связи. Главное, не переборщить с количеством таких чатов.

4. Корпоративный журнал

Евгения Арбатская,

редактор журнала «Первая Краевая»:



«Нашей «Первой Краевой» мы решаем четкие задачи: создание единого информационного пространства, укрепление корпоративного бренда, повышение лояльности и мотивации персонала. Главными героями корпоративного журнала являются сотрудники ККБ. Их фото и развернутые биографические интервью размещаются на страницах издания. Рассказ о жизни и работе сотрудников подается в разных ракурсах: через деятельность подразделения, через интересы, хобби и увлечения, через достижения и новый опыт, интересный для других членов команды. Все делается для того, чтобы читатели могли составить впечатление о коллеге, если они не соприкасаются в работе, и лучше понять его, если им доводится общаться. Корпоративное издание служит отличной площадкой для самовыражения сотрудников – здесь они могут выступать в качестве авторов публикаций и фото, предлагать свои идеи по темам и рубрикам. Плюс это еще и инструмент для обмена чисто профессиональной информацией, важной для производственного процесса».

● Организационные инструменты внутренних коммуникаций

5. Совещания/планерки проводятся для обсуждения целей организации, конкретных действий персонала и т.д. В том числе выступления руководства (при разработке и утверждении стратегического плана).

6. Разработка и внедрение корпоративных стандартов (стандарты учреждения, инструкции).

7. Анализ неблагоприятных событий, поиск корневых причин проблем, советы по качеству.

**Надежда
Николаева,**
начальник отдела
СМК:



«Когда мы говорим о стандартизации процессов, то подразумеваем командную работу. Стандарты учреждения разрабатывают команды – рабочие группы, состоящие из сотрудников различных подразделений, которые участвуют в выполнении того или иного процесса. В процессе разработки стандарта или инструкции члены команды изучают исходное состояние процесса, анализируют его, анализируют наличие тех или иных потерь в процессе. А применение графических методов описания процессов, утвержденных в нашей больнице, позволяет представить их наглядно.

Разработка стандарта или инструкции – это способ совершенствования процессов, вовлечения и развития членов рабочей группы. Главный принцип которого – разрабатывает тот, кто сам является владельцем процесса и кому предстоит работать по этому документу.

На советах по качеству в доброжелательной атмосфере команды проводится анализ неблагоприятных событий или возникших проблем. Для этого чаще всего используется такой инструмент, как Диаграмма Исикавы (поиск корневых причин), далее разрабатываются мероприятия по улучшению. Тем самым применение таких подходов способствует личностному и профессиональному развитию каждого сотрудника, который является членом рабочей группы/команды».

8. Обход главного врача

**Егор
Корчагин,**
главный врач ККБ:



«На протяжении нескольких лет мой обход как главного врача проходил с целью аудита соблюдения требований по безопасности организации

медицинской помощи и обеспечения ее качества: выявлял отклонения в организации, в лечении, спрашивал, как соблюдаются требования клинических рекомендаций и порядки оказания медицинской помощи. Сейчас обход проходит в формате диалога, по сути, я устанавливаю с врачами контакт, стараюсь донести те идеи и подходы, которые сейчас актуальны. Например, в этом году на обходах мы обсуждаем основные шесть целей безопасности пациентов, внедрение клинических рекомендаций, а также управление рисками. При этом для меня важны: открытость, поддержка инициативы, делегирование полномочий, публичная похвала сотрудников, признание, справедливость».

9. Аудиты

Здесь важно вовлечение сотрудников в процесс улучшений. В нашей клинике в каждом подразделении есть ответственные за направления, и это более 1000 человек. Свыше ста сотрудников являются уполномоченными по качеству. И 35 сотрудников – это внутренние аудиторы.

10. Стратегическое планирование

**Валерий
Дементьев,**

врач-методист ККБ:



«В процессе стратегического планирования сотрудники имеют возможность выразить свои идеи, мнения и предложения, которые основаны на многолетнем опыте работы в каждой конкретной области. Это способствует повышению вовлеченности каждого сотрудника в процесс принятия управленческих решений и, соответственно, повышает уровень ответственности за исполнение этих решений. Также в процессе дискуссии улучшается коммуникация внутри организации, укрепляется единство и общность целей сотрудников. Процесс стратегического планирования может включать консультации, совещания и обсуждения, которые способствуют межфункциональному взаимодей-

ствию и обмену информацией между различными отделами. Это помогает снизить возможные конфликты и улучшает понимание для сотрудников не только своей роли в работе больницы, но и особенностей работы их коллег. Самым наглядным примером межфункциональных взаимодействий считаю обсуждение стратегического плана врачом и сестринским персоналом совместно с экономической службой. Это взаимодействие дало руководителям понимание, что у любого решения должна быть не только медицинская и социальная целесообразность, но и финансовый аспект, за который отвечает экономическая служба».

11. Геймификация процессов

**Нина
Потепалова,**
специалист по кадрам:



«Из основных преимуществ геймификации – мотивация в первую очередь. Игровые элементы, такие как рейтинги, бейджи и достижения, стимулируют сотрудников к участию и активному взаимодействию друг с другом. Они создают здоровую конкуренцию и повышают мотивацию к улучшению своих показателей эффективности. Игра помогает в улучшении коммуникации и сотрудничества, поскольку создает для сотрудников возможность работать вместе, обмениваться информацией и решать неигровые проблемы в игровом контексте. Геймификация используется для обучения сотрудников, позволяя максимально вовлечь их в процесс и делая его более интересным и привлекательным. Сотрудники объединяются для получения общего результата, а это позволяет создать качественную командную работу. Игровые элементы поднимают настроение и увеличивают уровень удовлетворенности сотрудников от работы. То, что было обязательным и рутинным, становится увлекательным и желаемым для достижения. Геймификация способствует укреплению чувства принадлежности к команде».

● Аналитические инструменты внутренних коммуникаций



12. Опросы/анкетирование

**Оксана
Аленченко,**
психолог ККБ:



«Опросы позволяют собрать мнение сотрудников о различных аспектах работы организации, таких как удовлетворенность условиями труда, мотивация, эффективность коммуникации и т.д. Это помогает руководству лучше понять потребности и ожидания сотрудников. Участие в опросах дает сотрудникам возможность высказаться и внести свой вклад в процесс принятия решений. Это способствует ощущению принадлежности и вовлеченности в организацию, что может положительно сказаться на мотивации и продуктивности. Опросы могут помочь выявить потенциальные проблемы или недостатки в коммуникации внутри организации. С их помощью можно выяснить, есть ли проблемы с передачей информации, разделением знаний, эффективностью командной работы и т.д. Это позволяет руководству принять меры для улучшения коммуникации и предотвращения проблем».

● Коммуникативные инструменты

13. Корпоративные мероприятия. Это мероприятия, как правило, посвященные важным событиям, таким как день основания больницы, День медицинской сестры, День медицинского работника, Новый год и т.д.

Екатерина Михайлова,

заместитель главного
врача по кадрам:



«Мероприятия, которые мы проводим в честь Дня медицинской сестры и Дня медицинского работника, празднуем вкладом в личностный рост и развитие. Так, в этом году мы собрали сто человек среднего медперсонала и провели для них интеллектуальный квиз. Это такая викторина на тему процессов в больнице. Были и развлекательные вопросы. Фестиваль «Саморазвитие» в этом году стал юбилейным, пятым. Мы выбираемся на два дня в загородный отель, приглашаем больше 10 тренеров личностного роста, переговоров, управленческих навыков, психологов. Одновременно работает 5 площадок, и сотрудники могут выбрать интересующую их тему. Вместимость – 160 человек, сотрудники приезжают с детьми, мужьями и женами. На мероприятии мы стараемся дать им инструменты для прокачки не профессиональных навыков, а личностных компетенций».

14. Корпоративное обучение позволяет эффективно обмениваться информацией, обучать сотрудников и создавать сильные команды.

Дарья Гудавасова,

ведущий специалист
по кадрам:



«Обучение персонала является важнейшим средством достижения стратегических целей организации. Обучение помогает сотрудникам приобрести необходимые навыки и знания для выполнения своей работы, дает возможность сотрудникам «говорить на одном языке», улучшает коммуникации. Это способствует повышению производительности и улучшению командной работы, а также развитию культуры самообучения. Обучение делится на

внешнее и внутреннее. Внешнее обучение закрывает производственные потребности организации и способствует внедрению и развитию новых методик и технологий диагностики и лечения, а также увеличению уровня компетентности сотрудников в соответствии с профессиональными требованиями и актуальными достижениями науки, техники и технологий. Внутреннее обучение направлено на формирование корпоративной культуры. Во время обучения сотрудники получают информацию о ценностях и миссии организации, а также о том, как следовать этим ценностям в своей работе. Огромное значение здесь имеет готовность персонала к получению новых знаний и настрой на развитие. Эффективным инструментом является, например, наставничество. Внутреннее обучение помогает сформировать команду профессионалов, которые могут эффективно выстраивать процессы коммуникации на принципе «передача видения», превращающем лидеров в учителей, затем их учеников в лидеров и учителей, и так далее. Такой подход во многом определяет успех организации».

15. Совет по качеству, разбор инцидентов. На совете по качеству происходит разбор неблагоприятных событий с помощью таких инструментов, как Диаграмма Исикавы и «Пять почему», чтобы найти корневую причину. Служба качества и медицинские работники отрабатывают навыки во время обсуждения.



16. Конференции могут использоваться для проведения тренингов, семинаров или мастер-классов, которые предназначены для повышения компетентности сотрудников. Во время конференций проходит обучение новым навыкам, обмен передовыми знаниями или презентация

экспертов в отрасли. Такие мероприятия дают сотрудникам возможность задать вопросы, выразить свое мнение или прокомментировать важные вопросы руководству организации, создавая более открытую и прозрачную среду. А также помогают сотрудникам ощутить себя важной частью организации, укрепляют чувство принадлежности к команде. Кроме того, конференции позволяют нам самим продвинуться в определенных вопросах.

17. Прием главного врача по личным вопросам / кофе с главным врачом – это возможность открытого диалога на любую тему о жизни и работе. Если прием по личным вопросам подразумевает официальную атмосферу, где важна четкость, то неформальная встреча создает более расслабленную и дружественную обстановку, в которой участники чувствуют себя более свободно. Такие встречи могут способствовать лучшему взаимопониманию и укреплению доверия между руководством и сотрудниками.

18. Вопрос администрации – возможность любому сотруднику обратиться напрямую к главному врачу с любым интересующим вопросом, в том числе полностью анонимно. Сообщения не проходят модерацию, а направляются сразу главному врачу – в них жалобы, благодарности, идеи сотрудников. Главный врач дает ответ адресно или анонимно, если сотрудник пожелал остаться неизвестным. Этот канал часто помогает узнавать о внутренних конфликтах в подразделениях и своевременно их купировать.



19. «Есть идея». Этот инструмент используется для сбора и анализа идей, вопросов и проблем, возникающих у сотрудников в организации. Он представляет собой онлайн-платформу, где сотрудники предлагают свои идеи, задают вопро-

сы или выдвигают проблемы, с которыми они сталкиваются в работе. «Есть идея» дает возможность сотрудникам делиться своими мыслями и предложениями по улучшению работы организации, а также позволяет остальным сотрудникам выражать свои мнения и комментарии к предложенным идеям. Это помогает стимулировать внутреннюю коммуникацию, собирать ценные отзывы и предложения от сотрудников, а также повышать уровень вовлеченности и участия сотрудников в жизни организации.

Итак, выстраивая систему внутренних коммуникаций, важно учесть несколько факторов, которые могут повлиять на эффективность:

- **Культура организации.** Определяет стиль коммуникации. Некоторые организации могут быть более формальными и иерархическими, в то время как другие предпочитают более открытый и коллегиальный подход. Понимание и учет особенностей культуры организации поможет в создании эффективной коммуникационной стратегии.
- **Разнообразие сотрудников.** Внутрикорпоративные коммуникации должны учитывать культурные, социальные и языковые различия сотрудников. Часто бывает полезно адаптировать коммуникационные стратегии для разных групп сотрудников, чтобы улучшить понимание и эффективность обмена информацией.
- **Использование технологий.** Современные технологии предоставляют множество инструментов для коммуникации внутри организации. Важно выбирать и использовать инструменты, которые наиболее соответствуют потребностям организации. Например, электронная почта, мессенджеры или внутренние социальные сети могут быть полезными инструментами для быстрой и эффективной коммуникации.
- **Прозрачность и открытость.** Важно, чтобы информация была доступна и понятна для всех сотрудников. Установление прозрачных коммуникационных процессов и политики поможет создать доверие и улучшить взаимодействие внутри организации.

Все эти факторы являются важными при выстраивании внутрикорпоративных коммуникаций и могут помочь организации в достижении своих целей и улучшении рабочих отношений.

«Опыт пациента» глазами эксперта



Автор сердечно благодарит за помощь
в подготовке текста редактора
Анну Моргунову.



Диляра Таут,

*начальник отдела экспертизы качества
медицинской помощи и оценки медицинской
деятельности ФГБУ «Национальный
институт качества» Росздравнадзора:*

Когда речь идет о медицинской помощи, пациенту сложно быть полностью объективным: и из-за эмоциональной составляющей, и из-за того, что он не всегда может знать, почему определенный процесс организован тем или иным образом, можно ли его упростить и модернизировать без ущерба качеству помощи.

Как эксперт, занимающийся вопросами качества медицинской деятельности, и в то же время как человек, который обращается за помощью к врачам, когда болеют его близкие, я попробовала взглянуть на то, как устроена медицинская помощь, и оценить ее слабые места «со стороны пациента»

Этический выбор

По этическим соображениям я долго не решалась описать свои впечатления родственника или законного представителя – академическая школа учила меня этике и деонтологии, а проблемы такого характера не принято было выносить за пределы организации.

Но одновременно я понимала: обсуждение темы среди профессионального сообщества является очень важным шагом к повышению качества и безопасности медицинской деятельности.

Я врач, мне виднее?

Долгое время в нашей медицине главенствовала патерналистская модель. Предполагалось, что врач как человек с опытом и образованием – безусловный авторитет, который не должен обсуждать с больным ход лечения или объяснять пациенту и его родственникам, что и зачем он делает.

Но как профессионал я считаю, что активное вовлечение пациентов и их родственников в процесс лечения – обязательный компонент качественной медицинской помощи.

Выстраивание пациентоцентричной помощи – тема актуальная и, даже можно сказать, модная. Но полного понимания того, что стоит за этими словами, так и не сложилось.

В широкой практике отсутствует подход, который рассматривал бы оказание медицинской помощи с активным привлечением пациента. И я думаю, что именно пациентский опыт врачей может стать ключом к его пониманию.

Сегодня врач, завтра – пациент

Реальность медицинского работника меняется, как только он получает статус пациента или его родственника. За последний год я дважды побывала в больнице в качестве законного представителя, находясь с ребенком на лечении в стационаре, и один раз – в качестве родственника при госпитализации пациента.

С чем я столкнулась?

Сразу хочется отметить, что все недостатки организационной деятельности, которые я замечала в своей практике эксперта, бросаются в глаза. С одной стороны, из-за этого я лучше понимаю риски, и мне эмоционально тяжелее видеть слабые места, но с другой – я могу подробно и объективно описать их.

Что первую очередь хотелось бы отметить?

● Отсутствие ясной маршрутизации для пациента при самостоятельном обращении

В попытке понять, где именно находится приемное отделение, мне пришлось сделать несколько кругов – замечу, с ребенком, которого лихорадило, на руках. Это было важно, поскольку в таком состоянии не хотелось вести его по холоду, да и собственное состояние, обусловленное недосыпом и тревожностью, отняло очень много сил.

● Невозможность парковки

Машину около больницы оставить было нереально: парковка и остановка запрещены, охранники на входе впустить машину отказались. При этом в другой больнице в такой же ситуации машину пропустили. Может, просто повезло, и в смену дежурил добросердечный охранник?

Возникает вопрос: есть ли на этот счет инструкция? Возможен ли пропуск пациента-пассажира на территорию для высадки возле приемного отделения и в каком случае?

● Нарушение санитарных правил при заборе крови

При каждом опыте обращения в больницу наблюдались недостатки с обеспечением эпидемиологической безопасности, а именно проблемы с обработкой рук.

Я наблюдала, как медсестры в одних и тех же перчатках брали кровь у пациентов. Сразу пришлось вежливо попросить их о смене перчаток и об обработке рук. Надо сказать, прислушались.

● Отсутствие эффективной коммуникации между лаборантом и пациентом

Казалось бы, обычный момент – нужно поставить банку с мочой для анализа. Но речь об организации рабочего места «по принципу 5 S» или об организации его с точки зрения удобства пациента не шла. Столика для приема биоматериала в зоне видимости я не обнаружила. Зато когда поставила не в необходимое место, услышала от лаборанта критику в грубой форме.

Мне не требовался особый индивидуальный подход, но это было, как минимум, неэтично, особенно если учесть, что меня отчитали при ребенке. Ребенок испугался, напрягся.

Кроме того, я столкнулась с таким же раздражением рентген-лаборанта при желании остаться с ребенком в рентген-кабинете. «Ну и одевайтесь тогда сами, ребенок мог бы и один остаться, большой уже!» – сказали мне.

Считаю, что решение законного представителя вряд ли требует критики и осуждения. Хочу отметить, что лаборант спросила, не беременна ли я, вот это – плюс.

● Проблемные аспекты лекарственной безопасности

Ни в одном приемном или клиническом отделении ребенка не взвесили, вес и рост записали с моих слов. Была ли я уверена сама в озвученной версии веса моего ребенка? Однозначно, нет.

При назначении лечения антибактериального курса я выяснила, что дозировка по весу (хотя бы озвученному мною) была назначена неправильно.

На мой вопрос врач предложил поменять ее, но весов в клиническом отделении не нашлось. Я взяла тайм-аут, изучила клинические рекомендации, инструкцию, обратилась за вторым мнением к педиатрам-однокурсникам. Но есть ли такая возможность у рядового пациента?

В итоге дозировку скорректировали, это было важным моментом, так как до этого у ребенка уже было два курса неэффективной антибиотикотерапии.

● Введение лекарственных средств путем инфузии

У меня как у законного представителя не было возможности идентифицировать, что было во флаконе. На мой вопрос, какой препарат там находится, врачи смогли ответить, а вот с дозировкой возникла проблема.

Пришлось настойчиво, зная риск ошибок, уточнять у процедурной сестры (оказывается, набирала одна, а вводила другая). И так каждый день, перед каждой инфузией!

Надо отметить, что при постановке инфузий через катетер, а также при проведении внутримышечной инъекции опять же отмечались проблемы с обработкой рук персонала.

Приходилось делать замечания, настаивать на правильном порядке, но осложнялось все тем, что сестры менялись, и приходилось раз за разом объяснять им снова.

Причем уверенность сестер, что они в перчатках, а значит, все в порядке, была искренней. Учили ли их, как делать это правильно? В моих глазах они были ответственные люди, их точно можно было обучить.

Хочу отметить, что средний медицинский персонал был расположен к ребенку, старался найти подход, что очень радовало. Ребенок переставал «зажиматься» и смотрел на происходящее без страха. Здесь определенно навык был отработан. Коммуникация во всех детских стационарах с ребенком вызвала только позитивные чувства и положительную оценку.

● Перекалывание на родителей обязанностей по проведению процедур

Кто должен проводить все медицинские процедуры в стационаре? Конечно, медицинский работник. Но в итоге я как законный представитель делала «кукушку» два раза в день.

Мне, конечно, показали, как это делать. Но при этом мой навык не был проверен со стороны медицинского работника. Я, конечно, медик, мне было легче. Справится с этим рядовой законный представитель? Не уверена, совсем не уверена.

В моем случае осложнялось все тем, что я в первую очередь мать, а потом все-таки врач, и ребенок при проведении манипуляции был менее послушным, чем с врачом. Как следствие, процедура оказалась менее эффективна. Пришлось настоять и расписаться почему-то в собственном бессилии, на котором был сделан акцент.

То же касалось инстилляций лекарственных средств. Простая медицинская процедура. Кто должен делать? В итоге делала я, законный представитель.

Только одна медицинская сестра, когда приходила на дежурство, делала все. Причем она предупредила меня сразу: это очень важно, не делайте сами, есть угроза передозировки или неправильного введения! Такое понимание и ответственность радовали.



● Нарушение условий хранения препаратов

На весь курс лечения во всех больницах мне на руки выдавали капли (глазные, для носа). Но одни из них были термолабильными препаратами. Предложение хранить их в своей тумбочке я отвергла. Попросила хранить в холодильнике в процедурном кабинете, что вызвало недоумение и недовольство. Видимо, это был первый случай такого желания законного представителя в их профессиональном опыте.

● Проблемы коммуникации с лечащим врачом

В одной больнице общение с лечащим врачом выглядело так: осмотр ребенка, уточняющие вопросы со стороны врача, тезисное резюме и бы-

стрые попытки ретироваться. Один раз мне пришлось останавливать убегающего врача, чтобы уточнить важные моменты.

Предполагаю, что врачу действительно нужно было спешить, но причины спешки и другого времени для общения мне озвучены не были. Более того, визит врача происходил в разное время, что вызывало напряжение.

Загружены ли врачи? Конечно. Я как врач это знаю. Но нужно ли информирование и вовлечение пациента и законного представителя? Ответ здесь тоже будет положительный.

Еще один момент: просьба посмотреть историю болезни не была встречена дружелюбно, я получила отказ. Обоснование следующее: у нас все в электронном виде, а показать на компьютере я не могу, в ординаторской много врачей, мы им будем мешать.

Пришлось поговорить о правах пациента, убедить. А как бы решал проблему рядовой законный представитель?

В другом медицинском учреждении общение оказалось более удобным и продуктивным. Состоялся обстоятельный разговор с лечащим врачом при обходе, беседа с заведующим отделением, были учтены мои врачебные знания как законного представителя, со скидкой, конечно, на недосып и относительную эмоциональность и тревожность как родителя, а также обсуждение прогноза и тактики, точное указание результатов анализов.

Было удобно, что врач приходил в одно и то же время: в промежутке между 9:00 и 9:30 был обход, в 15:00 проходило повторное консультирование по результатам анализов, что тоже считаю очень важным.

Интересен был коммуникативный опыт с дежурными врачами или врачами, заменяющими лечащего, когда со всеми вопросами меня направляли к лечащему врачу. Самыми неприятными были случаи, когда выносилось оценочное суждение или негативный отзыв о действиях и тактике лечащего врача. Мною это было однозначно воспринято как нарушение межколлегальной этики.

● Информированное добровольное согласие

Здесь все стандартно. Листок давал на подпись средний медицинский персонал: распишитесь! Впрочем, как эксперт я здесь и не ожидала увидеть чего-то нового.

● Информирование при госпитализации пациента-родственника в ОРИТ

Поступление родственника в ночь в кардиореанимацию, третий этаж больницы. Дежурный реаниматолог говорит, что узнать состояние пациента можно по телефону. На вопрос, куда звонить, по какому номеру, когда – ответа не дает: «Я не знаю, спросите внизу у охранника». И это с

учетом того, что я представилась как врач. Куда дается наша коллегиальная поддержка? Я уже не говорю про рядового пациента.

На вопросы о четких объективных показателях состояния родственника были даны уклончивые и обобщающие ответы. Считаю ли я, что была информирована? Категорически нет!

Спускаюсь в поиске охранника – он ничего не знает, стенда с информацией нет. На первом этаже, уже перед входом в нейрореанимацию, увидела объявление на двери: «Уважаемые родственники пациентов! Мы понимаем ваше волнение за близких. Но идет процесс активного лечения. Просьба звонить по телефону:***-**-** строго после 15:00. Вас проинформирует лечащий врач. Вопрос о посещении пациентов решается с заведующим отделением, вторник, среда, пятница после 15:00». Сфотографировала для коллекции эксперта.

Остальную часть ночи спала плохо, нужно было утром дозвониться и узнать про состояние родственника в ОРИТ. Продумывала: как дозвониться в ОРИТ, с кем из коллег, однокурсников посоветоваться по тактике и прогнозу.

● Госпитализация родственника в ОРИТ

Бригада СМП действительно, на мой взгляд, показала верх профессионализма и фактически стабилизировала состояние пациента в домашних условиях и при транспортировке родственника.

Транспортировка затруднялась ограничениями домового строения, но была преодолена силами бригады. Запомнилось важное замечание для меня реанимационной бригады: «Наконец-то стоящий вызов за смену». Говорит косвенно о многом.

● Удовлетворенность бытовыми условиями

Были разные условия. В хороших, конечно, было комфортнее, я меньше уставала. Но более эффективная коммуникация, эмпатия врачей, активное слушание – больше снижало уровень волнения даже при худших бытовых условиях.

● Питание законных представителей

Не думала, что это может стать проблемой, но в одном случае законных представителей кормили, в другом нет, даже за деньги. Это вызывало удивление и даже чувство унижения.

При этом сотрудницы буфета, зная, что родителей не кормят, накладывали в два раза больше еды детям и предлагали добавки. Не знаю, их ли это инициатива, но выглядело как эмпатия персонала.

● Общение после выписки

Выдача выписок проходила стандартно – после

общения с врачом, у старшей сестры. Но в одном случае это был четкий план действий, в другом – формальное предложение продолжить лечение. Кроме того, в одном из учреждений электронный лист нетрудоспособности в итоге оформили неправильно. Хорошо, у меня на работе сотрудники бухгалтерии смогли дозвониться до ответственных лиц и указали, в чем была ошибка в программе.

Эмоциональный опыт и пожелания

Если обобщить все эмоции, которые я испытала, это будет страх, тревога, возмущение как эксперта и, конечно, благодарность к врачам и сестрам. А еще – сожаление, что в наших больницах много рисков, осознание, что работы для меня как для эксперта – непочатый край, и энтузиазм дальше заниматься внедрением системы управления качеством.

Чего бы мне хотелось видеть как родственнику / законному представителю?

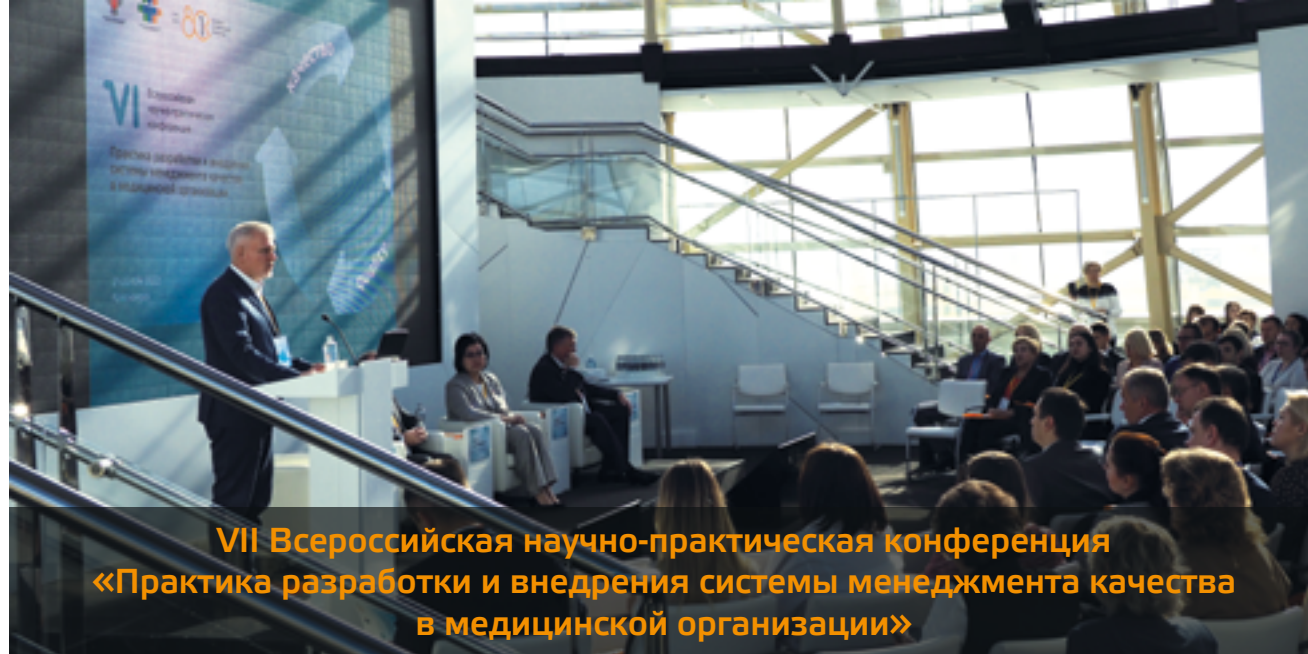
1. Профессиональное оказание помощи.
2. Качественное и своевременное информирование, в том числе на профессиональном языке, если его понимает пациент/родственник пациента.
3. Обеспечение безопасности при оказании медицинской помощи.
4. Обсуждение моих сомнений и тревог, вариантов тактики ведения пациента.
5. Проявление эмпатии к ребенку и ко мне, законному представителю.
6. Меньшую загруженность и усталость врачей.

Какие выводы я могу сделать как эксперт?

1. Помощь не соответствует подходам пациентоцентричности. Обучение, информирование пациентов / законных представителей не проводится в полном объеме.
2. Помощь небезопасна. Внимания к вопросам безопасности медицинской деятельности недостаточно со стороны персонала.

Что важно поменять?

1. Учитывать опыт пациента при выстраивании системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в МО.
2. Внедрять принципы пациентоцентричности и развивать навыки сотрудников в его обеспечении. Важно – что это можно сделать в абсолютно простых процессах при оказании медицинской помощи.



VII Всероссийская научно-практическая конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации»

Присоединяйтесь к нам, в течение двух дней будут представлены лучшие практики работы медицинских организаций! Ведущие специалисты представят достижения в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Документация по учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ:

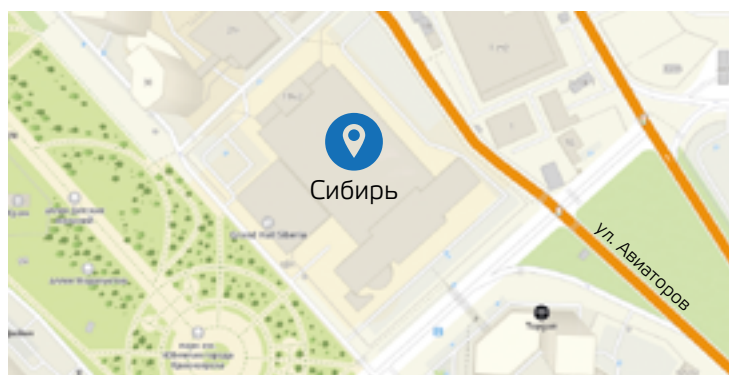
- Обмен практическим опытом в области менеджмента качества между медицинскими организациями.
- Современные подходы в управлении персоналом. Поддержка, мотивация и вовлечение персонала.
- Региональный опыт внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора.
- Опыт проблем и путей решения при сертификации по требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора в стационарах и поликлиниках.
- Внедрение человекоцентричного подхода в деятельности медицинской организации.
- Вовлечение семей и родственников в процесс лечения.
- Совершенствование сестринского процесса, эффективные технологии в работе медицинских сестер.
- Эффективные внутренние коммуникации в организации.
- Цифровая трансформация многопрофильной клиники и т.д.

Заполнить заявку на участие можно на сайте medgorod.ru

ДАТА И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Конференция будет проходить
в очном формате
13-14 сентября 2023 года

по адресу:
**г. Красноярск,
ул. Авиаторов, 19,
МВДЦ «Сибирь»**



ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Практика разработки и внедрения системы менеджмента
качества в медицинской организации»

2023

13-14 сентября 2023 года

Организационный комитет:

ПРЕДСЕДАТЕЛИ

Немик Борис Маркович	и.о. министра здравоохранения Красноярского края
Корчагин Егор Евгеньевич	главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

СОСТАВ ОРГКОМИТЕТА

Бичурина Марина Юрьевна	заместитель министра здравоохранения Красноярского края
Швабский Олег Рудольфович	заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
Головина Наталья Ивановна	заведующая отделом контроля качества оказания медицинской помощи, представитель руководства по качеству КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Чуваков Игорь Викторович	заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Дранишников Сергей Владимирович	консультант по СМК КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Частухина Елена Ивановна	и.о. заместителя главного врача по финансово-экономической деятельности КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Николаева Надежда Михайловна	начальник отдела системы менеджмента качества КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Черкашин Олег Андреевич	руководитель центра информационного и документального обеспечения КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Головач Сергей Александрович	начальник пресс-службы КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Арбатская Евгения Михайловна	корреспондент пресс-службы и редакции журнала «Первая Краевая»

ПРОГРАММА

09:00-09:45	Регистрация участников
09:45-10:00	Открытие конференции
09:00-10:00	Приветственный кофе-брейк
13:00-14:00	Кофе-брейк
18:00	Завершение первого дня конференции

13 сентября 2023

I. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

Модераторы: Корчагин Е.Е., Швабский О.Р., Каримова Р.Б.

№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
09:00-09:45 Приветственный кофе-брейк				
1	10:00-10:25	Немик Борис Маркович	Региональный проект по внедрению системы управления качеством в МО г. Красноярск	И. о. министра здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск
10:25-10:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
2	10:30-10:55	Швабский Олег Рудольфович	Вовлечение пациентов и членов семьи в обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности	Заместитель генерального директора, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва
10:55-11:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
3	11:00-11:30	Корчагин Егор Евгеньевич	Управление качеством – дань моде или объективная необходимость? Почему внедрение этих процессов вызывает сложности?	Главный врач, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
11:30-11:35 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
4	11:35-11:55	Шавалиев Рафаэль Фирнаялович	Опыт внедрения стандартов HIMSS. История одной клиники	Главный врач, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань
11:55-12:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
5	12:00-12:25	Таут Диляра Фаязовна	Система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности: перспективы развития	Начальник отдела экспертизы качества медицинской помощи и оценки медицинской деятельности, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва
12:25-12:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
6	12:30-12:55	Мухамадеев Марат Фанисович	Внедрять систему менеджмента качества в больнице. Дорого ли?	Главный врач, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны
12:55-13:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
13:00-14:00 Кофе-брейк (обед)				

Модераторы: Бошкович Р., Мухамадеев М.Ф., Шавалиев Р.Ф.

7	14:00-14:45	Консон Клаудия	Человек в центре внимания – современная философия медицины	Высококвалифицированный специалист организации здравоохранения, паллиативной помощи и реабилитации, д.м.н., Израиль
14:45-14:50 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
8	14:50-15:15	Каримова Резида Билюновна	Организация хирургической безопасности. Вовлечение хирургической службы в процесс улучшения	Главный врач, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «Медси 2», г. Москва
15:15-15:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
9	15:20-15:45	Россейкин Евгений Владимирович	Хирургическая безопасность – наши первые и вторые шаги	Главный врач, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Хабаровск
15:45-15:50 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
10	15:50-16:15	Ахмедова Эльмира Интизамовна	Обеспечение качества и безопасности оказания медицинской помощи в КГБУЗ «КККЦОМД». Лечение, пациенто-центричность, инциденты	Заместитель главного врача по медицинской части по детству, Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Красноярск
16:15-16:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
11	16:20-16:45	Герасимова Наталья Анатольевна	Роль сервиса и его качества в оказании медицинских услуг на примере частных стоматологических клиник	Генеральный директор, Сеть центров «АСТРЕЯ», г. Красноярск
16:45-16:50 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
12	16:50-17:15	Матыцин Никита Олегович	Чек-листы: модное слово или эффективный инструмент для профилактики рисков?	Председатель Совета Благотворительного Фонда «Безопасное здравоохранение», консультант Экспертного совета по качеству медицинской деятельности Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н., г. Москва
17:15-17:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
13	17:20-17:45	Филимонов Владимир Сергеевич	Положительные аспекты внедрения системы менеджмента качества на Станции скорой и неотложной помощи им А.С. Пучкова, г. Москва	Заместитель главного врача по медицинской части, Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения, г. Москва
17:45-17:50 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
14	17:50-18:15	Гончар Игорь Викторович	Трансформация подходов в проектировании крупного современного стационара. Практический кейс	Старший менеджер, медицинский инжиниринг, консалтинговая практика Филипс в России и Центральной Азии, г. Москва
18:15-18:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				

ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ КОНФЕРЕНЦИИ

14 сентября 2023

БОЛЬШОЙ ЗАЛ СЕКЦИЯ «БЕЗОПАСНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Модераторы: Корчагин Е.Е., Швабский О.Р., Бошкович Р.

№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
09:00-10:00 Приветственный кофе-брейк				
1	10:00-10:25	Азербаета Айжан Жунускановна	Культура безопасности: система регистрации и разбора инцидентов в Hadassah Medical Moscow	Руководитель отдела качества и безопасности, Филиал компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал Лтд», г. Москва
10:25-10:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
2	10:30-10:55	Окрушко Алексей Сергеевич	Организация потоков в медицинских учреждениях. Современные подходы	Архитектор-технолог, руководитель Архитектурного бюро «Арбат», автор проектов зданий и интерьеров, г. Москва
10:55-11:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
3	11:00-11:30	Иванова Елена Борисовна	Эпидемиологическая безопасность в отделении реанимации новорожденных	Заведующая эпидемиологическим отделением, ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина», врач-эпидемиолог высшей квалификационной категории, врач-дезинфектолог, г. Мурманск
11:30-11:35 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
4	11:35-11:55	Штроо Ирина Владимировна	Современные подходы к организации работы приемного отделения в условиях многопрофильного стационара	Заведующая приемным отделением, ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3», г. Челябинск
11:55-12:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
5	12:00-12:25	Орлов Игорь Николаевич	«Умные» операционные как стандарт оснащения	Заместитель главного врача по медицинской части, врач-уролог, онколог, к.м.н., ГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки Санкт-Петербургская», г. Санкт-Петербург
12:25-12:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
6	12:30-12:55	Бондаренко Ольга Геннадьевна	Оптимизация работы лабораторной службы	Заведующая клинико-диагностической лабораторией, к.м.н., ГАУЗ «ОКБ № 3», г. Челябинск
12:55-13:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
13:00-14:00 Кофе-брейк				

СЕКЦИЯ «ПРОЦЕССЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ»

Модераторы: Бошкович Р., Корчагин Е.Е.

7	14:00-16:00	Консон Клаудия	Мастер-класс для медицинских сестер	Высококвалифицированный специалист организации здравоохранения, паллиативной помощи и реабилитации, д.м.н., Израиль
16:00-16:05 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
8	16:05-16:30	Караулова Евгения Олеговна	Сестринская оценка состояния пациента в многопрофильном стационаре	Главная медицинская сестра, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны
16:30-16:35 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
9	16:35-17:00	Плечинта Светлана Игоревна	Внедрение матриц ответственности и передача клинической ответственности в работе акушеров ГБУЗ СО «ЕКПЦ»	Специалист, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург
17:00-17:05 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
10	17:05-17:25	Варламова Светлана Алексеевна	Шесть целей безопасности в сестринском уходе	Старшая медицинская сестра отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
17:25-17:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
11	17:30-17:55	Фусс Татьяна Владимировна	Совершенствование сестринского процесса с учетом пациентоцентричности	Заместитель медицинского директора по работе с сестринским персоналом, АО «Группа компаний «МЕДСИ», г. Москва
17:55-18:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
12	18:00-18:20	Бацкалева Ольга Владимировна	Обучение по алгоритмам и мониторинг их исполнения	Старшая медицинская сестра оториноларингологического отделения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
18:20-18:25 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
18:25-19:00 Подведение итогов конференции				

МАЛЫЙ ЗАЛ СЕКЦИЯ «УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ»

Модераторы: Шавалиев Р.Ф., Сизанцева И.Г., Мухамадеев М.Ф.

1	10:00-10:25	Михайлова Екатерина Вячеславовна	Топ-15 инструментов	Заместитель главного врача по кадрам, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
10:25-10:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
2	10:30-11:10	Сизанцева Ирина Геннадьевна	Как справиться с сопротивлением команды в ходе реализации проекта	Эксперт в сфере управления персоналом в медицине, лидер политики SQE (в рамках аккредитации JCI – Joint Commission International) – Staff Qualification & Education, Московская школа управления Сколково, г. Москва
11:10-11:15 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
3	11:15-11:55	Васильева Юлия Викторовна	Тренды развития талантов	Начальник учебного центра, Центр развития талантов ПАО «Сбербанк», г. Красноярск
11:55-12:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
4	12:00-12:55	Аленченко Оксана Сергеевна	Мастер-класс «Ситуационное лидерство»	Психолог отдела кадров, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
12:55-13:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
13:00-14:00 Кофе-брейк				

СЕКЦИЯ «ПРОЕКТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ СМК»

Модераторы: Бичурина М.Ю., Швабский О.Р., Таут Д.Ф.

5	14:00-14:25	Андоверова Агриппина Георгиевна	Развитие внедрения системы управления внутренним контролем качества и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях Тюменской области	Руководитель центра, Региональный центр компетенций в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях Тюменской области, г. Тюмень
14:25-14:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
6	14:30-14:55	Дзелдзайн Марина Викторовна	Опыт внедрения ПР РЗН и подготовка к сертификации. Проблемы и пути решения	Заместитель главного врача по организационно-методической работе, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4», г. Красноярск
14:55-15:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
7	15:00-15:25	Быков Аким Семенович	Особенности внедрения ВКК на основании Предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора в акушерских стационарах/перинатальных центрах	Руководитель отдела менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург
15:25-15:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
8	15:30-15:55	Безруких Марина Владимировна	Проблемы и особенности внедрения системы управления качеством и безопасностью в районной больнице	Главный врач, КГБУЗ «Богучанская РБ», г. Красноярск
15:55-16:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
9	16:00-16:25	Гребенников Сергей Васильевич	Опыт внедрения ПР РЗН. Вовлечение персонала в проект реализации мероприятий по улучшению	Главный врач, КМК «БСМП имени Н.С.Карповича», г. Красноярск
16:25-16:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
10	16:30-16:55	Зуков Руслан Александрович	Опыт внедрения практических рекомендаций Росздравнадзора. Поддержка главного врача в целях создания команды и мотивации коллектива	Главный врач, КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», г. Красноярск
16:55-17:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
11	17:00-17:25	Грицан Алексей Иванович	Стратегическое планирование. Основные подходы	Директор, Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр медицинского образования», г. Красноярск
17:25-17:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
12	17:30-17:55	Перова Ольга Яковлевна	Эффективный региональный опыт внедрения системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности	Руководитель регионального центра компетенций, ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр», г. Владивосток
17:55-18:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
18:15-19:00 Подведение итогов конференции в БОЛЬШОМ ЗАЛЕ				

Инородные тела в рентгенологии

Г.В. Кузнецова, Н.Г. Яковенко, Н.В. Тюменцев, С.Г. Коновалов, Н.Н. Цветкова, Э.С. Евдокименко
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Несмотря на появление новых методик исследования в лучевой диагностике (таких как МСКТ и МРТ), традиционная рентгенография не утратила своего значения в наше время. Эта методика ценна малыми дозами облучения, быстротой исследования и его интерпретации.

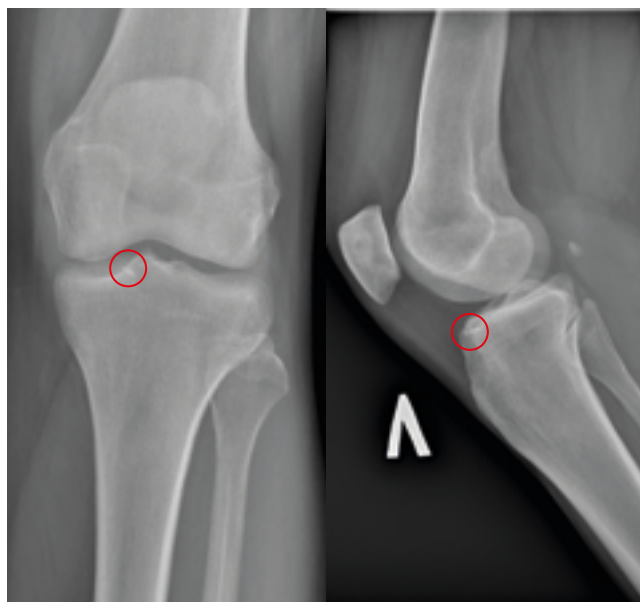
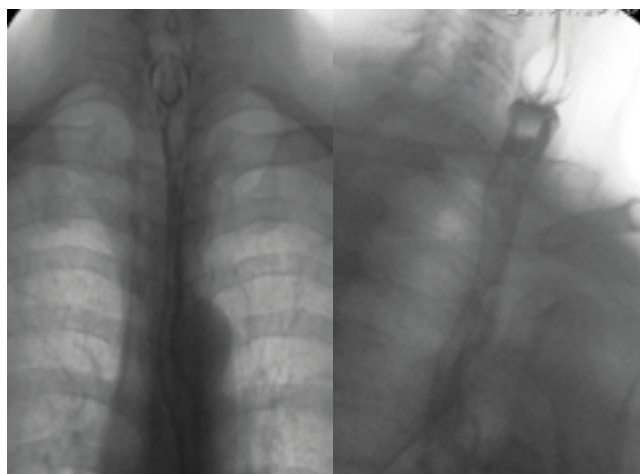
Чаще всего инородные тела попадают в тот или иной орган в результате травмы. Вот некоторые примеры:



На рентгенограммах черепа определяется инородное тело металлической плотности правой гайморовой пазухи – **болт с накрученной гайкой**. Это рентген-позитивное инородное тело, которое хорошо видно на снимках.

На следующих снимках определяется линейная тень металлической плотности в передне-медиальном отделе проксимального эпифиза большеберцовой кости. При более тщательном повторном сборе анамнеза выяснилось, что пациент в детстве **упал на иглу**. О том, что фрагмент ее остался в суставе и сохраняется уже долгие годы, он и не подозревал.

Но и рентген-негативные инородные тела мы можем диагностировать по косвенным признакам. Ниже приведен пример такого инородного тела. **Пластмассовая пробка от бутылки** частично перекрыла просвет пищевода, и контрастный раствор обтекает это препятствие, обнаруживая его на рентгенограмме. На уровне 1-го грудного позвонка виден округлый дефект заполнения в пищеводе, обусловленный пробкой.



Иногда при исследовании какого-либо органа обнаруживается инородное тело как случайная находка. Например: на обзорной рентгенограмме брюшной полости в проекции толстой кишки на уровне правой подвздошной кости видна тень металлической плотности – **коронка зуба**, проглоченная пациентом.



Данный случай позволил диагностировать **осложнение после оперативного вмешательства**. Во время вертебропластики в тело Th12 введен цементный материал, которого в позвоночном канале и сосудах не было. На отсроченном по времени снимке отмечается заброс контрастного материала в сосуды.



Еще один пример «случайной находки»: при исследовании тазобедренных суставов в мягких тканях бедер и таза определяются мелкие, хаотично расположенные образования средней интенсивности размерами 0,3-0,6 см, имитирующие инородные тела. Выставлен диагноз **паразитарного поражения мягких тканей**. Дифференцировать между цистицеркозом и трихинеллезом.

Следующий случай: на обзорном снимке органов брюшной полости определяется **свечеобразная лампочка** без металлического цоколя в проекции прямой кишки. Рентгенологическое исследование в данном случае помогает определить и локализацию инородного тела, и дальнейшую тактику лечения.



Представленные примеры еще раз подтверждают, что традиционные рентгенологические исследования сохраняют свою актуальность и будут востребованы еще длительное время, несмотря на появление новых более информативных методов диагностики. А подробный тщательно собранный анамнез всегда помогает поставить правильный диагноз при интерпретации подобных находок.

Клинический случай интравенозного лейомиоматоза

Д.И. Карнаухов¹, М.А. Шляппо², И.И. Красицкий¹, Д.А. Кривошеева¹

1. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Представлено клиническое наблюдение редкого и малоизученного заболевания – интравенозный лейомиоматоз. Приведены данные литературы, а также собственное клиническое наблюдение этой редкой патологии, распространяющейся в нижнюю полую вену и в правое предсердие.

Описана лучевая семиотика интравенозного лейомиоматоза, отмечены преимущества и ограничения методов лучевой диагностики.

Ключевые слова: лейомиоматоз, интравенозный лейомиоматоз, внутрисосудистый лейомиоматоз, опухолевый тромб, опухолевый тромбоз нижней полой вены, опухолевый тромб правого предсердия.

Введение:

Интравенозный лейомиоматоз (ИВЛ) является редким заболеванием [1, 2], в мировой литературе о нем имеется только около 400 сообщений. Заболевание характеризуется формированием гладкомышечных опухолей с доброкачественными морфологическими характеристиками в просвете и по ходу венозных каналов: истинных вен и венул матки, яичников, почек, малого таза и более крупных вен.

Несмотря на то, что гистологически ИВЛ является доброкачественным, он может иметь агрессивный тип роста, распространяясь в тазовые вены, в нижнюю полую вену (НПВ), в 10% случаев отмечается распространение в камеры сердца и сосуды. Также опухоль может метастазировать в отдаленные органы (лимфатические узлы, легкие, большой сальник, череп, в мышцы), что чаще встречается через несколько лет после гистерэктомии [1, 3, 4].

Примечательно, что ИВЛ имеет одновременно признаки и доброкачественности, и злокачественности. К основным критериям злокачественности опухолей относят: наличие клеточной атипии, большое количество митозов, атипических митозов, наличие очагов некроза и их гиалинизирующийся или коагуляционный характер, инвазивный характер роста опухоли или отсутствие ее четкой капсулы [1, 4].

Патогенез заболевания не изучен до конца, в ли-

тературе встречаются разные теории развития заболевания. Часть авторов указывают, что механизм развития ИВЛ сходен с патогенезом развития эндометриоза (имплантационный механизм). Отмечается, что ИВЛ является гормонозависимым заболеванием, как и другие опухоли из группы лейомиоматозов [5]. Данное заболевание часто возникает у женщин репродуктивного возраста, средний возраст которых 45 лет, и тесно связано с гормональной стимуляцией (беременностью или длительным применением гормональных противозачаточных средств).

Поэтому такие звенья патогенеза эндометриоза, как гормональная стимуляция, лимфогенное и гематогенное распространение, целомическая метаплазия и интраперитонеальная имплантация, можно применить для объяснения причины развития данного заболевания. Также рассматривается вариант развития опухоли de novo из мышечного слоя сосудов. Существует мнение, что эта опухоль развивается вследствие внутрисосудистой инвазии обычной лейомиомы, другими словами, имеется как бы продолженный рост лейомиомы внутри просвета сосудов [1, 4, 5, 7]. Внешне опухоли могут выглядеть различным образом. Чаще всего они представлены множественными сливающимися между собой узлами, вовлекающими миометрий, распространяющимися в виде тяжелей по сосудам связок матки и далее по крупным венам. Опухоль имеет четкое отграничение от окружающих тканей. Структура узлов варьирует от плотной каменистой до желеобразной [5]. Гистологически картина может быть вариабельной даже в пределах одной опухоли. Чаще опухоль представлена узлами с фиброзом и гиалинозом стромы разной степени выраженности, гладкомышечная дифференцировка бывает трудноразличима. Могут встречаться участки типичной лейомиомы, атипической, клеточного строения, эпителиоидного, очаги липолейомы [5, 6]. Макроскопически интравенозный компонент опухоли выглядит в виде «червеобразных масс» различной плотности, выполняющих просвет сосудов [4]. При внутрисосудистом лейомиоматозе в патологический процесс вовлекаются только вены, сосуды артериального русла всегда интактны.

Клинически ИВЛ, диссеминированный лейомио-

матоз чаще всего протекает бессимптомно, пациентки могут не предъявлять жалобы на дискомфорт в области живота, кровянистые выделения из половых путей, опухоль могут выявить на профилактическом осмотре. Заболевание может манифестировать маточным кровотечением, пациентки могут предъявлять жалобы на увеличение в объеме живота. При массивном поражении венозного русла возможно развитие сосудистой симптоматики.

При опухолевых тромбозах НПВ и сердца всегда существует опасность острых осложнений, вплоть до внезапной смерти. Существует риск тромбоэмболии при опухолевом тромбозе инфраренального отдела НПВ [1, 2, 5, 8, 9].

Собственное клиническое наблюдение

Пациентка С., 50 лет, поступила в КГБУЗ «ККБ» с выявленным при диспансерном наблюдении тромбом нижней поллой вены с пролабированием в правое предсердие. Из сопутствующих заболеваний – миома матки и аденомиоз в течение 4-х лет, за последний год отмечает рост узлов.

Выполнена ЭХОКГ:

В полости правого предсердия визуализируется округлое дополнительное образование размерами 4,0х5,0 см, пролабирующее в полость правого предсердия (тромб, являющийся продолжением флоттирующего тромба из НПВ).

Выполнено УЗИ органов малого таза:

Выявлено крупное объемное тканевое образование в полости малого таза с признаками выраженной васкуляризации (дифференциальная диагностика: неопластический процесс?, пролиферирующая миома матки?, образование другой этиологии?).

Выполнена МРТ сердца (консультация с ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России): В просвете нижней поллой вены определяется объемное образование (опухолевый тромб?), субтотально выполняющее ее просвет на всем протяжении, с распространением в полость правого предсердия до уровня створок трикуспидального клапана. [Рис. 1-4] Максимальные размеры внутрипредсердного компонента – 4,1х4,0х3,6 см.

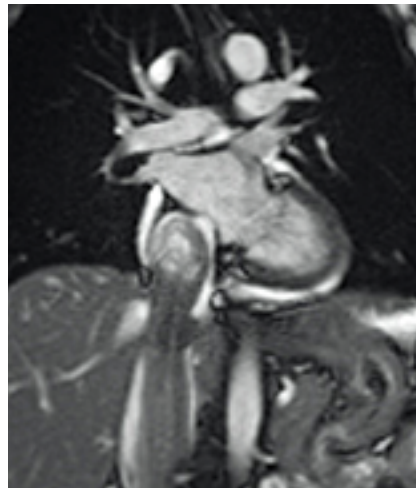
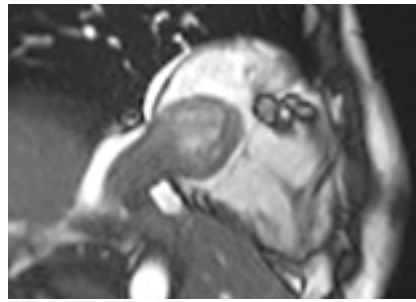
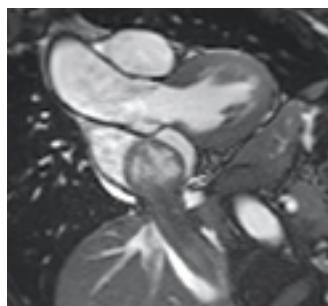


Рис. 1-4. На изображениях, выполненных по программе динамического (кино) сканирования CINE в четырехкамерной плоскости, в плоскости выводного тракта левого желудочка, двухкамерной плоскости правого желудочка и в косой плоскости, определяется объемное образование (опухолевый тромб?) в просвете нижней поллой вены, субтотально выполняющее ее просвет на всем протяжении, распространяющееся в полость правого предсердия до уровня створок трикуспидального клапана

Выполнена МРТ органов малого таза:

В полости малого таза значительно неравномерно расширены сосуды венозных сплетений (преимущественно в правой половине и по задней поверхности матки), просвет их характеризуется неоднородным гипер-изоинтенсивным сигналом на T2 ВИ, что, вероятнее всего, обусловлено их тромбозом. Максимальный диаметр сосудов – до 4,1 см. Они имитируют многоузловое образование, деформирующее заднюю поверхность тела и дна матки. В этой области в толще миометрия (с пролабированием в полость матки) определяется участок перестройки структуры, по сигнальным характеристикам сходный с изменениями в венозных сплетениях – тромбированные варикозно расширенные внутриматочные вены. [Рис. 5] В просвете правых внутренней и общей подвздошных вен и в каудальных отделах нижней поллой вены определяется объемное образование с тканевыми сигнальными характеристиками (опухолевый тромб?), субтотально выполняющее их просвет. [Рис. 6]

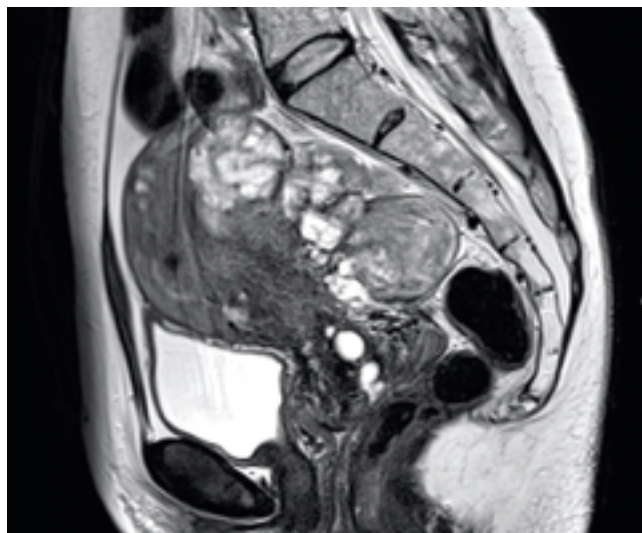


Рис. 5. На изображениях, взвешенных по T2 ВИ в сагитальной плоскости, определяются неравномерно расширенные тромбированные сосуды венозных сплетений и тромбированные варикозно расширенные внутриматочные вены, имитирующие многоузловое образование, деформирующее заднюю поверхность тела и дна матки

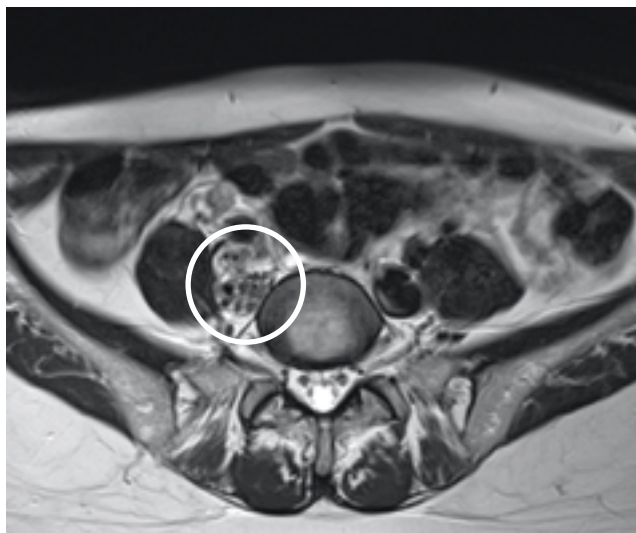


Рис. 6. На изображениях, взвешенных по T2 ВИ в аксиальной плоскости, в просвете правой общей подвздошной вены определяется объемное образование с тканевыми сигналами характеристиками (опухолевый тромб?), субтотально выполняющее ее просвет

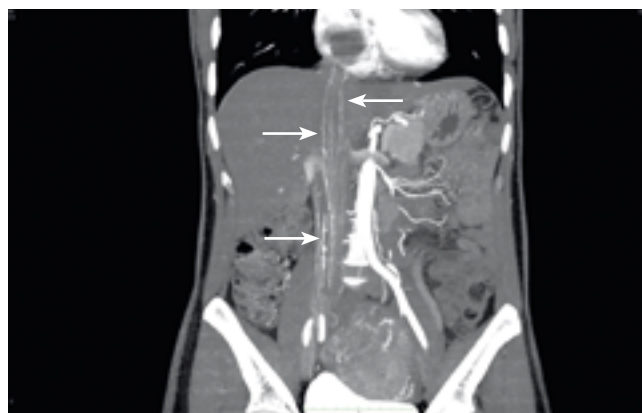


Рис. 7-8. На изображениях МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в коронарной и в аксиальной плоскостях в артериальную фазу определяется сосудистая сеть в объемном образовании в просвете нижней полой вены



Выполнена МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением:

В артериальную фазу в объемном образовании в просвете нижней полой вены отмечается наличие сосудистой сети. [Рис. 7-8]

Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, по результатам которой выставлен диагноз: «интравенозный лейомиоматоз с вовлечением венозного сплетения малого таза, нижней полой вены, правой внутренней подвздошной вены, нижней полой вены с фло-

тацией в правое предсердие». Для возможного оперативного лечения по жизненным показаниям пациентка направляется в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Предполагаемый объем операции: экстирпация матки с придатками, экстирпация нижней полой вены с тромбэктомией из правого предсердия.

Обсуждение:

Интравенозный лейомиоматоз является редко встречающейся патологией, не имеющей признаков в методах лучевой диагностики, одно-значно указывающих именно на эту патологию [1]. Несмотря на это, заболевание следует включать в дифференциальную диагностику у женщин репродуктивного возраста с внутрисосудистым поражением.

Нами на примере своего наблюдения и данных литературы выявлены признаки, которые позволяют заподозрить интравенозный лейомиоматоз.

Важным диагностическим признаком является поражение только венозного русла, артерии всегда остаются интактными, что позволяет с большей степенью вероятности дифференцировать ИВЛ от лейомиосаркомы с инвазией сосудов и от ангиосаркомы. При ИВЛ типично наличие опухолевого тромба в яичниковых венах, выраженное расширение яичниковых вен и венул. Для ИВЛ не характерна инвазия в другие

органы. В нашем случае, и по данным других авторов, опухолевый тромб в венах при ИВЛ имеет сосудистую сеть, что позволило дифференцировать опухолевый тромб от «кровенного» [1, 10]. Преимуществом метода МРТ перед методом МСКТ в нашем случае было то, что МРТ позволила точно установить, что опухоль растет из матки. Это было решающим фактором при предположении диагноза ИВЛ. При проведении же МСКТ органопринадлежность опухоли определить было невозможно, опухоль с равной степенью вероятности могла исходить из матки, яичника или быть внеорганный. МРТ позволила четко визуализировать опухолевые внутривенные массы, оценить их протяженность и выявить их распространение в сердце.

Заключение:

Комплексное использование методов лучевой диагностики позволяет заподозрить интравенозный лейомиоматоз.

Список литературы

1. Ядренцева С.В., Нуднов Н.В. Метастазирующий интравенозный лейомиоматоз. Медицинская визуализация. 2018; 22 (2): 117–126. DOI: 10.24835/1607-0763-2018-2-117-126.
2. Ma G., Miao Q., Liu X., Zhang C., Liu J., Zheng Y., Shao J., Cheng N., Du S., Hu Z., Ren Z., Sun L. Different surgical strategies of patients with intravenous leiomyomatosis. Medicine (Baltimore). 2016; 95 (37): e4902. DOI: 10.1097/MD.0000000000004902.
3. Liu B., Liu C., Guan H., Li Y., Song X., Shen K., Miao Q. Intravenous leiomyomatosis with inferior vena cava and heart extension. J. Vasc. Surg. 2009; 50 (4): 897–902. DOI: 10.1016/j.jvs.2009.04.037.
4. Паяниди Ю.Г., Жорданиа К.И., Захарова Т.И. Тактические ошибки при лечении больных внутривенным лейомиоматозом (клинические наблюдения). Онкогинекология. 2016; 2: 22–28.
5. Андреева Ю.Ю., Данилова Н.В., Шикеева А.А., Кекеева Т.В., Завалишина Л.Э., Франк Г.А. Доброкачественная метастазирующая лейомиома тела матки. Архив патологии. 2012; 74 (6): 38–42.
6. Андреева Ю.Ю., Франк Г.А., Шикеева А.А., Москвина Л.А., Кекеева Т.В., Завалишина Л.Э., Новикова Е.Г., Пронин С.М., Костин А.Ю. Внутрисосудистый лейомиоматоз. Архив патологии. 2015; 3: 51–56. DOI: 10.17116/patol201577351-56. DOI: 10.17116/patol201577351-56.
7. Kurman R.J. Hedrick E.L., Ronnet B.M. Blaustein's pathology of the female genital tract. 6th ed. Springer, 2011. 246 p.
8. Стилиди И.С., Паяниди Ю.Г., Бохан В.Ю., Захарова Т.И., Жорданиа К.И. Внутривенный лейомиоматоз (клиническое наблюдение). Онкогинекология. 2012; 1: 47–50.
9. Matos A.P., Ramalho M., Palas J., Heredia V. Heart extension of an intravenous leiomyomatosis. Clin. Imaging. 2013; 37: 369–373. DOI: 10.1016/j.clinimag.2012.04.022.
10. Gunderson C.C., Parsons B., Penarozza S., Peyton M. D., Landrum, L. M. Intravenous leiomyomatosis disguised as a large deep vein thrombosis. J. Radiol. Case Rep. 2016; 10 (5): 29–35. DOI: 10.3941/jrcr.v10i5.2221.

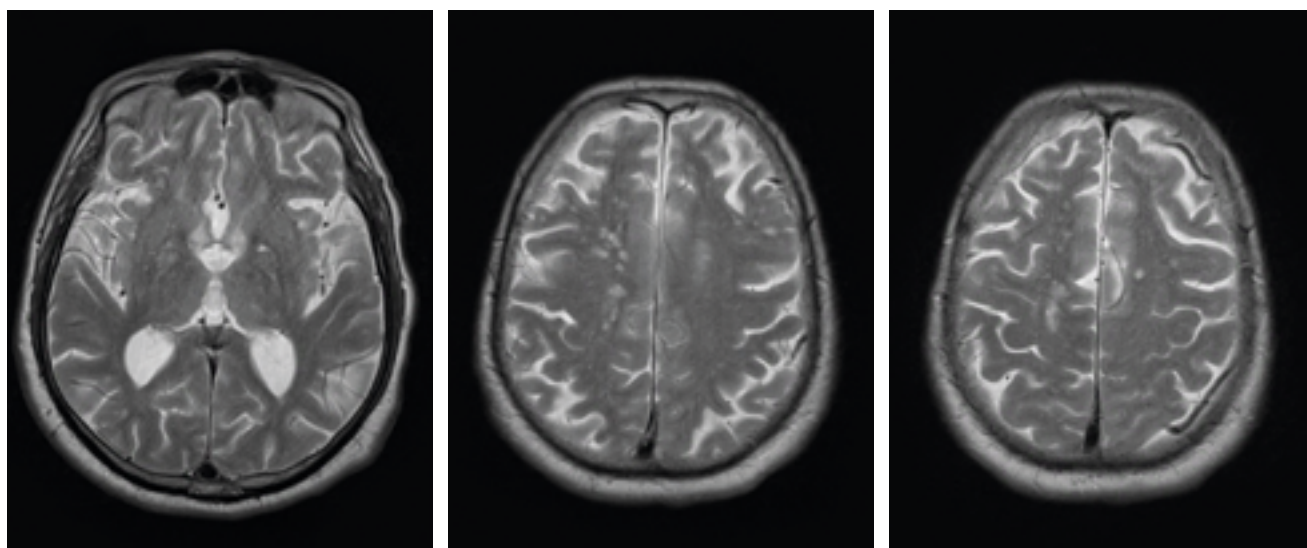
Клинический случай менинговаскулярного нейросифилиса у пожилого пациента

П.Г. Шнякин, Н.В. Исаева, Е.В. Лукьянова, Г.Ю. Алексеевич, М.И. Северина, М.К. Медведева,
И.С. Вебер

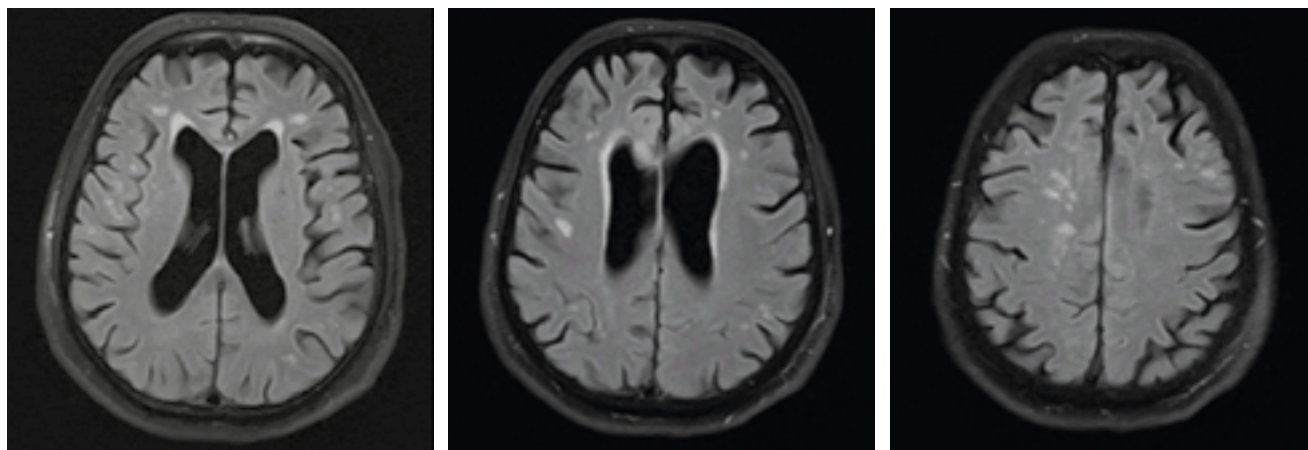
Пациент С. 77 лет поступил в КГБУЗ «ККБ» с жалобами на общую слабость, слабость в левой ноге, шаткость. В неврологическом статусе – левосторонний гемипарез до 1-го балла в ноге, 3-х баллов в руке. При поступлении обращает на себя внимание лейкоцитоз до 11×10^9 . По данным МСКТ головного мозга, кистозно-атрофические процессы базальных ядер с обеих сторон. Пациент госпитализирован с предварительным диагнозом – ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии.

При дообследовании у больного были выявлены антитела к *T. pallidum*, в связи с чем возникло подозрение на нейросифилис. Выполнена люмбальная пункция и ликвор, пациент направлен на ИФА. По данным ИФА: IgG положительный 1:320, РПГА 1:320.

Выполнена МРТ головного мозга. В режимах T2-ВИ и FLAIR определяются множественные очаги в области подкорковых ганглиев и субкортикальных структур.

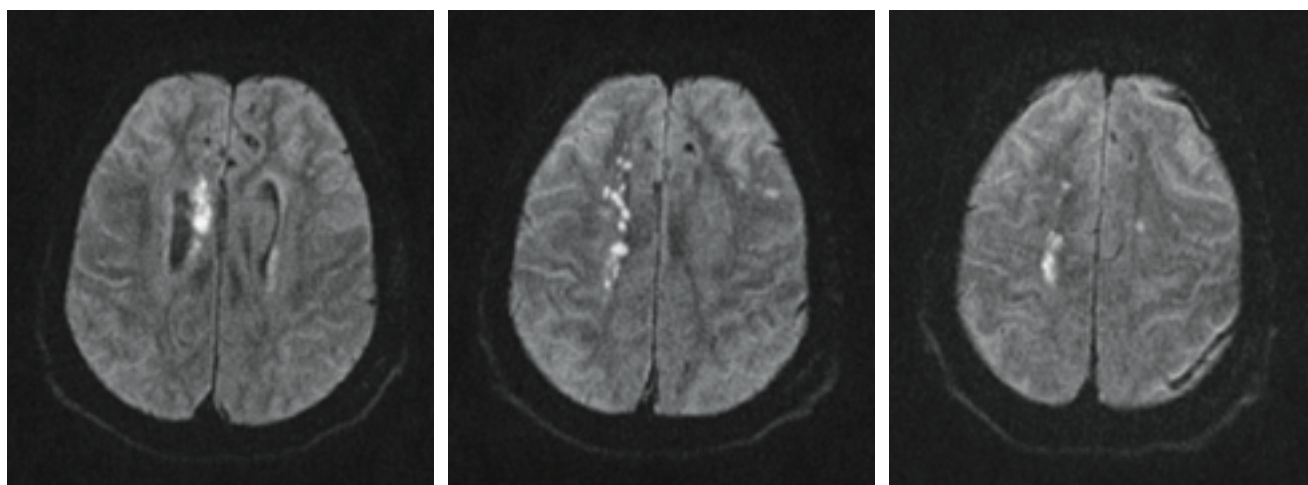


МРТ головного мозга в режиме T2-ВИ



МРТ головного мозга в режиме T2-ВИ

По данным диффузно-взвешенных изображений, на фоне множественных дистрофических очагов определяются очаги ограничения диффузии, что свидетельствует об острой ишемии.



МРТ головного мозга в режиме DWI

Пациенту выставлен диагноз: менингovasкулярный нейросифилис с формированием зон вторичной ишемии в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонним гемипарезом до умеренного в руке, глубокого в ноге, с лобно-подкорковой дисбазией, центральным парезом VII, XII пары ЧМН слева.

На фоне антибактериальной терапии отмечается выраженная положительная динамика в виде увеличения силы в левых конечностях до 4-4,5 балла.

Представленный клинический случай весьма необычен, и без лабораторных данных, указывающих на *luís*, первично задуматься о нейросифилисе, по данным клиники и нейровизуальной картины, было бы весьма затруднительно. Пожилой и социально благополучный пациент не вызывал мысли о наличии у него венерического заболевания. При этом стоит отметить, что без правильно поставленного диагноза и назначения этиотропной терапии заболевание неминуемо прогрессировало бы. В данном же случае раннее назначение антибактериальных препаратов привело к быстрой положительной динамике.

Клинический случай полиэндокринной патологии в сочетании с папиллярным раком щитовидной железы

Е.Н. Гаталюк – лечащий врач-эндокринолог;

О.В. Боровик – заведующая эндокринологическим отделением;

О.В. Есипевич – заведующая хирургическим отделением №2, оператор;

А.Н. Агафонов – врач-хирург хирургического отделения №2, ассистент оператора

Иван Шишко – врач-анестезиолог

Пациентка Л., 50 лет. Узловой зоб выявлен в 2016 году при обследовании у эндокринолога по месту жительства. Тогда же ей проведена тонкоигольчатая аспирационная биопсия (ТАБ) щитовидной железы. Со слов пациентки, данных за неопроцесс не выявлено. Было рекомендовано динамическое наблюдение. На протяжении семи лет пациентка не наблюдалась. В 2022 году обратилась к кардиологу по поводу нарушений ритма и одышки, неуправляемой гипертензии. Была направлена в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», где ей проведено следующее обследование.

27.01.2023 г. проведена рентгеноскопия пищевода с контрастным веществом: пищевод свободно проходим для бариевой взвеси. Контрастированный пищевод по левому контуру поддавлен на уровне С6-Th1. Трахея умеренно смещена вправо, на уровне С6-Th1. Гормональные исследования с места жительства ТТГ: 3.8 мМе/л, свободный Т4: 9.7 пмоль/л.

27.01.2023 г. выполнена пункция щитовидной железы: в представленном материале кровь, стромальные клетки, фолликулярные структуры и группы пролиферирующих тиреоцитов с укрупненными ядрами. Цитологическое заключение не исключает фолликулярную опухоль. Б IV.

УЗИ щитовидной железы (ЩЖ): очаговые образования выявлены – большую часть левой доли занимает солидное образование размером 3,1*2,9*4,2 см с ровным четким контуром неоднородной структуры с чередованием участков различной эхогенности. Лимфатические узлы шеи изменены, не визуализируются. Околощитовидные железы не визуализируются.

Заключение: узлообразования левой доли щитовидной железы. TI-RADS 3. Тиреомегалия за счет узлообразований.

Учитывая результаты цитологического исследования, наличие сдавления и смещения орга-

нов шеи, показано оперативное лечение в плановом порядке.

18.05.2023 г. пациентка была госпитализирована для оперативного лечения в хирургическое отделение №2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с диагнозом: узловой зоб 1 ст. по ВОЗ (объем 33.05 мл) со сдавлением и смещением органов шеи; эутиреоз. Фоновый: экзогенное конституциональное ожирение I ст (ИМТ 32,9 кг/м²). Сопутствующий: сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1c менее 7,5%. Диабетическая нефропатия С2 А3.

Сопутствующие: ИБС – полиморфная желудочковая экстрасистолия. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, CHAD-VASc – 2 балла. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН с сохраненной ФВ 1 ФК 2 (NYHA). Дислипидемия. МКБ. Формирующиеся камни обеих почек. Киста левой почки.

При подготовке к оперативному лечению выявлен стойкий синдром гипокалиемии (уровень калия 2,11 ммоль/л). Инфузии препаратов калия не позволили достичь целевых показателей ионного обмена. При проведении МСКТ надпочечников выявлено образование левого надпочечника. В нативе -3ед.Н, в венозную +45ед.Н, на 15 мин. Отсроченный +15 ед.Н. Абсолютный индекс вымывания 64%. Относительный индекс вымывания 68%. Структурно – наиболее вероятно аденома. Сахар крови стабильно выше 12 ммоль/л. Оперативное лечение отложено.

24.05.2023 г. пациентка была переведена в эндокринологическое отделение для коррекции ионного обмена, гликемии, а также дообследования в плане исключения синдрома множественной эндокринной неоплазии.

В отделении эндокринологии проведено исследование ренина и альдостерона: ренин – 0,8, альдостерон – 628 пг/мл. У пациентки подтвержден первичный гиперальдостеронизм. Проводилась инфузия препаратов калия,

		КГБУЗ "Краевая клиническая больница"		
		391-220-16-13		
		Красноярск, ул.Железняк, д.3А		
		КРАСНОЯРСК		
Пол:	Жен			
Возраст:	50 лет			
ИНЗ:	899404973			
Дата взятия образца:	29.05.2023			
Дата поступления образца:	31.05.2023			
Врач:	01.06.2023			
Дата печати результата:	01.06.2023			
Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения	Комментарий
Альдостерон	628.9*	пг/мл	см.комм.	Вертикальное положение 67,4 - 335,1; Горизонтальное положение 41,71-208,9;
Ренин (плазма)	0.8*	мкМЕд/мл	см. комм.	Вертикальное положение: 4.4-46.1 мкМЕд/мл Горизонтальное положение: 2,8-39,9 мкМЕд/мл
Альдостерон-рениновое соотношение (АРС)	786.1*	пг/мкМЕд	<33.0	< 33 пг/мл: мкМЕд/мл - порог АРС, рекомендуемый для скрининга первичного гиперальдостеронизма

* Результат, выходящий за пределы референсных значений

Внимание! В электронном экземпляре бланка название исследования содержит ссылку на страницу сайта с описанием исследования.

Результаты исследований не являются диагнозом, необходима консультация специалиста.

терапия калийсберегающими диуретиками. Уровень калия в динамике нормализовался, удерживается в пределах нормы на фоне терапии спиронолактоном и препаратами калия. При анализе гликемического профиля отмечалась гипергликемия, уровень С-пептида 1102 пмоль/л – данных за вторичную инсулиновую недостаточность нет. Назначена терапия препаратом группы ИГЛТ-2 – дапаглифлозин 10 мг по 1 табл. 1 раз в день. Сахар крови нормализовался. Пациентка обследована, уточнено наличие и степень выраженности сосудистых осложнений, осмотрена офтальмологом. Даны рекомендации на амбулаторный этап. Повторно консультирована эндокринным хирургом, назначена дата госпитализации для оперативного лечения. Выписана с диагнозом:

Основной: сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1c менее 7,5%.

Фоновый: экзогенное конституциональное ожирение I ст. (ИМТ 32,9 кг/м²).

Осложнение: диабетическая нефропатия С2 АЗ. Диабетическая ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Сопутствующие: первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Образование левого надпочечника. Узловой зоб 1 ст. по ВОЗ (объем 33.05 мл) со сдавлением и смещением органов шеи, эутиреоз. ИБС: полиморфная желудочковая экстрасистолия. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, CHAD -VASC- 2 балла. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН с сохраненной ФВ 1 ФК 2 (NYHA). Дислипидемия. Пресбиопия. ЖКБ. Хронический калькулезный

холецистит. Хронический панкреатит, ремиссия. Неалкогольная жировая болезнь печени, стетогепатоз с минимальной биохимической активностью. Киста левой почки без нарушения уродинамики. Хроническая экзема кистей. Миома матки.

26.06.2023 г. пациентка повторно госпитализирована в хирургическое отделение №2 для оперативного лечения.

27.06.2023 г. ей проведена операция: лапароскопическая адреналэктомия слева. Эпифасциальная тиреоидэктомия с микрохирургическим невролизом возвратных гортанных нервов. Течение послеоперационного периода прошло без осложнений.

03.07.2023 г. ее выписали в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и эндокринолога в поликлинике по месту жительства.

Результаты гистологического исследования: левая доля – гистологическая картина подозрительна на наличие фолликулярного варианта папиллярного рака; возможна неинвазивная фолликулярная опухоль с ядрами папиллярного типа; правая доля – гистологическая картина подозрительна на наличие фолликулярного варианта папиллярного рака. Надпочечник – морфологическая картина возможна при кортикальной аденоме надпочечника, D 35.0.

Данные МСКТ:

Дата и время исследования: 23.05.2023, 08:43

Аппарат: Light Speed-VCT(GE)

Эффективная доза: измеренная **17,1** мЗв

Контрастирование Омнипак 350: 100 мл

Описание исследования:

На серии томограмм с контрастным усилением получены изображения надпочечников. Надпочечники расположены обычно. Структура и форма левого надпочечника изменены за счет объемного образования овальной формы по латеральной поверхности тела надпочечника, с четкими ровными контурами, тканевой плотности, размерами 28х35 мм.

В нативе -Зед.Н, в венозную +45ед.Н, на 15 мин. Отсроченный +15 ед.Н

Абсолютный индекс вымывания 64%

Относительный индекс вымывания 68%

Правый надпочечник имеет треугольную форму, структура его не изменена.

Печень несколько увеличена в размерах за счет квадратной доли, умеренно пониженной плотности до 45 ед.Н

Нижний полюс правой почки на уровне L5. Функция не нарушена. Мелкие кальцинаты в паренхиме левой почки.

Конкремент желчного пузыря.

Объемное образование матки, структурно вероятно миома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-картина объемного образования левого надпочечника – структурно наиболее вероятно аденома. ЖКБ, нефроптоз справа. Миома матки.

30.12.15 11:11

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Тиреотропный гормон (чувствительным методом)	1.610	мкМЕд/мл	(0.170 - 4.100)
Ироксин Свободный	11.60	пмоль/л	(11.50 - 23.00)

14.01.16 08:56

ЦИ Тип материала	пунктат
Анатомическая локализация	5.1-щитовидная железа
№ цитологического исследования	116/17
Дата поступления материала	12.01.2016
Локализация	Левая доля
В представленном материале	среди крови немногочисленные комплексы
Цитологическое заключение	фолликулярного эпителия
Дата проведения исследования	возможно при зобе 13.01.2016

30.01.23 11:03

ЦИ Тип материала	пунктат
Анатомическая локализация	С73.9-Щитовидная железа
№ цитологического исследования	1665/66(лв)
Дата поступления материала	27.01.2023
Локализация	Левая доля
В представленном материале	кровь, стромальные клетки, фолликулярные структуры
Цитологическое заключение	и группы пролиферирующих тиреоцитов с укрупненными ядрами
	что не исключает фолликулярную опухоль..Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование. Б IV
Дата проведения исследования	30.01.2023

08.02.23 14:32

Калий	2.37 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	144	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	101	ммоль/л	(98 - 106)

18.05.23 14:23

Калий	2.10 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	141	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	96 <	ммоль/л	(98 - 106)

21.05.23 17:56

Калий	2.62 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	140	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	101	ммоль/л	(98 - 106)

22.05.23 11:46

Паратиреоидный гормон	180.10 >	пг/мл	(15.00 - 68.30)
-----------------------	--------------------	-------	-----------------

22.05.23 11:46

Кортизол (7-10 часов)	368	нмоль/л	(102 - 535)
-----------------------	-----	---------	-------------

25.05.23 06:49

Калий	3.68	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
-------	------	---------	---------------

25.05.23 09:32

Калий	3.13 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	143	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	102	ммоль/л	(98 - 106)

25.05.23 11:42

Свободный Тироксин	13.39	пмоль/л	(9.01 - 19.05)
--------------------	-------	---------	----------------

25.05.23 11:42

Тиреотропный гормон	1.96	мМЕ/л	(0.35 - 4.94)
---------------------	------	-------	---------------

25.05.23 18:18

Калий	3.44 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
-------	------------------	---------	---------------

26.05.23 18:06

Калий	2.92 <	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
-------	------------------	---------	---------------

31.05.23 18:04

Калий	3.57	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
-------	------	---------	---------------

26.06.23 17:53

Калий	4.35	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	137	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	106	ммоль/л	(98 - 106)

27.06.23 07:35

Калий	4.06	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	137	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	108 >	ммоль/л	(98 - 106)

27.06.23 14:23

ЦИ Тип материала	мазки-отпечатки и скарификаты
------------------	-------------------------------

Анатомическая локализация	5.1-щитовидная железа
---------------------------	-----------------------

№ цитологического исследования	14991/94
--------------------------------	----------

Дата поступления материала	27.06.2023
----------------------------	------------

Локализация	Левая доля
-------------	------------

В представленном материале

	кровь, «голые» ядра, группы, фолликулярные струк-
--	---

	туры из мономорфных клеток
--	----------------------------

	что возможно при фолликулярной опухоли (вероятно
--	--

	аденома). Бетесда IV
--	----------------------

	27.06.2023
--	------------

Цитологическое заключение

Дата проведения исследования	
------------------------------	--

Ф.И.О специалиста, проводившего	
---------------------------------	--

27.06.23 14:26

ЦИ Тип материала	мазки-отпечатки и скарификаты
------------------	-------------------------------

Анатомическая локализация	5.1-щитовидная железа
---------------------------	-----------------------

№ цитологического исследования	14995/97
--------------------------------	----------

Дата поступления материала	27.06.2023
----------------------------	------------

Локализация	Правая доля
-------------	-------------

В представленном материале

	кровь, «голые» ядра, группы из кубических тиреоцитов
--	--

	цитологическая картина ткани щитовидной железы.
--	---

	27.06.2023
--	------------

27.06.23 19:00

Калий	4.01	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	138	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	106	ммоль/л	(98 - 106)

28.06.23 08:02

Калий	3.69	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	138	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	103	ммоль/л	(98 - 106)

28.06.23 18:47

Калий	4.29	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	128 <	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	95 <	ммоль/л	(98 - 106)

29.06.23 07:36

Калий	3.87	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	135 <	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	100	ммоль/л	(98 - 106)

30.06.23 06:52

Калий	3.83	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	135 <	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	105	ммоль/л	(98 - 106)

02.07.23 06:36

Калий	3.88	ммоль/л	(3.50 - 5.10)
Натрий	136	ммоль/л	(136 - 146)
Хлор	102	ммоль/л	(98 - 106)

03.07.23 14:46

Гистологическое исследование

Гистологический номер О 123-15734

Диагноз основного заболевания- D35.0 (1701) Доброкачественное новообразование надпочечника (состояния)

Дата направления материала 27.06.2023
10:29:32

Макроскопическое описание:

1фл. – левая доля размером 5,5х4х3,5 см, поверхность бугристая, разрез по узлу Д 3,0 см, узел четко ограничен, ткань узла мягко эластичная, гомогенная, светло коричневая, с кровоизлиянием, определяется в узле уплотнения с неровными контурами белого цвета размером 1х0,5х0,3 см

2фл. – прислан материал множественными крошащимися фрагментами светло-коричневыми, ярко-оранжевыми, светло-желтыми 5х5х3,5 см, капсулы образования не найдены

3фл. – фрагмент неправильной формы серо-коричневого цвета размером 4х2х1,5 см, на разрезе ткань серо-коричневая, найден белый плотный очаг размером 0,25 см

Микроскопическое описание:

1 фл. Левая доля В собственной ткани щитовидной железы картина микро-нормофолликулярного зоба. На этом фоне структура фолликулярной аденомы с наличием грубоволокнистой соединительнотканной капсулы. Аденома представлена фолликулами преимущественно мелкими, частично средних размеров, единичные расширенные. Неравномерно выражен отек, фиброз стромы, кровоизлияния. В центре узла дистрофические изменения с кистообразованием (крупная киста с соединительнотканными стенками. Определяются поля и участки с тесно расположенными фолликулярными структурами, выстланными эпителием с умеренным полиморфизмом, крупными светлыми ядрами (типа часовых стекол) с ядрышками, многие неправильной формы, митозы сомнительны. В таких участках кистозно расширенные тонкостенные сосуды.

2 фл. Надпочечник В присланном материале жировая ткань, на некотором протяжении сохранена структура строения надпочечника с наличием мозгового и коркового слоев. Определяется фрагментированная ткань опухоли. Опухоль построена преимущественно из крупных клеток полигональной формы с округлыми мелкими ядрами, обильной светлой зернистой цитоплазмой, имеют четкие границы. Ядро лежит преимущественно в центре клетки; обнаруживаются двухъядерные эпителиальные клетки. Ядра этих клеток крупные, сочные, округлой, реже овальной формы, видны ядрышки Среди светлых клеток встречаются скопления более мелких клеток с оксифильной цитоплазмой, иногда клетки веретеновидной формы. Очаги нарушения кровообращения с кровоизлияниями.

3 фл. правая доля: В собственной ткани щитовидной железы картина микро-макрофолликулярного зоба. На некотором протяжении в толще железы около 0.5 см среди склерозированной стромы очаги с тесно расположенными мелкими фолликулярными структурами, выстланными эпителием с умеренным полиморфизмом, крупными светлыми ядрами (типа часовых стекол) с ядрышками, митозы единичные. Подозрительно наличие фолликулярных структур в просвете расширенного сосуда.

Категория сложности: 5
 Код диагноза по МКБ: Z03.1 Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1 фл. Левая доля Гистологическая картина подозрительна на наличие фолликулярного варианта папиллярного рака; возможна неинвазивная фолликулярная опухоль с ядрами папиллярного типа.

2 фл. Надпочечник. Морфологическая картина возможна при кортикальной аденоме надпочечника D 35.0 8370/0

3 фл. правая доля: Гистологическая картина подозрительна на наличие фолликулярного варианта папиллярного рака.

Комментарии к заключению и рекомендации Гистологическая картина подозрительна на наличие фолликулярного варианта папиллярного рака. щитовидной железы. Для уточнения диагноза провести ИГХ.

11.07.23 13:11

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Иммуногистохимическое исследование	
№ гистологического исследования	15734/23
Тип	H
ИГХ №	6310
Результаты иммуногистохимического исследования	1,3. В исследованных срезах щитовидной железы – неинкапсулированный папиллярный рак фолликулярного строения, с инвазией в ткань железы и началом инвазии в капсулу железы. Иммуногистохимическое исследование: 1 тиреоглобулин – положительная реакция в клетках опухоли СК19 – положительная реакция в клетках опухоли ТТФ1 – положительная реакция в клетках опухоли Ki67 – в 5% клеток опухоли 3 тиреоглобулин – положительная реакция в клетках опухоли СК19 – положительная реакция в клетках опухоли ТТФ1 – положительная реакция в клетках опухоли Ki67 – в 5% клеток опухоли 2 В исследованном фрагменте ткани надпочечника имеется опухоль, представленная преимущественно округлыми клетками с зернистой цитоплазмой и мелкими ядрами. Митозы отсутствуют, некроз, экстракапсулярная и сосудистая инвазия не определяются. Иммуногистохимическое исследование: синаптофизин – отрицательная реакция в клетках опухоли MART1 – положительная реакция в части клеток опухоли Ингибин – фокальная положительная реакция в клетках опухоли Кальретинин – положительная реакция в части клеток опухоли СК8/18 – отрицательная реакция в клетках опухоли Хромогранин - отрицательная реакция в клетках опухоли S100 - отрицательная реакция в клетках опухоли HMB45 - отрицательная реакция в клетках опухоли
Код диагноза по МКБ	C73 Злокачественное новообразование щитовидной железы
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	Папиллярный рак щитовидной железы.8340/3. Адренкортикальная аденома надпочечника. 8370/0.

02.06: Получен результат ренин 0,8, альдостерона 628 пг/мл. У пациентки данные подтвержденного первичного гиперальдостеронизма.

27.06.23 **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ СЛЕВА. ЭПИФАСЦИАЛЬНАЯ ТИРЕОИД-**



юридической службе ККБ

В жизни каждого есть события, которые запоминаются.

Чем же знаменателен 2003 год?

- На Марсе найдено замерзшее море.
- Произошло знаменательное и роковое событие – о себе впервые заявил коронавирус (о нем ученые всего мира будут часто вспоминать в 2020-м году).
- Красноярск отметил свое 375-летие. К этому событию в городе появились новые символы, такие как часовая башня на здании городской администрации, исторические ворота, установлена пушка на Караульной горе, впервые начали проводить карнавальное шествие.
- В это же время в Краевой клинической больнице создается юридический отдел.

Стоит отметить, что должность юрисконсульта существовала в больнице и раньше, но с учетом объема работы, необходимости одновременного обеспечения прав не только пациентов, но и медицинских работников, 23 июля 2003 года был издан приказ о введении должности начальника юридического отдела. Эта дата фактически и является днем рождения юридического отдела как подразделения больницы.

Основной задачей для юридического отдела изначально было использование правовых средств для обеспечения соблюдения законности в деятельности больницы, юридическая помощь структурным подразделениям путем информирования и консультирования по правовым вопросам, защита правовыми средствами законных прав и интересов краевой больницы и медицинского персонала, а также представление ее интересов в судах, прокуратуре и органах государственной власти.

Новое структурное подразделение возглавил достаточно подготовленный для выполнения поставленных задач специалист, имеющий большой опыт одновременно как в юридической специальности, так и в организаторской работе,

– **Николай Григорьевич Зайцев.** Он до настоящего времени является вдохновителем работы отдела, непосредственно участвует в разрешении всех возникающих в деятельности учреждения правовых проблем.

За эти годы произошло много событий, сформировался высокопрофессиональный коллектив, который на высоком уровне обеспечивает юридическое сопровождение как деятельности учреждения в целом, так и правовую составляющую деятельности структурных подразделений. Специалисты юротдела оказывают юридическую помощь каждому из нуждающихся в этом руководителей всех уровней и специалистов учреждения, что способствует совершенствованию профессионализма, человечности и ответственности медицинского персонала больницы, неразрывно связанных с уровнем реализации в учреждении правовых основ охраны здоровья.

Существенную роль специалисты юридического отдела играют при работе с жалобами пациентов и их родственников, в том числе после создания специализированного подразделения по работе с обращениями граждан, непосредственно участвуют в оформлении актов служебной проверки, что позволяет делать аргументированные вы-



воды и по значительному количеству претензий обосновать правильность действий со стороны медперсонала. Это обеспечивает также разрешение определенного количества жалоб в досудебном порядке.

С 2005 года в России начало активно развиваться законодательство в сфере государственных закупок, и в больнице, первой из лечебных учреждений края, возникла необходимость размещения государственно-го заказа (под данную категорию изначально попадало единственное направление – санитарная авиация). Со временем и на другие товары, работы, услуги были распространены требования нормативных актов по государственным закупкам, и специалисты юридического отдела совместно с экономической службой успешно занимались этим направлением деятельности до 2012 года – момента создания специализированного подразделения (отдела обеспечения государственных закупок), в штатном расписании которого

Юрист ККБ сегодня – это специалист, имеющий достаточно обширные знания, способный к быстрому анализу большого объема информации и принятию законных, хотя иногда и компромиссных, нестандартных решений.

предусмотрено помимо менеджеров уже три юрисконсульта. В последующий период специалисты юридического отдела участвуют в разрешении наиболее сложных вопросов по данному направлению деятельности.

Юридический отдел на протяжении всего периода работы характеризуется многофункциональностью, взаимодействует со всеми службами и подразделениями больницы, специалистами министерства здравоохранения края, сторонними организациями, правоохранительными органами и органами государственной власти. По роду своей деятельности специалисты юридического отдела выполняют трудовые функции зачастую в условиях, когда именно на них «сливается» негативная оценка деятельности больницы, медицинских работников, когда юрисконсульты участвуют в рассмотрении жалоб, претензий, а особенно в судебных заседаниях по искам пациентов и их родственников (благодарят за оказание медпомощи врачей, а в

случаях негативных последствий ругают прежде всего тех, кто пытается защитить врача в конкретной ситуации).

Юрист ККБ сегодня – это специалист, имеющий достаточно обширные знания, способный к быстрому анализу большого объема информации и принятию законных, хотя иногда и компромиссных, нестандартных решений, особенно в случаях, когда отдельные вопросы здравоохранения нормативно не конкретизированы.

Быстро пролетели годы. Казалось бы, еще только вчера создано подразделение, а уже исполнилось 20 лет. На сегодняшний день в отделе четверо сотрудников. С учетом большой загруженности и множества направлений деятельности каждый из специалистов юридического отдела участвует в разрешении любых стоящих задач, хотя и существует определенная, достаточно условная специализация для юрисконсультов. Среди сотрудников отдела создана атмосфера доброжелательности и взаимовыручки, при необходимости они делятся опытом работы с другими лечебными учреждениями края, оказывают требующуюся и для их специалистов помощь.

С февраля 2004 года, практически с образования отдела, в должности юрисконсульта работает **Светлана Витальевна Бугоец**, выпускница юридического факультета КГУ, имеющая опыт работы на должностях государственной службы в суде и судебном департаменте. В своей работе она стремится сделать так, чтобы принятое решение, консультация строго соответствовали действующим нормативным правовым актам. При решении сложных задач готова прийти на помощь, принципиально обсудить проблему, при необходимости может аргументированно поспорить, но стремится найти вариант оптимального выхода из сложившейся ситуации. Участвуя в судебных разбирательствах, она грамотно оформляет требующиеся для суда документы, обеспечивает защиту интересов одновременно больницы и медперсонала.

Еще один сотрудник юридического отдела – **Марина Николаевна Семькина**. Трудовую деятельность в больнице она начала в 1999 году в отделе кадров. Работала в должности делопро-

изводителя, на должность юрисконсульта переведена в 2007 году. Сегодня она уверенно и профессионально представляет интересы ККБ как в судебных инстанциях, так и в надзорных и правоохранительных органах при рассмотрении правовых вопросов здравоохранения, курирует работу отдела по работе с обращениями граждан.

Правовое сопровождение кадровой работы осуществляет преимущественно **Наталья Валерьевна Тихонова**, которая одновременно обеспечивает соответствие действующему законодательству и политике учреждения положений о структурных подразделениях учреждения и должностных инструкций сотрудников. Она также успешно представляет интересы больницы в судах всех уровней, обеспечивает правовую поддержку профсоюзной организации, ее взаимодействие с подразделениями больницы.

На сегодняшний день юридический отдел в жизни больницы играет не менее важную роль, чем подразделения основных служб. Правовое обеспечение стало неотъемлемой частью деятельности здравоохранения и является одним из важных средств повышения эффективности работы Краевой клинической больницы.

Динамика современных общественных отноше-

ний требует от современных юристов такого же мышления, многовариантного, нестандартного, и соответствующей деятельности, основанной, безусловно, на законе, но порождающей, при необходимости, нечто качественно новое, уникальное с точки зрения истории развития здравоохранения вообще и медицинского права в частности.

Имеющиеся итоги деятельности юридического отдела стали возможными в результате ежедневного стабильно добросовестного и кропотливого выполнения трудовых функций каждым из специалистов.

В год 20-летия юридического отдела администрация ККБ желает его сотрудникам высоких результатов в работе, внутреннего удовлетворения своим трудом, благополучия, крепкого здоровья, терпения, энергии, вдохновения и удачи!

Добровольно. Анонимно. Безвозмездно

О.С. Симонова¹, В.И. Бахтина^{1,2}, И.В. Демко^{1,2}

1. КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

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

Добровольно. Анонимно. О чем же идет речь? Давайте разбираться.

Эти три слова во всем мире являются основными принципами донорства костного мозга (КМ), или, правильнее сказать, гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). Ежегодно каждую третью субботу сентября отмечается Всемирный день донора костного мозга. В 2023 году этот день выпал на 16 сентября.

Тема донорства ГСК невероятно обширна, но даже краткий экскурс в этот загадочный и пугающий для многих людей мир будет полезен каждому.

Для начала важно не забывать, что так называемый костный мозг на самом деле никакой не мозг и совершенно не имеет отношения ни к головному, ни к спинному мозгу. На самом деле костный мозг – это губчатое вещество, которое находится в плоских костях: в костях таза, верхнем плечевом поясе, ребрах, грудины, костях черепа и др. Гемопоэтические стволовые клетки – клетки костного мозга, из которых получают все виды клеток крови: эритроциты, тромбоциты и различные виды лейкоцитов. Именно эти клетки и трансплантируют пациенту, у которого собственный костный мозг с этой задачей не справляется.

По данным Министерства здравоохранения РФ, трансплантация костного мозга (ТКМ) ежегодно требуется более чем пяти тысячам россиян, 1/3 из которых приходится на аллогенный вид ТКМ (АллоТКМ), то есть когда пациенту пересаживают чужой костный мозг. Но фактически

по всей стране проводится до 300 АллоТКМ в год, в том числе по причине отсутствия подходящего донора для пациента. В мире доля аллогенных трансплантаций выше. В 2017 году на них пришлось 42% всех пересадок костного мозга [1].

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток показана при онкогематологических заболеваниях (острые лейкозы, лимфомы и др.), апластической анемии, нарушениях в системе кроветворения, а также в иммунной системе. Для большинства людей, страдающих этими заболеваниями, ТКМ является единственным шансом на спасение жизни [2].

В онкогематологии путь пациента до трансплантации не прост. После постановки диагноза, требующего пересадки КМ, выполняется один или несколько курсов химиотерапии, так как трансплантация преимущественно проводится в стадии ремиссии заболевания. Поэтому она никогда не бывает первым этапом в лечении.

Если у больного нет совместимого родственного донора, то поиск неродственного донора, так называемого «генетического близнеца» – человека с тем же HLA (Human Leukocyte Antigens) – фенотипом (цифровым показателем генов, отвечающих за тканевую совместимость, по которым и подбирают доноров ГСК для пациентов) – ведется в регистре доноров костного мозга. Федеральный регистр доноров костного мозга – это информационная система, в которой хранится зашифрованная информация о потенциальных донорах костного мозга со всей России после их типирования [3].

В нашей стране Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, администратором которого является ФГБУН «Кировский НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России», начал работу 1 сентября 2022 года [4]. До этого момента существовали государственные и негосударственные регистры, в которых информация о донорах не была объединена в общую базу, что существенно затрудняло и затягивало поиск неродственных доноров для пациентов.

На сегодняшний день в России с населением около 147 млн человек только 242 тысячи человек вступили в ряды потенциальных доноров. Это лишь 0,1% от числа всех россиян. Для сравнения: в Великобритании в регистрах состоит уже 3% населения, в Германии – 10%, в Израиле – 12%.

Более того, наше государство на четвертом месте в мире по редким генотипам. Известно, что поиск неродственного донора лучше производить среди тех этнических групп, к которым принадлежит пациент, поскольку среди людей сходного происхождения вероятность совпадения донор-реципиент значительно больше. Так, примерно для десяти процентов российских пациентов не удастся найти донора в европейских регистрах. Подобная ситуация не редкость, если больной, например, принадлежит к какому-либо из народов Кавказа или Севера, поскольку в Европе людей такого происхождения слишком мало.

С момента создания Федеральный регистр взял на себя часть финансовых расходов, связанных с так называемой «активацией донора». Это возмещение оплаты проезда донора к месту донации, проведение необходимого обследования донора [5]. Государство также оплачивает саму процедуру трансплантации ГСК и весь период нахождения пациента в стационаре после ТКМ до момента выписки. Но осталось немало вопросов, требующих материальных затрат, которые пока остаются на плечах самого пациента и благотворительных фондов. Если повезет и найдется донор из РФ, то ориентировочные расходы на 2023 год составят до 90 тыс. рублей, а если же донор будет из стран Европы, то эти расходы начнут исчисляться от 20 тысяч

евро и выше. Почувствуйте разницу, как говорится. Это еще одна причина, из-за которой стоит активно развивать и популяризировать тему донорства ГСК в нашей стране.

Итак, вы можете вступить в Федеральный регистр потенциальных доноров костного мозга, если ваш возраст от 18 до 45 лет, вес более 50 кг и вы не имеете абсолютных противопоказаний к донации, к которым относятся: злокачественные новообразования, инфекционные болезни (ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез и др.), также ряд заболеваний других органов и систем [6]. С полным списком противопоказаний можно ознакомиться на сайте регистра.

Для всех жителей Красноярского края на сегодняшний день есть несколько вариантов вступления в Федеральный регистр доноров костного мозга. Можно подать заявку онлайн через портал «Госуслуги». В назначенный день понадобится сдать 5 мл крови из вены для определения вашего генотипа в рекрутинговом центре региона. В Красноярском крае таким центром с января 2023 года является Красноярский краевой центр крови №1.

**Вы можете вступить в
Федеральный регистр
потенциальных доноров
костного мозга, если
ваш возраст от 18 до 45
лет, вес более 50 кг и вы
не имеете абсолютных
противопоказаний к донации.**



Индивидуальный набор для взятия буккального эпителия. Фото с сайта rdkm.ru

Также можно обратиться в любой филиал лабораторий INVITRO, CMD, ДНКМ на территории РФ, сказав на ресепшене о желании стать донором КМ. А на сайте Национального регистра доноров КМ им. Васи Перевощикова

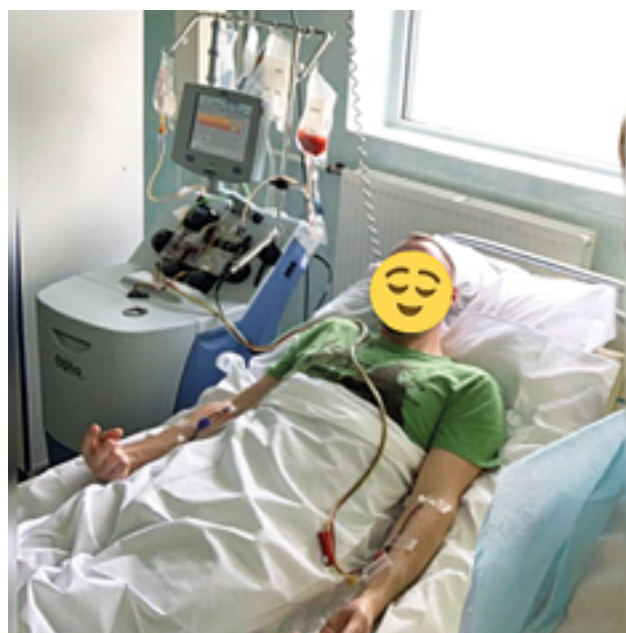
(rdkm.ru), который также передает данные в Федеральный регистр, можно бесплатно заказать индивидуальный набор, который придет к вам в ближайшее отделение «Почты России». В посылке будет анкета и палочки-тестеры для сбора буккального эпителия с подробной инструкцией. Вы самостоятельно сможете провести необходимые манипуляции и так же по почте вторым конвертом, который уже оплачен регистром, отправить его обратно по указанному адресу. Какой из способов для вступления вы бы ни выбрали, в любом случае информация о вашем HLA-фенотипе будет храниться в едином Федеральном регистре.

Что же происходит после сдачи материала?

В специализированной лаборатории, куда поступит образец крови или буккального эпителия, определяют ваш HLA-фенотип. Через несколько месяцев по электронной почте вы получите уведомление о том, что ваши данные внесены в регистр. Поздравляем, с этого момента и до достижения 55-летнего возраста, который является верхней границей, при которой человек может стать донором ГСК, либо отзыва вашего информированного согласия вы являетесь потенциальным донором костного мозга! Шанс, что вы станете реальным донором, то есть найдется ваш «генетический близнец», очень мал – 1:10 000 [7]. Это может произойти через год, через пять, десять лет или никогда. Но если все же вы подойдете конкретному пациенту, с вами свяжется сотрудник регистра и подробно расскажет о дальнейших шагах.

Когда донор обследован и согласен на процедуру передачи своих кроветворных клеток, пациенту назначается высокодозная полихимиотерапия («кондиционирование»). Принцип добровольности заключается в том, что вы можете отказаться от донации в любой момент. Но желательно об этом сообщить не позднее, чем за 10 дней до намеченной даты трансплантации и до начала этапа кондиционирования, иначе пациент обречен на неминуемую гибель. Как происходит донация ГСК? Существует два основных метода сбора донорского материала. Первый – метод афереза. Сбор клеток производится из периферической крови через установленные катетеры. Амбулаторно за пять дней до донации донору подкожно вводят специальный препарат, который стимулирует активную работу костного мозга, благодаря чему в кровяное русло выходит большое количество ГСК. Этот препарат относится к группе гранулоцитарно-макрофагальных колониестимулирующих факторов («Лейкостим», «Ней-

поген» и др.), которые нередко применяются у пациентов после лучевой либо химиотерапии для ускорения восстановления клеточного состава крови. У небольшой части доноров во время приема препарата могут возникать гриппоподобные симптомы, которые купируются нестероидными противовоспалительными препаратами. Но чаще всего этого не требуется, а дискомфорт проходит после процедуры по сбору клеток. Сам процесс донации очень похож на заготовку компонентов крови, только в случае с забором ГСК в процессе задействована не одна, а обе руки. Из одной вены кровь поступает в специальный аппарат – сепаратор, который отфильтровывает стволовые клетки, остальные же клетки крови возвращает человеку через вену на другой руке. Вся процедура занимает около 4-6 часов. Сидя в удобном донорском кресле человек может смотреть телевизор, слушать музыку или аудиокнигу. После сдачи клеток донор покидает клинику в тот же день. Во время процедуры забирается не более 5% от всех ГСК (около 200-300 мл суспензии), которые полностью самостоятельно восстанавливаются за 3-4 недели [8].



Процесс донации методом афереза

Второй способ – метод эксфузии, при котором необходимое количество костного мозга берут у донора под общим наркозом с помощью двух проколов иглой из гребня подвздошной кости. Во время процедуры, которая длится около 60 минут, забирают не более 10-20 мл на кг массы тела донора, а время восстановления КМ составляет до четырех недель. После забора может возникнуть болезненность в местах проко-

лов, похожая на боль от ушиба и проходящая от приема обезболивающих препаратов. По показаниям донор может задержаться в дневном стационаре на два дня с целью наблюдения. Метод эксфузии в настоящее время применяется крайне редко.

При выборе способа забора ГСК последнее слово всегда остается за донором. При необходимости выдается больничный лист на 5-9 дней.

Донорство костного мозга во всем мире безвозмездно. За него не выдают продуктовый набор, не выписывают премии и не добавляют дней к отпуску. Для морального поощрения доноры, сдавшие стволовые клетки костного мозга, награждаются ведомственной медалью ФМБА «За содействие донорскому движению» [9].

«Донорство костного мозга – это прежде всего люди. Одни ждут донора, другие готовы ими стать, а третьи уже спасли чью-то жизнь».



Ведомственная медаль ФМБА «За содействие донорскому движению»

Также в целях предотвращения конфликта интересов донор и реципиент могут познакомиться лично только через два года после выполнения трансплантации КМ. Единственная информация, которую возможно узнать донору о своем «генетическом близнеце» непосредственно в день после донации, – только пол и возраст. В этом и заключается принцип анонимности.

Появляется закономерный вопрос: а насколько безопасен для здоровья донора процесс

забора гемопоэтических стволовых клеток? Согласно исследованиям Всемирной ассоциации доноров костного мозга (WMDA), риски от процедуры для доноров минимальны и проявляются, как правило, в виде болезненных ощущений в области поясницы, ломоты в костях, слабости и головокружений, которые проходят в течение нескольких дней. Для того чтобы избежать последствий для здоровья, донору необходимо соблюдать все врачебные рекомендации до и после процедуры сдачи костного мозга [10].

Еще несколько лет назад процедуру пересадки ГСК проводили только в крупных федеральных центрах, для этого нужно было ехать в Москву или Санкт-Петербург. Теперь же впервые отделение трансплантации костного мозга появится и у нас в Красноярске на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр

охраны материнства и детства».

Для своих первых маленьких пациентов отделение откроет двери уже в 2023 году. В планах проведение до 40 аутотрансплантаций в год. Аутологичная трансплантация – это вид ТКМ, при которой пациенту пересаживают собственные кроветворные клетки.

Если у вас остались вопросы, которые останавливают вас от вступления в ряды потенциальных доноров костного мозга, вы можете их задать нашим врачам отделения гематологии и химиотерапии №1, а также сотрудникам Федерального регистра доноров костного мозга по телефону горячей линии 8-800-550-29-77 (звонок по России бесплатный) либо на сайте <https://kmdonor.ru>

В завершение хочется процитировать слова о донорстве костного мозга: «Донорство костного мозга – это прежде всего люди. Одни ждут донора, другие готовы ими стать, а третьи уже спасли чью-то жизнь» [11].

Список литературы

1. Jakob R. Passweg, Helen Baldomero, Grzegorz W. Basak, Christian Chabannon. The EBMT activity survey report 2017: a focus on allogeneic HCT for nonmalignant indications and on the use of non-HCT cell therapies. Bone Marrow Transplantation (2019) 54:1575–1585.
2. Ксения С. Афанасьева, Мария В. Барабанщикова, Сергей Н. Бондаренко, Татьяна А. Быкова, Юлия Ю. Власова, Асмик Г. Геворгян, Ирина К. Голубовская и др., под редакцией Бориса В. Афанасьева. Показания к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Клеточная терапия и трансплантация. 2019; №4. doi 10.18620/ctt-1866-8836-2019-8-4-101-145
3. Федеральный регистр доноров костного мозга. – URL: <https://kmdonor.ru/donoram/zachem-stanovitsja-donorom/> (дата обращения 22.08.2023)
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.04.2022г. № 640. Об утверждении Правил ведения Федерального регистра доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток. – URL: <http://government.ru/docs/all/140410/> (дата обращения 22.08.2023)
5. (Постановление Правительства Российской Федерации от 19.08.2022 № 1460 «О финансовом обеспечении расходов на проезд донора костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток к месту изъятия костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток и обратно». – URL: https://kmdonor.ru/wp-content/uploads/2022/12/1460_postanovlenie.pdf (дата обращения 22.08.2023)
6. Приказ Минздрава России от 12.12.2018 N 875н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и внесении изменения в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2019 N 53256). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_315537/ (дата обращения 22.08.2023)
7. Центр развития донорства костного мозга. – URL: <https://www.црдкм.рф/> (дата обращения 22.08.2023)
8. Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова. – URL: https://rdkm.rusfond.ru/registr_stat/009 (дата обращения 22.08.2023).
9. Приказ ФМБА РФ от 24.03.2010 N 155 «Об учреждении знака отличия – медали «За содействие донорскому движению» (вместе с «Положением о медали «За содействие донорскому движению»» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.04.2010 N 16952). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_77833/6d5755868d31bfe393136e0c5a7fe89acb75001c/ (дата обращения 22.08.2023)
10. Федеральный регистр доноров костного мозга. Руководство участника. – URL: https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Medicine/Rukovodstvo_uchastnika_Registra_donorov_kostnogo_mozga.pdf (дата обращения 22.08.2023)
11. Кровь 5. – URL: <https://blood5.ru/articles/lyudis/> (дата обращения 22.08.2023)

Михаил Васильевич Нестеров

Портрет хирурга С.С. Юдина

1935 год



Русский и советский художник, живописец родился в Уфе в интеллигентной купеческой семье. До 12 лет учился в мужской гимназии. Осенью 1874 года по распоряжению отца будущий художник переехал в Москву, чтобы поступить в техническое училище. Не выдержав экзаменов, поступил в реальное училище К.П. Воскресенского, а затем в Московское училище живописи, ваяния и зодчества.

Славу художнику принесла картина «Пустынник», написанная в 1889 году. Нестеров становится участником «Передвижной выставки». А в следующем году получает предложение на роспись храмов – впоследствии роспись храмов под руководством Виктора Васнецова принесет мастеру славу и множество заказов... Этому делу Михаил Васильевич отдал свыше 22-х лет своей жизни. Когда грянула революция 1917 года и наступили смутные времена, художник переходит к написанию портретов. Одним из героев его произведений становится хирург Сергей Юдин – виртуоз-новатор, ученый и спаситель тысячи человеческих жизней. Но не слава блестящего

врача влекла Нестерова к Юдину, а широта и яркость его личности.

Главная идея Сергея Сергеевича была в том, что работающие у него хирурги должны обладать широчайшим диапазоном возможностей, быть, как он сам говорил, «поливалентными». Институт стал настоящей «хирургической Меккой», аккумулятором, где хирурги черпали идеи. Об операциях Юдина ходили легенды: он мог делать то, что выходило за пределы человеческих возможностей. Например, выполнял резекцию желудка за 20–30 минут, чего до сих пор не удалось повторить ни одному хирургу в мире. Его сравнивали с пианистом-виртуозом, а сам Юдин говорил:

«Вскрываю брюшную полость, кладу руку на опухоль, беру аккорд и вижу, что опухоль удалима».

Сергей Юдин великолепно играл на скрипке и гитаре, а одну из своих книг назвал «Этюды желудочной хирургии». Портрет художника Нестерова удивительным образом отражает эти стороны характера великого хирурга.