

декабрь 2023 год

№ 4 (90)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

НЕВОЗМОЖНОЕ ВОЗМОЖНО: ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА

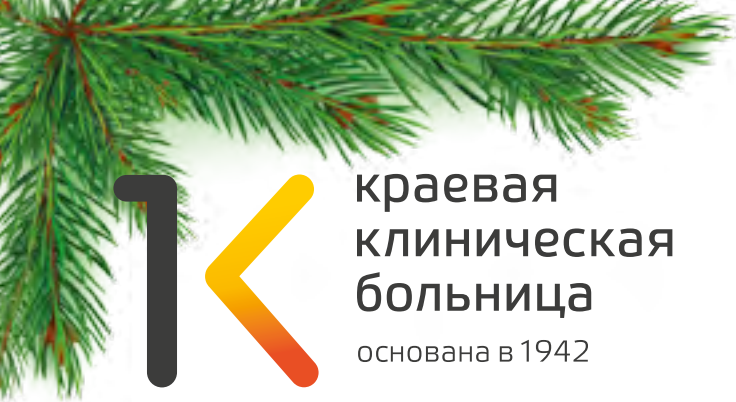


4 лайфхака для специалиста
по охране труда в учреждении
здравоохранения

Манускрипт Войнича
продолжает хранить свои тайны

Портреты

Станислав Слабнин
Татьяна Бахтина
Валентина Симакова
Алексей Урдаев



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

1317 коек, из них:

112 реанимационные

В структуре больницы

60 стационарных отделений,
объединенных в

13 специализированных
центров

Более **44 000**
пациентов ежегодно
лечатся в стационаре
больницы, из них
почти **6 000**
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



В больнице работают

3 893

сотрудника

врачей

924

медицинских сестер

1428

младшего медицинского персонала

894

немедицинского персонала

894

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

на декабрь 2022 года

Манускрипт Войнич

продолжает хранить свои тайны

Над расшифровкой этого загадочного текста трудились сотни исследователей, лингвистов, криптографов, а в последние годы – еще и искусственный интеллект. Но все напрасно: до сих пор и язык, и алфавит, и сам автор этой средневековой рукописи остаются неизвестными.



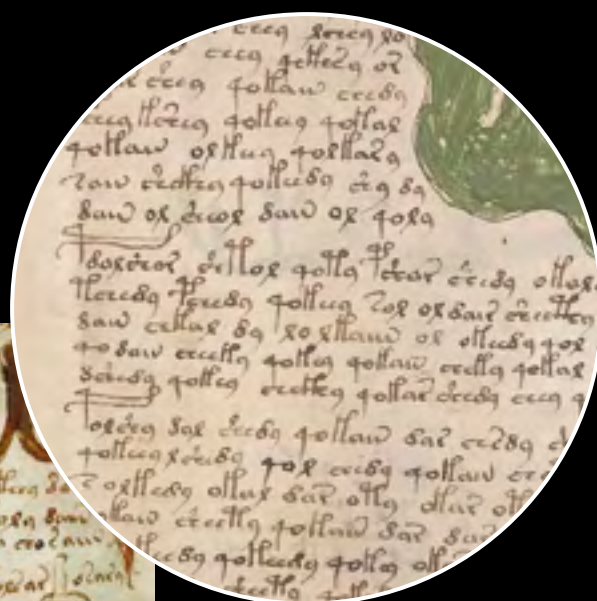
Манускрипт написан на пергаменте, датированном с помощью радиоуглеродного анализа первой половиной XV века. Страниц всего 240, но предполагается, что еще примерно 30 были безвозвратно утрачены. А жаль, ведь именно они могли содержать ключ к расшифровке. Текст написан гусиным пером и чернилами. Направление его привычно европейское: слева направо и сверху вниз. Почерк автора аккуратный и четкий, привычная нам пунктуация отсутствует. Четко прослеживается разделение на отдельные буквы и слова. Алфавит, на котором на-

писан текст, содержит 20–30 букв. Однако в книге есть и другие символы, некоторые из них встречаются часто, а другие – буквально пару раз. Всего в рукописи Войнич около 35 тысяч слов.

Хотя манускрипт имеет европейское происхождение, в языке есть отличия от европейских языковых систем. Например, почти не встречаются слова, длиннее чем из 10 букв. Нет в тексте и коротких слов из одного-двух символов – вроде предлогов, местоимений, частиц, вспомогательных глаголов.



Помимо основного языка в тексте присутствуют вкрапления и на других языках. Например, встречаются символы, вполне напоминающие латинские буквы. Но и они не проливают свет на тайну манускрипта.



Рукопись Войнич, которая известна по имени хранившего ее антиквара Вильфреда Войнич, содержит не только текст, но и множество иллюстраций, грубовато раскрашенных. Все содержимое книги можно разделить на шесть разделов: ботанический, астрономический, биологический, космологический, фармацевтический, рецептный.

Некоторые иллюстрации не менее загадочны, чем сам текст. Например, они изображают неизвестные науке растения либо же растения, похожие на монстров Франкенштейна: части одних растений соединены с другими. Лишь немногие экземпляры (чертополох, аютины глазки) удалось определить точно.



Также вызывают вопросы диаграммы и некоторые рисунки. В них исследователи XX века усматривали сходство со спиральными галактиками или клетками живых организмов. А еще есть изображение средневековой крепости, окруженной стеной с зубцами «ласточкин хвост». В XV веке подобные зубцы были типичны для Северной Италии.

По одной из версий, манускрипт принадлежал какому-нибудь средневековому лекарю-шарлатану. Не разбираясь толком в гербалистике, он составил на выдуманном языке книгу и снабдил ее иллюстрациями, чтобы выглядеть посолиднее в глазах клиентов. Но эта версия маловероятна – на шарлатанские травники книга мало похожа.

Авторство манускрипта приписывали многим. Например, его возможным создателем называли францисканского монаха, философа и исследователя Роджера Бэкона. Только вот жил Бэкон в XIII веке, задолго до написания рукописи. Также авторство приписывали Джону Ди – математику и астрологу при дворе Елизаветы I. Еще больше предположений и догадок выдвигают насчет языка манускрипта. Популярная версия гласит, что это один из европейских языков, закодированный с помощью специально созданного алгоритма. Другие интересные версии – использование автором книги микрографии или стеганографии. В первом случае каждый символ, бессмысленный сам по себе, содержит набор крошечных

черточек, которые и складываются в осмысленный текст. Но видно это только при большом увеличении. Стеганография же представляет собой зашифровку главного содержимого в неприметных, на первый взгляд, деталях. Следующая версия гласит, что книга написана на каком-либо экзотическом языке, для которого не существовало алфавита. И автор рукописи сам этот алфавит придумал. В пользу гипотезы говорит то, что структура слов действительно напоминает некоторые языки Азии (китайский, тибетский, вьетнамский, тайский).





Далее высказывались предположения, что текст рукописи Войнича написан на искусственном языке или на смеси из разных языков, является потоком сознания или даже предметом творчества душевнобольного человека. Наконец, последние исследования привели к предположениям, что текст книги написан на искаженном иврите с системой шифрования или же на

протороманском языке Южной Европы. Все это – лишь гипотезы, ни одна из которых не может быть признана за сколько-нибудь убедительную теорию и помочь в дешифровке. Манускрипт Войнича продолжает озадачивать ученых уже четыре столетия, и даже самые передовые технологии пока не помогли раскрыть его тайну.



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. Декабрь 2023 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 7,9 Новости**
- 8 Слово редакторов**
- 10 Портрет** | Станислав Слабнин
- 12 Портрет** | Татьяна Бахтина
- 14 Портрет** | Валентина Симакова
- 16 Портрет** | Алексей Урдаев
- 18 Оргздрав** | Как построить HR-отдел: практическое руководство
- 24 Оргздрав** | 4 лайфхака для специалистов охраны труда в учреждениях здравоохранения
- 27 Casus extraordinarius** | Применение экстракорпоральной поддержки печени при хронической печеночной недостаточности
- 32 Casus extraordinarius** | Первый опыт удаления глиальных опухолей функционально важных зон головного мозга под нейронавигационным контролем с использованием данных МРТ-трактографии и функциональной МРТ
- 38 Партнерская страничка** | «Школа сахарного диабета» для детей и родителей в КГБУЗ «КГДБ №8»
- 40 Партнерская страничка** | «Наше здоровое будущее». В детском ревматологическом санатории «Березка» внедрили программу «Территория здоровья»
- 44 Опыт** | Совместная работа логопеда и физиотерапевта отделения ранней медицинской реабилитации при помощи метода транслингвальной нейростимуляции
- 47 Опыт** | Инновационный метод пассивной вертикализации в отделении реанимации и интенсивной терапии
- 48 Casus extraordinarius** | Невозможное возможно: органосохраняющее лечение в условиях акушерского перитонита
- 52 Знаменательные даты** | 100 лет студентке первого выпуска Красноярского медицинского института Ирине Тарских
- 55 Знаменательные даты** | 10 лет передвижному консультативно-диагностическому центру «Мобильная поликлиника»

1 В отделении гематологии ККБ открылся дневной стационар

Дневной стационар необходим как альтернатива круглосуточному стационару для тех пациентов, которым не требуется проведение высокодозной химиотерапии и круглосуточного наблюдения.

Во всем мире активно развиваются именно стационары дневного пребывания, поскольку это позволяет оказывать медицинскую помощь большему количеству пациентов без значительного увеличения площадей медицинских учреждений и количества персонала.

По словам заведующей гематологическим отделением Варвары Бахтиной, такая форма оказания медицинской помощи удобна и для самих пациентов. «То есть человеку вводят препарат, который входит в курс химиотерапии, за ним наблюдает персонал,



и если самочувствие нормальное, пациент уходит из больницы», – рассказала Варвара Бахтина.

В дневном стационаре пациенты находятся от нескольких минут до пяти-шести часов при длительной инфузии. Здесь же могут проводиться сложные обследования, которые невозможно сделать в условиях амбулаторий.

2 Уникальную технологию лечения гигантских аневризм головного мозга освоили рентгенхирурги ККБ

Теперь пациентам Краевой клинической больницы доступно лечение аневризм головного мозга методом установки поток-перенаправляющего стента. Эта методика считается наиболее физиологичной, поскольку при имплантации стента происходит реконструирование стенки артерий.



Как рассказал заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ККБ Никита Литвинюк, раньше почти всех пациентов с гигантскими аневризмами отправляли в федеральные центры. При этом всегда существовал риск, что пациент может не дождаться своей очереди либо не доехать, поскольку точно спрогнозировать поведение аневризмы невозможно.

– Методика имплантации поток-перенаправляющего стента уникальна в принципе. При оперировании больших аневризм привычными методами потребовалось бы большое количество спиралей,

при этом сохранялся бы большой объем самой аневризмы, которая будет давить на мозговое вещество, и не исключены риски повторной реканализации, – поясняет рентгенхирург. – Гигантская аневризма – это всегда намного больший риск разрывов или повторного роста. Можно оперировать их открытым способом – с трепанацией черепа. В нашей клинике нейрохирурги успешно такие операции выполняют. В частности, профессор Павел Геннадьевич Шнякин проводит клипирование очень сложных аневризм, но, опять же, большие аневризмы – большие риски». Новая для нашей больницы методика позволяет выполнять установку стента в проекцию сосуда, где входит аневризма. Стент перекрывает аневризму, и за счет того, что он представляет собой плетеную трубку, линия кровотока начинает проходить только по стенту, минуя аневризму. Кровоток не заходит в ее полость, не заполняет, поэтому в аневризме начинается процесс тромбообразования, она постепенно тромбируется и полностью закрывается.

Для консультации красноярских коллег в краевую больницу прибыл заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения Ленинградской областной клинической больницы Виталий Киселев. Опытный нейро- и рентгенэндоваскулярный хирург, специализирующийся на лечении патологий сосудов головного мозга, консультировал наших рентгенхирургов во время выполнения вмешательств.

Все пятеро первых пациентов, которым установлены поток-перенаправляющие стенты, будут находиться под наблюдением, и через полгода после операции они пройдут контрольное ангиографическое обследование, чтобы специалисты смогли проследить динамику состояния аневризмы.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Накануне Нового года всегда хочется подвести итоги и пометчать о планах. 2023-й год ознаменовался для нас большим количеством событий, которые подтверждают статус ККБ как больницы экспертного уровня. Нас посетило много людей, которые играют в здравоохранении страны значительную роль.

Так, в сентябре в Краевой побывал министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко. И лично убедился в том, что инструменты менеджмента качества у нас интегрированы во все рабочие процессы – от диагностики до реабилитации пациента. После посещения больницы он провел большое всероссийское совеща-

ние с руководителями регионов и представителями региональных систем здравоохранения, где еще раз обозначил важность внедрения стандартизации и пациентоцентричности в работу медицинских организаций, и подчеркнул значимость работы, проделанной нашим коллективом в этом направлении. Сентябрь вообще был богат на события – ежегодно мы проводим всероссийскую конференцию по теме качества медицинской помощи, которая собирает весь авангард сферы. Не исключением стал и этот год. Мы в седьмой раз провели нашу конференцию, на которую собралось более 300 очных и свыше 500 онлайн-участников более чем из 20 регионов России. В ноябре Краевая клиническая больница стала победителем в третьем этапе Всероссийской премии «ПроДокторов. Гран-при» среди государственных клиник СФО. Для нас это значимая награда, ведь она присуждена на основе отзывов наших пациентов! В декабре в столице состоялась ежегодная конференция «Медицина и качество – 2023», в которой, по информации организаторов, приняли участие в очном и онлайн-формате более 1200 человек.

Сотрудники нашей больницы провели мастер-класс по управлению кадрами в медорганизациях, приняли участие в круглых столах, где обсуждался разбор нежелательных событий, повышения мер хирургической безопасности. Мы поделились с коллегами наработками в области информационных систем. Наши врачи продолжали общение с коллегами из разных регионов России и даже других стран. Несмотря на современные сложности, мы побывали в Монголии, Армении, Испании, Белоруссии, Казахстане, Швейцарии, Германии, изучая опыт зарубежных коллег. На базе нашей больницы прошли конференции кардиологов, нефрологов, нейрохирургов, травматологов, пульмонологов.

Я очень рад за больницу и коллег, чей опыт становится востребованным для медиков всей России. Это лишь малая часть событий, произошедших ближе к окончанию года – их в больнице проходит множество, причем круглогодично.

Сердечно благодарю всех сотрудников за ежедневную добросовестную работу и человеческое участие. С наступающим Новым годом!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Часто новогодний бой курантов провоцирует размышления о глобальном. Одна из таких проблем – это старение общества. Численность престарелых в мире, составлявшая в начале XXI в. 600 млн человек, к 2050 году возрастет до 2 млрд. Сегодня медиана возрастного состава населения мира равна 26 годам (не путать со средним

возрастом, медианный возраст делит население на две равные по количеству части). Страна с самым низким медианным возрастом населения – Йемен, там этот показатель равен 15 годам, самый высокий медианный возраст в Японии – 41 год. К 2050-му медианный возраст населения мира возрастет до 36 лет. Согласно прогнозам, к этому моменту самый низкий медианный возраст населения будет наблюдаться в Нигерии (20 лет), а самый высокий (55 лет) – в Испании. Если население мира стареет и в будущем его большая часть вступит в пенсионный возраст, то кто же тогда останется на рабочем месте и обеспечит наполнение пенсионных и страховых фондов? Это финансовое бремя создает огромную нагрузку и финансовые обязательства на молодежь. Тем более что пожилое население не только растет

количественно, но и требует более дорогого медицинского содержания.

В этом смысле общество возлагает большие надежды на медицину. Развитие здравоохранения и медицинских наук становится принципиальным вопросом качества существования человеческой популяции. Наше с вами участие, дорогие коллеги, важно не только здесь и сейчас, но и в перспективе поколений. Выходит, для того чтобы нам самим иметь обеспеченную комфортную пенсию и не вваливать непосильный груз на наших детей и внуков, архиважно сохранять собственное здоровье и непрерывно улучшать наши производственные процессы – как бы банально это ни звучало.

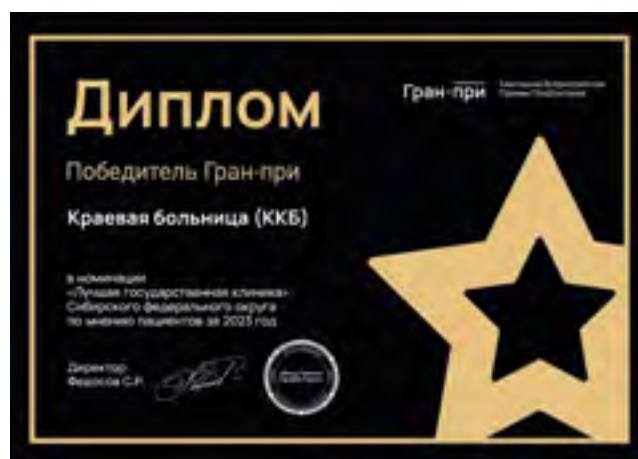
Берегите себя и близких, с праздником!

3 ККБ – лучшая клиника Сибирского округа по мнению пациентов

Краевая клиническая больница стала обладателем Гран-при в третьем этапе Всероссийской премии «ПроДокторов» среди государственных клиник Сибирского федерального округа. Торжественная церемония награждения прошла 18 ноября в Москве.

Премия «ПроДокторов-2023» «Сияющие звезды медицины» является общенациональной профессиональной наградой для практикующих врачей и медицинских учреждений. Она присуждается лучшим врачам, а также лучшим клиникам по мнению пользователей портала prodoctorov.ru.

В этом году в конкурсе участвовали 1990 лучших клиник и 4587 лучших врачей нашей страны. В том числе 30 больниц и 90 врачей Красноярского края. По мнению организатора, некоммерческой организации «Фонд Премии «ПроДокторов», миссия Премии – «Сделать медицину прозрачной и понятной для каждого». А целями Премии являются поддержка профессиональной деятельности врачей, развитие идеи ориентированности медицины на заботу о пациентах, поддержка высокого уровня профессионализма врачей, информирова-



ние населения о важности деятельности врачей, поощрение врачей и медицинских организаций, которые пользуются наибольшим доверием пациентов, развитие пациентоцентричной медицины в Российской Федерации и рост уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Наша больница уже была победителем Премии в 2022 году. Но Гран-при мы получили впервые. Поздравляем ККБ с еще одной заслуженной победой!

4 Совершенство техник операций при стрессовом недержании мочи и пролапсе органов малого таза

Один из наших принципов – это передовые технологии для пациентов, поэтому специалисты клиники всегда повышают свою квалификацию. На днях в операционной Краевой клинической больницы прошел мастер-класс «Современные методы оперативного лечения стрессового недержания мочи и пролапса тазовых органов». Провела его к.м.н., врач высшей категории Ольга Викторовна Тарабанова из Краснодара.

Опыт перенимали врачи гинекологического отделения нашей клиники и доктора других кли-

ник города. В ходе мастер-класса четырем пациенткам были проведены slingовые операции для устранения недержания мочи одновременно с пластикой, направленной на коррекцию пролапса (опущения) органов малого таза. Это малоинвазивное вмешательство, которое проходит под строгим контролем современного оборудования. Его суть заключается в том, что под среднюю часть мочеиспускательного канала вводят специальную петлю, она поддерживает уретру и восстанавливает физиологичный угол между мочевым пузырем и непосредственно уретрой. Вследствие чего пациентка избавляется от подтекания мочи во время чихания, кашля, смеха или бега, а также при других ситуациях, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления.

По данным ВОЗ, каждой четвертой женщине после сорока лет ставится диагноз стрессового недержания мочи.

По итогам мастер-класса все врачи получили сертификаты и в дальнейшем смогут успешно применять полученные навыки на практике, а это значит, что десятки пациенток значительно повысят качество своей жизни.



Станислав Слабнин

Заведующий хирургическим отделением № 1, в том числе осуществляющим трансплантацию печени, в 2023 году получил наградной значок «Почетный работник ККБ» и продолжает проводить большие и малые изменения – как в управлении отделением, так и в методиках проведения операций.

Много ли в стране хирургов, которые осуществляют операции по трансплантации? Где еще работают такие центры в России?

Да, специалистов много, что касается центров по трансплантации, то они есть в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Новосибирске, Казани. Мы предпоследние за Уралом, дальше только в Иркутске. На Дальнем Востоке центров нет, это осложняет процесс постановки в очередь на трансплантацию, ведь, чтобы получить услугу по ОМС, необходимо проживать в регионе, где центр есть, поэтому многие переезжают, оформляют прописку в другой области РФ.

Можете описать ваших пациентов? Кто эти люди?

Прежде всего это пациенты с циррозом печени. Единственный способ лечения – трансплантация. Очень многие не подозревают о своем заболевании и узнают о недуге только при случайном обследовании. Не обязательно цирроз связан с употреблением алкоголя, как правило, это может быть гепатит В и С, также цирроз может возникать при болезнях обмена веществ. Встречаются случаи неизвестной этиологии. Заболеванием в равной степени страдают мужчины и женщины.

Кроме трансплантации печени чем еще занимается хирургическое отделение № 1, какие патологии у вас встречаются чаще?

Мы занимаемся всей очаговой патологией гепатобилиарной области: образования печени, поджелудочной железы, желчного пузыря. Обследуем пациентов, при необходимости оперируем. В том числе пациентов с механической желтухой, то есть с проблемами желчевыводящих путей: желчнокаменной болезнью, опухолями. Кроме того, у нас лечатся пациенты с дисфункцией трансплантата печени. С 2022 года проводим трансплантации почек пациентам с терминальной почечной недостаточностью. Большая группа пациентов – с паразитарными поражения-

ми органов брюшной полости. В связи именно с паразитарным поражением был интереснейший опыт совместной работы с кардиохирургами по пересадке целого органокомплекса – печени с правым предсердием и магистральными сосудами. Это была молодая пациентка, которая получила хорошую перспективу на дальнейшую жизнь, мы очень довольны.

Чаще всего проводится трансплантация органов погибшего человека. А были случаи родственной трансплантации?

Да, был единственный случай пересадки донорской родственной печени – сын отдал матери часть органа, можно сказать, совершил героический поступок ради родного человека. Сыну было на тот момент около 30 лет, маме – 50. Операция очень сложная, скрупулезная, ведь в такой ситуации центром внимания становится не один человек, а два, донору ни в коем случае не должно стать хуже в результате наших манипуляций. К нам приезжал один из лучших специалистов по трансплантации печени Иван Анатольевич Поршенников, помогал нам осуществить трансплантацию.

Чем чревато это решение для донора?

Испытывает ли он потом ограничения в жизни?

Пациенту остаточной части хватает для жизнедеятельности, тем более что в течение полугода-двух лет печень увеличивается естественным образом, беря на себя функцию в необходимом объеме. Сразу поясню, что разрастается та доля, которая осталась, она просто становится больше; вторая, недостающая, доля не отрастает. В первом восстановительном периоде донору требуется соблюдение ряда правил, но потом можно жить как обычно.

Популярный вопрос у пациентов: как сохранить здоровье печени?

Во-первых, внимательно относиться к своему здоровью, в случае инфицирования вирусным гепатитом

Очень почетно и сложно занимать должность после Дмитрия Леонидовича, так как необходимо и сохранить технологии, которые были развиты, и внедрить новое.

обязательно лечить заболевание. Сейчас очень много схем для лечения гепатита, есть меры поддержки со стороны государства. Во-вторых, рекомендую периодически проверять состояние организма, внутренних органов, проходить диспансеризацию. Если выявлены очаговые образования – не игнорировать, обратиться к специалисту.

Расскажите, как вы пришли к этой профессиональной специализации?

Изначально хотел стать травматологом. На четвертом курсе решил устроиться в Краевую клиническую больницу санитаром в отделение травматологии, но не было вакансий. После окончания академии в 2005 году прошел интернатуру по хирургии в 20-й больнице, а после окончания устроился в поликлинику хирургом. Отработал полтора года, приобрел очень полезный опыт. Потом получил предложение поработать хирургом в приемном отделении ККБ. Трудился там около двух лет, а потом меня пригласили в отделение колопроктологии. Прошел стажировку и подготовку по этому направлению и впоследствии выполнял весь перечень операций, как раз в тот момент стали активно применять лапароскопические методы лечения. В 2013 году была учеба в Москве, перенял опыт проведения сложнейших операций, и это сильно поменяло мое профессиональное мировоззрение.

Что принципиально поменялось?

Раньше я считал, что работа на магистральных сосудах и лимфатическом коллекторе органов брюшной полости – на уровне фантастики. На обучении все посмотрел, изучил, почитал литературу и понял, что это реально, стал применять ее в своей практике. Это очень интересно, методы действенные, в лечении онкологических заболеваний так необходимые.

Есть ли в краевой человек, которого вы могли бы назвать своим учителем?

Да. Правда, он уже не работает здесь, это хирург Дмитрий Леонидович Ложкин, я многому научился у него. Очень почетно и сложно занимать эту должность после Дмитрия Леонидовича, так как необходимо и сохранить технологии, которые были развиты, и внедрить новое, ведь жизнь не стоит на месте.

В каком направлении сейчас двигаетесь в профессиональном плане?

У нас много работы, молодая и сильная команда. Основная задача для меня – передать опыт, чтобы ребята стали хорошими хирургами. Методологическая работа по изменению подходов в работе и лечении. Это огромный труд, требующий командной работы. У нас сформировалась хорошая команда, нацеленная на значимые результаты.



Татьяна Бахтина

Старшая медицинская сестра кардиологического отделения № 4 в этом году получила наградной значок «Почетный работник ККБ», а в прошлом – отметила 25-летие медицинского стажа в нашей больнице

Вы выросли не в Красноярске?

Верно, я родилась и училась в поселке Тура Эвенкийского автономного округа. Родители приехали туда молодыми покорять Север, мама – медицинская сестра, папа – спецсвязист. Помню, как мы просыпались с сестрой, мама приходила с дежурства, и от ее рук слегка пахло хлоркой. Этот запах казался мне ароматом чистоты. И мы обе со старшей сестрой стали медиками, а наша младшая ушла в другую область. Когда я оканчивала восьмой класс, старшая сестра училась уже на втором курсе медучилища, была такая умная, в речи употребляла медицинские термины, и я тайком от родителей забрала документы из школы и поступила туда же, рассказала родителям об этом только после того, как увидела свою фамилию в списках на зачисление. В конце 2-го курса устроилась в хирургическое отделение районной больницы санитаркой, а через год меня перевели на должность медсестры. Причем работала я не только палатной, но и операционной сестрой. После окончания четырех с половиной лет медучилища получила образование фельдшера, по распределению попала в Байkitскую районную больницу. Приехала туда, а главврач распорядился ехать в поселок Суринда, принимать участковую больницу, куда нас забрасывали вертолетом.

Наверное, это была совсем крошечная больница?

Да, она и сейчас существует: 6 палат, родзал, рентген-кабинет, стоматологический кабинет, процедурный, аптека. Работала тогда врач Зинаида Алексеевна Короткова. Через полтора месяца она передала мне дела и уехала на «большую землю». И тут я поняла, как хорошо, что я не отказывалась ни от какой работы в больнице Туры – хирургическое отделение дало и знания, и навыки, которые потом оченьгодились. А нужно понимать, что такое Суринда, тогда это было 700 эвенков-оленьеводов, половина из которых дети, и несколько русских. Можно сказать, что в начале 90-х XX век там еще не наступил. Народ «лечился» шаманами, нам приходилось подстраиваться, учитывать местные обычаи. Новая культурная среда, отрезанность от семьи, огромная профессиональная ответственность – было непросто.

Не приходили в голову мысли об отъезде?

Из окна моего кабинета была видна тропинка, а за

ней аэропорт. В тишине очень хорошо слышно, как подлетает вертолет. Я сидела и думала: «На сколько меня хватит?» Хватило на три года.

Но к концу третьего года стало полегче?

Даже несколько раньше. В какой-то момент я поняла, что нельзя находиться в постоянном стрессе, и стала налаживать и быт, и четкую работу. Что меня спасало – больница была полностью укомплектована: 4 медсестры, санитары, сестра-хозяйка, которая совмещала работу повара, медикаментов всегда было достаточно. Периодически приезжали с научными экспедициями бригады врачей-специалистов из Института медицинских проблем Севера. Они останавливались у нас в больнице и попутно вели прием в случаях необходимости. Всегда была возможность вызвать санавиацию. В целом на тот момент поселок финансово был весьма благополучным благодаря оленеводческому совхозу, у них даже был свой маленький вертолет. Директор всегда отзывался на наши запросы.

Можете вспомнить какой-то яркий случай из практики?

Однажды зимой я приехала из отпуска, не успела распаковать чемоданы, как прибежала санитарочка: «Татьяна Анатольевна, у нас преждевременные роды, пойдете!» Я пошла в больницу, а там у нас женщина, у которой до этого было несколько эпизодов невынашивания. В этот раз срок уже был приличный, 3-4 недели всего лишь не хватало до срока. Но мы боялись массивного кровотечения, как было в прошлом. И приняли решение транспортировать пациентку в районную больницу на совхозном вертолете, который в то время развозил оленеводов по бригадам – на Севере с помощью вертолета делается многое. Только мы поднялись, смотрю на ее лицо и понимаю, что схватки уже пошли сильные и продолжительные. Поговорила с ней, она успокаивает: «Я потерплю». Однако через несколько минут вижу – она уже в потуге. А вертолет был большой, Ми-8, полный народу. Вообще, в таких рейсах на борту могут оказаться и люди, и собаки, и лыжи, и куча каких-то вещей. Я пошла к командиру, предупредила, что скорее всего будем рожать в воздухе, мол, давайте сначала в Байkit, а потом уж по своим делам. Скомандовала остальным пассажирам уйти в хвост вертолета, а с нами была еще сестра роженицы, она встала, распахнула пальто и собой отгородила

женщину, которую мы уложили на сиденье. Пилоты по радиации вышли на связь с Байкитом и вызвали скорую. И только-только мы увидели крыши Байкита, она на потуге родила девочку. У меня все необходимое было с собой – и перерезать пуповину, и обработать, и завернуть ребенка. Мороз стоял за 40 градусов, я попросила дверь не открывать до приезда скорой. Так и сделали. Скорая подкатила прямо на посадочную площадку, погрузили свежеспеченную мамашу и ребенка, да и сами отправились с ними в стационар.

Вы знаете, как сложилась судьба новорожденной девочки?

Знаю, что ее назвали Валентиной, ей сейчас 31 год. А мне тогда было 20 с маленьким хвостиком.

Что было дальше?

В 1997 году я приехала в Красноярск и пошла устраиваться в краевую больницу. Сначала случайно зашла в легочный корпус, в отделение детской аллергологии, со мной там поговорила старшая сестра, сказала, что да, медсестры требуются, и отправила в главный корпус. А в главном корпусе я встретила сестру-хозяйку Людмилу Николаевну Лейман, которая привела меня сюда, тогда это было отделение инвазивной кардиологии во главе с Алексеем Владимировичем Протопоповым, оно только укомплектовывалось. Старшая сестра Альбина Анатольевна Тихонова на меня посмотрела и сказала: «Как хорошо, что ты пришла, я два года не была в отпуске, будешь моим дублером». С того момента и до сего дня я работаю здесь – сначала процедурной сестрой, теперь старшей. В 2009 году из инвазивной кардиологии вышло отделение кардиологии № 3 и отделение РХМДЛ.

Потом случилось еще одно мое образование – полтора года отучилась в медико-фармацевтическом колледже по специальности «Организация и преподавание сестринского дела», повышенный уровень, окончила с отличием.

В 2010 году меня пригласили в отоларингологическое отделение в качестве старшей сестры и кризисного менеджера. А в 2011-м позвонил Евгений Владимирович Самохвалов и сказал, что открывается новое кардиологическое отделение № 4 в связи с большим объемом госзаказа на диагностические коронарографии, и предложил мне поработать вместе. Александр Александрович Кривопалов (заведующий ЛОР-отделением в ту пору) не отпустил бы меня, но Евгению Владимировичу удалось уговорить его. Как же я была рада вернуться «домой», в кардиологию! С тех пор коллектив отделения практически не меняется – люди остаются и работают годами.

С 2013 года по сегодняшний день я являюсь председателем фармацевтического сектора в ККБ, в составе сектора – 17 старших медицинских сестер. Наша работа заключается в проведении плановых и внеплановых внутренних аудитов в отделениях по направлению, связанному с повышением безопас-

ности применения лекарственных препаратов высокого риска, а также проверяем выполнение требований к хранению и использованию ЛП и МИ в отделениях ККБ.

Я вхожу в совет старших сестер ККБ под руководством Светланы Леонидовны Нефедовой, где мы с коллегами решаем разного рода рабочие вопросы, редакция СТУ, РИ, алгоритмов, создание новых документов, организация обучения на базе симуляционного кабинета для старших сестер, дублеров старших сестер и т.д. Совет старших медицинских сестер тесно работает с эпидемиологическим отделом, отделом контроля качества, СМК.

В 2015 году я получила диплом о высшем образовании Санкт-Петербургского университета «Государственное и муниципальное управление». И снова оно не было лишним.

Какую часть работы в обязанностях старшей сестры вы считаете самой важной?

Я как руководитель должна создать условия для эффективной работы персонала – чтобы любому сотруднику было удобно, понятно и комфортно. Не надо бояться нового, мы имеем право в начале пути на ошибку и ее исправление, нужно только быть честным с самим собой и окружающими.



Валентина Симакова

Заместитель главного врача по поликлинической работе, переживая разные периоды, остается ориентиром для коллег как в работе, так и в жизни. В ее опыте сконцентрированы знания об управлении медучреждением и поразительный организаторский талант.

Как получилось, что вы, будучи успешной спортсменкой, направились в медицину?

Тогда я еще не была успешной спортсменкой. Моя мама работала в детском саду, поэтому общение с детьми было делом привычным и естественным, я собиралась поступать в педагогический институт. И однажды мы с подругой, выйдя из автобуса, на остановке столкнулись с тренером по волейболу мединститута. Он подошел к подруге, поскольку та собиралась именно в медицинский, они были знакомы, но когда подошла я, то все внимание тренера сразу переключилось на меня – сами понимаете, рост и прочие данные говорили сами за себя и в пользу занятий волейболом. Я отнекивалась, но тренер оказался настойчив: приходил домой, разговаривал с родителями. Словом, я поступила в медицинский и сразу же стала играть в команде вуза. Было много интересных поездок на сборы и соревнования, сразу после первого семестра – во Владивосток, а однажды поехали на первенство России среди вузов в Одессу. Запомнилось, что во Владивостоке боковыми судьями были морячки – подтянутые, красивые, и нашу команду они прозвали «Красноярские столбы».

Как сложилась жизнь после окончания института?

Спустя считанные дни после выпускного вышла замуж, за такого же вчерашнего студента-медика, как и я. Мы потом долгое время работали вместе в ККБ, он был замечательным человеком, весь край потом знал заведующего ортопедическим отделением Валерия Михайловича Мясоедова. А тогда нам дали распределение в разные места – мне в Красноярск-26, ему в Енисейск, и нам пришлось переоформлять документы, чтобы вместе поехать в закрытый город. Помню, что мужа распределили в ортопедическое отделение, а меня терапевтом в профилакторий «Звездный». Я так плакала! Мне показалось очень обидным, что моих одно-

курсников направили в «узкие» специалисты, а меня в профилакторий к «старикам», которым было по 35-40 лет!

После интернатуры подали заявления на ординатуру – он по своей ортопедии, я по терапии. Так я попала в Краевую клиническую больницу в первый раз. А после окончания ординатуры Вера Михайловна Ноздрина порекомендовала меня в МСЧ-2 в качестве заместителя главврача по экспертизе, потом я работала в поликлинике КраЗа. Далее меня присмотрела главный терапевт края Ядвига Евгеньевна Зима, и я отправилась работать в горздрав главным терапевтом. В 1990 году случилось возвращение в ККБ уже на эту самую должность, в которой тружусь в настоящее время. Сегодня здесь работает врачом-травматологом и наш сын Руслан Мясоедов.

Вы видели сначала советскую медицину, потом российскую – вы в медицине уже полвека, немалый срок. Как считаете, раньше вход во врачебную профессию был проще?

Не то чтобы проще, учиться в меде всегда было трудно, в интернатуре-ординатуре не легче, начинать работать еще труднее. Я бы так сказала: сегодня вход в нашу профессию более регламентирован. Хорошо это или плохо – однозначно сказать нельзя. С одной стороны, это отсекает профнепригодных, с другой – наше общество сегодня недостаточно обеспечено медицинской помощью, врачей не хватает, сложно и трудно работать врачом.

Развитие медицины в течение этих десятков лет шло равномерно?

Думаю, нет, развитие любой науки или отрасли идет скачкообразно. Есть ощущение, что очень быстрый виток случился в последние десять лет – и в методах лечения, и в организации здравоохранения.

Вы легко идете на изменения в чем бы то ни было?

Я благодарна судьбе, что посчастливилось работать в команде Краевой клинической больницы – больших профессионалов, равнодушных и ответственных людей.



Если это надо для дела – да. Когда видишь цель, понимаешь, зачем к ней стремиться, то большинство препятствий преодолимы, и они становятся менее значимыми. Я сама по себе довольно пластичный человек, наверное, это помогало в работе.

Что нужно для того, чтобы быть хорошим организатором?

Нужно любить людей. Учитывая то, что все люди разные, этим они и прекрасны. Мысль рождается в голове и развивается у людей по-разному. Еще считаю, что у человека должны быть при-

родные задатки лидера, потому что за одними идут, а за другими нет.

Вы демократичный руководитель?

Думаю, да. Иногда мой вариант решения не совпадает с мнением большинства, и мы принимаем не мое решение. Практика показывает, что часто коллектив оказывается прав. Я благодарна судьбе, что посчастливилось работать в команде Краевой клинической больницы – больших профессионалов, равнодушных и ответственных людей.

Алексей Урдаев

Инструктор-методист по лечебной физкультуре отделения ранней медицинской реабилитации в декабре отмечает свой 10-летний стаж работы в ККБ. Чемпион и призер всемирных и европейских игр, чемпион и призер чемпионатов мира и Европы по легкой атлетике в категории Masters за последние 20 лет собрал коллекцию из 20 медалей международного уровня. А медалей краевого и российского уровней в его коллекции за эти годы в два раза больше.

Не многие пациенты знают, что их восстановлением занимается чемпион мира и Европы по легкой атлетике, даже коллеги не все посвящены в ваши спортивные достижения. Как сами оцениваете свои награды?

Архитрудно показывать результаты на европейском и мировом уровнях, приходится тренироваться осторожно, с учетом возрастных изменений организма, к тому же возрастает роль реабилитации при подготовке к соревнованиям. Их, конечно, могло быть больше, но многое упирается не только в физическую форму, которую я регулярно поддерживаю, но и в финансы. Спорт ветеранов, про который много говорится, никак не финансируется со стороны государства. Детский и спорт инвалидов поддерживается, а вот в категории Masters – нет, постоянно приходится искать спонсоров.

Тем не менее прорываетесь и показываете результат, в этом году был лучший результат в мире?

В этом году был третий результат, а вот в прошлом – первый. Сразу хотел бы отметить, что лучший результат именно в моей возрастной категории. Поддерживать себя в тонусе и выходить на результат помогает опыт, в этом году у меня своеобразный юбилей: 50 лет занятий легкой атлетикой. Свою спортивную карьеру в молодости я посвятил легкоатлетическому десятиборью, но со временем пришлось отказаться от прыжков в длину и с шестом, барьерного бега и метаний – слишком велик риск травмироваться.

Вам довелось бывать в разных уголках земного шара, вы объездили почти весь

мир. Поддерживаете отношения с другими спортсменами?

Верно отмечено, был везде. Правда, на африканскую землю не ступал – только пролетал над Сенегалом из Лондона в Рио – любовался красотами прибрежных пустынь. Что касается обстановки, то атмосфера на соревнованиях всегда дружеская. По окончании делаем общее фото, обмениваемся подарками. Всегда рады встрече друг с другом на различных спортивных мероприятиях.

Можете вспомнить соревнования, где что-то пошло не по плану?

Были такие, например, чемпионат мира по легкой атлетике в Бразилии прошел очень экстремально. С утра начался тропический ливень, который чуть не помешал проведению соревнований, два раза менялось время мероприятия из-за дождя и сильного бокового ветра. Но несмотря ни на что мне удалось одержать победу, хотя была острая конкуренция, тяжелые погодные условия. Еще один очень эмоциональный момент, когда мы с финским спортсменом показали одинаковый результат по попыткам, и необходимо было сделать перепрыжку. Я показал лучший результат, брали даже пробы на допинг, до сих пор храню справку, что все нормально, победа подтверждена официально.

Самое главное – налаживание контакта с пациентом и, конечно, его благодарная улыбка в день окончания нашей совместной работы, в день выписки.

Как оказались в ККБ?

Я возглавлял спортивный клуб, работая в должности доцента в Институте железнодорожного транспорта, потом решил посвятить себя реабилитации. Хочу поблагодарить Егора Евгеньевича Корчагина – помню, первое собеседование в ККБ на должность инструктора-методиста проходил



именно у него, он отметил мои достижения, выразил сомнения, что, вероятно, это не мое и стоит двигаться вперед по тренерской линии, но дал возможность попробовать тогда еще в отделении физиотерапии, которое возглавлял Олег Анатольевич Журбенко.

Что нравится в работе?

Самое главное – налаживание контакта с пациентом и, конечно, его благодарная улыбка в день окончания нашей совместной работы, в день выписки. Этому помогает педагогическое образование и тренерский опыт. Нравится, когда удастся внушить пациенту положительную мотивацию и интерес к жизни в трудный для него период болезни. Очень много зависит от настроения, жизнелюбы восстанавливаются быстрее.

Что еще является вашей страстью кроме спорта и работы?

Люблю фотографировать. В коллекции моих фотографий пейзажи австралийского Сиднея, горы Корковадо и пляжа Копакабаны в Рио-де-Жанейро, красивые виды с Лазурного побережья в Ницце и Монако. Всегда беру на соревнования фотоаппарат, снимаю движение, эмоции, свою семью, детей и внуков.

У вас за плечами огромный опыт, что посоветуете всем, кто сомневается, заниматься спортом или нет, всем, кто вечно занят?

Человек по своей природе ленив. Самое сложное всегда – убедить пациента в необходимости регулярной, оптимальной для него двигательной активности, залоге комфортного долголетия.

Как построить HR-отдел: практическое руководство



**Екатерина
Михайлова,**

заместитель
главного врача
по кадрам

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала – от медицинской сестры до главного врача, от умения работать в команде, причем мультидисциплинарной. Требуются не только высокая квалификация и исполнительская дисциплина работников, но и их творческое участие в работе медицинской организации, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

Традиционный подход к качеству государственной медицины выстроен таким образом, что в центре модели – поток пациентов. Здесь критерием качества является полнота услуги в рамках ОМС. Сервис – в меру проактивности позиции руководства клиники. В основе же современной пациентоцентрической модели клиники процессы выстраиваются вокруг пациента. Здесь важен уровень оснащенности, инновации, учет нужд пациентов, доказательная медицина, доступность и непрерывность медицинской помощи, комплексность лечения, образование пациентов

Забота о сотруднике заключается в том, чтобы выстраивать удобные процессы для сотрудника на каждом из этапов его взаимодействия с организацией.

и их семей, душевный и физический комфорт, корпоративная культура и философия: уважение всех участников процесса. Отсюда современная модель управления направлена на принцип: довольный сотрудник – довольный пациент. Мы все вынуждены быстро адаптироваться к новым обстоятельствам. В том числе и в сфере управления персоналом. Каждый за прошлый период прочувствовал цену жизни, здоровья, отношений. Работодатели отчетливо увидели: эмоции важны. Люди приносят на работу не только пару рук, но и всего себя, и это включает ту часть, которая требует заботы о них.

Сотруднику уже недостаточно платить заработную плату в срок, предоставлять социальный пакет, следить, чтобы переработки были оплачены, а в отпуск он пошел вовремя, это все базовые потребности, которые просто должны быть – и точка, трудовое законодательство выполняется и без вариаций. Люди больше начали заботиться о себе, о своем физическом и о ментальном здоровье, сотрудникам важны удобные процессы и экологичное взаимодействие команд, достижения, вовлеченность в то, что ты делаешь каждый день. Поэтому работодателям все сложнее формировать ценностное предложение для поиска и удержания персонала, сложнее мотивировать сотрудников. Именно поэтому уже давно созрела необходимость менять подходы в работе наших служб.

Сотрудникоцентричность, забота о сотруднике заключается в том, чтобы выстраивать удобные процессы для сотрудника на каждом из этапов его взаимодействия с организацией. Посмотреть на эти процессы с точки зрения сотрудника, что с ним происходит на каждом из этапов: когда он начинает искать вакансию или находят его, какое описание вакансии он видит, как проводится собеседование, перезванивают ли ему, как проходит его адаптация, обучение и развитие. Что происходит на каждом этапе и происходит ли вообще? А если нет, насколько он эффективный в этот момент? В качестве отправной точки для оценки текущего состояния можно использовать путь сотрудника.



Путь сотрудника.

Это визуализация опыта взаимодействия сотрудника с организацией. Основой для создания становится жизненный цикл сотрудника, точки его взаимодействия с учреждением, ключевые моменты в карьере, личные впечатления.

Отдел кадров не только помогает обеспечить соответствие требованиям, но также играет важную роль в поддержании вовлеченности и продуктивности сотрудников.

Так как же построить HR-отдел? Вот что вам для этого нужно.

1. Изучите состояние HR в вашей организации.
2. Организуйте учет сотрудников и наладьте процесс ведения учета.
3. Начните формировать политику.
4. Наладьте процессы найма и адаптации.
5. Просмотрите технологии и системы, которые у вас уже есть, и подумайте, что вам еще нужно.
6. Создайте руководства для сотрудников.
7. Заложите основу плана обучения и развития.
8. Создайте план управления персоналом.
9. Определите подходящее время для создания HR-команды.

Итак, чтобы понять, чем должна заниматься служба управления персоналом, нужно исследовать, что происходит в организации.

1. Изучите состояние HR в вашей организации.

Для проведения анализа процессов помогут Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества

и безопасности медицинской деятельности, согласно которым важно провести оценку эффективности основных компонентов управления персоналом. Это:

- подбор и адаптация персонала;
- оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие);
- оценка персонала;
- организация труда, управление деловыми коммуникациями, мотивация;
- стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

По каждому компоненту есть требования и составляющие критерия – что должно быть в организации. Это послужит хорошей отправной точкой для понимания того, нужно ли новому отделу кадров запускать, развивать или поддерживать конкретный процесс управления персоналом. Работу с требованиями удобно выстраивать таким образом, чтобы напротив каждого критерия появилась отметка, выполняется или нет. Если да, то как (какими инструментами или какими документами регламентирован), если нет – прописать мероприятия, что нужно создать для выполнения. Так появится список того, над чем предстоит поработать. Чтобы не потонуть в задачах – определите приоритеты на ближайший год, два и три. В нашем опыте удастся за год внедрить по два проекта – не больше, разобрать полноценно два процесса и перестроить. Объем необъятное не получится.

Кроме того, чтобы понять вашу текущую структуру управления персоналом, оцените следующие вопросы:

- Какие HR-инструменты существуют?

- Нужно ли их заменить?
- Нуждаются ли они в развитии?
- Какова роль линейного менеджмента?
- Есть ли у них обязанности по управлению персоналом?
- Что они сейчас делают в области управления персоналом?
- Какие политики действуют?
- Были ли реализованы все политики для соблюдения минимальных стандартов работы?

2. Организуйте кадровый учет сотрудников и наладьте процесс ведения учета.

HR отвечает за управление жизненным циклом сотрудников, и записи о сотрудниках являются отправной точкой. Специалисты должны гарантировать, что организация и ее сотрудники соблюдают все аспекты трудового законодательства, включая минимальные зарплаты, рабочее время, правила увольнения и другие нормативы. Важно и по этому направлению проводить регулярный кадровый аудит. Он позволит оценить уровень знаний, навыков, компетентности сотрудников отдела. И запланировать обучение. Путем анализа кадровых процессов можно выявить узкие места, автоматизировать задачи и повысить эффективность кадрового администрирования.

3. Начните формировать политику.

Может быть, у вас ничего не записано, может быть, есть только основная информация. Вы можете расставить приоритеты для наиболее важных политик и начать их писать. Ниже приведены приоритеты для некоторых из наиболее важных политик:

1. Политика найма и отбора персонала.

- Определение процедур, критериев и стандартов для найма новых сотрудников.
- Разработка методов проверки квалификации и профессионализма соискателей.
- Установление процедур проведения собеседований и тестирования.

2. Политика обучения и развития.

- Определение методов определения обученности сотрудников и их потребностей в обучении.
- Установление процедур планирования и предоставления обучения.
- Развитие программ профессионального развития и карьерного роста.
- Поддержка программ обучения и развития для повышения компетентности сотрудников.

3. Политика компенсации и стимулирования.

- Установление системы определения заработной платы и надбавок.
- Разработка системы стимулирования.
- Формирование политики бонусов и вознаграждений за достижения.
- Установление процедур пересмотра и повышения заработной платы сотрудников.

4. Политика увольнения и урегулирования конфликтов.

- Определение процедур урегулирования конфликтов внутри организации.
- Установление правил и процедур увольнения сотрудников.
- Соблюдение соответствующих законов и нормативных актов при увольнении сотрудников.

5. Политика развития корпоративной культуры.

- Определение ценностей и целей организации.
- Формирование правил и норм поведения для сотрудников.
- Развитие мероприятий и программ, способствующих укреплению корпоративной культуры.
- Поддержка коммуникации и вовлеченности сотрудников в корпоративную культуру.

6. Политика безопасности и здоровья на рабочем месте.

- Определение стандартов безопасности на рабочем месте.
- Разработка процедур реагирования на инциденты и критические ситуации.
- Обеспечение соблюдения нормативных актов по охране труда.
- Формирование культуры безопасности и здоровья среди сотрудников.

Эти политики представляют собой основу эффективного управления персоналом и должны быть разработаны с учетом конкретных потребностей и целей организации. Убедитесь, что после того, как вы разработали политику, она проста и понятна. Каждый сотрудник должен быть с ней ознакомлен, и он должен быть легко доступен на внутреннем сайте.

4. Наладьте процессы найма и адаптации.

Вы можете использовать изображение ниже в качестве руководства по построению процесса найма

7 СТАДИЙ РЕКРУТИНГА



Для каждого из этих шагов наметьте:

- Кто участвует
- Шаблоны для использования
- Вопросы, которые необходимо задать
- Документы, которые следует собрать на каждом этапе.

В процессе адаптации существует пять этапов, которые вы должны наметить и над которыми нужно работать:

- Перед первым днем
- В первый рабочий день
- В первую неделю
- В первые 90 дней
- В конце первого года

5. Просмотрите технологии и системы, которые у вас уже есть, и подумайте, что вам нужно еще.

Возможно, у вас уже есть некоторые инструменты (1С, HH.ru, инструменты управления проектами и т. д.), а также электронные таблицы.

Некоторые из основных систем, которые необходимо внедрить, включают:

- Начисление заработной платы
- Управление персоналом (отгулы, посещаемость, графики)
- Система отслеживания кандидатов – используется для всех методов найма.
- Обучение и развитие (учет и контроль наличия документов об образовании и допусков)

6. Создайте руководство для сотрудников.

Включите основные политики в свой справочник для сотрудников и поделитесь им со своими

сотрудниками. Кроме того, добавьте такие вещи, как ценности вашей организации, заявление о миссии, видение и справочную информацию об организации. В Интернете есть множество шаблонов или даже инструментов, которые помогут вам создать такой справочник.

7. Заложите основу плана обучения и развития.

Помощь сотрудникам в приобретении новых навыков и развитии является жизненно важной функцией отдела кадров.

– Определите свои цели

Каковы цели и задачи вашей системы обучения и развития. Определите необходимые компетенции и навыки. Поймите, где находится ваша организация, куда она движется и какие навыки у вас есть в настоящее время. Затем определите компетенции, необходимые для достижения ваших целей. Вы можете провести анализ пробелов в навыках, чтобы понять, что уже есть, а чего не хватает.

– Поговорите со своими сотрудниками

Проведите беседы один на один со всеми сотрудниками или позвольте этим заниматься линейным руководителям. Это даст представление о стремлениях каждого сотрудника и о том, как они видят свой карьерный путь, а также послужит отправной точкой для индивидуальных планов развития.

– Создайте структуру обучения

На основе анализа пробелов и потребностей вашей организации и сотрудников разработайте библиотеку целевых учебных материалов и курсов. Это будет библиотека, которую линейные

менеджеры могут предложить сотрудникам сделать или которую сотрудники также могут просматривать. Наряду с этим будет также полезно, если вы добавите любой обязательный учебный материал по соблюдению требований, который должен пройти каждый сотрудник.

– Помогайте в разработке планов личного развития

По ходу дела помогите каждому сотруднику разработать собственный план личного развития. Предоставьте для этого ресурсы (наставников, коучей, шаблоны) и убедитесь, что это регистрируется и отслеживается.

8. Создайте план управления персоналом

Примите участие в процессе стратегического планирования организации, где определяются потребности с точки зрения навыков и возможностей, а также сроков в долгосрочной перспективе. Создание такого плана поможет вам расставить приоритеты и управлять бюджетом.

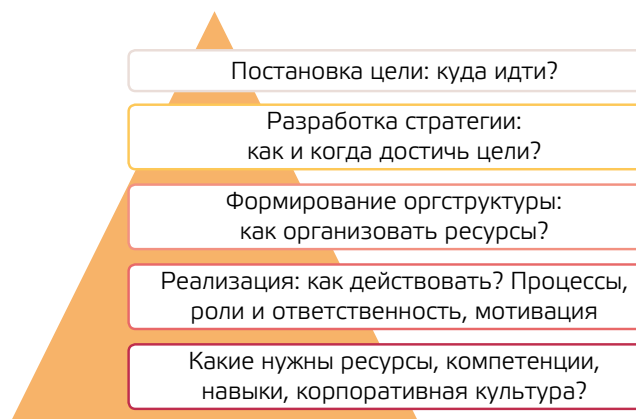
Вы будете знать, на каком из компонентов, упомянутых выше, вам нужно сосредоточиться в первую очередь. Например, если ваша организация быстро растет, создание надежного процесса найма и адаптации будет ключевым приоритетом. Вы можете сделать это правильно только в том случае, если понимаете потребности своей организации и наносите их на временную шкалу.

Одностраничная стратегия HR

Главный фокус HR-стратегии		
[Опишите здесь четкий и краткий фокус вашей стратегии, на котором команда будет фокусироваться ближайшие несколько лет]		
состояние HR на 2023 г.	Ключевые драйверы срочности [Опишите здесь 2-3 основных изменения, которые происходят в бизнесе, требующих внедрения изменений]	состояние HR на 2024 г.
Ключевые 4-7 метрик и утверждений, описывающие исходное состояние: [укажите здесь основные метрики и состояние дел]	Основные от пяти до семи HR-инициатив [Опишите здесь, что требуется сделать, чтобы добиться целевого состояния]	Ключевые 4-7 метрик и утверждений, описывающих финальное состояние: [укажите здесь целевые метрики и состояние дел]
	Основные от пяти до семи предположений и утверждений [Опишите здесь свои предположения, которые будут влиять на исполнение стратегии]	

9. Определите подходящее время для создания HR-команды

Кого вы собираетесь нанять для расширения вашей HR-команды? Это будет зависеть от ваших приоритетов и от того, в чем вам больше всего нужна помощь. Например, если вы сильно растете, вам может понадобиться рекрутер. Или вы можете подумать о помощнике/администраторе отдела кадров, чтобы получить больше времени для стратегических задач. Прежде чем нанимать кого-то извне, поищите внутри. В организации могут быть сотрудники, которые способны взять



на себя некоторые обязанности в области управления персоналом или хотят двигаться в этом направлении. Или, возможно, вы начнете с найма сотрудника отдела кадров, который может выполнять гибридные функции (например, рекрутинг и повседневная работа с персоналом). Опять же, все зависит от потребностей вашей организации.

О сопротивлении изменениям

Будьте готовы, что при создании службы управления персоналом вы встретите критику, как и при внедрении любых новых инициатив. Критика может возникнуть по разным причинам:

- **Сопротивление изменениям.** Сотрудники и руководители могут опасаться изменений и беспокоиться о том, что новая служба или методы управления персоналом повлияют на их роль и обязанности.
- **Недопонимание.** Некоторые сотрудники могут не понимать, зачем нужна новая служба управления персоналом или какие преимущества она может принести.
- **Противоречия в ценностях.** Разные сотрудники и руководители могут иметь разные ценности и убеждения, и новые инициативы могут противоречить их ценностям.

Для успешного внедрения службы управления персоналом и уменьшения сопротивления можно предпринять следующие шаги:

- **Коммуникация.** Объясните цели и преимущества новой службы управления персоналом всем сотрудникам. Убедитесь, что они понимают, как это поможет им и организации.
- **Обучение.** Предоставьте сотрудникам необходимое обучение, чтобы они могли успешно использовать новые инструменты и методы.
- **Слушание.** Примите критику и отзывы сотрудников и руководителей и используйте их для улучшения службы управления персоналом.
- **Доказательства успеха.** Предоставьте данные и примеры, демонстрирующие, как новая служба управления персоналом уже способствует улучшению организации.
- **Постепенное внедрение.** Рассмотрите возможность поэтапного внедрения новых методов,

чтобы уменьшить сопротивление изменениям.

Критика при внедрении новых инициатив неизбежна, но с правильным управлением и коммуникацией можно минимизировать ее влияние и успешно внедрить новые практики управления персоналом.

О философии и подходах

Все функции в области управления персоналом могут быть реализованы через конкретные инструменты (инструменты поиска, отбора, адаптации, наставничества, обучения, оценки, мотивации и пр.), но также важна философия и ментальный подход при разработке и использовании инструментов. Методика и рекомендации, такие как практические рекомендации Росздравнадзора, представляют собой важные ориентиры для разработки и соблюдения стандартов и процедур в медицинской сфере. Они могут обеспечивать базовую структуру для оказания качественных медицинских услуг и обеспечения безопасности пациентов. Системы управления качеством (например, ISO 9001) предоставляют структурированный метод

управления бизнес-процессами, включая в себя и медицинские организации. Они помогают стандартизировать процессы, улучшать качество и обеспечивать соответствие стандартам. Однако эффективное использование методик и систем управления качеством зависит не только от соблюдения правил, но и от ментального настроя и философии. Это включает в себя способность видеть проблемы

Организации, которые ценят пациентов, инновации и качество, будут более успешными в воплощении методик и систем управления качеством в реальную практику.

не только как ограничения, но и как возможности для улучшения. Философия ориентирована на пациента, этика и стремление к постоянному совершенствованию могут быть ключевыми аспектами философии здравоохранения. Важно также отметить, что философия и ментальный подход отражают культуру организации и профессиональных ценностей. Организации, которые ценят пациентов, инновации и качество, будут более успешными в воплощении методик и систем управления качеством в реальную практику. В целом успешное здравоохранение требует гармоничного взаимодействия методик, систем управления качеством и философии, которая ставит пациентов и качество обслуживания в центр.



4 лайфхака

для специалиста по охране труда в учреждении здравоохранения

На что обращать внимание в первую очередь и какие нарушения требований охраны труда могут «влететь в копеечку».



**Марина
Вершинская,**
руководитель
отдела охраны
труда КГБУЗ «ККБ»

С 1 марта 2022 года каждые шесть месяцев на смену старым приходят новые нормативно-правовые акты (НПА) в сфере охраны труда. И порой они не делают работу специалиста по охране труда проще, а даже наоборот – усложняют ее.

Систематическое игнорирование действующих норм трудового законодательства со стороны работодателя зачастую влечет многомиллионные санкции. Представителям малого и среднего бизнеса сделали поблажку – за первое нарушение они могут отделаться лишь предупреждением. Но только при условии, что совершенный проступок не привел к серьезным последствиям, например – несчастному случаю либо материальному ущербу. Штраф нужно заплатить не позже шестидесяти дней с момента вступления соответствующего постановления в законную силу. Вдобавок к штрафу обяжут устранить нарушение в определенные (обычно сжатые) сроки с обязательным отчетом об исполнении.

Важно! Штрафы не суммируются, если ответственность за несколько правонарушений предусмотрена одной статьей (частью статьи). В случае, когда ответственность за нарушения предусмотрена разными статьями или разными ее частями – штрафы будут наложены по каждой статье.

Предлагаем 4 лайфхака, которые помогут улучшить условия труда работников, сэкономить деньги организации, соблюсти требования трудового законодательства РФ.



Лайфхак №1.

Ведение реестра нормативных актов в электронном виде

Если хорошо изучить требования законодательства, то легко понять, что исполнять их все-таки можно. Например, работодателю необходимо обеспечить ведение реестра (перечня) нормативно-правовых актов (в том числе с использованием электронных вычислительных машин и баз данных), содержащих требования охраны труда, в соответствии со спецификой своей деятельности, а также обеспечить доступ работников к актуальным редакциям таких нормативно-правовых актов.

Сделать перечень НПА труда не составит, тем более что на сайте Минтруда, в разделе «Нормативно-правовые акты», уже есть готовый перечень, нужно только убрать лишнее и добавить свое. А далее уже просто будет убирать утратившие силу документы и добавлять новые.

Исполнение этого требования законодательства не требует никаких материальных вложе-

ний, но при этом можно сэкономить:

- должностному лицу 2–5 тысяч рублей;
- юридическому лицу 50–80 тысяч рублей.



Лайфхак №2.

Использование результатов ранее пройденного медицинского осмотра и диспансеризации

Прохождение медицинского осмотра – одна из основных процедур при трудоустройстве. В среднем в Красноярске стоимость медосмотра составляет от 1800 до 2500 рублей. Даже если в вашей организации 500 человек, такая процедура обойдется в 900–1250 тыс. рублей. Но можно, с учетом требований законодательства, использовать результаты диспансеризации или медосмотров, пройденных в течение года.

Примечание. В соответствии с ТК РФ в зависимости от возраста работник имеет право на освобождение от работы **на один рабочий день раз в три года** с сохранением за ним места работы (должности) и среднего заработка (до 40 лет). Работники, достигшие возраста сорока лет, имеют право на освобождение от работы **на один рабочий день раз в год** с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка.

Если работник поменял место работы и в течение года проходил медицинский осмотр, он может принести результаты (не само заключение о прохождении медицинского осмотра, а именно результаты или выписки из карты) врачу-профпатологу, и тот вправе их зачесть. Это

могут быть результаты ЭКГ, флюорографии, маммографии, осмотр узких специалистов, например – врача-невролога.

Ответственность за допуск работника к исполнению им трудовых обязанностей без прохождения в установленном порядке обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований или при наличии медицинских противопоказаний полностью лежит на работодателе. Работодатели могут привлечь не только к административной ответственности (должностных лиц в размере от 15 до 25 тысяч рублей, юридических – от 110 до 130 тысяч рублей), но и к уголовной.

Уголовное наказание грозит, если по неосторожности был причинен тяжкий вред здоровью, наступила смерть одного человека или двух и более лиц. К уголовной ответственности привлекаются те, кто обязан по закону, должностной инструкции, трудовому или иному договору обеспечить соблюдение требований охраны труда в организации. Это могут быть:

- руководители и их заместители;
- руководители структурных подразделений/филиалов;
- специалисты по охране труда.

Например, сотрудник вовремя не прошел медицинский осмотр или имеет противопоказания по состоянию здоровья, а работодатель допустил его до работы, в результате с ним произошел тяжелый несчастный или смертельный случай. Под уголовную статью подпадают все вышеперечисленные должностные лица.

Лайфхак №3.

Возмещение средств через Фонд пенсионного и социального страхования РФ

Такие обязательные процедуры, как проведение специальной оценки условий труда (далее – СОУТ), обеспечение работников средствами индивидуальной защиты (далее – СИЗ), требуют немалых затрат.

На сегодняшний день рынок переполнен организациями, оказывающими услуги по проведению СОУТ, стоимость – от 300 рублей за рабочее место. Штраф за непроведение СОУТ:

- для должностного лица 5–10 тысяч рублей;
- для юридического лица 60–80 тысяч рублей.



Очевидно, что проще и дешевле провести СОУТ сразу и в срок.

Обеспечить качественными, а главное – действительно защищающими от вредных и опасных производственных факторов средствами индивидуальной защиты – довольно затратное мероприятие. Здесь важно выбрать поставщика, увидеть и оценить качество СИЗ. За необеспечение работников средствами индивидуальной защиты грозит административный штраф:

- для должностных лиц в размере от 20 тысяч до 30 тысяч рублей;
- для юридических лиц от 130 тысяч до 150 тысяч рублей.

И здесь тоже можно воспользоваться лайфхаком. Средства, потраченные на приобретение СИЗ и проведение СОУТ, можно вернуть через ФПСС РФ (бывший ФСС), подав определенный перечень документов до 1 августа текущего календарного года.

Важно! Чтобы возместить средства, потраченные на приобретение СИЗ, последние должны быть произведены на территории РФ и иметь заключения Минпромторга, а также декларации или сертификаты о соответствии.

Лайфхак №4.

Определиться с обучением по охране труда – обучать работников самостоятельно или в учебном центре

Здесь нужно отталкиваться от количества работников в медицинской организации.

Если их 50 (±5) человек, то лучше организовать подготовку в учебном центре, так как обучение

требуется раз в 3 года (за исключением работ с повышенной опасностью), а затраты на материально-техническую базу и оборудование учебного кабинета обойдутся намного дороже.

Если сотрудников свыше ста, то разумнее проводить обучение прямо в организации. Экономически будет выгоднее закупить оборудование для учебного класса и материально-техническую базу в виде наглядных пособий, манекенов и др. Также необходимо будет обучить членов комиссии по проверке знаний, инструктора по обучению оказанию первой помощи и использовать в дальнейшем метод каскадного обучения.

Штраф за отсутствие обучения по охране труда



определяется так:

- для должностных лиц 15–25 тысяч рублей;
- для юридических лиц 110–130 тысяч рублей.

Важно! Расходы на обучение по охране труда в учебном центре также можно возместить через ФПСС РФ.

Резюме: каждому работодателю необходимо помнить, что **сохранение жизни и здоровья работника во время присутствия на рабочем месте** – его прямая обязанность. Обеспечивая и соблюдая требования трудового законодательства, можно не только улучшить условия труда, но и сохранить бюджет организации.

Применение экстракорпоральной поддержки печени при хронической печеночной недостаточности

О.В. Ильина, Р.Б. Бигашев, К.А. Карачаев, В.Е. Педяшов, О.С. Амельчугова и К.А. Линёв.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В настоящее время лечение больных с хронической печеночной недостаточностью остается серьезной клинической проблемой. Причины, вызывающие развитие печеночной недостаточности, многочисленны и разнообразны; это осложнения хронического заболевания печени различной этиологии у пациента с ограниченными функциональными резервами органа, приводящие к их декомпенсации. Конечным результатом патологического процесса является развитие осложнений хронической печеночной недостаточности: печеночной энцефалопатии и комы, почечной недостаточности, асцита, коагулопатии и сепсиса (3). Основными целями лечения хронической печеночной недостаточности являются поддержание функции печени, сведение к минимуму развития вторичных осложнений и создание условий для регенерации гепатоцитов (1).

Ключевые слова:

печеночная недостаточность, экстракорпоральная поддержка печени, сепарация и адсорбция фракционированной плазмы.

С 2017 года врачами ОАиР №2 в клинике была внедрена в практику технология экстракорпоральной поддержки печени – Prometheus® (FPSA – Fractionated Plasma Separation and Adsorption/САФП: сепарация и адсорбция фракционированной плазмы), позволившая расширить возможности и повысить эффективность лечения больных с острой или хронической печеночной недостаточностью.

Описание метода

У больных с декомпенсацией хронической печеночной недостаточности экстракорпоральная поддержка направлена на купирование явлений полиорганной недостаточности и создание условий для восстановления функции печени. Этот метод используется в основном как «мост для трансплантации», то есть жизнь больного

поддерживается максимально, чтобы был подобран необходимый донорский орган и выполнена успешная операция. В других клинических ситуациях экстракорпоральная поддержка создает условия для регенерации гепатоцитов и восстановления функции печени (4).

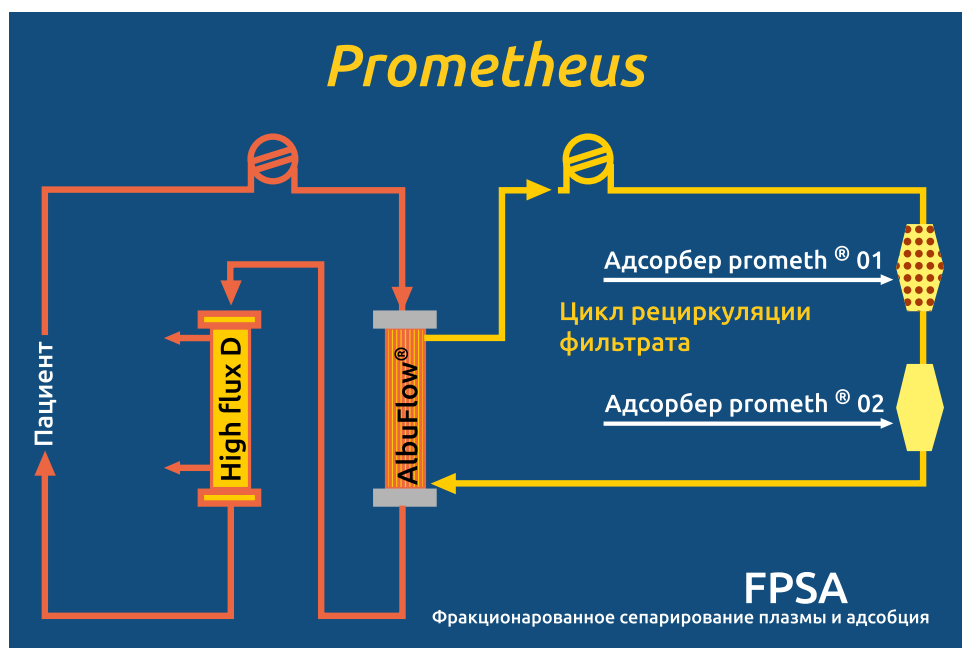
Методика сепарации и адсорбции фракционированной плазмы (FPSA, Prometheus®) протезирует основные функции печени: детоксикационную, синтетическую и метаболическую (2,3).

Prometheus® сочетает сепарацию и адсорбцию сепарированной плазмы с гемодиализом. Система Prometheus® состоит из двух экстракорпоральных контуров: контур циркуляции крови и контур циркуляции плазмы. Сепарация плазмы происходит с помощью высокопроницаемого фильтра. Мембрана проницаема для молекул с относительной молекулярной массой 250 000, в том числе для альбумина, имеющего коэффициент просеивания 0,6. Молекула альбумина большого вместе с токсинами циркулирует по контуру через колонку с нейтральной смолой (prometh 01) и колонку с анионнообменной смолой (prometh 02). Затем кровь проходит через высокопоточный диализатор из полисульфонового волокна.

В результате альбумин освобождается от токсинов и возвращается в контур с кровью. Затем кровь проходит через высокопроницаемый диализатор, где удаляются водорастворимые токсины (2).

Основными показаниями к проведению сепарации и адсорбции фракционированной плазмы являются: острая печеночная недостаточность, обострение хронической печеночной недостаточности, печеночная энцефалопатия, тяжелый рефрактерный холестатический зуд, лекарственная интоксикация и гепаторенальный синдром, отравления бледной поганкой, ишемическая болезнь печени у пациентов, восстановившихся после синдрома полиорганной недостаточности

Схема контура системы FPSA, Prometheus®:



(«шоковая печень») (2), фульминантные формы гепатита, дисфункция печеночного трансплантата, развитие печеночной недостаточности после оперативных вмешательств на печени, снижение синтетической функции печени (1, 3, 4). В настоящее время специфического лечения хронической печеночной недостаточности нет, поэтому летальность остается высокой. Основная терапевтическая стратегия заключается в поддержке утраченных функций печени до возможной спонтанной регенерации печени или до трансплантации (1).

При использовании данного метода нами получены удовлетворительные результаты при лечении и подготовке больных с печеночной недостаточностью к трансплантации печени. Клиническое использование системы Prometheus® показало высокую эффективность по степени снижения концентрации билирубина, желчных кислот, креатинина, мочевины и аммиака.

Описание клинического случая

В качестве примера использования метода FPSA, Prometheus® приводим описание клинического случая у пациентки с диагнозом: цирроз печени в исходе хронического гепатита С, высокой биохимической активности, класс С по Чайлд-Пью. РНК HCV – $1,8 \times 10^6$. ПВТ (Глекапревир + Пибрентасвир) с 18.10.2018 г. MELD 38. Осложнение: портальная гипертензия (гепатомегалия, асцит, гидроторакс, реканализация пупочной вены), печеночно-клеточная недоста-

точность (гипопротеинемия, гипопротромбинемия, печеночная энцефалопатия 1-2 ст.). Синдром холестаза тяжелой степени. Гепаторенальный синдром. Пациентка Ш., 57 лет, поступила в 1 ХО КГБУЗ «ККБ» 05.09.2018 года с подозрением на гепатит неясной этиологии, обострение хронического холецистопанкреатита. Лабораторно отмечался высокий цитолиз (АСТ – 2171 ед/л, АЛТ – 674 ед/л), гипербилирубинемия до 325 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции, гипопротромбинемия до

36%, амилазурия до 391 ед/л, гипоальбуминемия до 27 г/л. Впервые были выявлены положительные маркеры вирусных гепатитов В и С. При дообследовании: ПЦР ДНК HBV – отр., РНК HCV – $1,8 \times 10^6$, антиHDV – отр., AMA, ANA – отр. При инструментальном обследовании были выявлены признаки портальной гипертензии (гепатомегалия, асцит, гидроторакс, реканализация пупочной вены), конкремент желчного пузыря, утолщение, слоистость стенок желчного пузыря.

Пациентка была осмотрена хирургами неоднократно, признаков билиарной гипертензии, острого холецистита не выявлено, УЗ-изменения стенки желчного пузыря расценивались как реактивные на фоне асцита. На основании данных клинико-лабораторных исследований был диагностирован цирроз печени. В хирургическом отделении проводилась инфузионная, диуретическая, гепатопротекторная, антибактериальная терапия, терапия глюкокортикостероидами, инфузии альбумина, СЗП.

Несмотря на проводимую терапию состояние пациентки ухудшалось, нарастали явления печеночно-клеточной недостаточности, гепаторенальный синдром, что потребовало перевода в отделение реанимации для проведения процедур экстракорпоральной поддержки печени и интенсивной терапии. Пациентка была включена в лист ожидания трансплантации печени в ургентном порядке.

Применение процедур экстракорпоральной

поддержки печени – сепарации и адсорбции фракционированной плазмы (FPSA, Prometheus®) – позволило поддержать пациентку до момента трансплантации донорского органа. Ей были проведены пять процедур экстракорпоральной поддержки печени с интервалом между процедурами 24–48 часов.

Показаниями к проведению экстракорпоральной поддержки печени явилось сочетание факторов и осложнений хронической печеночной недостаточности: развитие и прогрессирование гепаторенального синдрома; отсутствие эффекта от проводимой интенсивной медикаментозной терапии; нарастание явлений печеночной энцефалопатии; прогрессивное снижение синтетической функции печени и прогрессирование явлений печеночно-клеточной недостаточности, повышение уровня общего билирубина в динамике более 600 мкмоль/л, «мост» к трансплантации.

Подготовка к проведению процедур экстракорпоральной поддержки печени

Перед проведением процедур экстракорпоральной поддержки выполнялись следующие лабораторные исследования показателей состояния печени (АлАТ, АсАТ, общий, прямой и непрямой билирубин); альбумин; тромбоциты; гемоглобин, эритроциты; исследование газового состава крови; антитромбин III.

При оценке лабораторных показателей перед началом процедур экстракорпоральной поддержки у пациентки сохранялось выраженное снижение уровня антитромбина III. Этот показатель имеет особое значение при применении антикоагуляции гепарином.

Текущее значение уровня антитромбина III в каждом случае было недостаточным, в связи с чем перед каждой процедурой пациентке проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) с целью коррекции уровня антитромбина III.

Табл. 1. Уровень антитромбина III на этапе подготовки к процедуре экстракорпоральной поддержки печени, объем трансфузии СЗП

Показатель	САПФ №1	САПФ №2	САПФ №3	САПФ №4	САПФ №5
Антитромбин III, %, до трансфузии	29	26	28	30	27
Объем трансфузии СЗП, мл	710	745	860	780	760
Антитромбин III, %, после трансфузии СЗП	50	56	60	54	62

Техническое обеспечение процедуры FPSA, Prometheus®

Терапия проводилась на аппарате поддержки печени Prometheus®. Это комбинация аппарата гемодиализа 4008H с опцией FPSA.

Расходные материалы – Fresenius, Medical Care AG, Бад Хомбург, Германия:

- Фильтр альбуминовый AlbuFlow AF 0.1.
- Адсорбирующие колонки Prometh 01, Prometh 02.
- Высокопоточный диализатор FX 60.
- Система магистралей для циркуляции крови с антикоагуляцией гепарином (первичный контур – кровь).
- Система магистралей для циркуляции плазмы (вторичный контур – плазма) и магистраль для возврата (реинфузии) плазмы.

На фото представлена работа аппарата гемодиализа 4008H с опцией FPSA при проведении у пациентки процедуры САПФ.



Сосудистый доступ: проведение терапии осуществлялось через высокопоточный диализный катетер фирмы ARROW 12 Fr x 160 mm, установленный в левую внутреннюю яремную вену.

Ключевые параметры процедур экстракорпоральной поддержки печени

Табл. 2. Параметры операций экстракорпоральной поддержки печени

Параметры процедуры	САПФ №1	САПФ №2	САПФ №3	САПФ №4	САПФ №5
Общая продолжительность процедуры, час.	8	9	9	9	6*
Средняя скорость кровотока мл/мин.	180	210	200	190	185
Скорость потока плазмы мл/мин.	300	300	300	300	300
Скорость перфузии диализата, мл/мин.	500	500	500	500	500
Средний объем перфузированного диализата, л	240	270	270	270	180
Средняя доза введенного гепарина, тыс. ед.	10000	12000	12000	12000	8000

* процедура проведена непосредственно перед оперативным вмешательством (на этапе забора и транспортировки донорского органа).

Табл. 3. Динамика клинико-лабораторных показателей до и после процедур экстракорпоральной поддержки печени

Показатель	САПФ №1		САПФ №2		САПФ №3		САПФ №4		САПФ №5	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
Билирубин общий, мкмоль/л	671,1	440,5	659,2	422,5	655,7	427,9	663,3	500,7	690,5	404,2
Билирубин прямой, мкмоль/л	320,8	217,6	314,9	207,6	303,4	200,5	307,4	239,9	319,9	189,6
Билирубин не прямой, мкмоль/л	350,3	222,9	344,3	214,9	352,3	227,4	355,9	260,8	370,6	214,6
АлАТ, ед/л	64,4	40,9	41	33,7	35,7	29,5	31,6	27,5	39,5	25,2
АсАТ, ед/л	164,7	97,6	155,3	105,4	125,3	116,2	115,4	61,1	100,7	53,6
Мочевина, ммоль/л	18,9	5,5	11,9	6,5	16,7	7,0	13,7	9,1	21,0	13,2
Креатинин, мкмоль/л	183	76	108	84	145	93	139	103	163	106
Альбумин, г/л	30,2	32,8	32,9	31,8	33,9	32,2	33,8	35,5	30,3	31,4
Общий белок, г/л	49,4	56,6	52,9	57,4	50,6	54,5	55,8	63,6	47,7	47,9
Эритроциты	3,11	3,34	2,92	3,13	2,72	2,92	2,34	2,31	2,78	2,56
Тромбоциты	64	65	88	96	56	46	80	62	20	10
Гемоглобин, г/л	114	121	109	114	99	105	83	90	96	90
Степень печеночной энцефалопатии по шкале West Haven	2	1	1	0	2	1	2	0	2	1
Среднее АД, мм.рт.ст.	73	82	74	82	76	84	71	79	65	84

03.10.2018 г. больной была проведена ортотопическая трансплантация трупной печени по методике piggy-back.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Повторного проведения процедур САПФ не потребовалось.

08.11.2018 г. пациентка выписана по месту жительства в удовлетворительном состоянии под наблюдение терапевта с рекомендациями.

Заключение

Технология экстракорпоральной поддержки печени Prometheus® является эффективной у пациентов с декомпенсацией печеночной недостаточности. Она позволяет удалять наиболее проблемную группу молекул с максимальным сохранением собственного уровня альбумина пациента.

Метод САПФ является относительно безопасным с терапевтической точки зрения и не приводит к клинически значимым изменениям системной гемодинамики и коагуляции.

Недостатками метода являются закономерно возникающие в ходе течения процедуры, нарушения системы гемостаза, высокая стоимость расходных материалов, а также трудоемкость процедуры и наличие подготовленного врача-специалиста.

Список литературы

1. Шифф Юджин Р. Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени / Юджин Р. Шифф, Майкл Ф. Соррел, Уиллис С. Мэддрей; пер. с англ. под ред. В.Т. Ивашкина, С.В. Готье, Я.Г. Мойсюка, М.В. Маевской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 592 с. (серия «Болезни печени по Шиффу»).
2. Руководство по экстракорпоральному очищению крови в интенсивной терапии. Под ред. Л.А. Бокерия, М.Б. Ярустовского. Издание 3-е переработанное и дополненное. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, МЗ РФ; 2016: 804 с.; цв. ил.
3. Бояринцев В.В. Хроническая печеночная недостаточность / В.В. Бояринцев, Д.Е. Кутепов – СПб: Фолиант, 2017. – 188 с. : ил.
4. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульников О.М. Трансплантация печени: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 248 с.: ил.
5. Трансфузиологическая гемокоррекция: учебное пособие для врачей под ред. А.А. Рагимова. – М.: Практическая медицина. – 2008. – 597 с: ил.
6. Джоши Дипак. Наглядная гепатология: учебное пособие / Дипак Джоши, Джери Кин, Элисон Бринд; перевод с англ. Ю.О. Шульпековой под ред. Ч.С. Павлова. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 168 с.: ил.
7. Гастроэнтерология. Гепатология / под ред. Николаса А. Буна, Ники Р. Колледжа, Брайана Р. Уолкера, Джона А.А. Хантера; пер. с англ. под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ООО «Рид Элсивер», 2009. – 192 с. – (серия «Внутренние болезни по Дэвидсону» / под общ. ред. Н.А. Мухина).
8. Зилбернагель С. Клиническая патофизиология: атлас / С. Зилбернагель, Ф. Ланг; пер. с англ. под ред. П.Ф. Литвицкого. М.: Практическая медицина, 2015. – 488 с. – Доп. тит. л. англ.
9. Oppert M., Rademacher S., Petrasch K., Jorres A. Extracorporeal liver support therapy with Prometheus® in patients with liver failure in the intensive care unit. Ther.Apher.Dial. 2009; 13 (5): 246 – 30.

Первый опыт удаления глиальных опухолей функционально важных зон головного мозга под нейронавигационным контролем с использованием данных МРТ-трактографии и функциональной МРТ

П.Г. Руденко^{1,2}, А.А. Молгачев³, А.В. Трубкин¹, Н.Д. Гасимова^{1,2}, М.Н. Файзова².

¹ Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», г. Красноярск, Россия.

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия.

³ МРТ-центр «Лидер», г. Красноярск, Россия.

Введение. Несмотря на современное развитие нейрохирургии, активное использование микрохирургической техники и нейрофизиологического контроля результаты лечения пациентов с глиальными опухолями головного мозга не устраивают нейрохирургов в полной мере. Особенно это касается глиом, локализованных в функционально важных зонах головного мозга, таких как моторная и речевая кора, базальные ганглии [1, 2]. На рис.1 представлены основные функционально важные зоны доминантного полушария. С одной стороны, главная цель хирургического лечения – максимально возможная радикальная резекция этих новообразований. С другой – вероятность развития грубого неврологического дефицита возрастает прямо пропорционально объему удаляемой опухоли. Таким образом, нейрохирург встает перед выбором: либо удалить опухоль радикально, но с высокими рисками грубого неврологического дефицита, либо оставить участки опухоли с высокой вероятностью продолженного роста, но сохранить высокий функциональный статус пациента [1-3]. Оптимизация тактики хирургического лечения пациентов с глиальными опухолями функционально важных зон связана с возможностями нейрофизиологического мониторинга, навигационного контроля и хирургией пробуждения [2, 4-6].

Метод МРТ-трактографии позволяет неинвазивно визуализировать локализацию кортико-спинальных трактов и максимально уточнить топографию опухоли по отношению к ним. В основе

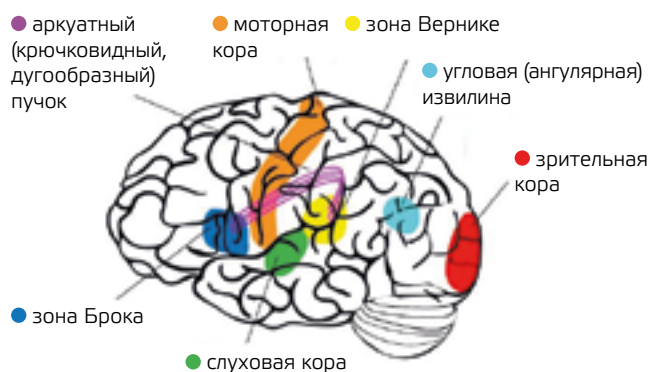


Рис. 1. Локализация основных функционально важных зон в доминантном полушарии головного мозга.

данного метода лежит определение по диффузионно-тензорным МРТ-изображениям степени анизотропии и направления диффузии молекул воды, что используют в качестве маркера ориентации проводящих путей белого вещества [7].

Другой важной методикой является функциональная МРТ, позволяющая провести функциональный анализ коры головного мозга в покое и в ответ на внешние стимулы. Метод основывается на регистрации BOLD-сигнала (blood oxygen level-dependent) от функционально активных участков коры. При активации нейронов происходит усиление кровотока на уровне микроциркуляции, ведущее к временному переизбытку

оксигемоглобина. Изменение соотношения оксигемоглобина и дезоксигемоглобина приводит к локальному изменению магнитного поля. У пациентов с глиальными опухолями (особенно при инфильтративном характере роста) мозговая анатомия подвергается грубым изменениям, а благодаря этому методу появляется возможность локализации речевых, моторных и зрительных зон коры, расположенных рядом с опухолью [8, 9].

Полученные посредством МРТ-трактографии и функциональной МРТ данные позволяют планировать доступ, степень радикальности удаления опухоли и минимизируют вероятность появления нового неврологического дефицита в послеоперационном периоде. Еще более надежным для сохранения высокого функционального статуса пациента является использование серий МРТ-трактографии и функциональной МРТ для навигационного контроля во время операции [1, 2, 10].

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с глиальными опухолями функционально важных зон головного мозга под навигационным контролем с использованием данных МРТ-трактографии и функциональной МРТ.

Материал и методы. За последние 3 года в нейрохирургическом отделении №1 Краевой клинической больницы под нейронавигационным контролем с использованием данных МРТ-трактографии и функциональной МРТ были прооперированы 15 пациентов с глиальными опухолями разной степени дифференцировки, локализованными в функционально важных зонах или в непосредственной близости от них. В анализируемой группе было 9 мужчин и 6 женщин. Их возраст на момент операции составил от 18 до 68 лет, в среднем – 41,2 года. Основным клиническим проявлением новообразований был судорожный синдром. Характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Параметр	n	%
Пол		
Мужской	9	60%
Женский	6	40%
Возраст		
До 45 лет	14	93,3%
Старше 45 лет	1	6,7%
Полушарие		
Доминантное	11	73,3%
Недоминантное	4	26,7%
Локализация		
Моторная и премоторная кора	11	73,3%
Речевые зоны	3	20%
Базальные ганглии	1	6,7%
Отношение к функционально важным зонам		
Граничит	11	73,3%
Непосредственно поражает	4	26,7%
Функциональный статус по шкале Карновского		
80 и более	13	86,7%
70 и менее	2	13,3%
Размеры опухоли		
Более 5 см	11	73,3%
Менее 5 см	4	26,7%

Таблица 1. Характеристика пациентов исследуемой группы на момент поступления

Во всех случаях до операции у пациентов отсутствовали проявления двигательных и речевых нарушений. Функциональный статус по шкале Карновского варьировал от 70 до 100, составляя в среднем 89,3. Таким образом, большинство пациентов поступили в стационар в состоянии клинической компенсации. У 11 пациентов опухоль располагалась в области двигательной и премоторной коры, у трех – в области речевых центров (зоны Вернике и Брока) и у одного – в области зрительного бугра и базальных ганглиев. В большинстве случаев глиомы имели размеры более 5 см в максимальном измерении.

До госпитализации всем пациентам в МРТ-центре «Лидер» была выполнена МРТ головного мозга на томографе, напряженностью магнитного поля 3Тл. Помимо стандартных режимов сканирования (T1, T2, T2-Flair, DWI и T1 с парамагнетиком) пациентам выполнялась МРТ-трактография для визуализации кортико-спинального тракта, а также функциональная МРТ (BOLD-test) для визуализации речевой и двигательной коры. По результатам обследований выяснили, что у пациентки с глиомой базальных ганглиев кортико-спинальный тракт проходил непосредственно через толщу новообразования (Рис. 2). У двух пациентов с глиомами области речевых центров новообразования непосредственно граничили с этими зонами, не поражая их. Еще в одном наблюдении диагностирована уникальная локализация зоны Вернике у правши в правом полушарии (Рис. 3). Из 11 пациентов с локализацией глиальных опухолей в области двигательных зон в восьми случаях новообразования непосредственно граничили с кортико-спинальным трактом, раздвигая его пути, еще в трех наблюдениях тракт проходил через опухоль (Рис. 4-5-6). Таким образом, данные МРТ-трактографии и функциональной МРТ уже на этапе планирования операции позволили выработать оптимальную хирургическую тактику и обсудить ее с пациентами. Выполнение радикального удаления опухоли оказалось невозможным у четырех пациентов из 15.

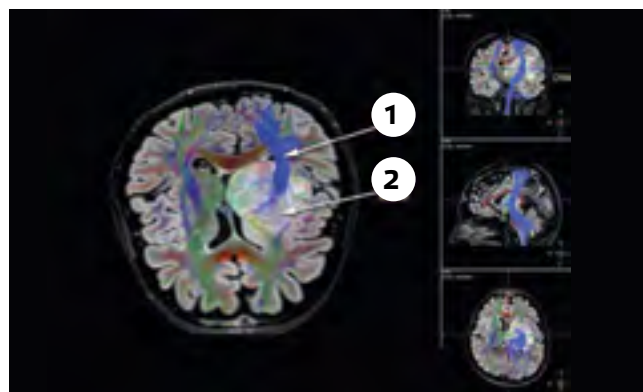


Рис. 2. МРТ-трактография у пациентки с опухолью области базальных ганглиев и зрительного бугра. 1. Кортико-спинальный тракт. 2. Опухоль.



Рис. 3. Функциональная МРТ (BOLD-test) у пациента с глиомой, поражающей лобную и теменную долю слева. Красным цветом выделена локализация зоны Вернике в правом полушарии.

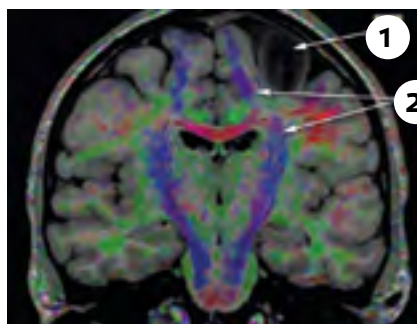


Рис. 4. МРТ-трактография у пациента с глиомой двигательной коры головного мозга слева. 1. Опухоль. 2. Кортико-спинальный тракт.

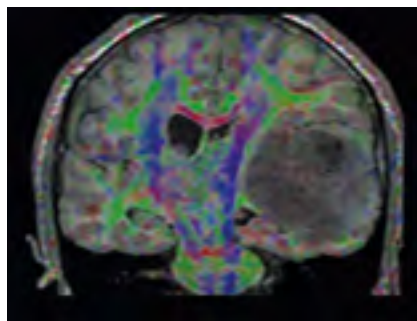


Рис. 5. МРТ-трактография у пациентки с глиомой левых височной и островковой долей головного мозга. Опухоль имеет серый цвет. Кортико-спинальный тракт выделен синим цветом.

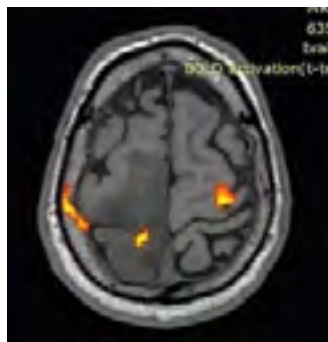


Рис. 6. Функциональная МРТ (BOLD-test) у пациента с глиомой двигательной коры головного мозга справа. Опухоль имеет серый цвет. Участки коры, ответственные за движения левой кисти, выделены красным и желтым цветом.

Все этапы хирургического вмешательства осуществлялись с использованием навигационного оборудования BrainLab (Германия). На этапе навигационного планирования в навигационную станцию загружались соответствующие серии МРТ-изображений. Рис. 7 демонстрирует расположение хирургов и оборудования во время операции. Краниотомии выполнялись после навигационной разметки операционного поля и определения оптимальной траектории хирургических манипуляций. У пациентов с локализацией глиом в парасагиттальной зоне моторной коры и пациентки с глиомой базальных ганглиев при трепанации обязательно обнажался верхний сагиттальный синус для его полноценного визуального контроля и минимизации венозного кровотечения. Энцефалотомия осуществлялась с учетом навигационной разметки локализации функционально-важных зон, в большинстве случаев по расположенным в зоне вмешательства бороздам. Удаление новообразований происходило с помощью микроинструментария и использования микроскопа OPMI Pentero.

Во время удаления опухоли хирург имел возможность в режиме реального времени визуализировать расположение функционально важных зон головного мозга, что позволяло избежать хирургической инвазии данных участков (Рис. 8). На наш взгляд, безопасная граница резекции опухоли, прилежащей к проводящим путям, должна располагаться на расстоянии не менее 5 мм от них, при этом следует учитывать интраоперационно возникающее смещение головного мозга (феномен brain shift). Интраоперационно объем удаленной опухоли оценивался визуально и по результатам навигационного контроля. Радикальность хирургии оценивалась по результатам контрольных МРТ, выполненных на вторые-третьи сутки после операции и спустя три месяца после хирургии.

Результаты. У 10 пациентов опухоль удалена радикально, у них отсутствовали участки накопления парамагнетика по результатам МРТ головного мозга, выполненной на вторые-третьи сутки после операции. Еще в четырех случаях оставлены небольшие фрагменты опухоли, располагавшиеся в моторной коре, области лучистого венца или внутренней



Рис. 7. Расположение оборудования и хирургов во время операции.

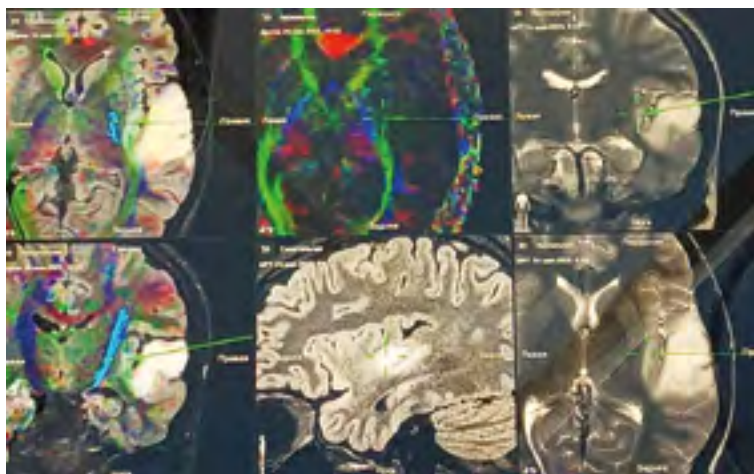


Рис. 8. Интраоперационный навигационный контроль с использованием данных МРТ-трактографии. Навигационный зонд располагается в области островковой доли в непосредственной близости от кортико-спинального тракта.

капсуле. По результатам МРТ-трактографии и функциональной МРТ именно в этих зонах располагались участки кортико-спинального тракта и функциональные зоны, отвечающие за движения. В одном случае проведена биопсия опухоли. У 14 пациентов (93,3%) из 15 отмечалось раннее пробуждение с экстазией и оценкой неврологического статуса. В одном случае (после транскаллезного трансвентрикулярного доступа и биопсии глиомы базальных ганглиев и зрительного бугра) течение послеоперационного периода осложнилось развитием акинетического мутизма и правостороннего гемипареза. Летальных случаев в исследуемой группе не было.

У 13 пациентов (86,7%) из 15 нарастания неврологических нарушений не отмечалось. Ухудшение в неврологическом статусе было зарегистрировано

в двух случаях (13,3%) из 15. У молодого человека 24 лет после удаления диффузной астроцитомы области моторной коры развился гемипарез с преимущественным снижением мышечной силы в ноге до двух баллов. Второй случай – упоминаемая ранее пациентка 68 лет с диффузной глиомой базальных ганглиев и зрительного бугра (Рис.2). Учитывая локализацию опухоли, пожилой возраст и расположение пирамидных трактов в толще опухоли, приняли решение о биопсии. После операции отмечались нарушения бодрствования по типу акинетического мутизма, характерные

для пациентов после вмешательства на мозолистом теле и базальных ганглиях. Кроме того, у пациентки отмечался гемипарез со снижением мышечной силы до одного-двух баллов, преимущественно в руке. Функциональный статус по шкале Карновского на момент выписки варьировал от 40 до 90 баллов, составляя в среднем 80,6. Таким образом, большинство пациентов выписались из стационара в состоянии клинической компенсации. Ближайшие результаты операций приведены таблице 2.

Параметр	n	%
Радикальность хирургии		
Радикальное удаление	10	66,7%
Субтотальное удаление	4	26,6%
Парциальное удаление	-	-
Биопсия	1	6,7%
Гистологическая структура опухоли		
Астроцитома WHO2	11	73,3%
Астроцитома WHO3	2	13,3%
Глиобластома WHO4	2	13,3%
Нарастание неврологических нарушений		
Да	2	13,3%
Нет	13	86,7%
Характер неврологических нарушений		
Двигательный дефицит	2	13,3%
Акинетический мутизм	1	6,7%
Функциональный статус по шкале Карновского на момент выписки		
80 и более	13	86,7%
70 и менее	2	13,3%

Таблица 2. Ближайшие результаты операций пациентов исследуемой группы.

Отдаленный катамнез более одного года после операции отслежен у 11 пациентов (73,3%) из 15. Нарастания неврологического дефицита не отмечено ни в одном наблюдении. Все пациенты прошли дистанционную лучевую терапию на ложе опухоли. Четырем пациентам проводятся курсы химиотерапии. По результатам контрольных МРТ-исследований прогрессии опухоли не отмечено ни в одном наблюдении, включая двух пациентов с глиобластомой (WHO Grade4) и двух – с анапластической астроцитомой (WHO Grade3). На рисунках 9 и 10 приведены МРТ у пациента с глиобластомой в области речевых зон доминантного полушария до и после операции. Пациент с развившимся после операции гемипарезом полностью восстановился. Функциональный статус пациентов в отдаленном периоде варьировал от

80 до 100, составляя в среднем 92,7 балла. Катамнез наблюдения пациентки с глиомой базальных ганглиев и зрительного бугра составляет менее года. У нее отмечается постепенное восстановление неврологических нарушений с регрессом явлений акинетического мутизма, но с сохранением гемипареза до 3-3,5 балла. В результате развившегося неврологического дефицита она не смогла пройти дистанционную лучевую терапию.

В целом первый опыт применения навигационного контроля с использованием серий изображений МРТ-трактографии и функциональной МРТ обнадеживает. Ни у одного пациента с расположением опухоли вблизи речевых зон не отмечалось появления афатических нарушений. Появление двигательного дефицита с последующим регрессом

симптоматики было зарегистрировано в двух наблюдениях (13,3%). Развития гемиплегии не было ни у одного пациента.

Заключение. Таким образом, дооперационное планирование с использованием данных МРТ-трактографии и функциональной МРТ позволяет определить степень поражения опухолью трактов и функционально важных зон. Применение интраоперационного навигационного контроля с использованием серий МРТ-трактографии и функциональной МРТ позволяет выбрать адекватный транскортикальный подход, направление субкортикальных зон диссекции, установить безопасные границы резекции опухоли, а следовательно, минимизировать вероятность развития грубого неврологического дефицита после операции и сохранить высокий функциональный статус пациента.

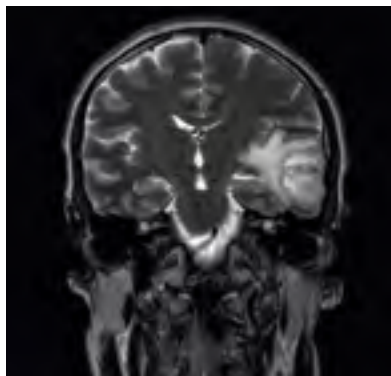


Рис. 9. МРТ головного мозга у пациента с глиобластомой левой височной доли до операции. Режим T2. Коронарная проекция.

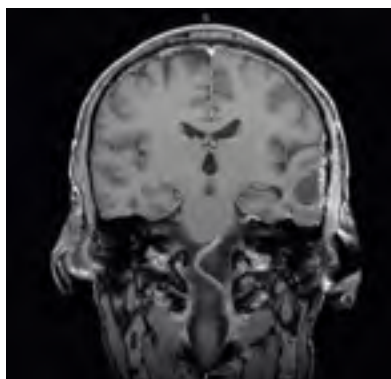


Рис. 10. МРТ головного мозга у пациента с глиобластомой левой височной доли через 3 месяца после операции. Режим T1 с парамагнетиком. Коронарная проекция.

Список литературы

1. Розуменко В.Д., Чувашова О.Ю., Рудица В.И., Розуменко А.В. Применение данных магниторезонансной трактографии в нейронавигационном сопровождении хирургических вмешательств при опухолях полушарий большого мозга. Украинский нейрохирургический журнал. 2011. №2. С.65-69.
2. Димерцев А.В., Зуев А.А. Хирургическое лечение опухолей моторных зон головного мозга. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2021. Т. 16. №4. С. 103-110.
3. Борисейко А.В. Глиальные опухоли головного мозга: обзор литературы и перспективы лечения / А. В. Борисейко // Медицинские новости. – 2018. – № 1(280). – С. 8-13.
4. Зуев А.А., Коротченко Е.Н., Иванова Д.С., Педяш Н.В., Теплых Б.А. Хирургическое лечение опухолей функционально значимых зон головного мозга с применением метода нейрофизиологического картирования речевых, моторных зон и проводящих путей. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2017. Т. 81, № 1. С. 39-50. DOI 10.17116/neiro201780739-50.
5. Александров М.В., Улитин А.Ю., Черный В.С., Топоркова О.А. Интраоперационный мониторинг как элемент системы нейрофизиологического обеспечения высокотехнологичной нейрохирургической помощи. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т.10. – №2. – С. 92-98
6. Алексеев И.М., Зуев А.А. Хирургическое лечение опухолей дополнительной моторной области. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко. 2023; 87(1): 5-14. <https://doi.org/10.17116/neiro2023870115>
7. Пронин И.Н., Фадеева Л.М., Захарова Н.Е., Долгушин М.Б., Подопригра А.Е., Корниенко В.Н. Диффузионная тензорная магнитно-резонансная томография и трактография. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2008. Т.2. №1. С. 32-40.
8. Беляевская А.А., Меладзе Н.В., Шария М.А., Устюжанин Д.В., Зашезова М.Х. Современные возможности функциональной магнитно-резонансной томографии в нейровизуализации. Медицинская визуализация. 2018; 22 (1): 7-16. DOI: 10.24835/1607-0763-2018-1-7-16.
9. Abd-El-Barr M.M., Saleh E., Huang R.Y., Golby A.J. Effect of disease and recovery on functional anatomy in brain tumor patients: insights from functional MRI and diffusion tensor imaging. Imaging Med. 2013 Aug 1;5(4):333-346. doi: 10.2217/im.13.40.
10. Дмитриев А.Ю., Дашьян В.Г. Трактография в функциональной нейронавигации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 7. С. 12-18. DOI 10.17116/nevro202312307112.

«Школа сахарного диабета» для детей и родителей в КГБУЗ «КГДБ №8»

М.Ю. Маслова, Е.П. Горбылева, А.О. Симакова, Е.А. Тарасевич.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская детская больница №8»

Сахарный диабет у детей – тяжелое хроническое заболевание, приводящее к нарушению функционирования всех органов и систем. Болезнь широко распространена и имеет тенденцию к «омоложению». Прогрессирующее течение и тяжесть осложнений при сахарном диабете требует междисциплинарного подхода с участием специалистов в области педиатрии, детской эндокринологии, детской кардиологии, неврологии, офтальмологии.

Ежегодно в Красноярском крае выявляется от 120 до 150 детей с сахарным диабетом. По состоянию на 01.11.2023 года под диспансерным

наблюдением состоят 1146 пациентов в возрасте до 17 лет 11 месяцев 29 дней. В краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская городская детская больница №8» (далее – КГБУЗ «КГДБ №8») на учете состоят 138 детей. В 2023 году впервые выявлен 21 ребенок с диагнозом «сахарный диабет». Показатель общей заболеваемости по учреждению составляет 1,7 на 1000 детей. Показатель первичной заболеваемости – 0,25 на 1000 детей. За 3 года показатель общей заболеваемости увеличился на 21,4% (в 2021 году составлял 1,4 на 1000), впервые выявлено в 2021 году 26 детей (показатель составлял 0,32 на 1000).

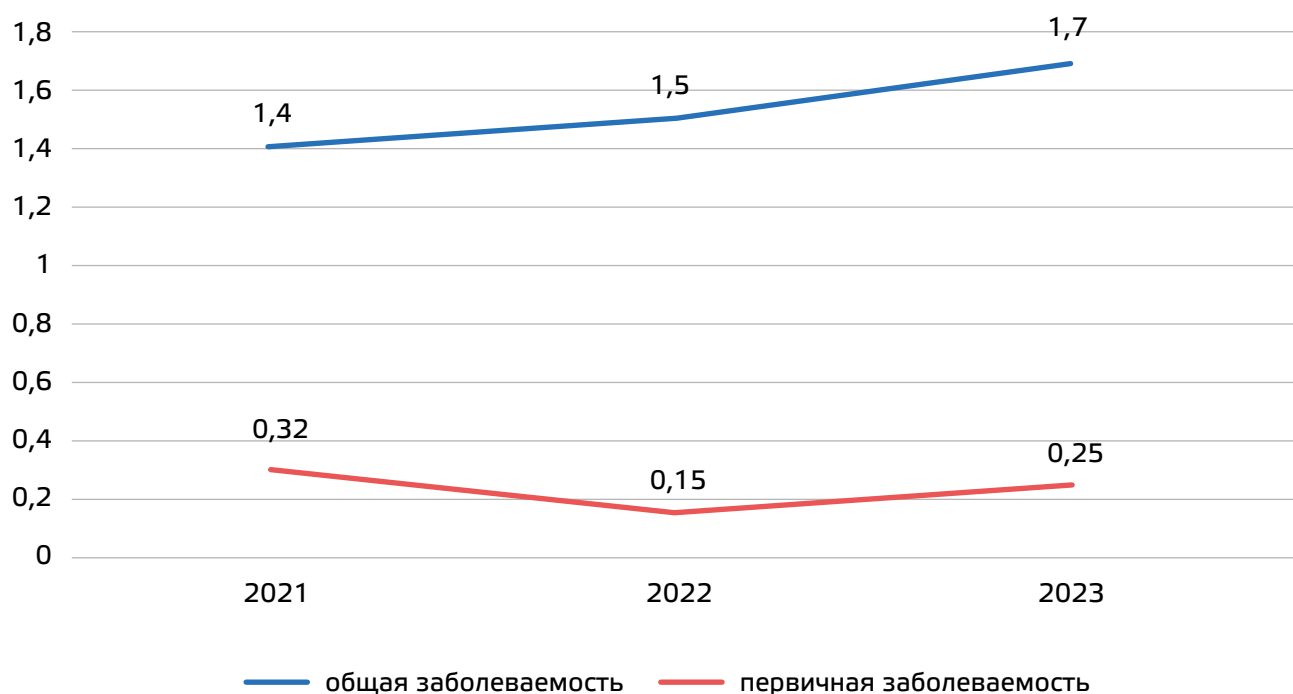


Рисунок 1. Динамика показателей общей и первичной заболеваемости детей с диагнозом «сахарный диабет» за 2021-2023 годы.



Врач-эндокринолог А.О. Симакова.



Законные представители и врач.

В марте 2023 года в КГБУЗ «КГДБ №8» начала работать «Школа сахарного диабета» для детей и родителей левобережья Красноярск. **За 8 месяцев прошли курс лекций 87 человек (63,0% от всех состоящих на учете в учреждении), 30 находятся в процессе обучения.**

Основная цель школы – обучение детей, страдающих сахарным диабетом, и их родителей методам самоконтроля, адаптации проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактике острых и хронических осложнений заболевания.

Основные функции

«Школы сахарного диабета»:

- оказание консультативной помощи детям с сахарным диабетом и их родителям (законным представителям);
- организация обучения по структурированной программе (обучение технике введения инсулина, обучение самоконтролю уровня глюкозы в крови, обучение детей и их родителей навыкам здоровьесберегающего образа жизни, включая правильное питание);
- проведение первичных и повторных циклов обучения.

Программа предусматривает 7-10 занятий в очном и/или дистанционном формате группового и/или индивидуального характера. Обучение проводят врачи – детские-эндокринологи.



Занятие ШСД.

Занятия проходят каждый четверг с 17 до 19 часов в Советском районе на территории детской поликлиники №3 по адресу: ул. Урванцева, 30а, 5 этаж, актовый зал.

Для прохождения школы в дистанционном формате заявки можно отправлять на электронную почту: dia.school@mail.ru

В настоящее время обучение пациентов с сахарным диабетом стало неотъемлемой частью диабетологической помощи. Сахарный диабет нельзя излечить, но можно эффективно лечить, снижая риски развития жизнеугрожающих острых состояний и тяжелых осложнений.

Наше здоровое будущее

В детском ревматологическом санатории «Березка» внедрили программу «Территория здоровья». Здоровье – бесценный дар, который преподносит человеку природа. Существует более 300 определений этого понятия.

На бытовом уровне здоровьем обычно обозначают отсутствие болезни. А согласно официальному определению Всемирной организации здравоохранения, это физическое, психическое и социальное благополучие.

Здоровье российских детей – одна из проблем современной жизни. На него оказывают большое влияние многочисленные отрицательные факторы: недостаток у родителей времени и средств на ребенка, увеличение количества неполных семей, неверное семейное воспитание. А ведь очень важно сформировать у детей правильное отношение к собственному здоровью. И потому одним из основных направлений в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является формирование культуры здоровья и пропаганда здорового образа жизни детей. Об этом, кстати, говорится в Указе Президента Российской Федерации «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». И одной из задач этого указа является увеличение продолжительности здоровой жизни, в том числе – через формирование мотивации к здоровому образу жизни, переходу на здоровое питание.

Для достижения этой цели была утверждена программа «Территория здоровья», содержание которой раскрывается через систему задач на период санаторного лечения:

- рациональный режим;
- правильное питание;
- рациональная двигательная активность.

Реализация лечебных режимных процессов подразумевает:

- Полное и своевременное удовлетворение всех органических потребностей детей (во сне, питании). Крепкий сон – залог гармоничного развития, один из важнейших элементов человека, а особенно ребенка. Именно во сне происходит сложнейшая работа, в результате которой формируется мозг, развивается тело. Таким образом, лечебный режим санатория в максимальной степени способствует соблюдению ритма сна и бодрствования.
- Тщательный гигиенический уход, обеспечение чистоты тела, одежды, постели.
- Привлечение детей к посильному участию в

режимных процессах.

- Формирование культурно-гигиенических навыков.
- Учет потребностей детей, индивидуальных особенностей каждого ребенка при формировании плана лечения.

Выполнение задачи правильного питания обеспечивается за счет:

- Обеспечения баланса, выдержанного в 10-дневном меню.
- Удовлетворения потребностей организма в основных питательных веществах, витаминах и минералах.
- Соблюдения режима питания.

Рациональное питание детей является одним из основных факторов внешней среды, определяющих их нормальное развитие. Оно оказывает самое непосредственное влияние на жизнедеятельность, рост, состояние здоровья детей, повышает устойчивость к различным неблагоприятным воздействиям, адаптивность. Учитывая это, мы проводим регулярную работу по разъяснению норм и правил здорового питания.



Одним из важнейших компонентов в санаторном лечении детей является ЛФК (лечебная физическая культура). Задача двигательной направленности реализуется через:

- физические упражнения (лечебная физкультура);
- подвижные и спортивные игры.



Регулярные занятия ЛФК препятствуют возникновению у детей многих распространенных заболеваний, таких как сколиоз, плоскостопие, нарушение осанки, искривления ног, расстройства желудочно-кишечного тракта, бронхиты.



На спортивной площадке дети играют в футбол, волейбол, пионербол и бадминтон, в зимнее время катаются на санках.



В целях укрепления здоровья детей обязательным условием является максимальное по времени пребывание на свежем воздухе, для чего организовываются подвижные игры, в том числе народные: «Лапта», «Кукушка», «Снежный ком», «Ручеек», «Цепи кованные», «Шире круг» и др.



Развивая творческие способности ребятишек, мы предлагаем раскрашивать фигурки из гипса. Эти занятия совершенствуют навыки ручного труда, развивают мелкую моторику рук. А кроме того, работы могут быть прекрасным экспонатом на выставке или подарком друзьям, родителям.

Рисование на воде, эбру, рассматривается как

один из вариантов арт-терапии. Этот метод относится к «правополушарному» рисованию и раскрывает творческую индивидуальность человека. В качестве холста здесь используется необычная поверхность – вода. В детском коллективе такие занятия имеют большое значение: нетрадиционная техника развивает интеллект, умение мыслить нестандартно.

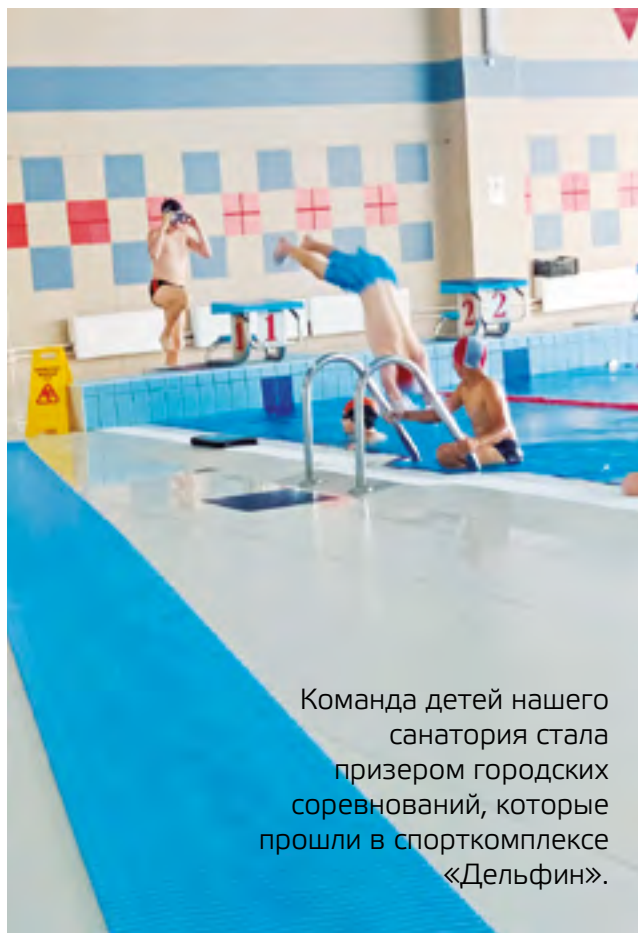


Результаты работы:

1. Улучшилась психологическая и социальная комфортность в едином воспитательном пространстве санатория.
2. Укрепилось физическое и психологическое состояние здоровья детей и подростков.
3. Удовлетворены потребности и интересы детей.
4. Расширился кругозор ребят, наблюдалось развитие их организаторских и творческих способностей.
5. Укрепление связей между разновозрастными группами детей.

Оценка результативности деятельности санатория осуществлялась по результатам анкетирования детей: уровень удовлетворенности отдыхом в санатории на протяжении последних лет составляет 93,4–93,5%.

Кроме того, круглый год дети посещают городской бассейн «Дельфин». Это прекрасный вариант для полноценного лечения и оздоровления, так как плавание полезно при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нервной и дыхательной систем, позволяет поддерживать хорошую физическую форму и помогает избавиться от стресса.



Команда детей нашего санатория стала призером городских соревнований, которые прошли в спорткомплексе «Дельфин».



Всемирный день безопасности пациентов.



Плановая и разносторонняя работа с учетом возрастных индивидуальных особенностей каждого воспитанника, личностно-ориентированного стиля взаимоотношений между педагогами и детьми, педагогами и медицинским персоналом способствовала успешной реализации поставленных целей и задач.

Нам удалось добиться хороших результатов:

- сохранилось и укрепилось физическое и психологическое состояние здоровья детей и подростков;
- расширился кругозор детей, повысилось развитие их организаторских и творческих способностей;

- наблюдался личностный рост участников программы.

За время пребывания в санатории ребята очень сдружились и стали единой, дружной семьей, а отдых в санатории оказался для них ярким, полезным и веселым.

После окончания каждого сезона дети отмечали, что все дни в санатории были насыщены мероприятиями, лечебными процедурами, ребята получали заряд бодрого настроения.

Опыт совместной работы логопеда и физиотерапевта отделения ранней медицинской реабилитации при помощи метода транслингвальной нейростимуляции

А.А. Калинина, В.В. Грушевская, А.А. Марунич, А.В. Бояринов, С.Е. Русал.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», г. Красноярск, Россия.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – понятие собирательное. Оно включает в себя различные виды и степени тяжести механического повреждения как самого черепа, так и внутричерепных образований: мозговых оболочек, тканей мозга, церебральных сосудов, черепных нервов. В России ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тыс. человек, из них 50 тыс. погибают, еще 50 тыс. становятся официально инвалидами.

Количество черепно-мозговых травм постоянно растет, инвалидизация после черепно-мозговых травм затрагивает в основном молодую и трудоспособную часть населения, поэтому реабилитация пациентов после черепно-мозговой травмы является очень важной не только медицинской, но и социальной задачей.

В последние годы развитию медицинской реабилитации уделяется очень много внимания. Появляются новые реабилитационные подходы, новые методики, новое оборудование. Практика показывает, что наиболее интересные и яркие результаты достигаются при мультидисциплинарном подходе, когда работа с пациентом строится на стыке нескольких специальностей.

В соответствии со статьей 103 Устава Красноярского края 30 мая 2022 года была утверждена региональная программа Красноярского края «Оптимальная для восстановления медицинская реабилитация в Красноярском крае». В рамках реализации этой программы в Краевую клиническую больницу было закуплено физиотерапевтическое и реабилитационное оборудование.

С опытом применения одного из физиотерапевтических аппаратов в сочетании с логопедическими реабилитационными методиками мы хотим вас познакомить.

Пациент Ф.А., 49 лет. Поступил 20.11.2023 г. в отделение нейрохирургии с диагнозом: открытая проникающая черепно-мозговая травма; ушиб

головного мозга тяжелой степени; контузионные очаги 3, 4 типа (по Корниенко): теменно-височной области слева полюса правой височной доли, в левой височно-теменной области, базальных отделов лобных долей; эпидуральная гематома теменной области слева; субдуральные гематомы малого объема правой лобно-теменно-височной области толщиной до 5 мм, левой височной области толщиной до 3 мм; множественные переломы левой теменной кости с расхождением левого венечного шва, пирамиды левой височной кости и левого крыла основной кости; расхождение правого венечного шва и перелом правой теменной кости с переходом на правую височную кость, пирамиду и правое крыло основной кости; перелом задней и верхней стенки основной пазухи, гемосинус; пневмоцефалия.

Сразу же пациенту была проведена операция: костно-пластическая трепанация черепа, удаление острой эпидуральной гематомы.

На момент поступления в неврологическом статусе пациент находился под медицинской седацией, на ИВЛ (переведен в связи с нарастанием психомоторного возбуждения). Зрачки D=S, узкие, фотореакции снижены. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс в норме. Активные движения в конечностях отсутствовали. Сухожильные рефлексы угнетены на фоне седации. Чувствительность сохранена. В позе Ромберга не исследовался. Менингеальные знаки достоверно оценить не удавалось.

В послеоперационном периоде в неврологическом статусе обратили на себя внимание следующие факторы: сознание ясное, по ШГК – 15 баллов. Речь невозможно было оценить ввиду афазии. Дезартрия. Не всегда понимал обращенную речь. Зрачки D=S, фотореакции живые. Поля зрения при определении ориентировочным

способом в норме. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично. Слух сохранен D=S. Нистагма нет. Кормление – зондовое.

Парезов конечностей не наблюдается. Мышечная сила – 5 баллов во всех сегментах, мышечный тонус в норме. Чувствительность не нарушена. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S, умеренно оживлены. Брюшные в норме. Координаторные пробы выполнял без интенции и промахивания. Ригидности мышц затылка не было. Симптом Кернига – отрицательный.

В связи с наличием проблем с глотанием и речью 24 ноября пациент был осмотрен логопедом.

В логопедическом осмотре

Скрининговое тестирование глотания (VVT тест глотания):

оральная фаза – нарушение смыкания губ; затруднение при жевании; нарушение при формировании болюса; задержанная по времени оральная фаза; остатки пищи на языке, небе; вытекание изо рта; затруднение при жевании (слабые движения языка, слабость лицевых мышц);
орально-трансферная фаза – снижение подвижности языка движений вперед, назад; задержанная фаза по времени из-за нарушения чувствительности;

фарингеальная фаза сохранена;

рефлексы несколько снижены: **небный** снижен, **глоточный** снижен; **корневой** снижен;

мягкое небо несколько приспущено – на атаке активно; при фонации подвижно;

саливация: не контролирует слюну.

Рекомендации по способу кормления – зондовое кормление.

Экспрессивная функция речи:

спонтанная речь отсутствует, пациент способен издавать лишь отдельные неоформленные гласные недифференцированные звуки.

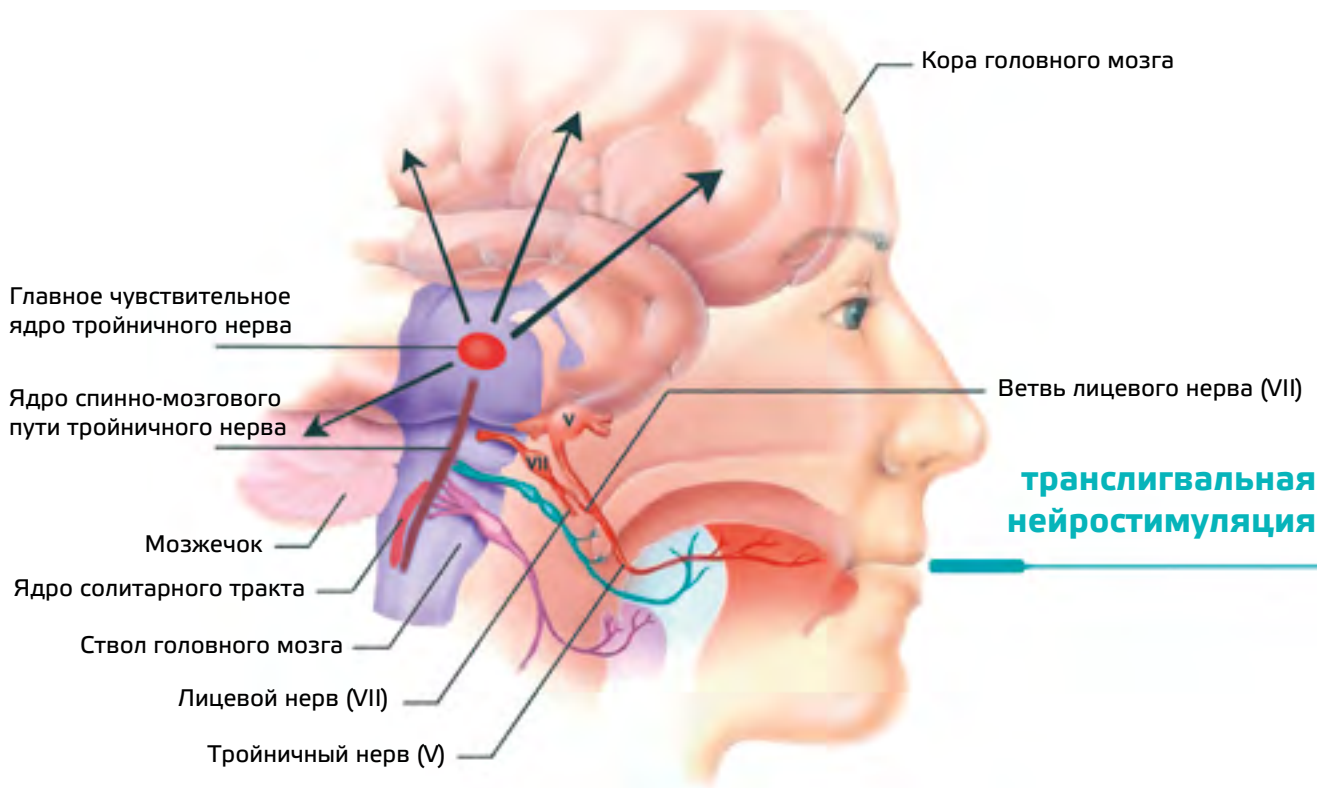
Импрессивная функция речи:

понимание ситуативных вопросов – первично фонематическое восприятие не нарушено, доступно понимание, выполнение простых команд; понимание сложных логико-грамматических оборотов речи затруднено.

Двигательные функции:

оральный праксис – грубая апраксия; артикуляторный праксис – грубая апраксия.

Заключение: дисфагия грубой степени выраженности; афферентная моторная афазия грубой степени выраженности; дефект обусловлен заинтересованностью нижнетеменных постцентральных отделов коры головного мозга левого полушария.



С пациентом была начата совместная работа логопеда и физиотерапевта с использованием аппарата «НейроПорт» (транслингвальная нейростимуляция). Транслингвальная нейростимуляция – это современная реабилитационная методика воздействия на центральную нервную систему через стимуляцию рецепторов языка. Прибор генерирует электрические импульсы, стимулирует рецепторы на языке. Импульсы передаются в ЦНС в ствол головного мозга и далее по восходящим, нисходящим и горизонтальным путям распространяются во все отделы ЦНС. Процедура для курсового лечения. Обычно проводится не менее 10 стимуляций на курс. В день можно проводить одну-две стимуляции.



Процедуру длительностью 20 минут с пациентом проводили два раза в день в сочетании с логопедическими занятиями.

Цели: восстановить оральную и орально-трансферную фазы глотания; восстановить способность пациента произносить отдельные слова.

Задачи: стимуляция и растормаживание акта глотания, восстановление чувствительности, подвижности мышц органов артикуляции.

Во время процедуры и после логопед проводил занятия, направленные на стимуляцию мозговой активности теменной области, левого полушария.

После второго занятия наряду с восстановлени-

ем чувствительности пациент самостоятельно стал глотать и был переведен на самостоятельное питание. Появилась возможность артикуляции по показу (вывести язык из полости рта, движения вправо, влево, попытки надуть или втянуть щеки).

После третьего занятия движения языка стали более точными, движения губ и щек оформленные, точные не только по показу, но и по инструкции, стало доступным произнесение гласных (а, у, о, и) и согласных (м, н, л).

После четвертого занятия стало доступным произнесение некоторых слов автоматизированных речевых рядов с искажением, но с сохранением абриса слова. В самостоятельном письме под диктовку уменьшилось количество пропусков, перестановок букв. При общении пациент активно использует жесты, письмо.

Пятое занятие – без существенных изменений в речи. Пациент высказывал (жестами, письмом) беспокойство по поводу того, что он живет один в собственном доме, в деревне, где нужно топить печь, есть собака, за которой необходимо ухаживать. Во время высказываний у пациента на глазах проступали слезы.

После шестого занятия пациент был выписан домой.

Динамика на момент выписки: функция глотания восстановлена; в собственной речи спонтанно появляются высокоавтоматизированные слова, адекватные ситуации; доступно проговаривание автоматизированных речевых рядов, договаривание фраз с жестким контекстом; в орально-артикуляционном праксисе менее выражен поиск артикуляционного уклада. В состоянии речевой функции сохраняются выраженные специфические нарушения: ограничен активный словарь и возможности конструирования фразы, сохраняются литеральные парафазии, искажения в звукопроизношении. Учитывая ШРМ 3, при выписке пациенту рекомендовано продолжить реабилитацию в условиях дневного стационара.

На этом примере мы увидели высокую эффективность логопедических занятий в сочетании с транслингвальной нейростимуляцией от аппарата «НейроПорт». Цели достигнуты в полном объеме.

Инновационный метод пассивной вертикализации в отделении реанимации и интенсивной терапии

Е.В. Пестрякова, Н.А. Тихонова, Д.В. Лысенко, С.Е. Русал, Н.Ю. Довбыш, А.В. Бояринов.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», г. Красноярск, Россия.

Одним из ведущих осложнений длительного пребывания пациента на ИВЛ является развитие полимионейропатии критических состояний (ПМКС), в том числе как исход «не использования» дыхательной и скелетной мускулатуры. ПМКС – это приобретенный вследствие критического состояния синдром нервно-мышечных нарушений по типу полинейропатий и/или миопатии, клинически проявляющийся общей мышечной слабостью и являющийся одной из причин затруднений в прекращении ИВЛ. Пациент становится зависимым от респираторной поддержки.

В структуре ПМКС как один из вариантов течения выделяется респираторная нейропатия, определяющая развитие дыхательной недостаточности и удлинение сроков перевода больного на спонтанное дыхание. В 59% всех случаев ПМКС наблюдается вовлечение мышц и нервов респираторной группы. Интересным фактом является то, что при начале отлучения от проводимой ИВЛ частота встречаемости слабости диафрагмы, которая является основной дыхательной мышцей, встречается в два раза чаще, чем слабость мускулатуры конечностей. И количество пациентов, у которых отмечается слабость диафрагмы при проведении ИВЛ, достигает 70%.

Это определяет актуальность в разработке новых технологий реабилитации при респираторных нарушениях у пациентов на этапе интенсивной терапии. Впервые нами разработан метод

сочетанного применения пассивной вертикализации и стимуляции диафрагмы и правого диафрагмального нерва у больных с ОНМК в условиях отделения реанимации №5. Изучена взаимосвязь между биомеханикой дыхательного акта и проведением данной процедуры у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких.

Во время пассивной вертикализации отмечается смещение диафрагмы каудально с рекрутментом – вовлечением нижних отделов легких в газообмен. Физиологическое опущение купола диафрагмы приводит к фазе спонтанного вдоха. При этом одновременно мы подключаем стимуляцию диафрагмы и правого диафрагмального нерва (по общепринятой методике), что потенцирует действие данных процедур (ПВ и МНС).

При разработке новой методики пациенты были распределены на две группы: 1-я группа – пациенты, которым проводилась сочетанная методика пассивной вертикализации (ПВ) и мионейростимуляции (МНС) диафрагмы и правого диафрагмального нерва (12 чел., 48%); 2-я группа (контроль) – те, кому проводились процедуры последовательно или по отдельности (13 чел., 52%).

При проведении сочетанной методики ПВ и МНС у пациентов 1-й группы (11 чел., 83,33%) отмечался более ранний перевод с принудительно-вспомогательного ре-



Стимуляция диафрагмы и диафрагмального нерва от аппарата OMRON.

жима вентиляции (SIMV) во вспомогательный (CPAP) и далее на самостоятельный тип дыхания, практически в два раза, по сравнению со 2-й группой (6 чел., 55% – сняты с ИВЛ); 5 человек второй группы продолжали ИВЛ.

В среднем сроки перевода с ИВЛ на самостоятельный тип дыхания у пациентов 1-й группы сокращались на 1,5-3 дня по сравнению с группой контроля.

Таким образом, сочетание пассивной вертикализации и стимуляции дыхательной мускулатуры является обоснованным и безопасным на этапе интенсивной терапии. Предложенная технология позволяет сократить сроки пребывания на ИВЛ, что доказывает ее эффективность. Вовлечение в работу дыхательной и скелетной мускулатуры при помощи ПВ и МНС позволяет предотвратить развитие полимионейропатии критических состояний (ПМКС).

Методика, разработанная в реанимационном отделении №5, внедрена нами в других реанимационных отделениях больницы, где также показала свою эффективность и актуальность.

Невозможное возможно: органосохраняющее лечение в условиях акушерского перитонита

Д.В. Черданцев^{1,2}, Е.В. Дударовская¹, Д.Е. Галкина², Т.А. Макаренко², М.И. Базина², Ж.В. Бохина¹, В.Ю. Дятлов¹, О.А. Лысенко¹, Н.А. Колесникова¹, Т.В. Бикулова^{1,2}.

¹ Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», г. Красноярск, Россия.

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия.

Введение

В современном акушерстве в течение нескольких последних лет отмечается стойкая тенденция к увеличению частоты оперативных родов в связи с расширением показаний к их проведению. Несмотря на совершенствование оперативной техники и использование антибиотикопрофилактики, применение современных шовных материалов, частота гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний (ГВПЗ) остается высокой, составляя до 10% в группе женщин после вагинальных родов и до 20–25% после абдоминальных. При этом в случае экстренных ситуаций процент данных осложнений увеличивается в разы. Самым тяжелым осложнением ГВПЗ является акушерский сепсис, на долю которого приходится не столь большое количество случаев (до 2–3%), однако значительная доля этих клинических ситуаций заканчивается летальным исходом.

Ключевые слова: кесарево сечение, послеродовый эндометрит, послеродовый сепсис, акушерский перитонит, акушерский сепсис, сепсис, септический шок.

Зачастую показаниями к операции являются отказ женщины от естественных родов, рубец на матке после кесарева сечения (КС) в анамнезе, а также определенное давление на врача – акушера-гинеколога из-за возможного повышения риска перинатальных и материнских неблагоприятных исходов, особенно в группе женщин после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [1, 2, 3, 4].

Несмотря на совершенствование хирургической методики и использование современного шовного материала само по себе оперативное родоразрешение, при котором происходит вскрытие полового органа, априори уже является контаминацией. В случаях, когда операция выполняется в условиях имеющегося иммунодефицита или сопутствующего неблагоприятного инфекционного фона, риски таких осложнений увеличиваются в десятки раз, при этом самым грозным осложнением являются акушерский перитонит и сепсис [2, 3, 4, 5].

Частота гнойно-воспалительных заболеваний после КС колеблется, по данным разных авторов, от 2 до 54,3%. У женщин с высоким риском инфицирования частота подобных осложнений достигает 80,4% [6, 7, 8].

Оперативное родоразрешение остается одним из лидирующих факторов риска развития акушерского перитонита и сепсиса. Наиболее распространенным осложнением КС является эндометрит, частота которого, по данным отдельных авторов, может достигать 55% [5, 6]. Это основная причина генерализации инфекции и формирования нагноения и расхождения швов на матке. При этом в случае несвоевременной диагностики и лечения процесс может распространяться дальше с образованием панметрита, гнойных tuboовариальных образований в малом тазу, гнойно-инфильтративного параметрита, генитальных свищей, тазовых абсцессов, перитонита и сепсиса.

Немаловажное значение в характере репарации миометрия после КС имеют исходное состояние тканей до операции, количество и качество шовного материала, способ ушивания раны на матке и условия проведения операции [7]. Так, согласно наблюдениям многих авторов уменьшение количества шовного материала снижает реактивность ткани, что положительно сказывается на репаративных возможностях миометрия. В свою очередь, увеличение безводного промежутка на шесть и более часов создает дополнительный фактор риска инфицирования раны, что неблагоприятно сказывается на процессах заживления. При этом следует понимать: обширная раневая поверхность после КС является источником контаминации брюшины, что в последующем может приводить к формированию абсцессов [8, 9, 10].

Наиболее значимыми факторами риска нарушения процессов репарации тканей в области раны на матке после КС также являются: экстренность операции (70%), обострение во время беременности генитальных (52%) и хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний (30%),

дефекты гемостаза во время операции (40%), анемия (39%) и эндометрит [10, 11].

Лидирующую позицию среди причин акушерского перитонита и сепсиса после абдоминальных родов занимает расхождение шва на матке на фоне развившегося воспалительного процесса в полости послеродовой матки (эндометрита).

Несомненно, ключевым моментом в исходе лечения больных с акушерским перитонитом после КС является возможность органосохраняющего лечения. Так, вторичные швы на матку могут быть наложены при стабильном состоянии пациентки и отсутствии признаков генерализованной инфекции [8-11].

В нашей статье мы хотели бы поделиться одним из наших клинических примеров органосохраняющего лечения у роженицы с полным расхождением швов на матке после абдоминальных родов в условиях акушерского перитонита.

● Клинический пример

Пациентка С., 20 лет, беременность первая, желанная. Протекала без осложнений, на учете по беременности состояла в женской консультации. Госпитализирована в родильный дом с учетом срока беременности в 40 недель за шесть дней до родоразрешения.

С 21.03.2023 по 22.03.2023 проводилась индукция миропристоном. 23.03.2023 в 6:00 произошло излитие околоплодных вод, в 07:00 развилась родовая деятельность. В родах по поводу развития вторичной слабости родовой деятельности проводилась родостимуляция окситоцином, должного эффекта достичь не удалось. Пациентка взята на операцию кесарева сечения. После извлечения плода и удаления последа матки диагностирована атоническая кровопотеря 1300 мл, на тело матки в нижнем сегменте наложены компрессионные швы с неудовлетворительным эффектом. Проведена перевязка восходящих ветвей маточных артерий с обеих сторон. Получала лечение: окситоцин – 15 ЕД, транексамовая кислота – 2000 мг, миролют – 800 мг, кломасар.

23.03.2023 в 15:30 пациентка была переведена в КККЦОМид. Получала терапию: цефотаксим – 5 дней, с 29.03 – сульзонцеф, фраксипарин, кетопрофен, окситоцин.

28.03.2023 было диагностировано полное расхождение швов на передней брюшной стенке, а также субинволюция матки с инфильтрацией швов; нарастающий лейкоцитоз. 30.03.2023 по согласованию с заведующей гинекологическим отделением Ж.В. Бохиной пациентку перевели в ККБ, в отделение гинекологии.

При госпитализации общее состояние оценивалось как средней тяжести. В результатах лабораторных исследований (значимые показатели): лейкоциты – 26,32 10⁹/л, СОЭ – 71 мм/ч, гемоглобин – 82 г/л, тромбоциты – 843 10⁹/л, СРБ – 159,1 мг/л, ПКТ – 0,08.

Решение консилиума – оперативное вмешательство в срочном порядке в следующем объеме: релaparотомия; ревизия послеоперационной раны передней брюшной стенки с решением вопроса о наложении вакуум-ассистированной повязки; ревизия органов брюшной полости и малого таза с решением вопроса о снятии компрессионных швов на матке; метропластика с возможным расширением объема операции до тотальной гистерэктомии с маточными трубами, что будет решаться интраоперационно; санация; дренирование брюшной полости и малого таза.

Во время операции было диагностировано: ткань подкожно-жировой клетчатки инфильтрирована, тусклая, с налетом фибрина, при ревизии стенки вскрыт абсцесс передней брюшной стенки, уходящий выше послеоперационного шва в сторону пупка, опорожнилось до 7 мл гнойного содержимого, взят бактериальный посев. Решено провести продольный разрез до пупка с обходом его слева с целью полноценной санации очага. Проведено полное опорожнение абсцесса, брюшина отечная, шов снят. Швы на матке инфильтрированы, покрыты налетом фибрина, некротизированы на всем протяжении, слева в шве на всю глубину участок полного расхождения с некротизированной тканью, уходящей в полость матки.

Проведена некрэктомия на 1 см по нижнему краю, по верхнему – на 1,5–2 см до здоровой ткани, с техническими трудностями в области углов раны, так как шов уходит на сосудистый пучок, где имеются лигатуры, последние были частично срезаны ввиду их провисания. Полость матки обработана водным раствором хлоргексидина (рис. 1 и 2).

Матка восстановлена отдельными викриловыми швами нитью 1/0. Кровотечения нет.

Внутривенно струйно введено 5 ЕД окситоцина, матка сократилась, плотная.

Перитонизации не проводилось. Брюшная полость и малый таз санированы 600 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида. Далее была наложена вакуум-ассистированная лапаростома (ВАЛ) в режиме постоянного вакуума с давлением 120 мм.рт.ст. (рис.1-4).



Рис. 1. Проведены некрэктомия, метропластика.



Рис. 2. Наложение пенополиуретановой губки.



Рис. 3. Пленчатая повязка Hidrofilm располагается между органами брюшной полости и пенополиуретановой губкой.



Рис. 4. Подключение к системе вакуумно-инстилляционной терапии V.A.C. Vivano Tec.

Заключительный послеоперационный диагноз: абсцесс передней брюшной стенки; острый гнойный метроэндометрит; полное расхождение шва на матке после оперативного родоразрешения от 23.03.2023 г. в 40 недель за шесть дней до родоразрешения по поводу вторичной слабости родовой деятельности, клинически узкого таза; гипотоническое кровотечение; наложение компрессионных швов на матке; перевязка восходящих ветвей маточных артерий.

Однако, несмотря на положительную динамику на фоне проведения ВАЛ, пациентке 04.04.2023 г. была выполнена повторная операция: плановая санация брюшной полости и малого таза; вторичные швы на лапаротомную рану; смена вакуум-ассистированной лапаростомы (наложены дополнительно три викриловых шва нитью 1/0 Z-образные). А также 07.04.2023 г. проведено еще одно оперативное вмешательство; плановая санация брюшной полости и малого таза; ревизия швов на матке; закрытие лапаростомы (швы на матке состоятельные, но в области швов слева удалена ранее наложенная лигатура, которая провисла ввиду уменьшения отека тканей матки – заменена на одну Z-образную лигатуру).

Результатом проведенного многоэтапного лечения стал поистине потрясающий результат: выписка на 23 сутки послеродового периода с сохранением репродуктивного органа!

Заключение

В общей структуре воспалительных осложнений послеродового периода лидирует послеродовый эндометрит, при этом после абдоминальных родов его частота в 2,5 раза выше, чем после вагинальных родов. На долю септических осложнений после абдоминального родоразрешения приходится от 2 до 4%, однако именно в этой группе больных процент летальных случаев достигает максимальных показателей.

В таких клинических ситуациях на первое место выступает своевременная диагностика развивающегося септического осложнения, оценка общесоматического и полиорганного статуса с немедленным принятием решения во временном интервале «золотого часа».

При наличии опытной хирургической и реанимационно-анестезиологической бригады в условиях многопрофильного стационара вопрос о возможности сохранения репродуктивной функции решается индивидуально в каждом конкретном клиническом случае.

Именно такая уникальная возможность проведения органосохраняющих операций есть в нашей Краевой клинической больнице!

Список литературы

1. Мухлынина И.А., Тен А.Р., Якушев А.М. Инфекционные осложнения кесарева сечения. Междисциплинарные исследования: опыт прошлого, возможности настоящего, стратегии будущего. 2021; 4:29-35. [Muxly`nina I.A., Ten A.R., Yakushev A.M. Infekcionny`e oslozhneniya kesareva secheniya. Mezhdisciplinarny`e issledovaniya: opy`t proshlogo, vozmozhnosti nastoyashhego, strategii budushhego. 2021;4:29-35 (In Russ.)].
2. Старикова Д.В., Богачева Н.В. Значимые клинико-лабораторные факторы риска в развитии инфекции хирургической акушерской раны после кесарева сечения. Бактериология. 2022;7(1):62–67. [Starikova D.V., Bogacheva N.V. Znachimy`e kliniko-laboratory`e faktory` riska v razvitii infekcii xirurgicheskoy akusherskoj rany` posle kesareva secheniya. Bakteriologiya. 2022;7(1):62–67. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20953/2500-1027-2022-1-62-67>
3. Клинические рекомендации. Септические осложнения в акушерстве. М., 2017, 45 с. [Klinicheskie rekomendacii. Septicheskie oslozhneniya v akusherstve». М., 2017, 45 s. (In Russ.)].
4. Клинические рекомендации. Кесарево сечение в современном акушерстве (методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 июня 2011, №15-4/10/2-6139). М., 2011. [Klinicheskie rekomendacii. Kesarevo sechenie v sovremennom akusherstve (metodicheskoe pis`mo Ministerstva zdravooxraneniya i social`nogo razvitiya RF ot 24 iyunya 2011, №15-4/10/2-6139). М., 2011 (In Russ.)].
5. Bonet M., Nogueira Pileggi V., Rijken M.J. [et al.]. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. Reprod Health. 2017; 14(1): 67. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0321-6>.
6. Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Бутунов О.В. Применение метода широкополосной радиоволновой хирургии и аргонплазменной коагуляции в оперативном акушерстве. Медицинский альманах. 2011;6:88-91. [Glukhov E.Yu., Oboskalova T.A., Butunov O.V. Primenenie metoda shirokopolosnoj radiovolnovoj xirurgii i argonoplazmennoj koagulyacii v operativnom akusherstve. Medicinskij al`manax. 2011;6:88-91. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/JOWD65238-43>.
7. Орозалиева Б.К., Кочоров О.Т., Акматов Т.А. [и др.]. Послеродовые гнойно-септические осложнения. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2022; 5:22-26. [Orozaliev B.K., Kochorov O.T., Akmatov T.A. [i dr.]. Poslerodovy`e gnojno-septicheskie oslozhneniya. Mezhdunarodny`j zhurnal prikladny`x i fundamental`ny`x issledovaniy. 2022;5:22-26. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17513/mjpf.13382>.
8. Стрижаков А.Н., Бадма-Гаряев М.С., Давыдов А.И. [и др.]. Акушерский перитонит после кесарева сечения: дифференцированный подход к выбору хирургической тактики. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013;12(6):53-62 [Strizhakov A.N., Badma-Garyaev M.S., Davy`dov A.I. [i dr.]. Akusherskij peritonit posle kesareva secheniya: differencirovanny`j podxod k vy`boru xirurgicheskoy taktiki. Voprosy` ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2013;12(6):53-62 (In Russ.)].
9. Щукина Н.А., Благина Е.И., Барина И.В. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения. Альманах клинической медицины. 2015;37:85-92 [Shhukina N.A., Blagina E.I., Barinova I.V. Prichiny` formirovaniya i metody` profilaktiki nesostoyatel`nogo rubca na matke posle kesareva secheniya. Al`manax klinicheskoy mediciny`. 2015;37:85-92. (In Russ.)].
10. Егорова А.Т., Глебова Т.К., Моисеенко Д.А. [и др.]. Гнойновоспалительные осложнения в акушерской практике по материалам Краевой клинической больницы г. Красноярск. Сибирское медицинское обозрение. 2015;(4):94-7. [Egorova A.T., Glebova T.K., Moiseenko D.A. [i dr.]. Gnojnovospalitel`ny`e oslozhneniya v akusherskoj praktike po materialam kraevoy klinicheskoy bol`nicy g. Krasnoyarska. Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2015;(4):94-7. (In Russ.)].
11. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. [и др.]. Несостоятельность шва (рубца) на матке после кесарева сечения: проблемы и решения (редакционная статья). Российский вестник акушера-гинеколога. 2015;15(3):4-8. [Krasnopol`skij V.I., Buyanova S.N., Shhukina N.A. [i dr.]. Nesostoyatel`nost` shva (rubca) na matke posle kesareva secheniya: problemy` i resheniya (redakcionnaya stat`ya). Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2015;15(3):4-8. (In Russ.)].

100
лет

студентке первого выпуска Красноярского медицинского института Ирине Тарских

Рецепт долголетия – голод и любовь

Самым приятным событием третьей декады сентября стал 100-летний юбилей Ирины Михайловны Тарских – студентки первого выпуска Красноярского медицинского института. Поступила она в 1942-м, окончила в 1947 году. Юбиляршу поздравил ректор КрасГМУ Алексей Владимирович Протопопов.

– Протопопов? Володя?.. – растерянно спросила Ирина Михайловна.

– Я его сын! – улыбнулся Протопопов-младший. Видели бы вы, как ласков был Алексей Владимирович с доктором Тарских. А еще его потрясло, что когда-то давно он, оказывается, спас жизнь мужу Ирины Михайловны – удалил тромб.

Сегодня мы расскажем об Ирине Михайловне то, что не вошло в телерепортажи и новости. Кстати, новость о выпускнице вышла буквально во всех СМИ Красноярского края.

Потеряли ключ, нашли любовь

Ирина Белова родилась в Рыбинском районе в интеллигентной семье: мама работала зубным врачом, отец – бухгалтером.

Папы девочка лишилась подростком. Она спала, когда в 1937 году к ним ночью пришли люди в форме. Иру разбудили: под матрасом искали



Мама и дочка.



«улики». Папу увели, и больше семья его не видела. Жизнь переменялась – мама много работала, чтобы прокормить двоих детей, дочка уже после 7-го класса трудилась весовщицом на фабрике.

Еще в школе Ирина познакомилась с Мишей Тарских, светловолосым мальчиком, который привлек ее внимание мужским поступком. Школьники шли в клуб, Ира вертела на пальце ключ от квартиры и... уронила его куда-то в темноту. Ребята пытались найти, но быстро оставляли бесполезное занятие – торопились на танцы. Только Миша Тарских не бросил девочку, до последнего помогал искать. Ключ не нашелся, но нашлась любовь – бесконечная, больше 80 лет счастья.

Именно Ирина провожала Мишу сначала в авиационное училище, потом на фронт. Они даже не целовались еще, просто школьные друзья... Поженились в 1945-м, когда Миша вернулся домой, а Ира училась на третьем курсе КМИ.



1950-е. С маленькой Тамарой.

С костями нельзя!

В 1942-м Ирина стала студенткой института железнодорожного транспорта.

– Я сидела на лекциях по высшей математике и ничего не понимала, – вспоминает Ирина Михайловна.

В октябре она унесла документы во вновь созданный медицинский институт. Анатомию у первого набора вел легендарный Привес. Для лучшего запоминания – в стихах! Вечером в военном Красноярске не было электричества. Из библиотеки студенток гнали с учебниками и костями, зато гостеприимно принимала партшколу (нынешнее здание сельхозинститута на Мира). Девчонки раскладывали кости по подоконникам и зубрили самый важный медицинский предмет.

Ирина Михайловна рассказывала о встрече с профессором Войно-Ясенецким (этот эпизод вошел в юбилейную книгу). Группа студентов была ошеломлена тем, что высокий хирург перекрестил больного перед операцией. Это была

Тамара Тарских выросла настоящей красавицей – она одна из первых фотомоделей Красноярска.

единственная встреча с великим врачом, но о Святом Луке часто говорила однокурсница Ирины Михайловны – Нина. Эту девушку, дочь репрессированных ленинградцев, еще в детстве забрала из детдома Сусанна Степановна, дочь последнего красноярского градоначальника Потылицина.

– Сегодня к вечернему чаю у нас будет профессор Войно-Ясенецкий, – говорила Нина.

Краевая больница 1950-х

После окончания вуза Ирина Тарских работала инфекционистом в родном Рыбинском районе, в 1947 году у супругов родилась дочка. Лишь после рождения ребенка молодая семья воссоединилась в Красноярске, благодаря Михаилу Константиновичу. Он служил старшим штурманом красноярского аэропорта, однажды встретился с заведующим крайздравом и попросил перевести жену с малышкой в краевой центр.

Кстати, Тамара Тарских выросла настоящей красавицей – она одна из первых фотомоделей Красноярска. Сейчас, в 76 лет, выглядит потрясающе.

Вернемся в послевоенные годы.

Михаил Тарских был знаком с легендарным начальником санавиации Вениамином Львовичем Ароновым и очень его уважал.

– Аронова я вначале услышал, а потом увидел, – вспоминал Михаил Константинович. – Он оглушительно ругался и доказывал моему начальству важность санавиации. «Вы понимаете, что такое – не выполнить санзадание?!» – орал Аронов.

В крае остро не хватало аэродромов, самолетов, и с летными кадрами была проблема. Малочисленные летчики все были фронтовиками, они могли оценить риск работы на неподготовленных посадочных полосах. В конце концов, и Аронов, и авиаторы добились своего: во всех райцентрах отстроили нормальные аэродромы.



Ирина Михайловна рассказывает Алексею Владимировичу об орденоносной бабушке Антонине Протопоповой.

Ирина Михайловна в Красноярске работала на скорой, в 1953 году пришла в краевую больницу врачом-неврологом. Работа была мобильной – врачи постоянно вылетали в районы, поэтому с рождением сына Ирина Михайловна перешла в физиотерапию.

– Я заходила в гости в неврологию, – вспоминает Ирина Тарских, – но вот что удивительно: стоило покинуть новое рабочее место, тут же появлялась начмед Ревекка Ананьевна и строго приказывала вернуться. Она умудрялась находиться одновременно во всех местах.

Ревекка Браницкая действительно была уникальным замом по лечебной работе. Коллектив шутил: «Отправьте Ревекку Ананьевну в санаторий, и мы все, тысяча человек, отдохнем по одной путевке».

Браницкая и погибла невероятно – во дворе краевой больницы под колесами машины скорой помощи. Успела сказать: «Шофер не виноват...» Ирина Михайловна вспоминает и легендарного главного врача Сологуба – он никогда не кричал, но если нервничал – закуривал, и руки

Ирина Михайловна Тарских работала со многими известными докторами – педиатрами Крутянской, Зыряновой, профессором Рапопортом, знала профессора Брусиловского, талантливого реаниматолога Алехину.

года, родился уже после смерти Михаила Константиновича.

Сегодня за мамой ухаживает дочь Тамара Михайловна. В уютной сталинской квартире на Мира все напоминает о хозяине, Михаиле Константиновиче.

– В моей жизни была большая любовь, – говорит Ирина Михайловна Тарских, которой выпала супердолгая жизнь.

И тут же шутит:

– А долго живу, потому что в молодости все время была голодная.

С юбилеем, Ирина Михайловна!

его дрожали. Сологуб любопытно проводил обходы: приходил в отделение и стоял в коридоре. И все ему становилось ясно.

Ирина Михайловна Тарских работала со многими известными докторами – педиатрами Крутянской, Зыряновой, профессором Рапопортом, которого главный врач в шутку называл рАпопорт, знала профессора Брусиловского, талантливого реаниматолога Алехину.

Все напоминает о муже

Горе не миновало супругов Тарских – на 59-м году умер сын Миша. Михаил Константинович и Ирина Михайловна помогали вдове, они очень любили своих внуков. Их четверо – от сына Миши остались девочка и мальчик, у Тамары две дочери. Еще у Тарских есть два правнука – старшему 20, а маленький, сейчас ему два



10
лет

передвижному консультативно- диагностическому центру «Мобильная поликлиника»

Начиная с декабря 2013 года круглогодично работает передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника» КГБУЗ «ККБ», в состав которого входят автомобили с передвижным флюорографом, маммографом, прицепы с кабинетами для приема.

Мы оказываем более 20 000 консультативно-диагностических услуг населению отдаленных и труднодоступных территорий Красноярского края, реализуя право граждан на доступную качественную медицинскую помощь, что особенно важно для маломобильных пациентов.

В состав бригады в зависимости от заявки территории входят: кардиолог, невролог, эндокринолог, аллерголог, пульмонолог, хирург, сосудистый хирург, нейрохирург, ревматолог, гинеколог, уролог, онколог, врач функциональной диагностики, врач ультразвуковой диагностики.

Благодаря Федеральному проекту «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в 2019 году мы приобрели медицинские комплексы повышенной проходимости:

- флюорограф передвижной (4*4);
- маммограф передвижной (4*4);
- кардиомобиль (6*6).

Такое материально-техническое улучшение позволило значительно расширить географию деятельности и войти в состав автопоезда «Здоровье» под патронажем губернатора. Расстояние между крайними точками маршрута работы составляет 1346 км – от с. Верхнеусинское Ермаковского района (800 км от Красноярска) до пгт. Северо-Енисейский. Основная длительность командировок составляет 14 дней. За это время преодолевается расстояние до 4000 километров. За один выезд автопоезд посещает до 10 населенных пунктов в 3-х районах Красноярского края.

Ежедневная нагрузка специалистов:

консультации – 17-46 в день;
УЗИ, ФДО – 25-54 исследования;
маммография – 35-45 пациентов в день;
флюорография – 60-120 пациентов в день.

**2022 год – 41 район Красноярского края из 59,
20 184 консультативно-диагностические услуги,
72% – диагностика,
28% – консультативная помощь.**

- Аллерголог, гинеколог, нейрохирург, ревматолог, сосудистый хирург: **6,7% – 378;**
- эндокринолог: **20,4% – 1145;**
- невролог: **30,6% – 1713;**
- кардиолог: **40,1% – 2249.**

Кардиологами направлено в ККБ и МРЦ **919** пациентов (41%), остальным **1330** пациентам (59%) даны рекомендации по месту жительства.

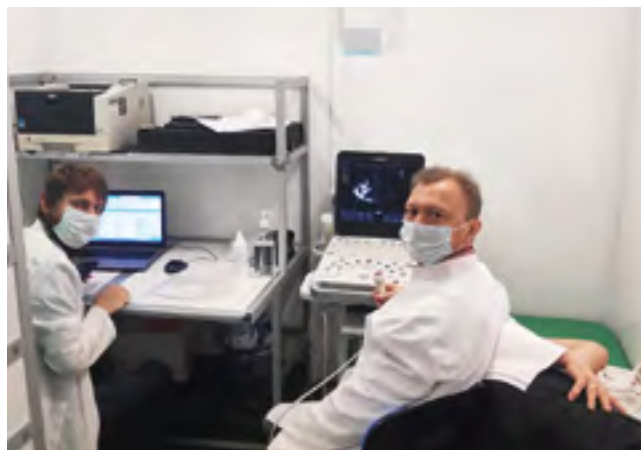
- на КАГ: **106 – 17%;**
- кардиохирург: **92 – 15%;**
- сосудистый хирург: **65 – 11%;**
- аритмолог: **114 – 18%;**

- кабинет ХСН: **125 – 20%;**
- кабинет ВССР: **118 – 19%.**
- 14 551** диагностическое исследование.
- маммография: **33,6% – 4889;**
- флюорография: **26,1% – 3795;**
- функциональная диагностика: ЭХО-КГ, сосуды, холтер: **23,3% – 3393;**
- УЗИ внутренних органов: **17,0% – 2474.**

Результат ММГ, норма: **88% – 4316,**
очаговые образования: **10% – 488,**
suspicio tumor: **2% – 86.**

С 2020 по 2023 год оказано более 72 000 медицинских услуг

Год	Мед. услуги	Консультации	Диагностика	ФДО+ УЗИ	ММГ	ФЛГ
Итого	72 652	17 451	55 201	20 223	13 979	20 999
2020	13 348	2030	11 318	802	2826	7690
2021	26 361	5768	20 593	9370	3616	7607
2022	20 184	5603	14 581	5897	4889	3795
2023	12 759	4050	8709	4154	2648	1907
2023/2022	63,21%	72,28%	59,73%	70,44%	54,16%	50,25%



Выбор районов осуществляется на основе данных из ККМИАЦ, в первую очередь посещаем районы края, характеризующиеся:

1. Высокой смертностью и заболеваемостью от важнейших причин (БСК, БОД и др.).
2. Низким процентом охвата диспансеризацией населения края (ниже 60%); на диспансеризации по БСК состоит 28,1% населения.
3. Отсутствием узких специалистов (кардиолог, невролог, эндокринолог, ФДО, УЗИ и т.д.).
4. Ограниченной материально-технической базой (отсутствие маммографа, флюорографа, ФДО, УЗИ).

5. Отдаленностью и труднодоступностью: Северо-Енисейский, Ермаковский, Бирюлюсский, Абанский, Манский и другие, где расстояния до РБ достигают 200 км.

А также районы, находящиеся вне территории деятельности поезда здоровья «Святитель Лука».

Основные показания для направления пациентов в ПКДЦ «Мобильная поликлиника»:

1. Сложные пациенты, находящиеся на динамическом наблюдении специалистов КДП ККБ.
2. К кардиологу – пациенты с ХСН, высокого сердечного риска, с нарушениями липидного обмена.
3. К неврологу – пациенты с перенесенным ОНМК, с рассеянным склерозом, миастенией.
4. К другим специалистам – с тяжелой бронхиальной астмой, с осложнениями сахарного диабета и др.
5. Диагностически неясные пациенты (как правило, назначение дополнительных исследований в МО, МРЦ, по аутсорсингу или в КГБ-УЗ «ККБ» с определением маршрута и даты консультации).

Для отбора пациентов на ВМП планируем включать в состав бригад травматолога-ортопеда.



Андрей Мельгунов,

заведующий передвижным
консультативно-
диагностическим центром
«Мобильная поликлиника»:

– В августе 2013 года в КГБУЗ «ККБ» поступил передвижной консультативно-диагностический комплекс, состоящий из 2-х КАМАЗов (передвижной флюорограф и передвижной маммограф) и 2-х прицепов с кабинетами приема специалистов. Было принято решение на базе этого комплекса сформировать новое отделение Краевой клинической больницы в составе Консультативно-диагностической поликлиники – передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника».

После оформления санэпидразрешений на рентген-аппаратуру и разработки методического подхода к работе 13 декабря был осуществлен первый выезд. Для того чтобы отработать развертывание комплекса в условиях зимних реалий в районах, был выбран близлежащий Березовский район, с. Зыково.

Погода выдалась по-настоящему зимней, мороз в минус 25 градусов дал понять, что выезжать в район надо заранее, как минимум – за один день, так как возникли первые сложности с размещением, подключением и прогревом медицинского оборудования на территории Зыковской врачебной амбулатории Березовской районной больницы.

В первом выезде совместно с врачами, кардиологом, неврологом, эндокринологом, врачом УЗИ и рентгенолаборантами, принимали участие заместитель главного врача по поликлинической работе Валентина Михайловна Симакова, медицинский инженер Петр Борисович Сарапкин, водитель-инженер Николай Валерьевич Харин. С сентября 2013-го в Краевой



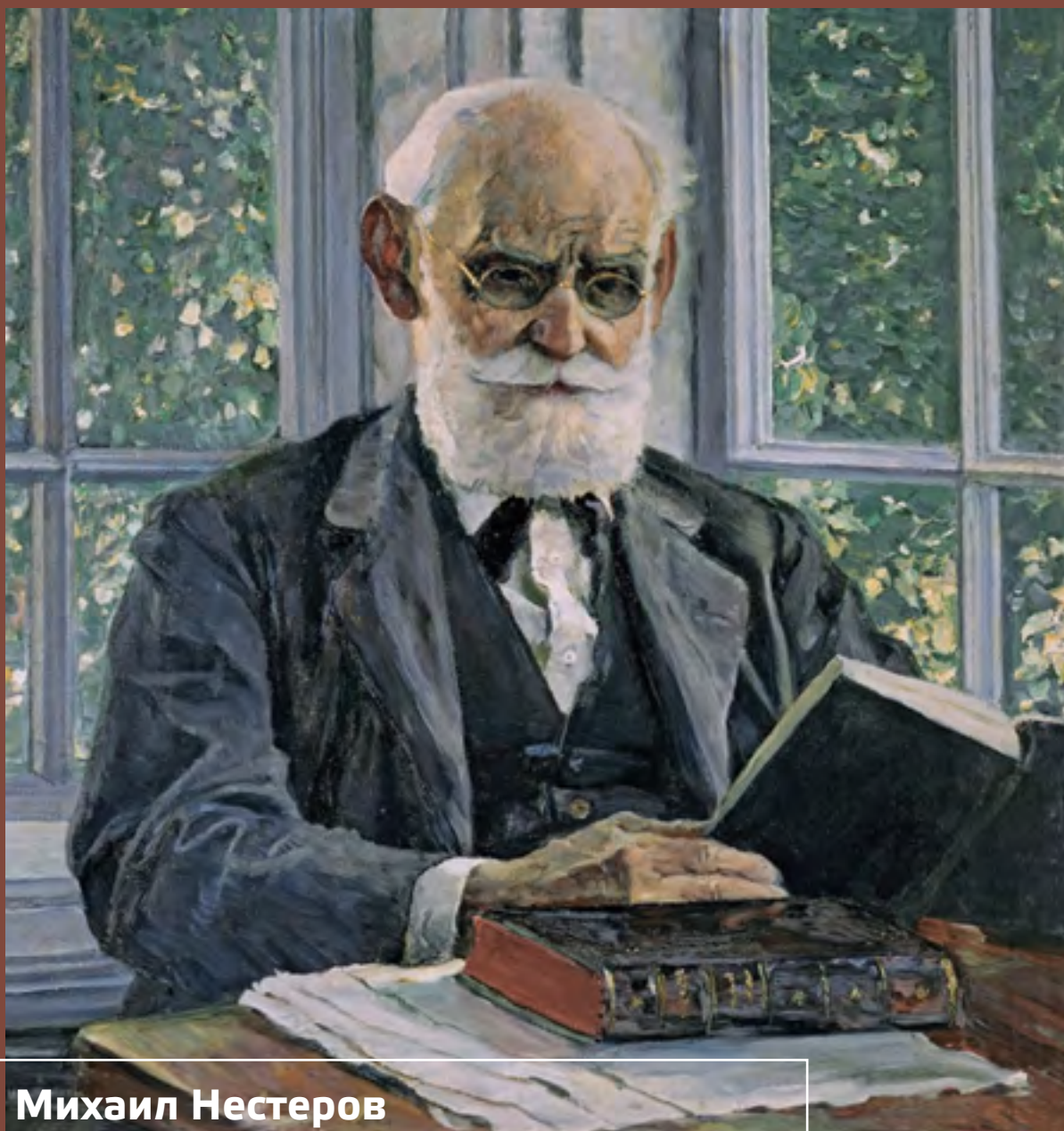
клинической больнице начала внедряться медицинская информационная система qMS, на тот момент качество или даже отсутствие интернета в районных больницах не позволяло использовать qMS в нашей работе.

С 2014 по 2020 год наши усилия были направлены на оказание диагностической медицинской помощи, так как во многих районах отсутствовали цифровые маммографы, флюорографы и аппараты УЗИ. Учитывая ежемесячные командировки, огромные расстояния, преодолеваемые «Мобильной поликлиникой», до 3000 километров за один выезд, и труднопроходимые дороги, автопарк и медицинское оборудование подвергаются интенсивному износу. В 2020 году нам поступили новые передвижные медицинские комплексы повышенной проходимости, кардиомобиль КАМАЗ с колесной формулой 6*6, маммограф 4*4, флюорограф 4*4. Также мы вошли в состав автопоезда «Здоровье» под патронажем губернатора. Повышенная ответственность, увеличение объемов консультаций и работа головной Краевой клинической больницы в МИС qMS задали дополнительный стимул в работе.

Модернизация районных учреждений здравоохранения, строительство новых корпусов и обеспечение их высокоскоростной интернет-связью позволили повы-

сить качество оказания медицинской помощи «Мобильной поликлиникой». Мы внедрили в работу медицинскую информационную систему qMS, для этого нам приобрели ноутбуки и оргтехнику, отдел АСУ ККБ стал выделять в командировку специалистов широкого профиля, системных администраторов для подключения, развертывания и обеспечения работы локальных вычислительных сетей, а также текущего ремонта компьютеров и оргтехники – С.Е. Ларионова и М.М. Селезнева.

По окончании работы бригады мы проводим совместное совещание не только с руководителями, но и с лечащими врачами МО. Разработали чек-лист по итогам работы, который заполняется в 3-х экземплярах: один остается в МО для анализа и принятия мер, два уходят в КГБУЗ «ККБ» для использования в работе в следующий приезд. Среди задач, поставленных на 2023 год, было: повышение эффективности и ответственности в работе, увеличение объемов и перечня оказываемых услуг. В новом году надеемся на приобретение спирографа и нового аппарата УЗИ. В целом планы центра амбициозные, мы прекрасно понимаем, что в таком регионе, как Красноярский край, такая организация медицинской помощи, как мобильная поликлиника, является важным решением.



Михаил Нестеров
«Портрет И.П. Павлова», 1930 г.
Государственная Третьяковская галерея

Портрет академика Павлова – одна из лучших картин в коллекции Третьяковской галереи. На ней Иван Петрович Павлов, прославленный физиолог, лауреат Нобелевской премии, изображен в своем доме в с. Колтуши Ленинградской обл., на территории биологической станции.

В отличие от других персонажей созданных тогда портретов Павлов не был знаком художнику. Более того, Нестеров долго сомневался, стоит ли ему браться за эту работу, так как, с одной стороны, не считал себя портретистом, а с другой – не видел ничего привлекательного для себя в том образе ученого, который складывался под влиянием известных фотографий. Но в итоге поддался уговорам и в 1930 году приехал для работы на биостанцию в Колтуши, где и состоялось их знакомство. Художнику было 68 лет, академику – 81. После первой же встречи между ними возникли дружеские отношения, и портрет в полной мере передал «образ деятельного, энергичного человека, человека богатого душевного мира и благородства». Именно таким и был Иван Петрович Павлов.