

июнь 2022 год

№ 9 (84)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1942
2022



краевая
клиническая
больница

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



С Днем медицинского работника!

Продукты питания:
как они изменились
за последние 100 лет

Портреты

Светлана Крыжановская
Владимир Афонькин
Елена Дударовская
Михаил Воронцов

1942
2022



краевая
клиническая
больница

Красноярская краевая клиническая больница

основана в 1942 году

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



На декабрь 2021 года в больнице всего

1631

койка, из них:

154

реанимационные

609

для пациентов базового
инфекционного госпиталя

В структуре больницы

60

стационарных отделений,
объединенных в

13

специализированных
центров

Ежегодно лечатся
в стационаре до

40 000

пациентов, из них

более **5 000**

получают высоко-
технологичную

медицинскую помощь

87 000

пациентов получают
консультационно-
диагностическую
помощь в поликлинике
краевой больницы

9 филиалов санитарной
авиации ежегодно
оказывает помощь

4 500

пациентам,

из них **3 500**

эвакуируются

воздушным транспортом



Всего в больнице работает

4 364 сотрудника

врачей

982

медицинских сестер

1542

немедицинского персонала

1558

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

на декабрь 2021 года



Александр Усс,

губернатор
Красноярского края,



Алексей Додатко,

председатель Законодательного
Собрания края.

Уважаемые работники и ветераны здравоохранения!
Поздравляем вас с профессиональным праздником!

Труд медиков был и остается самым благородным и востребованным в обществе. В надежных руках специалистов – жизнь и здоровье людей. Современные реалии лишь подчеркнули подвижнический характер вашей работы. Она стала олицетворением подлинной самоотверженности.

В сложной профессии, требующей особых знаний, большого опыта, душевных и физических сил, остаются лишь те, кто выбрал ее по призванию. Гиппократ назвал преданность врачебному искусству любовью к человечеству. Вы дарите людям надежду и уверенность в завтрашнем дне, возвращаете радость бытия, а порой совершаете настоящее чудо.

В нашем крае многое сделано для эффективности медицинской помощи, укрепления кадрового потенциала здравоохранения. Модернизируется первичное звено системы, растет оснащенность лечебно-диагностических учреждений новым оборудованием, разрабатываются дополнительные меры поддержки специалистов.

Реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер», строительство поликлиник, амбулаторий, ФАПов, работа поезда здоровья повышают доступность качественного здравоохранения в крае. У нас созданы высокотехнологичные медицинские центры, где ежегодно получают необходимую помощь тысячи пациентов, в том числе из других регионов.

Благодарим за неустанный труд всех врачей, фельдшеров, медсестер, санитаров. Желаем вам неиссякаемой энергии, счастья, хорошего самочувствия, добрых событий и новых свершений!

.....



Сергей Ерёмин,

глава г. Красноярска:

Уважаемые сотрудники Краевой клинической больницы, поздравляю вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

2022 год для вас особенный: Краевая клиническая больница отмечает 80-летний юбилей. Знаю, что специалисты больницы первыми в Красноярском крае начали проводить операции по пересадке органов, хирурги краевой умеют без разрезов убирать тромбы, научились видеть человека изнутри в формате 3D. Именно Краевая больница была одной из первых региональных клиник в стране, прошедших добровольную сертификацию на соответствие требованиям Росздравнадзора в области безопасности и качества оказания медицинской помощи.

Уже более двух лет вы ведете борьбу с коронавирусом. За это время порядка 20 тысяч пациентов были вылечены от этого недуга в вашей больнице. Эпидемия еще раз доказала, что в медицине не может быть случайных людей. Показала, насколько важно на все 100 процентов посвящать себя служению людям. Каждый из вас – настоящий герой нашего времени. Низкий вам поклон!

Я хочу поблагодарить всех сотрудников больницы за искреннюю преданность своему делу! За ваши золотые руки, добрые сердца, уникальные знания и врачебную интуицию. Желаю вам профессиональных успехов, благодарных пациентов, добра и благополучия! Счастья и, конечно же, здоровья!



**Борис Маркович
Немик,**

министр здравоохранения
Красноярского края:

Дорогие коллеги!

Вас по праву можно назвать героями нашего времени, пандемия коронавирусной инфекции ярко показала, что наши врачи, медицинские сестры, санитары – это профессионалы высокого класса и люди высшей моральной пробы. Мы выстояли в условиях критической перегрузки, проявив профессионализм и терпение, умение мобилизоваться, хладнокровие в принятии решений, высокую ответственность и корпоративную сплоченность.

Поздравляю вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника! Желаю крепчайшего здоровья, мирного неба над головой, профессионального долголетия, умения найти правильное решение в любой сложной ситуации вместе с пациентом. Чтобы жизнь была наполнена позитивом, теплотой и морем счастливых моментов.

С праздником!



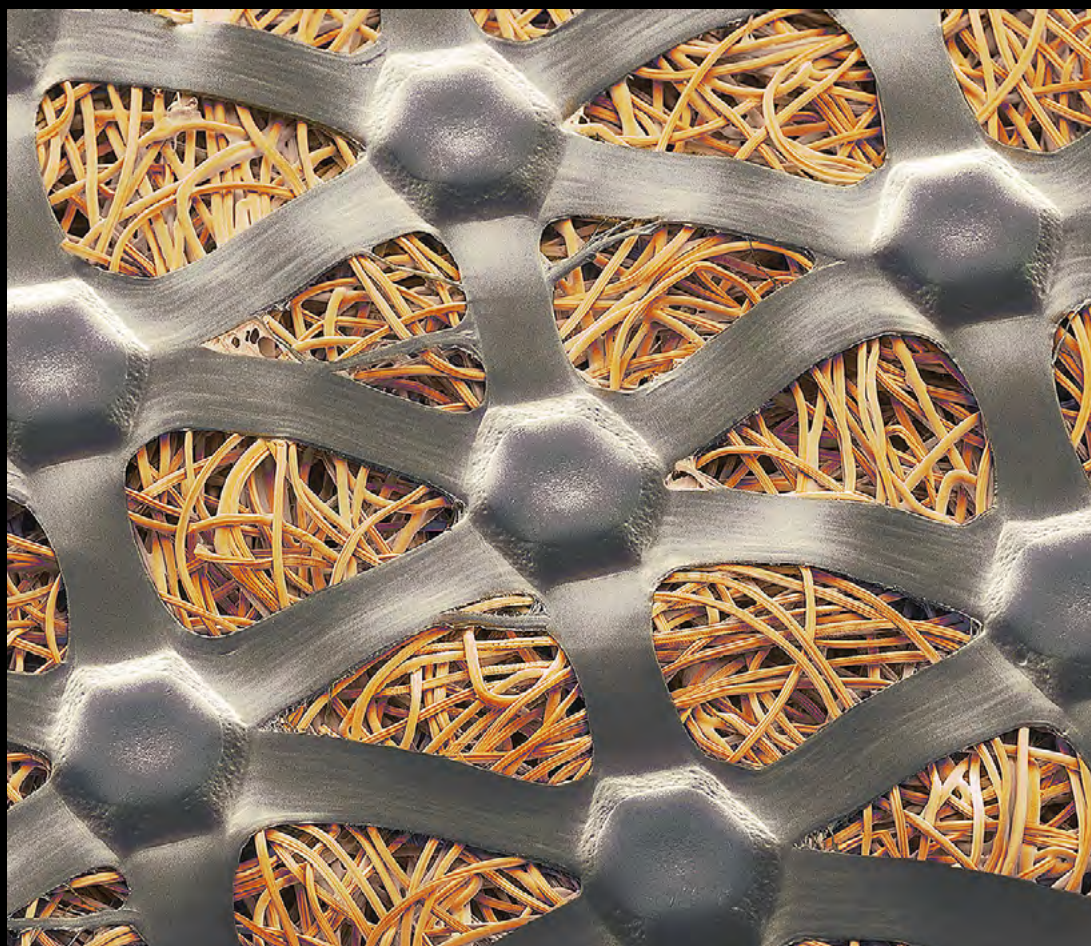
Сергей Козаченко,

директор
Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Красноярского края:

Уважаемый Егор Евгеньевич! Сердечно поздравляю вас и весь коллектив Красноярской краевой больницы с Днём медицинского работника!

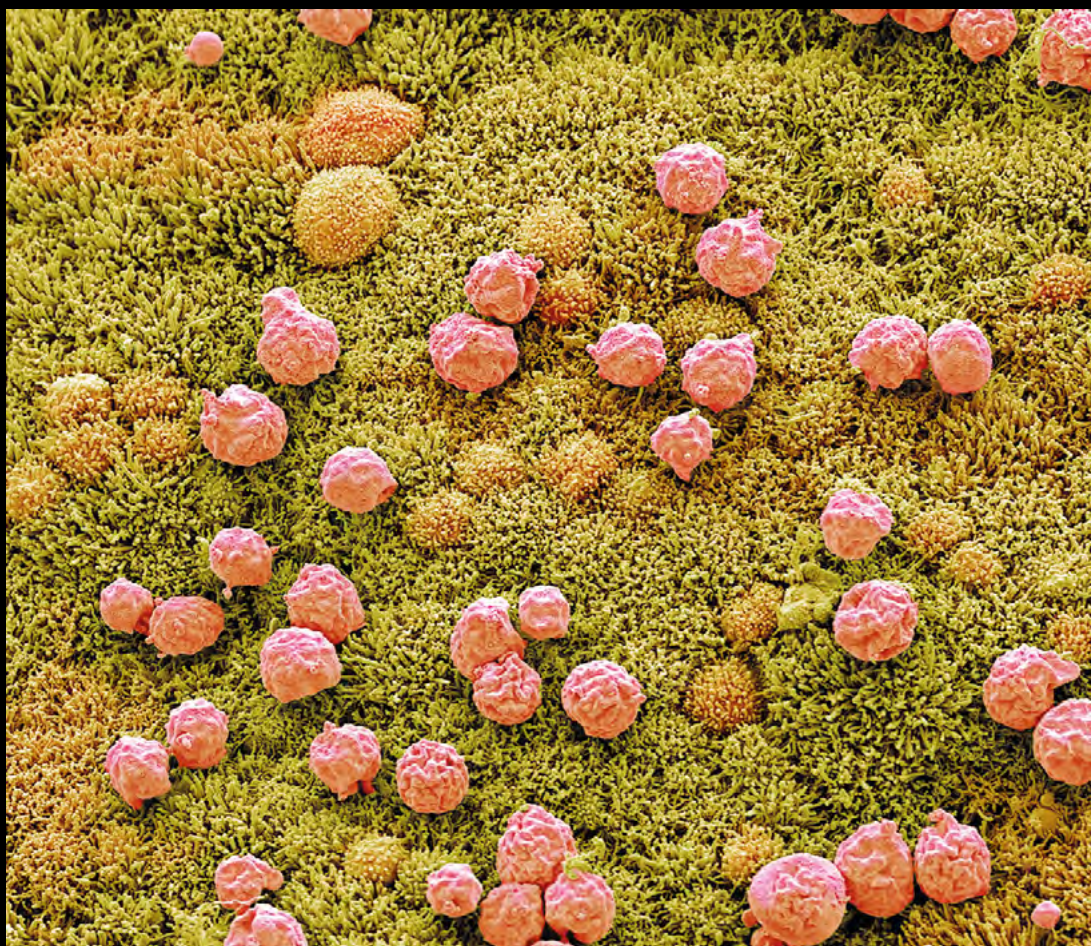
Самоотверженный труд и высокий профессионализм врачей ежедневно спасают жизни. Красноярская краевая больница – одна из ведущих медицинских организаций региона, здесь трудятся около 5 тысяч человек, которые оказывают медицинскую и консультативную помощь пациентам Красноярского края и жителям соседних регионов. В этом году учреждение празднует значимую дату – 80-летний юбилей. 30 лет мы работаем вместе по системе ОМС, и за это время стали надежными партнерами, внедряя новейшие технологии, современные методики диагностики, лечения и реабилитации, успешно реализуя мероприятия национального проекта «Здравоохранение». Сохранение и укрепление здоровья населения является одним из приоритетов государственной политики. Сегодня перед медициной Красноярского края стоят масштабные задачи, в решении которых большую роль сыграют верность высокому призванию и профессионализм. Уверен, что вы успешно справитесь с поставленными задачами и продолжите лучшие традиции оказания медицинской помощи на благо жителей края. Выражаю всему коллективу свою признательность за ваш нелегкий благородный труд. Желаю счастья, оптимизма и крепкого здоровья!

Старый знакомый



Этот странный футуристический ландшафт — обыкновенный пластырь под микроскопом. Впитывающая часть пластыря сделана из нескольких слоев марли, закрепленных полимерным каркасом. В медицине до сих пор не променяли марлю на новые материалы из-за ее уникальных свойств. Хлопковые волокна несут множество отрицательно заряженных химических групп, которые «притягивают» выделяющуюся из раны жидкость, так как она имеет небольшой положительный заряд. Промежутки между волокнами создают очень много мест контакта волокон и воды, в итоге кусочек марли весом в 1 грамм способен впитать 25 граммов жидкости.

Узнать и обезвредить



Это не морское дно, усеянное разноцветными актиниями, а слизистая оболочка человеческого носа, увеличенная примерно в 2000 раз. Многочисленные реснички мерцательных клеток не пускают в легкие чужеродные объекты, такие как бактерии или кусочки пыли. Большая поверхность ворсинок способствует обнаружению вредителей иммунными клетками. Слизь (на фото окрашена в розовый цвет), вырабатываемая бокаловидными клетками, помогает поймать и обезвредить вторженцев.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-905-976-19-12
e-arbat@mail.ru

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

Заместители главного редактора
Алексей Иванович Грицан – д.м.н., профессор,
Евгения Михайловна Арбатская – шеф-редактор

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из музея
Истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Июнь 2022 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 4** **Ценный кадр**
- 7,9** **Новости**
- 8** **Слово редактора**
- 10** **Портрет** | Светлана Крыжановская
- 12** **Портрет** | Владимир Афонькин
- 14** **Портрет** | Елена Дударовская
- 16** **Портрет** | Михаил Воронцов
- 18** **Оргздрав** | Выявление ценностей
как инструмент отбора персонала
- 22** **Оргздрав** | Охрана труда
- 24** **Техно** | Переход на электронный
документооборот
- 26** **Это интересно** | Современные
продукты питания
- 30** **Это интересно** | Что значит для
российских ученых мораторий на учет их
статей в зарубежных научных журналах
- 34** **Casus Extraordinarius** | Успешная
сердечно-легочная реанимация
у пациента с непрерывно
рецидивирующей фибрилляцией
желудочков на фоне острого инфаркта
миокарда с подъемом сегмента ST
с зубцом Q
- 38** **Интересно знать** | Рентгенодиагностика:
нужно ли бояться?
- 42** **Casus Extraordinarius** | Хирургическое
лечение болезни Крона с локализацией
в терминальном отделе подвздошной
кишки, осложненной кишечной
непроходимостью, мочепузырно-
тонкокишечным свищем и объемным
воспалительным инфильтратом
брюшной полости
- 45** **Casus Extraordinarius** | Редкий
клинический случай атипичной
тератоид-рабдоидной опухоли спинного
мозга у молодой пациентки
- 48** **Партнерская страничка** | КГДБ №8.
Расширение практики грудного
вскармливания – первостепенная
задача, стоящая перед педиатрами
и обществом
- 50** **Знаменательные даты** | Службе
клинической фармакологии 25 лет
- 52** **Знаменательные даты** | Отделению
кардиологии №1 ККБ 60 лет



1 Призовое место в шахматном турнире наше!

В конце мая прошел 11-й шахматный фестиваль памяти заслуженного врача РФ А.И. Крыжановского. Наша больница в командном зачете заняла третье место. На первом месте оказались гости из Бурятии, на втором – Ачинская РБ. Этот шахматный турнир посвящен памяти Альберта Крыжановского. Заслуженный врач России, бывший главный онколог Красноярского края очень любил проводить время за партиями. Альберт Крыжановский руководил онкологическим диспансером 15 лет – до 2007 года. При нем лечение онкологии в крае шагнуло вперед. Появился, например, радиологический корпус, один из лучших за Уралом. Дочь Альберта Ивановича Светлана работает врачом-кардиологом



в ККБ и тоже любит шахматы. Вспоминает, как 11 лет назад решали, по какому виду спорта проводить турнир в память об отце. Альберт Иванович любил футбол и шахматы, выбрали второй. За одиннадцать лет проведения турнир стал важной частью не только сохранения памяти о большом враче и деятеле здравоохранения, но и приобрел серьезный спортивный статус. Шахматы – это гимнастика для ума, и для красноярских медиков стало хорошей традицией поддерживать свой ум в тонусе именно таким образом. По признанию участников, все соперники были достойные. Мероприятие, как всегда, организовано на высшем уровне. На открытии выступили видные деятели нашего города, творческие коллективы.

2 7 экскурсий в один день

26 мая нашу больницу посетили участники Всероссийского семинара «Успешный опыт работы и развития медицинских организаций в условиях кризисов», который проводится в Красноярске «Центром Профессионального Развития и Инноваций».

7 групп медиков из 14 регионов страны одновременно побывали на экскурсиях в Краевой клинической больнице. Причем на этот раз гостям показали работу больницы не только с «парадного крыльца», то есть не только профильные отделения, операционные и перевязочные с новым оборудованием, но и вспомогательные отделения, которые круглосуточно обеспечивают жизнедеятельность больницы.

Так, по маршруту экскурсии гости посетили центральное стерилизационное отделение, без которого невозможна работа ни одной операционной, прачечную, где максимально автоматизированы процессы – от дозировки стиральных и антисептических средств (в зависимости от сте-



пени загрязненности белья) до стирки и сушки. Экскурсантов впечатлила работа автоматизированного бельепровода и мусороудаления. Для персонала краевой больницы эти новшества уже стали повседневной практикой. На сегодняшний день Красноярская краевая клиническая больница признана нашими коллегами из регионов одной из самых передовых по оснащенности в Сибирском федеральном округе.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Уважаемые читатели, этот номер, как и прежние, посвящен работе Краевой клинической больницы и наших коллег.

Прежде всего в преддверии профессионального праздника хотим рассказать вам о людях, которые работают у нас, о людях, которые создавали эту больницу и сделали очень мно-

го для того, чтобы наши пациенты чувствовали себя комфортно и поскорее выздоравливали.

Мы живем в непростое время, но мы должны думать о будущем, двигаться вперед! Каждый день мы должны думать, как можно улучшить нашу работу, как сделать так, чтобы мы получали удовольствие от того, чем занимаемся каждый день.

В материалах этого номера вы сможете найти информацию по эффективному управлению медицинской организацией, об изменениях, которые, вероятно, произойдут в деятельности, связанной с подготовкой и публикацией научных работ. Наши врачи поделятся своим опытом лечения интересных и сложных пациентов. Коллеги-педиатры напомним о том, почему важно и насколько не-

обходимо грудное вскармливание для формирования здорового ребенка.

Завершат наш номер два материала, посвященные юбилеям двух подразделений больницы, от деятельности которых во многом зависит наш успех.

В заключение, уважаемые коллеги, хочу поздравить вас с наступающим Днем медицинского работника и сказать: я очень благодарен судьбе, что работаю в команде Краевой клинической больницы, в команде медиков Красноярского края на благо его жителей!

Я желаю вам крепкого здоровья, стойкости, душевного равновесия и, конечно же, удовольствия от работы, которую вы выполняете каждый день! Спасибо.



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Июньский номер получился разнообразным. В рубрике «Портреты» мы публикуем интервью с людьми, чьи профессиональные пути очень отличаются друг от друга, но едины в одном – любви к профессии. Еще в этом выпуске есть два материала, респондентами которых стали не врачи, но информация будет очень полезной и интересной именно для медиков: профессионалы рассказывают о судьбе научных публикаций в условиях новой

реальности и о насущном – как меняется питание человека в связи с изменениями цивилизации. Как всегда, на страницах найдете описания уникальных клинических случаев и истории наших подразделений.

И, конечно, хочется поздравить с самым летним праздником для нас – Днем медицинского работника! Будьте здоровы и счастливы!

Приятного чтения!



3 У санитарной авиации края появилась новая посадочная площадка в Красноярске

Первым пациентом, которого доставили санрейсом на новую посадочную площадку, стал двухдневный ребенок. Малыш родился раньше срока в Минусинском районе и не мог самостоятельно дышать. После консультации с красноярскими медиками

было принято решение об экстренной эвакуации ребенка в Краевой центр охраны материнства и детства. В ходе этой экстренной госпитализации впервые была задействована вертолетная площадка Николаевская Сопка. Несомненные преимущества новой площадки – территориальная близость к Краевому центру охраны материнства и детства и больнице скорой медицинской помощи (БСМП). Площадка была построена и протестирована в преддверии зимней Универсиады, а в конце прошлого года передана дирекцией медикам. Теперь, после согласования всех необходимых формальностей, она будет служить жителям края в качестве посадочной площадки для санитарных рейсов. Если раньше на дорогу от посадочных площадок санитарной авиации на острове Татышев и Краевой клинической больницы автомобилям скорой помощи, особенно в часы пик, требовалось 40 минут, то сейчас путь от вертолетной площадки до медицинских учреждений будет занимать считанные минуты.



4 Наши сотрудники удостоены «Патриаршей Благодарности»

Медаль Русской Православной Церкви «Патриаршая Благодарность» за самоотверженный труд в борьбе с коронавирусной инфекцией от имени предстоятеля Русской православной церкви Патриарха Московского и всея Руси Кирилла получили специалисты реанимации №2 и центрального стерилизационного отделения.

Медали Русской Православной Церкви «Патриаршая Благодарность» удостоены: Алексей Александрович Антипов, врач – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации 2; Татьяна Анатольевна Грунина, старшая медицинская сестра централизованного стерилизационного отделения; Наталья Анатольевна Шулепова, медицинская сестра-анестезист отделения анестезиологии-реанимации 2.

От души поздравляем коллег с высокой оценкой их профессиональной деятельности и с заслуженной наградой за действительно самоотверженную работу в условиях распространения коронавирусной инфекции и желаем здоровья и дальнейших успехов!



5 8 и 9 июля в Спа-отеле «Такмак» пройдет фестиваль «Саморазвитие-2022»

Краевая больница ежегодно организует для своих сотрудников мероприятие, на котором любой из нас может выбрать тренинг на свой вкус: 10 мастеров (тренеры личностного роста, переговоров, психологи, управленцы, креативные мастера) будут работать в течение двух дней на пяти площадках. Продолжительность каждого тренинга 2–2,5 часа с возможностью отработки полученных навыков. Для детей будет организован праздник с аквагримом, мыльными пузырями и воздушными шарами. Для желающих провести день активно состоится чемпионат по лазертагу. Вечером, как всегда, пройдет корпоративный праздник с творческими номерами от сотрудников больницы.

Стоимость двухдневного участия (без оплаты проживания в отеле) 8000 рублей, для сотрудников ККБ – 3500, для членов профсоюза – 3000 рублей, для членов семей сотрудников – 6400 рублей, для детей до 14-ти лет участие бесплатно.

Заявки на участие и оплату принимает в отделе кадров Елена Евгеньевна Репис.

Светлана Крыжановская

Заведующая кардиологическим отделением №2 недавно получила награду «Отличник здравоохранения» и завершила большой проект по реконструкции и обновлению части своего отделения.

Была ли награда ожидаемой и желанной?

Это было очень неожиданно. Я не амбициозный человек и считаю, что у нас много докторов, достойных и этой, и других наград, и не только врачей, но и среднего и младшего медперсонала. У нас всех здесь общая цель – здоровье пациентов, нельзя сказать, кто внес больший вклад в ее достижение.

Само награждение совпало с двухлетием появления первого пациента с коронавирусом в Красноярске – 16 марта. В конференц-зале БСМП впервые за два года состоялась очная коллегия минздрава, собралось много работников здравоохранения со всего края. Так приятно было видеть людей, которые снова могут пообщаться в живую, не зря же говорится про самую большую роскошь – роскошь человеческого общения. В начале заседания на большом экране показали ролик, в который вошли кусочки фильма Константина Селина «Третья волна». Фильм очень эмоциональный, все словно оглянулись назад и посмотрели, что мы все пережили за эти два года. В тот момент невозможно было не испытать гордость за профессию и людей: на экране скользили кадры реанимационных мероприятий, как медики надевают СИЗы, заходят в красную зону, выходят из нее, как пациенты благодарят за спасение, как представители медицинских учреждений получают новые автомобили скорой помощи... Этот сложный период показал обществу, как важно здравоохранение, что медицинские работники – не просто обслуживающий персонал, это те люди, которые, как бы громко это ни звучало, свою жизнь посвящают другим.

Когда вручали награду, конечно, немного волновалась, и первая моя мысль была: как бы я хотела сейчас позвонить папе и сказать: «Пап, представь, вот такое событие произошло», и как бы он мною гордился. В августе этого года будет пятнадцать лет, как его нет с нами. И так совпало, что в мае большую конференцию проводит онкологическая служба в Красноярске, а у папы в этом году был бы юбилей (Альберт Иванович Крыжановский, 1937–2007 гг., долгое время был главным онкологом Красноярского края, главным врачом Крас-

ноярского краевого онкологического диспансера – **прим. ред.**).

Уже одиннадцать лет проходит шахматный турнир его памяти, который родился с легкой руки Андрея Модестова (главрач Красноярского краевого онкологического диспансера в 2010–2021 гг. – **прим. ред.**). Сначала это было мероприятие городского уровня, потом краевого, а теперь уже регионального – несколько десятков команд собираются из разных регионов сыграть в любимую игру Альберта Ивановича. Команда Краевой клинической больницы тоже участвует.

Про вас часто говорят как про человека с огромной энергией руководителя, мол, Крыжановская может командовать армией. Согласны с таким мнением?

Начну издалека: медицина – не та сфера, куда надо идти из-за денег или потому, что родители «пристроили». Медицинский – это сложно, там нельзя не выучить. Я не собиралась в медицину именно из-за того, что вся семья – врачи, и я не хотела, чтобы думали обо мне как о «пристроенной» родственниками. Как раз во время окончания школы в университете (теперь СФУ) появился новый факультет – МЭО (международные экономические отношения), я решила, что пойду туда или уеду в Москву поступать в академию им. Плеханова, крестный звал туда. Однако были сомнения: во-первых, не хотела уезжать из Красноярска, во-вторых, математика – не мое, я гуманитарий. И тут одноклассник говорит: «Готовлюсь поступать в медицинский и хожу в малую медицинскую академию. Завтра пойдем в анатомический музей...» «Я тоже хочу!» – и напросилась вместе с ними на эту экскурсию, которая поменяла все мои планы. С того момента не пожалела о своем выборе ни разу. Училась сама, без «помощи» папы, даже наоборот, спрос был жестче: «Четыре? Почему не пять?»

Теперь о женщине-руководителе в медицине: думаю, женщина-руководитель – это неплохо, а женщина-руководитель в здравоохранении – хорошо. Женщины гуманнее, терпимее, у нас больше

Медицинские работники – не просто обслуживающий персонал, это те люди, которые, как бы громко это ни звучало, свою жизнь посвящают другим.



развиты жалость и сострадание, женщина способна взять под крыло младших сотрудников.

Почему кардиология?

В студенческие годы я ходила в хирургическое СНО, очень интересовалась кардиохирургией. Потом со временем поняла, что для женщины хирургия – это тяжело, поэтому осталась просто кардиология.

Расскажите про свой коллектив.

У нас он женский, слаженный, с теплыми рабочими отношениями. Взаимная помощь, поддержка, обмен опытом. Никогда не слышала от кого-то раздраженных реплик в адрес пациентов, наоборот, всегда наши сотрудники стараются сделать больше для больных, чем положено, идут им на встречу, знают нюансы их жизни.

Трижды в год мы выбираемся куда-нибудь отдохнуть: на 8-е Марта и Новый год идем в какое-то заведение, а на День медработника организуем ме-

роприятие на природе. Непременно с эстетикой – если шашлыки, то с белым шатром и видом на горы, если пикник – то с кейтерингом и скатертями. У нас тяжелая работа, и порой хочется просто «выдохнуть».

Вы – эстет, и судя по рассказу, и судя по обстановке в отделении. Каково вам было работать в ковидном госпитале с его бытовой неустроенностью и жестким режимом?

Тяжело, конечно, особенно потому, что нельзя было проводить время с детьми, когда мы жили в госпитале. У меня их двое, младшей тогда было всего два года. В пиковые моменты работали восемь часов через восемь, но даже там я старалась сделать красиво, чтобы сотрудникам и пациентам было комфортнее. И в первую очередь мы получили там не только клинический опыт, но и человеческий. И вообще, вы знаете, Светлана Альбертовна – это не только кудряшки и ходить на каблучках, если нужно – я могу многое.

Владимир Афонькин

Заведующий отоларингологическим отделением ККБ стал лучшим отоларингологом Красноярского края в федеральной номинации всероссийского конкурса врачей Минздрава РФ и постоянно реализует на практике свой интерес к смежным профессиям.

Расскажите, пожалуйста, о получении награды.

Когда-то, примерно шесть лет назад, я уже подавал свою кандидатуру на этот конкурс, и в этом году снова подал, претендентов в моей номинации было шестеро, и победа стала моей! О ней сообщил Павел Геннадьевич Руденко – позвонил поздравить. Конечно, это очень приятно, когда твой труд оценивают высоко.

Интересно, что изначально такой номинации, как «Лучший отоларинголог», не было, мы боролись в одной номинации вместе с докторами других специальностей. Как шутил коллега Юрий Власович Павлов про нашу специальность, «мы не хирурги, мы хирургиды».

Отоларингология – такая специализация, с одной стороны, довольно узкая, а с другой – в ней собраны три специфических области, в чем вы наибольший специалист?

Да, это так. Плюс мы еще работаем в плотном сотрудничестве с ЧЛХ, неврологами и нейрохирургами. Я специалист широкого профиля, но лучше всего разбираюсь в ларингологии – хирургии и заболеваниях гортани. Это не очень правильно, может быть, но действительно такая еще более узкая специализация существует. И в то же время не следует заикливаться в рамках своего пути, теряются универсальные навыки, если идешь только проторенной, своей дорожкой. И получается, это путь в один конец – так можно дойти до специалиста «по мизинцу правой руки».

Ларингология – очень интересная и обширная область знания, здесь кроме ларингологов работают и другие специалисты: фонопед (педагог, который восстанавливает голос путем упражнений), фониатр (врач, занимающийся голосовой проблемой, откуда бы она ни исходила). Голосовые складки – очень нежная область, оперативное вмешательство на которой может дать как временную потерю голоса, так и афонию на всю жизнь. У меня есть специализация фониатра, по-

лученная в Санкт-Петербурге, а когда я изъявил желание стать еще и фонопедом, то столкнулся с тем, что необходимо получить сначала высшее педагогическое образование.

Часто ли вы в практике сталкиваетесь с певцами в качестве пациентов?

Не очень, но бывает. Буквально пару недель назад мы выписали после операции студентку института искусств, все прошло успешно, девушка может продолжать занятия вокалом. Чаще это другие профессионалы голоса: преподаватели, воспитатели, телерадиоведущие, врачи, кому приходится испытывать большие голосовые нагрузки. Часто их никто не учит, как правильно нагружать голос, и это приводит к патологиям: узелкам певцов, узелкам крикунов, доброкачественным опухолям, воспалительным процессам.

Расскажите, пожалуйста, о себе как о руководителе. Вы демократичный начальник?

Считаю, да. Всегда прислушиваюсь к мнению коллег. Один в поле не воин – это точно про медицинские коллективы. И какой бы я ни был профессионал, без коллег обойтись невозможно для достижения наилучшего результата. Демократичный, но своих «шпыняю» – вот появился новый аппарат, его надо настроить, научиться работать на нем. Если с первого раза простимулировать к действию не удастся, я «за руку» веду и вместе разбираемся. Проблема в том, что врачам часто некогда заниматься саморазвитием и общением с пациентами, очень много времени отнимает выполнение регламентирующих действий. А между тем общение с пациентом – ключевой момент работы врача. И еще должен быть баланс между стандартизацией и индивидуальным подходом к каждому пациенту. Медицина соткана из того и другого. Стандарты – это очень хорошо, они позволяют действовать безопасно



для себя, но для достижения лучшего эффекта в лечении порой приходится применять нестандартные вещи.

Так как же все-таки найти эту золотую середину?

Точного ответа у меня нет, но приведу примеры. Ситуация произошла в детской больнице на Юшкова лет 20 назад. Привезли ребенка с дифтерией, уже синюющего, понятное дело – пленки перекрыли просвет дыхательных путей. Доктор стал действовать в этой экстренной ситуации не по инструкции – без анестезии провел трахеостомию и отсосал просто ртом дифтерийные пленки. Какие уж тут стандарты? Ребенок был спасен. Или другой пример: доктор шел по улице, увидел, как упал мужчина, сердечно-легочная реанимация рот в рот, дождался скорую, человека спасли. А по стандартам он не имел права на улице оказывать

реанимационную помощь! Все-таки за деревьями нельзя терять лес. Наша самая высшая ценность – это человеческая жизнь, и мы должны делать все, чтобы ее сохранить.

Если говорить о признании среди коллег и среди пациентов – какое из них более ценно?

И то, и другое ценно. Это как две стороны одной медали: пациенты оценивают твою человечность, пациентоориентированность, как сейчас говорят, а коллеги – профессионализм, широту кругозора, уровень клинического мышления. Кстати, недавно удалось получить подтверждение признания и от пациентов – в рейтинге 2020-го года первое место среди лор-врачей Красноярского края по версии портала «ПроДокторов». За признанием всегда стоит большой труд, оно ценно не только само по себе, но и как стимул к дальнейшему развитию.

Елена Дударовская

Заведующая гинекологическим отделением отмечает 30 лет профессиональной деятельности и готова делиться накопленным опытом с коллегами всего края.

Какое место в вашей жизни занимает работа?

Второе после семьи. На работу я прихожу к семи утра, в 7:15 начинаются консультации и до 16–17 часов я здесь. Таким образом, получается ежедневный 9–10-часовой рабочий день. Казалось бы, не так много, но часто бывает, что я приезжаю дополнительно посмотреть пациенток вечером или в выходные. А мысли о работе не покидают голову практически никогда.

Когда были ученицей старших классов, вы подозревали, что получите профессию, настолько захватывающую и не терпящую «прохладного» отношения?

В 9–10-м классах школы я уже понимала, что буду поступать в медицинский. А до этого, еще до школы, начала заниматься народными танцами, довольно успешно, и очень любила танцевать. Мы с подружкой думали поступать в институт культуры, она в итоге именно так и сделала – окончила вуз в Санкт-Петербурге. А мне в силу небольшого роста про профессиональные занятия танцами пришлось забыть – там требуются танцовщики ростом минимум 175 сантиметров. И старшие классы уже оканчивала с пониманием, какие предметы нужно будет сдавать и какой характер учебы и работы меня ждет.

Проблем с учебой никогда не испытывала, в аттестате у меня одна четверка, а все выпускные экзамены сдавала на пятерки. Особенно нравилась физика, было желание разобраться в ее законах, участвовала в олимпиадах. Причем родители никогда не проверяли у меня уроки, это было моим делом и ответственностью. И я, став родителем, тоже доверяла и доверяю своим детям – они так же замечательно окончили школу, сыну 35 лет, занимается бизнесом в Санкт-Петербурге, дочка, ей 27, живет в Праге, окончила там магистратуру по международным отношениям и дипломатии, работает в международной страховой корпорации.

Где вы родились?

В Архангельской области, поселок Плесецк – тот самый, рядом с которым находится космодром. Позже мы переехали в Иркутскую область, я и на-

чинала учиться медицине в 1983 году в Иркутском медицинском институте. Потом вышла замуж и по распределению мужа попала в Красноярск, продолжила учебу в сегодняшнем КрасГМУ, тогда он тоже был институтом. Мои родители не врачи, но представители профессии в семье есть – тетушка акушер-гинеколог, дядя патологоанатом. То, что стану акушером-гинекологом, я знала с первых курсов, но думала, что в первую очередь акушером, готовилась к работе в роддоме, была распределена в родильный дом №2, но произошло сокращение кадров, и я попала в КМКБ 4, где отработала почти восемнадцать лет. Тогда там главным врачом был Александр Викторович Степаненко.

Какими личностными чертами должен обладать хороший врач и нужен ли особый отбор в медицину?

В течение первых двух-трех курсов вуза люди чаще уже понимают, их ли это дело. Но бывает и такое, что осознание приходит после окончания учебы. По-разному бывает. Мне, например,

когда нас, студентов, впервые привели на операцию, стало плохо. И хирург, проводящий операцию, сказал, что мне не стоять у операционного стола, однако вот я сейчас работаю здесь, за плечами сотни часов операций, 30 лет в гинекологии.

Что касается черт характера и способностей, то для врача очень важно любить людей, уметь анализировать ситу-

Для врача очень важно любить людей, уметь анализировать ситуацию и понимать реальное положение вещей.

ацию и понимать реальное положение вещей. Не переоценивать свой опыт – всегда есть кто-то более опытный и подкованный. Поэтому нужно не бояться спросить совета, попросить помощи, быть предельно честным по отношению к пациентам и коллегам.

У меня замечательный коллектив, и если мне что-то не понятно, несмотря на то, что я самый старший его член, я спокойно могу вынести вопрос на обсуждение, и решение может быть принято коллегиально. У нас нет такого: я сказала, значит, так и будет. Медицина – творческий процесс, и хоть сейчас введены стандарты и протоколы, которые, безусловно, нужны, они защищают нас от многого, но необходимость думать никто не отменял.



Расскажите, пожалуйста, про сотрудников вашего отделения.

У нас самый лучший коллектив! Семь врачей плюс два дежуранта, два молодых доктора. Восемь девушек, все умницы и красавицы, и один мужчина. На них можно положиться, большие трудяги и фанаты своего дела. И все стараются друг другу помогать. У нас замечательные медсестры во главе с Оксаной Васильевной Красовской. Она удивительный человек: воспитанная, корректная, грамотная, всегда можно рассчитывать на ее помощь. У нас прекрасные санитары, две из них с высшим образованием как операционные медицинские сестры. Это люди, чей кругозор и интеллект заслуживают уважения, с ними приятно не только работать, но и просто поговорить. Это тем более ценно, что без помощи каждого лечебный процесс не выстроится.

Как отделение жило в пандемию?

Мы трижды заходили в госпиталь. В первый год два человека зашли на полтора месяца. Прошлым летом у нас все отделение было закрыто под инфекцию – располагались в соседнем корпусе, где ожоговое отделение. Так как было около тридцати беременных и послеродовых пациенток с

ковидом, то администрацией было принято решение, что мы все идем туда работать. Поэтому пришлось быть одновременно и акушерами-гинекологами, и пульмонологами. Самыми, пожалуй, тяжелыми стали июнь и июль прошлого года – были материнские смерти, медиками это переживается всегда сложно. Ведь это же против природы, когда умирает молодая цветущая женщина, тем более беременная. Тот штамм вируса, конечно, «попил нам крови».

Тяжело ли было? Да, тяжело, особенно в первую волну, когда мы круглосуточно находились в госпитале. Весь уклад жизни сломан, я даже в студенческие годы не жила в общежитии. А потом стало проще – и страха уже стало меньше, и понимание болезни больше, и, конечно, то, что можно было уходить домой. Никогда бы не могла подумать, что буду какое-то время заведовать пульмонологическим отделением!

О чем мечтаете?

В гинекологии за последнее время появилось много замечательных лечебных и диагностических методик, которых пока у нас в отделении нет. Мечтаю их внедрить в работу и получать эффект. Чтобы сократить сроки лечения и улучшить его качество.

Михаил Воронцов

Главный инженер Краевой клинической больницы рассказал о том, как ККБ достигала сегодняшнего технического положения и что предстоит сделать в ближайшем и отдаленном будущем.

Расскажите, пожалуйста, о том, как инженер стал сотрудником больницы.

До Краевой больницы длительное время работал в «Горводоканале» (сейчас «Водоканал»), а после реорганизации поступил в СибГТУ на инженера и устроился подрабатывать в Краевую больницу. Поскольку я имел накопленный опыт на прошлой работе, заместитель главного врача по технике пригласил стать его помощником, и пару лет я управлял сантехниками, электриками, лифтерами, хозяйственной частью – был таким «замом зама». А потом, с уходом предшественника на пенсию, меня назначили заместителем главврача по технической части, еще позже – главным инженером. Сегодня все обеспечение больницы по технической части – от лифта до аппарата ИВЛ, от уборки территории до ремонта любой мебели – находится в моем поле деятельности.

Если спросить о назначении и функционале любого устройства и приспособления на территории больницы, то вы незамедлительно

дадите массу информации вплоть до производителя. Как это вам удается?

Это приходит с опытом и годами работы на одном месте. Я тружусь в ККБ почти 20 лет. За это время больница претерпела грандиозные изменения, и вся техника проектировалась, приобреталась и запускаялась в эксплуатацию при моем участии. Конечно, функционирование большого учреждения затрагивает самые разные сферы инженерной науки, поэтому, когда возникает производственная необходимость, я сажусь за изучение вопроса.

Вероятно, большой пласт изучения нового пришелся на период строительства и сдачи хирургического корпуса?

Да, поначалу это был настоящий хаос. Прежде всего составляли техническое задание, которое насчитывало не одну сотню страниц. А перед его составлением мы с Егором Евгеньевичем Корчагиным съездили во Францию, в Ассоциацию парижских больниц, в которую входит 39 учрежде-

ний и где работают около 100 тысяч сотрудников. Там нам наглядно показали, как с технической точки зрения должна выглядеть современная больница. Элементарный пример: у нас как раньше было – стены, выкрашенные до середины масляной краской, выше обычная побелка, что такое отбойники на стенах, мы не знали, что линолеум нужно заводить на стены, не знали – заводи его под плинтус. Такие, казалось бы, мелочи, но для ежедневной работы больницы они важны, из них складывается удобство использования помещений пациентами и сотрудниками.

А дальше мы отдали все свои пожелания проектировщикам, которые запроектировали здание. Мы посмотрели и ужаснулись – получился настоящий кошмар, мало похожий на то, о чем мы мечтали. Вот еще пример: магнитные держатели дверей, отбойники, навигация и т.д., которые у нас есть в новом корпусе. Их убрали на этапе экспертизы. А нам их наличие принципиально! Спасибо председателю

правительства Красноярского края, который сказал: «Да, это действительно нужно!» И таких моментов было много, когда приходилось доказывать, что качество медицинской помощи зависит от конкретных запроектированных параметров. Выявлять такие недочеты проекта и отстаивать изменения помогали наши высокопрофессиональные специалисты: пришли на работу грамотные строители, вентиляционщики, энергетики, такие как: В.В. Меньшагина, С.Ю. Храмов, А.Ф. Сергеев, В.А. Кайгородов и многие другие. Мы обнаружили массу ошибок, на которые никто поначалу не обращал внимания.

Изначально проект этого здания – типовая больница?

Да, больница, но он должен был выглядеть иначе. По этому проекту построена знаменитая сегодня Коммунарка в Москве, медцентр «Новомосковский». Под влиянием наших обстоятельств проект видоизменился.

Как будет дальше развиваться больница?

У нас запроектировано четыре этапа. Первый уже пройден. Запланированы еще две хирургические башни с операционными и диагностикой. Это второй этап. Третий – строительство новой поликлиники на месте старой и легочного корпуса. В этом году решался вопрос, какой из этапов сейчас запускать – поликлинику или достраивать новый корпус, и пока он открыт. А четвертый этап – это реабилитационный центр с бассейном, запроектированный на территории, ранее занимаемой спортзалом. Там тоже должны расположиться кафедры КрасГМУ.

А что с главным корпусом?

Его, конечно же, нужно реконструировать. Он был построен в 1989 году и за более чем 30 лет устарел и морально, и физически. Последний капитальный ремонт прошел в 2011 году, но коммуникации подвала тогда не были заменены – это главная проблема. Далее – замена элеваторных узлов стоит не менее остро, замена освещения, электрических сетей, создание ИТП (индивидуальный тепловой пункт) – когда есть возможность автоматически подавать тепло в необходимом количестве в помещения индивидуально, создание для главного корпуса системы АВР (аварийного переключения), такого же, как у нас в новом корпусе.

Как сегодня осуществляется техническое обслуживание наших зданий в течение круглых суток?

У нас работает диспетчерская служба – четыре диспетчера, которые ведут круглосуточный мониторинг всех инженерных систем, предотвращая их поломки, аварийные отключения, осуществляют помощь сотрудникам по разрешению возможных ситуаций. Особенно велика их помощь в нерабочее время, когда остаются в их подчинении дежурные службы. Также они производят дистанционные изменения каких-либо параметров инженерных систем. А в целом за технические вопросы у нас отвечают почти 200 человек.

Что бы хотелось сделать в ближайшее время?

Навести порядок в главном корпусе, усовершенствовать мусороудаление, ввести больше станций пневмопочты – их в главном корпусе всего три, модернизировать систему отопления и электросетей. Да много чего еще, улучшения – это процесс непрерывный.



Поиск персонала: собеседование по ценностям как инструмент подбора

Корпоративные ценности выполняют роль ориентиров как для конкретного человека, так и для всей организации в целом. Они являются основой корпоративной культуры: значимые, общепринятые и разделяемые сотрудниками убеждения и принципы, закрепленные в стандартах и правилах учреждения и «красной нитью» пронизывающие все процессы учреждения. Важно договориться об общих индикаторах проявления ценностей. Например, ответственность каждый понимает по-своему: для кого-то это прийти на работу без опоздания, для кого-то сообщить руководителю о возникшей ошибке при выполнении манипуляции или взять ответственность за команду и ее результат. Другие смотрят на эту ценность еще шире и трактуют, как решить проблему пациента наилучшим образом. Для этого необходимо ответить на вопросы: «Как вы поймете, что сотрудник является ответственным /профессиональным /человечным? Как вы проявляете эти ценности?» (Утвержденные ценности КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – **прим. ред.**).

В повседневной жизни ценностями сотрудники руководствуются при принятии решений – будь то коммуникация с пациентом или работа над большим проектом. Важно, чтобы сотрудник искренне разделял эти ценности, причем не на словах, а на деле. В противном случае неизбежен конфликт.

Фундаментом, основой личности человека являются его ценности, убеждения, желания. Это мотивационная сфера, дающая энергию к дальнейшим действиям. На ценности, как на пирамидку, «накладываются» личностные особенности – то, как ведет себя человек в норме и в стрессе (бей, беги, замри). Они заложены нашей природой, их очень сложно «сдвинуть». Затем идут когнитивные способности: способы реагирования, мышления, иными словами – метапрограммы. Они поддаются корректировке, но требуют большой работы над собой и знаний своих базовых когнитивных способностей. Следом идут компетенции – то, как проявляются в поведении hard и soft skills. Они развиваются, нарастают. И потом уже навыки, знания – применение инструментов. Следовательно, научить, показать, прокачать, как-то повлиять мы можем только на

компетенции и навыки. Ценности являются той основой, базой, изменить которую можно только трансформационными методиками. Поэтому при подборе персонала важно узнавать ценности кандидата и понимать, находится ли сотрудник и организация в одной системе координат.

Навыки, знания
(применение инструментов)

Компетенции, поведение
(проявление hard и soft skills)

Когнитивные способности
(способ реагирования, мышления)

Личностные способности
(поведение в стрессе и в норме)

Мотивационная сфера
(настрой, ценности, желания)

Как выявлять ценности кандидата



Светлана Сбитнева,
менеджер по персоналу ККБ:

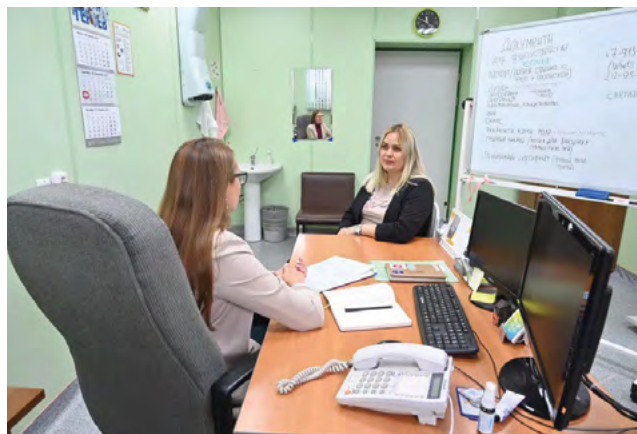
Как распознать ценности человека – здесь подходы могут быть разными. Лучше всего они проявляются через действия, через оценку своей работы и то, как человек преодолевает трудности. Недостаточно просто спросить: «Что для вас важно?» или «На что вы ориентированы в жизни?» Скорее всего, кандидат растеряется либо будет отвечать социально ожидаемыми фразами и говорить то, что от него хотят услышать. Такие варианты не подходят. Поэтому для выявления ценностей в своей работе мы применяем компетенции и инструменты коучинга. В ходе собеседования в коучинговом формате новый сотрудник осознает свои ценности, цели в организации и приводит их в соответствие со своими способностями, ресурсами, действиями и желаемыми результатами в жизни. Основа коучинга – это доверие вместо оценки.

Сценарий проведения собеседования по ценностям (по материалам Сибирского коуч-центра)

1. Для начала мы спрашиваем кандидата о желаемой роли в коллективе:

- Кем вы хотите быть для коллектива/коллег/пациентов?
- Какой имидж хотите сформировать?
- Что хотите, чтобы ваши коллеги говорили про вас?

2. Задаем вопросы о значимости, важности, ценности этого образа:



- Что вам даст именно такая роль в коллективе?
- Что благодаря созданному имиджу вы получите такого важного?
- Что для вас ценного в том, чтобы быть таким?

3. Вопросы об осознанном использовании способностей, ресурсов, навыков, компетенций:

- Благодаря чему вы сможете добиться именно такого отношения?
- Что в вас такого, что коллеги будут думать именно так?
- Какие ваши навыки/умения повлияют на создание такого имиджа?

4. Вопросы о действиях и намерениях:

- Какие конкретно действия вы предпримете для реализации задуманного?
- Что планируете на первое время для формирования такого отношения к вам?

5. Вопросы о целях/критериях эффективности:

- Как вы увидите свою эффективность и проявленный профессионализм?
- Каких результатов хотите достичь в первый месяц/год работы?

Еще одно важное дополнение: нет плохих или хороших ценностей. Есть ценности, соответствующие задачам, ценностям организации, или нет. При собеседовании важно понять, какие ценности у потенциального сотрудника реализованы, а какие нет. И как это может быть встроено в ценности организации.



Оксана Аленченко,

психолог ККБ:

Мы все подпитываемся в семье либо в условиях детского дома, так или иначе у каждого человека есть авторитетный взрослый – это тот, от которого ребенок зависит, так как ему нужен уход и пища. Таким образом, атмосфера, в которой ребенок воспитывается, у каждого своя. В одной семье главный папа, и он, например, жестко принимает решение, не допуская эмоций и жалоб в семье. В другой семье – чувственная, любящая мама, которая воспитывает ребенка без отца и понимает: чтобы он мог себя защитить и справиться, важно уметь просить, быть к людям сердечным. Так вот представьте, что эти дети выросли, спустя 30–40 лет встретились в одном коллективе. Она, например, старшая медицинская сестра, у нее все четко, жестко, а ее медсестры или санитары – сердечные и чувственные. Они хотят от нее заботы, говорят о своих проблемах, а старшая медсестра не может этого вынести, ей нельзя было проявлять чувства, это считалось слабостью.

И что мы наблюдаем на рабочем месте? Конфликт ценностей. Ей важно быть профессионалом, она видела, как это делал отец, и идет по этому пути – точно, жестко, прямо к цели. А ее сотрудники – за человечность, за сердечность. И получается, что у нее не хватает терпения, так как они, по ее внутреннему восприятию, проявляют слабость, а надо быть жесткими и исполнительными. Она хочет все быстро и без эмоций. А им нужен другой подход, больше времени и разъяснений. Таким образом, возникают конфликты по ценностям.

Конфликты бывают следующего характера. Например, человек на своем рабочем месте высокого уровня специалист с опытом работы в 20 лет проявляет лидерские качества, умеет бесшовно организовать работу и пользуется авторитетом у коллег. Но руководство его не за-

мечает. Либо видит риск: если этого человека повысить, то мы такого специалиста сюда не найдем. Поэтому начинает придерживать и не дает расти.

Тут возникают конфликты, выгорание, желание уволиться. Что делать? Важно, чтобы служба персонала взаимодействовала в карьерном развитии совместно с руководителями, замечала таких специалистов, проводила оценку и ставила в кадровый резерв.

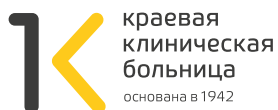
Со стороны руководителя важно быть честным и создать такие условия для диалога, чтобы сотрудник хотел раскрыться и обозначить свои желания, понимая, что его заметят, обсудят разные варианты и найдут единое решение его проблемы.

Для этого важно использовать коучинговые технологии как сотрудникам кадровой службы, так и руководителям. Тогда меньше будет напряжения и конфликтов, а также рабочие моменты будут решаться в разы быстрее. Чем сотрудник чувствует себя комфортнее в коллективе, тем больше он хочет включаться в работу.

Когда ценности не так важны

Если сказать коротко – важны всегда. По сути, все, что мы делаем на работе: как ведем себя с пациентами и общаемся друг с другом, как у нас устроены процессы, насколько легко можно предложить инициативу и воплотить ее в жизнь, каким образом происходит постановка целей и оценка результата – все это является отражением корпоративной культуры и ценностей.

Каждый раз, когда в команду приходит человек, который видит мир в совершенно иной системе координат, остальные сотрудники начинают испытывать дискомфорт. Климат в коллективе ухудшается, появляются разговоры за спиной, и коллектив рискует потерять отличных сотрудников, которые, оказывается, не готовы работать в изменившихся условиях, потому что теряют ощущение стабильности и защищенности. Корпоративные ценности, их понимание и принятие позволяют сотрудникам чувствовать вовлеченность в то, что делает организация. Понятная миссия помогает понимать, ради чего мы работаем и к чему стремимся. Если всего этого нет, риск выгорания и высокой текучести персонала увеличивается в разы.



краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Политика в области качества

Краевая клиническая больница — ведущая многопрофильная клиника Красноярского края.

Из стен больницы вышли семь краевых специализированных медицинских учреждений. Именно здесь впервые в крае проведены операции на открытом сердце, головном мозге, эндоваскулярные вмешательства, протезирование суставов, трансплантация почек.

Наша миссия:

Мы оказываем профессиональную медицинскую помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациентов.



Высшее руководство больницы и каждый ее сотрудник берут на себя ответственность за реализацию настоящей Политики, выполнение законодательных и нормативных требований, постоянное повышение результативности системы менеджмента качества

Главный врач Е.Е. Корчагин
Редакция №2 от 10.04.2017

Наши ценности:

профессионализм

- › Мы работаем на основе современной науки и практического опыта
- › Мы делаем только то, что действительно необходимо

человечность

- › Мы заботимся о пациентах и сотрудниках
- › Мы поддерживаем атмосферу взаимопомощи, уважения и доброжелательности

ответственность

- › Мы отвечаем за свои поступки, понимая, что любое наше действие может нести благо или вред

безопасность пациентов и персонала

- › Это первое, с чего мы начинаем работу

честность

- › Мы придерживаемся самых высоких принципов профессионализма, этики и личной ответственности, достойных веры в нас наших пациентов

совершенствование

- › Мы продолжаем учиться, внедряем новые методики, анализируем результаты
- › Мы совершенствуем технологические процессы – и это движение невозможно остановить

командная работа

- › Мы объединяем навыки, идеи и уникальные способности каждого сотрудника
- › Мы ценим участие пациентов и их семей, заботящихся о результате лечения

приверженность традициям

- › Мы уважаем старших и помним, что фундамент наших успехов заложен работой многих поколений

Вовлечение сотрудников ККБ в повышение уровня культуры безопасности в рамках Международного дня охраны труда

Эффективная компания – безопасная компания. Это аксиома. Однако не каждая медицинская организация, несмотря на наличие службы охраны труда или штатного специалиста, действительно формирует культуру безопасности.



Марина Вершинская,

*руководитель службы охраны
труда КГБУЗ «ККБ»*

Для повышения вовлеченности сотрудников в вопросы безопасного труда и повышение уровня культуры безопасности наша служба к Международному дню охраны труда (28 апреля) утвердила план мероприятий, в который входят:

- проведение смотр-конкурса детского рисунка «Охрана труда глазами детей»;
- проведение развлекательной викторины.

Второй год подряд служба охраны труда проводит смотр-конкурс детского рисунка «Охрана труда глазами детей». Ведь основы понимания безопасности закладываются именно в раннем возрасте и в семье.

Для сравнения: в 2021 году на конкурс было подано 16 рисунков, в 2022-м – 18.

Наградами стали сертификаты в книжный магазин, дипломы и благодарности, подписанные главным врачом. Все они нашли своих победителей. Кроме того, все работы отправятся на краевой смотр-конкурс в агентство труда и занятости Красноярского края.

Благодаря неравнодушным сотрудникам, которые прививают детям любовь к профессии и с детства объясняют им о ее безопасности, вырастает будущее поколение с осознанностью безопасного выполнения работ и высоким уровнем культуры безопасности.

В период с 18-го по 28 апреля на корпоративном портале ККБ была проведена развлекательная викторина для сотрудников по вопросам безопасности. Целью ее было выявление понимания у сотрудников, чем занимается служба охраны труда, с какими вопросами они могут обратиться, а также решение несложных кейсов из ряда «на подумать».

В каком году организована служба охраны труда? (2009 г.)

Сколько сотрудников на сегодняшний день работают в службе охраны труда? (4 сотрудника)

Сколько руководителей было в службе охраны труда? (2)

У кого из заместителей главного врача служба охраны труда находится в подчинении?

(У заместителя главного врача по кадрам)

Решите задачку.

Рабочее место медицинской сестры. При постановке инъекции пациенту произошел укол об иглу. Пациент в анамнезе имеет гепатит В. Назовите вид происшествия *(Медицинская авария)*

Решите задачу.

Идя по территории ККБ, вы увидели, как упал сотрудник. Ваши действия?
(Поможете встать и окажете необходимую помощь)

Где расположена служба охраны труда?

(Главный корпус (1 этаж) – служба управления персоналом, каб. 1701)

Какого инструктажа по охране труда не существует? (Плановый)**С каким вопросом вы можете обратиться в службу охраны труда?**

(За направлением на медицинский осмотр; за разъяснениями по вопросам условий труда на рабочем месте; при получении травмы на рабочем месте)

Всего в викторине приняли участие 497 человек. Из них 11 ответили правильно абсолютно на все вопросы.

При вовлечении сотрудников в игровой форме к сложным вопросам безопасности усвоение материала происходит намного легче, тем самым повышается уровень осознанности, а значит, и уровень культуры безопасности.

Если культуру безопасности рассматривать по пирамиде потребностей Маслоу (рисунок 1), то верхушкой пирамиды, конечной целью будет обеспечение безопасных условий труда для человека (сотрудника).

Самой нижней потребностью является исполнение требований законодательства без значимых сложений. Это создание нормативно-правовых актов (инструкций по охране труда, стандартов), проведение инструктажей и обучения.

Поднимаясь выше, на следующей ступени стоят потребности, связанные с обеспечением базовых государственных нормативных требований. Парадокс, но для многих организаций выполнить все требования законодательства в области охраны труда невозможно. Это зависит даже не от желания или финансирования, а от законодательных ограничений.

Следующая ступень – это дополнительные мероприятия без значимых вложений. Сюда можно отнести развитие навыков и повышение уровня компетенций специалистов по охране труда и других специалистов, ответственных за охрану труда. Примером являются такие мероприятия, как участие в конференциях, повышение квалификации, проведение конкурсов с поощрительными призами.

На четвертой ступени стоят мероприятия с большим финансовым вложением. Дорогостоящее оборудование, закупка средств индивидуальной защиты, проведение аудитов и обучений для всего персонала по вопросам охраны труда и требований безопасности с привлечением консалтинговых компаний.

Финальная точка потребности пирамиды – безопасность сотрудника. Но и дойдя до верхушки, пройдя все предыдущие ступени, необходимо поддерживать на должном уровне культуру безопасности и безопасные условия труда сотрудника.



Рисунок 1. Уровни культуры безопасности по пирамиде Маслоу



Переход на электронный документооборот



О сложностях и преимуществах электронного документооборота перед традиционным «бумажным» рассказывает начальник отдела АСУ ККБ **Олег Черкашин**.

Мысль о том, что нужно переводить наш огромный массив документации в электронный вид, родилась не вчера. В 2012 году отдел начал этим заниматься, и неожиданно выяснилось, что создание электронной истории болезни только увеличивает объем заполняемых бумаг, так как ранее мы на одном листе делали несколько записей, а теперь на каждую запись идет отдельный. Плюс процесс больше заформализовывается, и в итоге получаются огромные тома.

В 2014 году был выпущен приказ по стационару, в 2015-м по поликлинике – о заполнении всех первичных документов в электронном виде,

поэтому с этого времени у нас все истории болезни находятся в базе qMS. Затем поэтапно переводились остальные документы, минимизировались печатные версии, хотя привыкание к этому было непростым – порой призрак «старого доброго» журнала учета чего-нибудь бродил по постам и ординаторским.

Отдельно стоит сказать про легитимность – раньше юридически значимым документом была бумага, на нее распечатывался документ, ставилась печать и подпись. С прошлого года мы стали выпускать электронные подписи для врачей. К началу этого года порядка 60% наших докторов имели их. А в первые месяцы этого

Информатизация – перевод процессов с физических носителей в электронный вид, не меняя их сути.



года практически все обзавелись электронной подписью. Во всех инстанциях мы были соответствующим образом отмечены, подписанные ЭП документы получили юридически значимый статус. Таким образом, суды, прокуратура, страховые компании могут получить от нас файл, подписанный электронной подписью ответственного или ответственных. Когда речь идет о большом массиве информации, например – страховщики запрашивают много историй болезни, то мы можем давать ограниченный доступ к нашей системе, где они смогут видеть необходимые данные. Утечки информации здесь не может быть, так как доступ они получают к информации о тех пациентах и случаях, которые имеют отношение к конкретному делу, а также мы логируем каждое действие в системе – видим, кто, где и когда смотрел такую-то информацию. Доступ предоставляется по официальному письму должностным лицам.

Какие есть проблемы? Перестройка логистических цепочек в первую очередь. Раньше бумага приходила к человеку, и это срабатывало как триггер: мне нужно что-то сделать. Сегодня бумага не приходит, и нужно поступать как-то по-другому, люди должны перестроиться. Сейчас сотрудникам необходимо отслеживать входящий трафик сообщений в электронных ресурсах. Часто требуется на рабочих местах

наличие двух мониторов – в электронном виде поступает документ и в электронном виде необходимо его обработать. Здесь есть проблема синхронизации двух систем, не совместимых друг с другом.

Другая проблема – проверка наличия на всех документах электронных подписей. Сотрудники зачастую забывают это делать. Но такое и раньше случалось, хотя сегодня проблема осложнилась.

Цифровая трансформация – не только перевод процессов в электронный вид, но и их принципиальные изменения.

Раньше сама по себе цель экономить бумагу остро не стояла. Сейчас, когда весной 2022 года случился эпизод дефицита бумаги, процесс перехода ускорился. Преимуществ – целый ряд: проблему лечеб-

ного почерка электронный документооборот решает сразу же. Увеличивается скорость передачи данных, это особенно актуально, когда передать информацию нужно на дальние расстояния. Но и внутри больницы это тоже оптимизирует процесс. Хранение и защита сохранности информации тоже упрощается, серверы рассредоточены в разных местах, и любые данные резервируются. Переход на электронные носители – это то, что в ближайшее время произойдет во всем мире во всех областях знаний и отраслях, всех процессах, поэтому к этому нужно быть готовыми.

Современные продукты питания



Насколько они хорошо обеспечивают нас всеми необходимыми питательными веществами – мы спросили у **Галины Раисовны Рыбаковой**, кандидата биологических наук, доцента кафедры товароведения и экспертизы товаров СФУ.

Бытует мнение, что сегодняшние продукты питания принципиально отличаются от тех, что были 100–200 лет назад. Действительно ли это так? Если да, то в чем их отличия?

Говорить о различии продукции, взяв столь большой срок для сравнения, не имеет большого смысла, так как найти свидетелей качества и вкуса продукции столетней давности практически невозможно. Кроме того, есть вещи, плохо сопоставимые. Про сто- и двухсотлетний срок мы должны говорить с учетом социальной принадлежности населения к тем или иным группам, так как питание крестьян, рабочих, дворянства или купечества существенно отличалось и, кроме того, было увязано с соблюдением постов в рамках исповедуемых религий.

Если говорить о рецептурной, технологической составляющей и степени безопасности продуктов питания, то идеализации прошлого здесь тоже весьма спекулятивны. Не будем забывать, что элементарная для нас сегодняшних пастеризация и стерилизация продуктов питания, без чего не обходится производство многих продуктов (от молока и пива до соков и консервов), была предложена в середине XIX века Луи Пастером, а взята на вооружение промышленниками существенно позже. Прошло всего около 150 лет с момента, когда мир получил представление о том, что на самом деле лежит в основе процессов брожения, а пищевое отравление перестало быть частой болезнью. Виноделы, которым Пастер предложил сравнить вино, полученное с применением пастеризации, и традиционное для того времени непастеризованное, единодушно отдали предпочтение первому. До его открытий все процессы

брожения были в определенной степени непредсказуемыми – они часто сопровождались «болезнями» вин. Мир бактерий тогда только начал открываться человечеству, а мысль, что бактерии витают в воздухе, а не «самозарождаются в органических средах», принималась не всеми учеными того времени. Признание реальности микроорганизмов породило в пищевой индустрии два направления применения этих знаний: учеными были разработаны принципы, с одной стороны, использования микробов на пользу человечеству, с другой – предотвращения их негативного влияния (на процессы порчи пищевых продуктов).

В первом случае научили использовать чистые культуры микроорганизмов для получения продуктов питания. А значит, появилась возможность иметь предсказуемый результат с точки зрения стабильного качества и безопасности пищевых продуктов.

Во втором случае разработали способы устранения возможных рисков для здоровья потребителей.

В этом смысле мы можем сказать, что такие товары, как хлебобулочные изделия, кисломолочные продукты, сыры, квас, пиво, вина, стали более стабильными в своих потребительских характеристиках. А благодаря способам обработки, основанным на уничтожении микрофлоры или снижении ее активности (консервирование), мы имеем более разнообразный ассортимент продуктов на нашем столе в любой сезон года.

Еще важный момент – холодильники в нашу повседневную жизнь пришли не так давно. Только ближе к 60–70-м годам XX века они стали необходимым атрибутом в каждой семье. С учетом этого следует понимать, что продукция того периода

имела совершенно другие сроки хранения, способы консервирования тоже существенно отличались.

В советское время соленая рыба при реализации присутствовала в трех вариантах в зависимости от содержания соли (крепко-, средне- и слабосоленая), так как предполагалась разная степень ее сохраняемости. При этом известно, что чем выше концентрация соли, тем труднее усвояемость белков рыбы, поскольку пищеварительные ферменты в этом случае работают хуже. Сейчас в реализации вы не найдете другой рыбы, кроме как слабосоленая. Такая концентрация соли создает оптимальные условия для созревания продукта, то есть способствует достижению оптимальных вкусо-ароматических кондиций, консистенции, что обеспечивает сохранение наиболее близкого к исходному составу нутриентов даже в сравнении с горячим приготовлением.

Из советской специфики можно вспомнить распространённый вид сливочного масла – соленое. Это не просто вкусовое пристрастие поколения, в этом случае добавление соли в продукт имело отношение к его сохранению при отсутствии холодильников. В настоящее время такой продукт по сохраняемости уступает маслу без соли, так как соль меняет температуру замерзания жидкости, содержащейся в сливочном масле, и способствует более быстрой порче в замороженном состоянии. Парадокс, но это фактор, который в одних условиях дает сохраняющее действие, а в других – создает дополнительные условия для порчи продукта.

Ну и еще один аргумент для сравнения продукции «тогда» и «сейчас». Начиная с 1925 года в нашей стране начала развиваться система стандартизации, благодаря которой за период 60–80-х годов Государственными стандартами были охвачены практически все группы товаров. В СССР все стандарты были обязательны для применения. На сегодняшний день производитель добровольно определяет, по какому документу производить продукцию, – по ГОСТ, ТР или ТУ. Выбирая ГОСТ, он берет сегодня на себя повышенные обязательства.

В наше время ГОСТы, как и раньше, ориентированы на качество, тогда как более современные нормы, Технические регламенты, оговаривают требования к безопасности. То есть продукт, выпущенный по ТУ или ТР, может быть не таким вкусным, не совсем привычным по консистенции или внешнему виду, но безопасным, и это допускается.

Когда обвиняют производителей в том, что за счет добавок они удешевляют продукт в ущерб более полноценному сырью, не нужно забывать, что уход от обязательных ГОСТов проводился с идеей о том, что в условиях рынка «потребитель будет голосовать рублем». Практика показывает: выбор часто определяется ценой.

Система обязательных ГОСТов в советское время обеспечивала не просто качество, она определяла порой состав и рецептуры продукции. ГОСТ на чай того времени определял в составе количество самого ценного сырья, верхней флешки в высших сортах, через показатель содержания танина. Потом этот показатель заменили на ни о чем не говорящий показатель «содержание экстрактивных веществ» (показывающий, насколько настой будет насыщен, но это не про вкус и тонизирующие свойства чая), а сейчас даже сортов нет. Современные ГОСТы стали существенно мягче в количестве нормируемых показателей, расширив диапазон заменяемости сырья, но пока это единственный документ, ориентируясь на который потребитель может рассчитывать на качество.



В СССР все стандарты были обязательны для применения. На сегодняшний день производитель добровольно определяет, по какому документу производить продукцию, – по ГОСТ, ТР или ТУ.

Расширенные исследования (помимо стандартной сертификации) продуктов: кто их проводит, как часто и можно ли доверять этим организациям?

В Красноярске такие исследования являются инициативой Красноярского центра стандартизации и метрологии, который проводит их в рамках регулярных мониторингов. К исследованиям центр привлекает не только свои аккредитованные лаборатории, но и лаборатории других экспертных организаций как в Красноярске, так и в Новосибирске, Москве – в зависимости от того, какой спектр показа-

телей запланирован. Нас часто привлекают к участию в их экспертных дегустационных комиссиях, поэтому могу сказать, что в комиссиях случайных людей не бывает: туда приглашают главных технологов производств, представителей розничных сетей, министерства торговли. Любая дегустация в таких случаях проходит «вслепую» (продукты обезличены, участники комиссии не могут опознать их принадлежность к конкретной марке), даже участвующие технологи или представители сетей только после оглашения результатов могут узнать, что продукция имеет отклонения или, наоборот, признана лучшей. Я знаю, что крупные сети выставляли недобросовестным производителям требования по исправлению недостатков либо убирали из продажи такой продукт.

С 2021 года к исследованиям добавился еще один участник в лице специалистов управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и Центров гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, перед которыми главным санитарным врачом РФ поставлена задача проведения мониторинговых исследований качества и безопасности пищевой продукции и определения доступа населения к отечественной пищевой продукции, способствующей устранению дефицита макро- и микронутриентов. Целей таких исследований несколько. Это не только выявление фальсификатов, некачественной или потенциально опасной продукции, но и накопление информации по всем отечественным производителям, выпускающим обогащенную продукцию, с тем чтобы выработать общие направления в ассортименте, решающем проблемы дефицита макро- и микронутриентов.

Над этими вопросами работают и ученые, благодаря им постоянно ведутся поиски таких видов натурального пищевого сырья, введение которых в рецептуры также нацелено на устранение пищевых дефицитов. Так, на кафедре товароведения и экспертизы товаров Института торговли и сферы услуг СФУ традиционно научные исследования на протяжении всей истории кафедры были направлены на изучение состава растительного пищевого сырья для расширения ассортимента обогащенных или функциональных пищевых продуктов. Пищевые дефициты существовали во все времена, просто сейчас наука стала акцентировать на этом внимание: более регулярно оценивается состояние здоровья отдельных групп насе-

ления (профосмотры и диспансеризация), по результатам которых ведется аналитическая работа; появилось больше информации о роли пищевых ингредиентов в состоянии организма; промышленные производства способны быстрее менять технологии при внедрении в производство новых продуктов; больше стало оказываться влияния на формирование спроса, причем как положительного (в рамках санитарно-просветительской деятельности, мотивирующей население на здоровый образ жизни), так и отрицательного (формирование ложной потребности за счет манипуляции на стремлении человека быть здоровым).

Нужны ли современным людям биодобавки с витаминами и микроэлементами?

На постоянной основе, на мой взгляд, это излишне. В наиболее напряженные для организма моменты при наличии признаков дефицита или при высокой физической активности можно говорить о каких-то циклах их применения, но лучше, если в этом человеку поможет соответствующий специалист. При разумном рационе человек при существующем ассортиментном разнообразии вполне способен не иметь дефицитов. Включение сверх этого добавок может оказывать и негативное воздействие.

Зачем нужны добавки в экстракте зеленого чая, когда есть зеленый чай? Зачем говорить об омега-9 жирных кислотах, если в большинстве случаев речь идет об олеиновой кислоте, которая есть во всех жирах, хоть и в разных соотношениях? Оливковое масло, свиной, куриный жиры ее содержат. И даже если это омега-3 или омега-6?

Сбалансируйте нормы потребления жиров: они нужны нам все и разные, но в своих естественных пропорциях и суммарном количестве. Не очень логично убирать из рациона жиры в их природных источниках, чтобы добавлять его отдельные элементы в питание, тем более что проверить гарантированное сохранение той или иной «омеги» в этих добавках у вас не получится. В лучшем случае там окажется льняное масло или рыбий жир (оба легко и быстро портятся), но за существенно большие деньги. В отличие от углеводов, жировой компонент нашего рациона имеет высокое физиологическое значение, и не менее важное – сопутствующие жирам компоненты.

**Куда движется
мировое производство**



Система обязательных ГОСТов в советское время обеспечивала не просто качество, она определяла порой состав и рецептуры продукции.

сельхозпродукции, какие существуют тренды? Будут ли наши продукты меняться с течением времени?

Меняться будут, а вот в какую сторону – зависит от влияния глобализации. Скажу об общих возможных изменениях.

Качество продукции сельского хозяйства во многом зависит от сортов растений и пород скота, основные изменения должны быть связаны с сортовой селекцией и племенной работой. Для растительной продукции основные направления селекции – это получение сортов, наиболее стойких к климатическим условиям тех или иных регионов (то, что называется интродукция, когда в Сибири появляются растения, характерные для более теплых регионов, адаптированные под наши условия); сортов, дающих более высокую урожайность либо по содержанию масла (для масличных культур), либо по выравненности продукции по качественным характеристикам. В мясном, молочном производстве ориентир в породных признаках всегда был направлен на универсальность,

максимальную продуктивность. И еще для сельского хозяйства важны сроки «выхода готовой продукции», отсюда рост более «скороспелых» (достигающих полновесных размеров) пород птицы (бройлеры), свиней, крупного рогатого скота. Большой прогресс ожидает тепличные хозяйства. Каждый может вспомнить, как отличалась первая тепличная продукция от той, которая представлена в торговле сейчас: в ней было много воды и мало вкуса. Но наука и здесь не стоит на месте. Способами снижения себестоимости на сегодня уже является применение более экономичных источников света, варьирование спектральным составом света для изменения метаболизма, когда можно усиливать накопление в биомассе питательных или биологически активных компонентов. Существуют разработки, позволяющие создавать экономически оправданные тепличные комплексы за полярным кругом, что приближает свежую растительную продукцию к нуждающимся в ней северянам.



Мария Михайловна Локтионова,
врач-диетолог ККБ:

Приручение бактерий на благо производства, безопасность продукции, ассортимент на продуктовых полках – несомненный прогресс пищевой индустрии. Но не стоит забывать о темной стороне. Тот самый ассортимент принес нам рафинированные продукты, трансжиры, фастфуд (пищевой мусор). Консерванты – дело неплохое, но зависимость от глутамата натрия, притупляющего вкусовые рецепторы, нитраты в колбасных изделиях могут сыграть с организмом и здоровьем злую шутку. Задача современного человека – разбираться в этикетках, знать пользу и вред тех или иных компонентов, наполнить продуктовую корзину полезным содержимым.

Без БАДов не обойтись. Но применять их надо с умом. Заставлять дом банками с витаминами, экстрактами, минералами точно не стоит. Базовые нутриенты для нашего региона – витамин Д (90% населения имеют дефицит, необходимо проверить уровень 25-ОН и подобрать дозировку), йод (компенсировать суточную потребность можно при использовании йодированной соли во время приготовления блюд либо приемом калия йодида – дозировку подбирает врач). Омега-3 незаменимые кислоты не-

обходимы при недостаточном употреблении морской рыбы, при дислипидемии (нарушение обмена холестерина), беременным и кормящим женщинам. Пищевые волокна – это тоже БАД. И если по определенным причинам на вашем столе недостаточно свежих фруктов, овощей, то дополнительный прием клетчатки промышленного производства (псиллиум, клетчатка пшеницы, пектин) поддержит кишечных бактерий и предотвратит проблемы с пищеварением. А что насчет кальция? Ведь достаточно много людей страдают лактазной недостаточностью (непереносимость белка коровьего молока). А тотальный дефицит железа? Мой девиз: БАДы с умом и только под надзором врача! Нехватка витаминов, некоторых микроэлементов определяется клинически, на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра. Из лабораторных показателей – общий анализ крови, ферритин (депо железа), витамин В-12, витамин Д. По показаниям – анализ волос на микроэлементы по методу Скального. Все эти исследования может назначить квалифицированный терапевт, диетолог-нутрициолог.

Проблема лишнего веса решается проще всех. Меньше есть и больше двигаться, соблюдать баланс между поступающими и потраченными калориями, включать в рацион достаточное количество белковой пищи, полезных жиров, сложных углеводов, пищевых волокон. Помнить про режим сна, водно-питьевой режим (30 мл/кг/сутки). Ежедневно проходить 8–10 тысяч шагов. Сбалансированность рациона – это наша с вами диетологическая грамотность. Если внимательно читать этикетки, знать источники тех самых полезных КБЖУ, свою норму КБЖУ, контролировать анализы и грамотно дополнять рацион БАДами, избегать «пищевого разврата» – стройная фигура и отличное самочувствие обеспечены.

Что значит для российских ученых мораторий на учет их статей в зарубежных научных журналах



Рассказывает **Егор Заdereев**, кандидат биологических наук, популяризатор науки, научный блогер, лауреат диплома Клуба научных журналистов премии «Просветитель-2009», конкурса текстов в научных блогах STRF-2012, конкурса инновационной журналистики Tech in Media-2014.

Простого ответа здесь не получится, так как сначала нужно понять, какую роль играют научные статьи и журналы, какие они бывают и почему вокруг них столько шума. Мы можем копать вглубь и вширь, пытаясь разобраться, чем занимаются ученые, как оценивать эффективность их труда, что является единицей такой оценки. В настоящий момент в фундаментальной науке основной единицей измерения научной информации является статья в соответствующем журнале. В этой парадигме главная цель ученого – это получение нового знания. В случае прикладных исследований целевые установки и критерии успеха могут меняться. Так, по другим правилам могут жить научно-исследовательские отделы частных компаний, конструкторские бюро военной или

секретной тематики и прочие. Также стоит отметить, что в большей степени все рассуждения ниже относятся к естественным наукам. Роль научных статей в гуманитарных науках чуть ниже. Однако и здесь есть нюансы. Если говорить о таких областях знания, как экономика, социология, психология, то, безусловно, работа на передовом крае этих направлений строится на аналогичных принципах открытых публикаций в рецензируемых журналах. Для того чтобы быть опубликованной, статья должна пройти этап экспертизы, который чаще всего организует редакция журнала, приглашая независимых экспертов прокомментировать текст статьи. Чем быстрее становился обмен информацией, тем больше возможностей появлялось у ученых отправлять статью в любой журнал мира, и тем проще редакциям было привлекать любых рецензентов.

Раньше функции точек сборки журналов выполняли библиотеки. Ученый приходил, рылся в каталоге, просматривал подписки журналов. Изданий становилось больше, стали появляться так называемые реферативные журналы (РЖ) – толстые тома, где специалисты группировали краткие аннотации статей из разных научных журналов по темам. Я помню, как приходил в библиотеку, открывал реферативный журнал по теме биологии, например, за прошлый месяц, и пролистывал страницы мелкого шрифта, читая аннотации статей. Если какая-то меня интересовала, я либо брал журнал с полки, либо заказывал копию статьи по межбиблиотечному обмену, либо писал письмо ученому в далекую страну, чтобы он мне прислал копию статьи. Все это было жутко медленно и малоэффективно, но в целом работало. В каком-то смысле скорость обмена и индексации ограничивала возможности роста количества журналов. Больше количество система просто не переварила бы. К статьям, соответственно, отношение тоже было доволь-

но трепетное – писали их основательно и часто на основании многолетних исследований. Важный раздел каждой статьи – список цитируемой литературы, где авторы ссыла-

В каком-то смысле скорость обмена и индексации ограничивала возможности роста количества журналов.

ются на предшественников, единомышленников или оппонентов. Ученый подтверждает свои рассуждения, упоминая, что было сделано раньше или параллельно. На важные статьи, которые подтолкнули других к новым мыслям или экспериментам, может быть много ссылок. Некоторые проходят незамеченными, и на них никто не ссылается (хотя могут и читать).

С появлением интернета быстро пришло понимание, что не очень удобно ходить в библиотеки, листать подшивки или собирать аннотации статей в толстые тома – ведь можно сделать онлайн базу-каталог научных статей. Более того, если в такую базу внести не только информацию о самой статье, но и о статьях, на которые в ней есть ссылки, то можно легко определить, сколько ссылок в разных публикациях, если они, конечно, тоже индексируются в базе, набрала та или иная статья. Это привело к буму наукометрии и позволило вычленять самые влиятельные статьи, считать материалы, в каких журналах в среднем получают больше ссылок, сравнивать между собой области исследований по числу публикаций и ссылок и прочее, прочее. Такие базовые и производные понятия наукометрии, как импакт-фактор журнала, число цитирований статьи, Хирш индекс ученого, влиятельные публикации или направления исследований, возникли в результате развития подобных онлайн-инструментов индексирования статей.

(Примечание: полезная ссылка и видео об основах наукометрии от эксперта одной из таких систем учета публикаций http://ksc.krasn.ru/news/tips_from_the_expert_on_bibliometry/)

Заработали положительные и отрицательные обратные связи. Если ученый знает, в каком журнале чаще ссылаются на статьи, значит, он отправляет статью туда в надежде, что и его статья станет заметной. Чем больше статей получает редакция, тем легче ей вы-

брать качественные, которые потом, возможно, станут влиятельными и наберут ссылки. И наоборот, в журналы, где статьи цитируют не так часто, реже присылают рукописи новых статей, соответственно, и выбор у редакции меньше. Приходится публиковать статьи чуть похуже.

Доступ к информации, ее обработка стали проще. Ученых стало больше. Чиновники начали использовать критерии количества статей, качества журналов, где они опубликованы, и количества ссылок на статьи, как KPI в управленческой деятельности. С одной стороны, это привело к некому снижению ценности одной статьи. Ученые стали публиковаться чаще, а значит, количество материала, которое они вкладывают в единицу научной продукции, стало меньше. С другой стороны, спрос повлиял на предложение, и стали появляться новые журналы. Так как журналы могут быть разного качества, то создатели систем индексации публикаций начали контролировать их учет. Чтобы базе доверяли (а иначе кто заплатит деньги за доступ к ней), журнал должен отвечать входным критериям: качественная экспертиза, регулярность, доступность и прочее. В целом вся система держится на том, что она распределена,

в ней огромное количество игроков, игрокам важна репутация, и есть конкуренция. Можно представить себе ситуацию, когда мы создаем журнал, размещаем там без рецензии неverified информацию, по договоренности ссылаемся на эти статьи во втором (пример с двумя журналами упрощен, известны примеры создания целых карусельных семейств журналов), созданном нами же, журнале и набираем цитирования. Такой журнал или семейство журналов (или издательство) будет называться хищническим, и системе, основанной на репутации, не выгодно его появление. Она его либо сразу не пропускает, либо быстро вычисляет и вычеркивает. При этом системе, работающей на формальных KPI и не за-



С появлением интернета быстро пришло понимание, что не очень удобно ходить в библиотеки, листать подшивки или собирать аннотации статей в толстые тома – ведь можно сделать онлайн базу-каталог научных статей.

интересованной в реальном качестве результата, такой журнал может быть благом.

Однако параллельно с этой глобальной системой публикаций (у которой, кстати, тоже есть масса своих проблем, связанных с доступом к информации, конкуренцией платных и бесплатных журналов, и она очень сильно эволюционирует в последнее время – об этом следует развернуто говорить отдельно) существует и другой мир. Журналы, которые не входят в базы данных научных статей, чаще всего издаваемые университетами, небольшими национальными издательствами или обществами. Если редакции таких журналов не предпринимают особых усилий для попадания в базу данных, то они туда и не попадут. В таких журналах даже может быть какая-то экспертиза (или ее подобие). Они в целом могут даже не имитировать, а честно выполнять основные функции научного журнала, но в силу малого потока часто слабых статей они близки к понятию имитационной науки, хотя часто не являются ею. Иногда это происходит от бедности, иногда от косности, иногда от странных желаний иметь «суверенную» науку. Основная беда такого подхода, что в отсутствии конкуренции и в силу малого количества экспертов, часто пересекающихся с авторами статей, рецензирование там условное, а сами статьи не включены в мировой процесс получения нового знания.

В мире сейчас две больших международных базы данных индексирования журналов и научных статей. Понятно, что они в первую очередь интегрируют статьи, издаваемые на английском языке или имеющие переводные версии. Впрочем, и международный язык науки сейчас английский. Российских журналов в них не так много, хотя их число медленно растет из года в год. До последнего времени одним из национальных приоритетов, финансируемых из государственного бюджета, было увеличение количества российских журналов, индексируемых международными системами учета научных публикаций. Но сам по себе факт прописки журнала для ученого, особенно вовлеченного в процесс получения

Как показывает мировая практика, наука развивается быстрее там, где идеями обмениваются, первые стимулируют вторых, а те, в свою очередь, первых.

Плохая новость, что в случае длительного отсутствия внешнего стимула публиковать качественные статьи часть сообщества может расслабиться и пойти по легкому пути некачественных публикаций, конвертированных в отчеты и деньги.

фундаментального знания, не имеет большого значения. Сегодня важна скорость и качество работы редакции, доступность журнала для максимального числа пользователей, его включенность в базы данных. В условиях жесткой конкуренции важно, чтобы твой результат увидели как можно быстрее и большее количество ученых. Уточнение – все это важно в парадигме науки, которая развивается широким фронтом в результате взаимодействия сотен тысяч исследователей по всему миру. Можно ли в этой системе изолироваться? Допустим, читать статьи других, черпать ценные идеи, а результаты своего труда никому не показывать?

Во-первых, парадоксальным образом утаивание своих идей аукнется тому, кто их утаивает. Как показывает мировая практика, наука развивается быстрее там, где идеями обмениваются, первые стимулируют вторых, а те, в свою очередь, первых. Сейчас в мире практически не осталось островков национальной изолированной науки. Ее точно нет среди развитых стран. Например, научные успехи Китая, который сейчас по многим передовым направлениям исследований выходит на первые места в мире, во многом связаны с политикой стимулирования китайских ученых публиковать результаты своих исследований в международных журналах на английском языке и с созданием большого количества собственных англоязычных журналов, отвечающих критериям качества международных баз учета публикаций. Во-вторых, в отсутствии конкуренции и внешней независимой экспертизы в науке быстро развивается имитация и профанация. Кто-то начинает изобретать велосипед, кто-то просто имитирует научную деятельность (вспоминаем пример с журналом, в котором статьи и ссылки на них – просто результат работы печатного станка).

Отвечаю на вопрос в начале, что значит для российских ученых объявленный мораторий на учет

статей российских ученых в зарубежных журналах. Для самих ученых в краткосрочной перспективе ничего. Те, кто публиковал свои статьи, понимая, что он/она часть мировой науки, все так же заинтересован в таких статьях и будет продолжать это делать. Такому коллективу имитационные статьи не нужны и даже вредны, это потеря времени. Те, кто этого не делал раньше, не будет этого делать и сейчас. Плохая новость, что в случае долговременного отсутствия внешнего стимула публиковать качественные статьи часть сообщества может расслабиться и пойти по легкому пути некачественных публикаций, конвертированных в отчеты и деньги. Также эта ситуация будет плохим стимулом для молодежи. Попав в коллектив имитаторов и приспособленцев, молодой ученый пропитывается атмосферой формального подхода, и после ему трудно привить этику и практику конкурентной науки.

Впрочем, главный ответ будет только сейчас. Текущий мораторий касается отчетной части по государственному заданию. При этом речь идет не о запрете публикаций. Раньше отчетная часть государственного задания и многих программ была напрямую завязана на количестве публикаций в журналах, которые индексируют международные базы данных. Сейчас речь идет об исключении упоминания этих баз как референтной системы. То есть публикация в журнале Nature так и остается публикацией в журнале Nature. Если некая российская система будет учитывать публикацию в журнале Nature как значимую, а показатели по этой российской системе будут записаны как плановые, то данная публикация прекрасным образом учтется. В том, что создаваемые критерии оценки эффективности научной деятельности будут учитывать статьи в международных журналах, сомнений нет. Хотя бы потому, что я знаю некоторых людей, которые на днях собирались на свое первое заседание по выработке этих критериев. Да, теперь они не будут называться журналами, индексируемыми Web of Science или Scopus (это названия двух крупнейших на сегодня международных систем учета научных публикаций), а назовутся, например, журналы из ядра РИНЦ (российский индекс научного цитирования). Но суть от этого не поменяется. Российский индекс научного цитирования создан на основе Российской научной электронной библиотеки e-library и в целом выполняет схожий функционал. К этой библиотеке и индексу много претензий в части, с одной стороны, менее качественного охвата зарубежных публикаций, а с другой – слабых входных критериев к российским изданиям. Но в целом для многих областей науки и исследователей он дает

сопоставимые оценки научной результативности с международными индексами.

Есть небольшая опасность, что нам придется идти некое количество времени по пути создания собственного велосипеда. Все-таки отладить за короткое время мощную систему учета публикаций невозможно. Российский индекс научного цитирования, как уже было упомянуто, в какой-то части выполняет свои функции, но по скорости (очень медленная индексация) и критериям входного качества (при желании можно за деньги зарегистрировать там практически любой сборник тезисов, изданных без какой-либо внешней рецензии) сильно уступает упомянутым зарубежным аналогам. Создать новую систему оценки в короткий срок будет скорее невозможно. Удивительно, но такая попытка уже делалась примерно пять лет назад. Тогда были выделены федеральные средства на создание Карты российской науки, которая должна была стать «информационной системой, предназначенной для регулярного автоматического обновления информации об ученых и организациях (включая показатели их деятельности), осуществления статистического анализа научно-исследовательской активности и обеспечения основы для создания аналитических материалов о состоянии российского сектора научных исследований и разработок» (цит. по Википедии). По моему мнению, тестовый вариант системы был не плох и мог быть доработан. В этом случае в данный момент мы бы имели российский инструмент для планирования, учета и контроля государственной научной отчетности. Но несмотря на потраченные средства (по оценкам, сумма затрат с 2013-го по 2017 год составила 450 млн рублей) она получила большое количество критики, и проект был законсервирован, а позже полностью прекращен.

Так что мой прогноз: в новой системе оценки будет использован российский движок (РИНЦ), который, скорее всего, будет ужесточен и в этом плане станет сильно коррелировать в своих оценках со сложившейся иерархией научных журналов в результате их учета международными базами данных.

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Успешная сердечно-легочная реанимация у пациента с непрерывно рецидивирующей фибрилляцией желудочков на фоне острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST с зубцом Q

С.А. Чупахин, Е.В. Божко, А.Ю. Терёхин, С.А. Розайненко, С.М. Брюховец, С.А. Устюгов, Е.В. Попова, Е.А. Пучкарева

Пациент Б. 56 лет поступил 30 марта 2022 года с диагнозом «ИБС острый с подъемом сегмента ST без зубца Q нижний с захватом боковой стенки, верхушки инфаркта миокарда левого желудочка». Был доставлен в больницу через два часа после обнаружения симптомов. На догоспитальном этапе помощь оказана в соответствии с федеральным стандартом (морфин 1% 1 ml, тикагрелор 180 мг, аспирин 250 мг).

Из анамнеза: повышение артериального давления (АД) длительно, гипотензивная терапия регулярно (тенорик), максимальное АД 170/90 мм.рт.ст., адаптирован к АД 125/80 мм.рт.ст., острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) ранее отрицает, острый инфаркт миокарда (ОИМ) ранее отрицает. Клиника стенокардии до этого не отмечалась, коронарография не проводилась.

30 марта после подъема по лестнице у пациента появились интенсивные давящие боли в грудной клетке. Вызвал скорую помощь. По ЭКГ – картина ОИМ нижней стенки левого желудочка (ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 76 в мин., элевация ST II III AVF V4 V6 1,5 – 4 мм, реципрокная депрессия ST I AVL V1-V3, признаки гипертрофии левого желудочка. Частая желудочковая экстрасистолия).

После выполнения стандартных действий,

предусмотренных при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом на этапе поступления в ККБ, анестезиологическая бригада экстренно доставила мужчину в рентгеноперационную отделения РХМДЛ.

При перекладывании на стол в рентгеноперационной у пациента развилась фибрилляция желудочков (зафиксирована по монитору ЭКГ) – клиническая смерть. Произведена дефибрилляция разрядом 300 Дж, кратковременно восстановился синусовый ритм, сознание, дыхание, адекватная гемодинамика.

С этого момента и до восстановления проходимости правой коронарной артерии у Б. отмечалась непрерывно рецидивирующая фибрилляция желудочков. На фоне реанимационных мероприятий, электроимпульсной терапии (ЭИТ, дефибрилляция) и антиаритмической терапии – кратковременное восстановление синусового ритма с частой желудочковой экстрасистолией, переходом в желудочковую тахикардию типа «пируэт» (torsade de pointes) с исходом в ФЖ.

Все описываемые манипуляции производились на фоне реанимационных мероприятий: непрямой массаж сердца, дефибрилляция разрядами 300 и 360 Дж (всего – 25 разрядов в течение первых 40 минут пребывания в рентгеноперационной) на фоне антиаритмической терапии (амиодарон 5 мг/кг исходно, с неоднократными повторными введениями, с превышением суточной дозы) лидокаин 1,5 мг/кг исходно, с неоднократными повторными введениями, с превышением суточной дозы), аспаркам суммарно

60 мл (дробно), сульфат магния 25% суммарно 40 мл (дробно), кардиотоников (адреналин 1 мг болюсом, норадреналин 0,13 мкг/кг/мин), интубация трахеи термопластической трубкой 8,0 (фентанил 200 мкг, пропофол 100 мг, цисатракуриум 10 мг), перевод на ИВЛ в режиме Volume Control с FiO₂ 80% до достижения SpO₂ 97 – 99%. Пункция и катетеризация правой внутренней яремной вены под УЗИ и рентген-контролем с установкой двухпросветного катетера 7 Fr, (ретроградный ток венозной крови свободный, катетер фиксирован к коже лигатурой). Поддержание анестезии – пропофол 100 мг, цисатракуриум 10 мг в/в.

Инфузия в течение вмешательства – 250 мл Sol.NaCl 0,9%.

На коронарографии: правый тип кровоснабжения миокарда. Диффузные изменения коронарных артерий. Критический стеноз первой трети передней межжелудочковой артерии (ПМЖВ), стеноз средней трети ПМЖВ на протяжении 75%. Тромботическая окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) при переходе в горизонтальную часть.

Выполнена реканализация ПКА, установлен стент ПКА методом «прямого стентирования» Supraflex Cruz 3,50x24 мм.

В ОАиPN² было продолжено проведение ИВЛ. В состоянии пациента отмечена быстрая положительная динамика – в течение часа с момента поступления прекращена инотропная стимуляция. Интересна динамика показателей лактата крови, повышение которого характерно для кардиогенного шока. При поступлении в ОАиPN² 6,1 ммоль/л, днем – 4,9 ммоль/л, вечером этого же дня 1,9 ммоль/л.

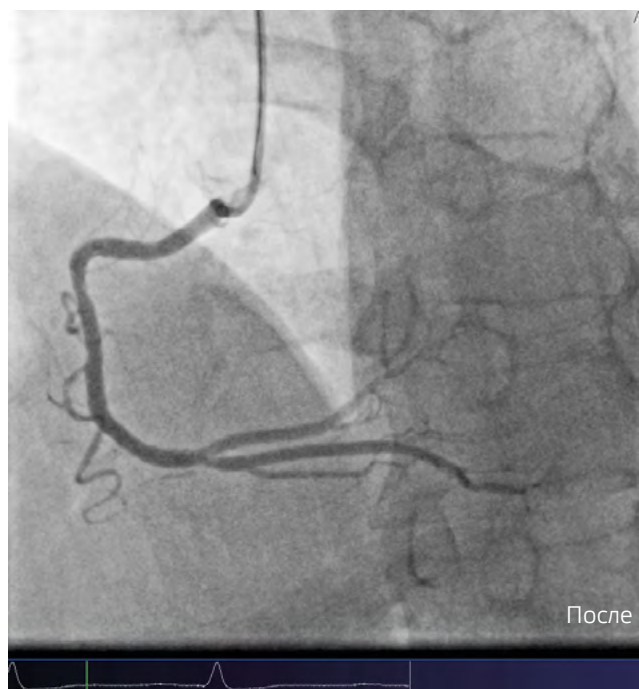
Выполнена ЧТКА (чрескожная коронарная транслюминальная ангиопластика) ПМЖВ баллонным катетером 3,0x20 мм, установлены стенты ПМЖВ Promus PREMIER 4,0x32 мм. Promus PREMIER 4,0x16 мм.

Состояние стабилизировано после реканализации и стентирования ПКА и стентирования ПМЖВ – у пациента синусовый ритм с единичными желудочковыми экстрасистолами, адекватная гемодинамика на фоне небольших доз норадреналина.

При переводе: состояние тяжелое, медседа-



LCA – левая коронарная артерия. Исходная коронарография до и состояние после стентирования.



RCA – правая коронарная артерия. Исходная коронарография до и состояние после стентирования.

ция, зрачки D=S, средней величины, реакция на свет сохранена. Кожные покровы бледно-розовые, теплые. ИВЛ аппаратом MAQUET, в дальнейшем – транспортным аппаратом ИВЛ, SpO₂ 98 – 100%, дыхание проводится по всем легочным полям. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70, АД 140/80 мм рт ст на фоне инотропной стимуляции норадреналином в дозе 0,13 мкг/кг/мин. Был переведен анестезиологической бригадой в ОАиПН^{№2}.

В течение дня исключено наличие желудочно-кишечного кровотечения (пациент во время фибрилляции желудочков прикусил язык, в связи с чем по назогастральному зонду было геморрагическое отделяемое).

Вечером 30 марта на фоне восстановления сознания, мышечного тонуса, адекватного самостоятельного дыхания, стабилизации гемодинамики и КЩР (газового состава крови) пациент был экстубирован (переведен на самостоятельное дыхание). Время пребывания на ИВЛ составило 11 часов 15 минут.

Через день больной был переведен в отделение кардиологии №3. В дальнейшем ангинозные боли не рецидивировали. В процессе обследования у Б. был выявлен синдром дислипидемии, проявления атеросклероза – стенозы и атеросклеротические бляшки, не лимитиру-

ющие кровоток, обнаружены при проведении ДС с ЦДК артерий нижних конечностей и ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий. Также было установлено, что пациент наблюдается гематологами по поводу истинной полицитемии.

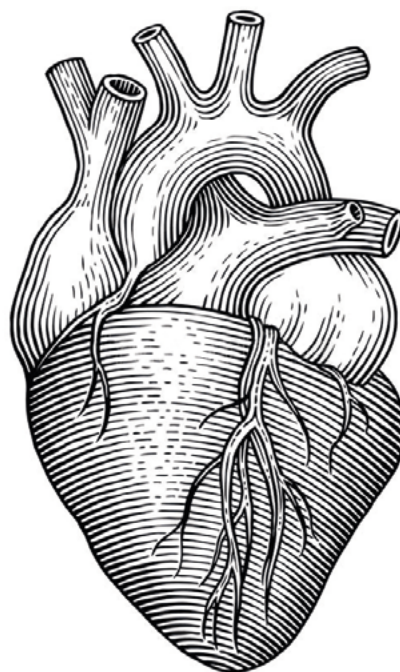
В связи с длительной (40 минут) сердечно-легочной реанимацией пациент дважды осмотрен медицинским психологом. Определено, что когнитивные функции соответствуют возрастным изменениям и преморбидному интеллектуальному уровню. При первом осмотре отмечались субклинические проявления тревоги и депрессии, в связи с чем пациент был обучен методикам коррекции ситуативной тревожности. При контрольном осмотре зафиксирована положительная динамика в виде улучшения общего физического и эмоционального состояния, улучшения качества сна.

13 апреля пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями наблюдения у терапевта и кардиолога по месту жительства, соблюдения оптимального варианта питания (DASH диета), поддержания индекса массы тела менее 25–26 кг/м², ограничения тяжелых физических нагрузок, отказа от курения и чрезмерного употребления алкоголя.

Для амбулаторного приема назначены тикагре-лор по 90 мг два раза в день в течение не менее 12 месяцев после выписки, ацетилсалициловая кислота 100 мг, метопролола сукцинат 25 мг, эплеренон 25 мг с последующим увеличением дозы до 50 мг под контролем концентрации калия в крови, рамиприл 25 мг, аторвастатин 80 мг, пантопразол 20 мг. Ситуационно для купирования приступов стенокардии использовать препараты нитроглицерина.

Рекомендовано провести контроль липидного спектра, АлТ и АсТ через 4–6 недель после выписки. При не достижении целевых значений добавить эзетемиб 10 мг. Рекомендовано контролировать липидный спектр, АлТ и АсТ не реже одного раза в 3 месяца, затем не реже одного раза в 6 месяцев.

Кроме того, пациент записан в кардиодиспансер ККБ для дальнейшего наблюдения кардиолога.



В данном клиническом случае обращают внимание несколько моментов:

1. Пациент был доставлен в стационар в течение острейшей стадии инфаркта миокарда, о чем свидетельствует нормальный уровень кардиоспецифических ферментов на фоне очевидной клинической картины и изменений по ЭКГ: тропонин I при поступлении 8,3 пг/мл, в пределах референсных значений, резкое увеличение отмечено через 24 часа – тропонин I 50 000 пг/мл, МВ-КФК 88,3 Ед/л, креатинкиназа 3796 Ед/л, АСТ 201,8 Ед/л.

2. Несмотря на длительную сердечно-легочную реанимацию и многократную электроимпульсную терапию у пациента не отмечено критических изменений миокарда по эхокардиографии. При умеренном снижении сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ) и наличии гипокинезов 5 и 6 сегментов ЛЖ показатели фракции выброса по Тейхольцу 53%, КДР 5,4 см, КСР 3,9 см, КДО 144 мл, КСО 67 мл, УО 77 мл. Также отмечена гипертрофия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, умеренная легочная гипертензия 35 мм рт ст.

3. Несмотря на длительную сердечно-легоч-

ную реанимацию и многократную электроимпульсную терапию у пациента не отмечено снижения когнитивных функций.

4. Несмотря на введение антиаритмических препаратов, препаратов калия и магния, адекватной анальгезии и седации, проведения электроимпульсной терапии максимальными разрядами у пациента сохранялись стойкие желудочковые нарушения ритма сердца – фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия. Стабилизация синусового ритма достигнута только после реканализации тромбоза правой коронарной артерии и восстановления адекватного кровотока в ее бассейне. Стабилизация гемодинамики достигнута после стентирования ПМЖВ и восстановления адекватного кровотока. При этом отмечается отсутствие аритмий после стентирования ПКА и ПМЖВ.

5. Отмечая грамотную и своевременную помощь на всех этапах транспортировки пациента необходимо признать, что при развитии описанных нарушений ритма в какой-либо иной локализации (кроме рентгенооперационной) исход данного клинического случая был бы фатальным.



Практически все пациенты, когда врач назначает методы диагностики, связанные с воздействием рентгеновских лучей, ультразвука или электромагнитного излучения, понимают ценность и необходимость таких исследований – они весьма информативны и дают возможность точно назначить лечение. Но страх перед потенциальным вредом заставляет пациентов вновь и вновь задавать вопросы – отвечаем.

Как правило, больший страх вызывает ионизирующее излучение. Лучи, открытые в 1895 году немецким физиком Вильгельмом Конрадом Рентгеном, способны разбивать молекулы на составные части, поэтому под их воздействием могут пострадать клетки живого организма – как их оболочки, так и внутриядерные генные структуры – молекулы ДНК и РНК. Таким образом, жесткое рентгеновское излучение (радиация) может повреждать клетки тканей и вызывать мутации, которые чреваты, например, раковым перерождением. А также, влияя на половые клетки, увеличивать вероятность уродств у последующего поколения. Однако не все диагностические методы сопровождаются именно рентгеновским излучением, и второй момент – принципиальную роль играет доза. Давайте разбираться.

Из всех лучевых методов диагностики только три связаны с радиацией: рентген (в том числе

флюорография и маммография), сцинтиграфия и компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография (МРТ) в качестве «просвечивающего» агента использует электромагнитные волны, а УЗИ – ультразвук, то есть механические колебания сродни тем, что мы слышим ухом. Вредное действие таких видов диагностики, как МРТ и УЗИ, не доказано.

Особо чувствительны к ионизирующему излучению те ткани, где происходит быстрый рост и интенсивное деление клеток: костный мозг, кожа, слизистые оболочки, ткани плода у беременных. По этой причине дети также более уязвимы перед радиацией по сравнению со взрослыми.

Всякое проведенное рентгенологическое исследование должно заноситься в историю болезни или амбулаторную карту пациента, для того чтобы можно было посчитать лучевую нагрузку

на организм. Каждый пациент вправе спросить у рентгенолога или лечащего врача, сколько составила его «эффективная эквивалентная доза» в ходе проведения исследования. Это именно тот показатель, который говорит о потенциальном вреде процедуры. ЭЭД измеряется в милли- или микрозивертах — сокращенно «мЗв» или «мкЗв». Миллизиверт – это тысячная доля зиверта, а микрозиверт – тысячная доля миллизиверта. Любой современный диагностический аппарат снабжен встроенным дозиметром, который после обследо-

вания показывает цифры ЭЭД.

Роспотребнадзор в 2007 году ввел методические рекомендации № 0100/1659-07-26, где приводятся средние показатели «вредности» разных видов рентген-исследований, они приведены в таблице. В силу того, что развитие технологий не стоит на месте и диагностическое оборудование совершенствуется с каждым годом, можно предположить, что аппараты, выпущенные после 2007 года, дают еще меньшие дозы облучения.

Часть тела, орган	Доза мЗв/процедуру	
	плёночные	цифровые
Рентгенограммы		
Грудная клетка	0,3	0,03
Конечности	0,01	0,01
Шейный отдел позвоночника	0,2	0,03
Грудной отдел позвоночника	0,5	0,06
Поясничный отдел позвоночника	0,7	0,08
Органы малого таза, бедро	0,9	0,1
Ребра и грудина	0,8	0,1
Пищевод, желудок	0,8	0,1
Кишечник	1,6	0,2
Голова	0,1	0,04
Зубы, челюсть	0,04	0,02
Почки	0,6	0,1
Молочная железа	0,1	0,05
Рентгеноскопии		
Грудная клетка	3,3	
ЖКТ	20	
Пищевод, желудок	3,5	
Кишечник	12	



Доза, получаемая пациентом при обследовании на компьютерном томографе, сильно вариабельна (примерно от 1,0 до 30 мЗв) и зависит от области исследования (а также массы и объема тела пациента), типа сканирования и выбранной программы для диагностики определенной патологии.

Получается, самую большую дозу можно получить при рентгеноскопии (из-за длительности нахождения под лучами, здесь может определяться динамическое функционирование органа) и компьютерной томографии (здесь делается множество снимков-срезов, дающих изображение в высоком качестве). Самая высокая доза может быть получена на компьютерной томографии при одновременном сканировании нескольких областей (например при политравме).

Для того чтобы снизить потенциальный вред от рентгенодиагностики, имеются специаль-

Реально опасная доза составляет для взрослого человека от 3 Зв. Она в 150 раз превышает допустимую годовую для рентгенологов и получить ее при проведении нескольких исследований в год просто невозможно.

ные средства защиты с содержанием свинца – фартуки, воротники, пластины, накладки, они защищают те части тела, которые в исследованиях не нуждаются, а также защитные ширмы и окна для защиты медицинского персонала. Воздействие также будет менее вредным, если исследования проводить дальше друг от друга по времени. Иными словами, флюорографию каж-

дый месяц делать не целесообразно (ее необходимо проходить раз в год или полгода для групп риска).

Все-таки сколько исследований мы можем «позволить» себе в течение года? На сегодняшний день норм предельно допустимых доз при клинически обоснованной диагностике нет. Врач, назначая одно или серию исследований, должен учитывать их целесообразность и сопоставлять пользу с потенциальным вредом. В ряде случаев очень важно отслежи-

вать динамику процессов. Например, при некоторых формах пневмонии делают рентген грудной клетки каждые 7-10 дней, это позволяет оценить эффективность лечения. Другой пример – необходимо оценить правильность срастания костей при переломе, здесь так же, скорее всего, будет назначено контрольное исследование.

Для работников рентгенотделений, а также других специальностей, связанных с работой с источниками ионизирующего излучения (персонал группы А и группы Б – СанПиН 2.6.1.2523-09 от 7 июля 2009), на сегодня установлена среднегодовая нагрузка в 20 мЗв. Но и эта доза не означает, что при ее превышении даже в два-три раза у человека разовьется лучевая болезнь. Эта условная граница, за которой увеличивается риск снижения иммунитета и появления заболеваний, связанных с ним. Реально опасная доза составляет для взрослого человека от 3 Зв. Она в 150 раз превышает допустимую годовую для рентгенологов, и получить ее при проведении нескольких исследований в год просто невозможно.

Если вы никогда не делали рентгенологических исследований, живете в экологически чистом месте и ведете здоровый образ жизни, то некоторую дозу ионизирующего излучения вы все равно получаете. Это называется естественным радиационным фоном. Естественными источниками радиации являются солнце и недра земли. Так, жители горных районов получают в несколько раз больше радиации по сравнению с жителями равнин. В городах и вблизи промышленных предприятий естественный фон усиливается техногенным. Но не стоит думать, что полное исключение излучения положительно скажется на наших организмах, в определенных пределах оно необходимо, иначе замедлится клеточное деление, которое приведет к раннему старению. На целебном свойстве малых доз радиации основан общеукрепляющий и лечебный эффект радоновых ванн – известной санаторной процедуры.

Обычно каждый из нас получает 2–3 мЗв естественной радиации в год. Для сравнения, при цифровой флюорографии вы получите дозу, равную естественному облучению за 7–8 дней в году. А полет на самолете принесет около 0,002 мЗв в час, плюс работа сканера в зоне контроля 0,001 мЗв за один проход, что эквивалентно дозе за 2 дня в отпуске на пляже.

Центр компетенций по внедрению рекомендаций Росздравнадзора

Для совершенствования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях, в рамках соглашения между ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, КГБУЗ ККБ, министерством здравоохранения Красноярского края в сентябре 2018 года создан Центр компетенций.

Центр компетенций ККБ предлагает обучение современным методикам управления и создания системы менеджмента качества

- Мастер-классы (стажировки) на рабочем месте по различным направлениям
- Семинары и тренинги по управлению компанией на базе стандартов ISO
- Семинары на базе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Семинары по нозологиям
- Консалтинговое сопровождение

Контактная информация

Николаева Надежда Михайловна
+7 (902) 922 9747

Головина Наталья Ивановна
+7 (904) 895 6510

Электронная почта smkkkb@bk.ru

 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Хирургическое лечение болезни Крона с локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки, осложненной кишечной непроходимостью, мочепузырно-тонкокишечным свищом и объемным воспалительным инфильтратом брюшной полости

Д.Н. Тараденко, М.А. Фирсов, В.Г. Самсонюк, М.В. Песегова, А.А. Кузнецова

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), традиционно рассматриваются как гетерогенные заболевания с неизвестной до настоящего времени этиологией, непредсказуемым течением и отсутствием совершенных методов лечения.

Однако результаты наиболее масштабного из всех проводившихся до сих пор клинических исследований, направленных на выяснение причин развития болезни Крона, показали, что в основе ее возникновения лежит глобальное изменение состава кишечной микрофлоры в пользу патогенных бактерий. Исследователям предстоит выяснить, является ли сдвиг в составе кишечной флоры первопричиной, или он сопутствует уже возникшему патологическому процессу.

БК характеризуется поражением любого отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и не имеет способов полного гарантированного излечения. Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ.

По данным мировой литературы, около 50% пациентов с БК нуждаются в хирургическом лечении в течение первых десяти лет от дебюта заболевания. Как правило, самыми частыми показаниями к срочной операции служат кишечная непроходимость, наличие инфильтрата в брюшной полости или возникновение свищей с прилегающими органами. Невозможность радикального излечения пациентов с БК нередко приводит к повторным резекциям, увеличивая риск синдрома короткой кишки.

Даже при полном удалении всех макроскопически измененных отделов кишечника хирургическое вмешательство не приводит к полному выздоровлению: в течение пяти лет клинически значимый рецидив отмечается у 28–45% пациентов, а в течение десяти лет – у 36–61%, что диктует необходимость назначения или продолжения противорецидивной терапии после операций по поводу БК.

Современная тактика хирургического лечения БК направлена на выполнение экономных резекций, в частности тонкой кишки, а при возможности – проведение органосохраняющих вмешательств (стриктуропластика, эндоскопическая дилатация).

На протяжении многих лет медикаментозная терапия БК была ограничена глюкокортикостероидами (ГКС) и иммуномодуляторами, а единственной альтернативой являлось хирургическое лечение. Появление биологических препаратов, в частности ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), повлияло на ход истории заболевания и расширило терапевтические возможности для контроля активности заболевания.

Несмотря на появление биологической терапии, хирургическое лечение продолжает играть важную роль в лечении БК. Сочетание биологической терапии и хирургических методов лечения у больных с осложненным течением БК в настоящее время позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов. Кроме того, одним из основных этапов ведения таких больных является четкая маршрутизация, которая позволяет сократить время на каждом этапе и наиболее быстро оказать помощь пациенту.

Мужчина, 35 лет. В течение 5 лет установлен диагноз «БК тонкой кишки». Получал базисную терапию в Норильске препаратами 5АСК, эпизодически глюкокортикостероидами с кратковременным улучшением.

18.01.2022 года поступил в Краевую клиническую больницу, в отделение урологии, в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, наличие кишечного содержимого в моче. При обследовании выявлены мочепузырно-тонкокишечный свищ (на R-грамме цистографии: по правой стенке мочевого пузыря определяется извилистый узкий свищевой ход, соединяющийся со слепой кишкой) и признаки тонкокишечной непроходимости. В течение недели проводилась коррекция водно-солевых нарушений, анемии, антибактериальная терапия, нутритивная поддержка.

26.01.2022 года проведена лапаротомия, резекция илеоцекального угла.

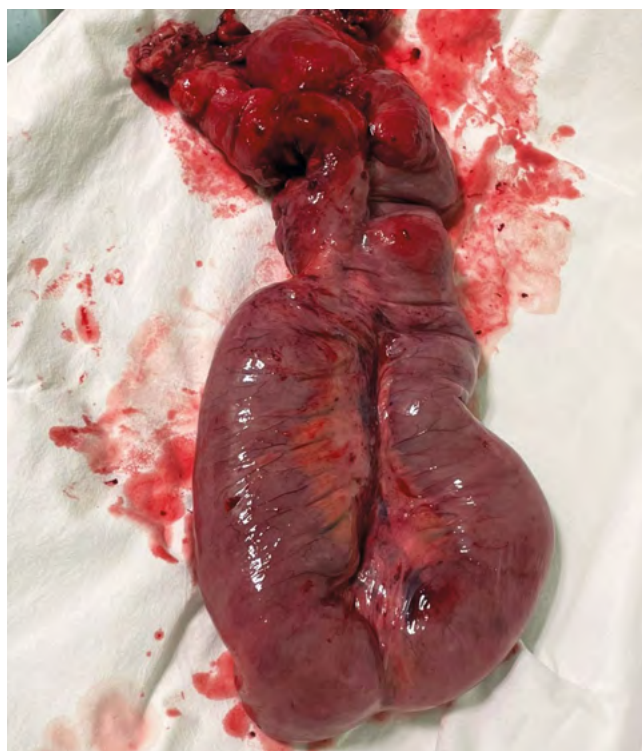
Из протокола операции:

Под общим обезболиванием после обработки операционного поля произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости выраженный спаечный процесс в основном по ходу петель кишечника и большого сальника. Произведен адгезиолизис.



При ревизии в нижнем этаже брюшной полости определяется конгломерат, состоящий из верхушки мочевого пузыря, трех петель подвздошной кишки, в перифокальное воспаление вовлечены сигмовидная кишка в ее середине на протяжении 10 см, купол слепой кишки, верхушка червеобразного отростка.

Сигмовидная кишка, купол слепой кишки и червеобразный отросток сравнительно легко выделены из конгломерата, макроскопически, без каких-либо выраженных патологических изменений, за исключением небольшой воспалительной инфильтрации. Верхушка мочевого пузыря вовлечена в конгломерат на площади примерно 4x4 см. Непосредственно к ней плотно, практически неразделимо, подпаяна терминальная петля подвздошной кишки в 15 см от илеоцекального угла. Терминальный участок подвздошной кишки, примерно 45–50 см, вплоть до баугиниеву заслонку, очень плотный, ригидный, инъецирован сосудами, стенка резко утолщена, выше него примерно 60–70 см свободной петли подвздошной кишки, дилатированной до 10 см, заполненной жидким кишечным содержимым. Эта петля вновь возвращается к конгломерату, где так же плотно, практически неразделимо, подпаяна на протяжении 15–20 см к конгломерату. Здесь стенки кишки утолщены, но без выраженной инфильтрации и гиперемии, не инъецированы сосудами. Оставшиеся верхние отделы тонкой кишки, примерно 220–230 см, вплоть до связки Трейца, незначи-



тельно дилатированы, не инфильтрированы, но стенка их умеренно утолщена (по типу хронической непроходимости).

Верхушка мочевого пузыря выделена из конгломерата, при этом выявлено соустье полости мочевого пузыря и просвета подвздошной кишки до 3–4 мм в диаметре. Участок верхушки мочевого пузыря с кишечным соустьем, вовлеченный в конгломерат, 4х4 см, резецирован, препарат направлен на гистологическое исследование. Стенка мочевого пузыря ушита, наложена эпицистостома.

Произведена резекция терминального отдела подвздошной кишки, вовлеченного в конгломерат, примерно 120 см, единым блоком с баугиниевой заслонкой и участком слепой кишки с основанием червеобразного отростка (аппендэктомия). Препарат направлен на гистологическое исследование.

Наложен ручной двухрядный энтероцекоанастомоз «конец в бок» нитью «Полисорб-3/0».

Люмботомия слева – дренирование брюшной полости дренажом «Блэкдрейн», две трубки по левому боковому каналу в полость таза и вверх под диафрагму, подключенные к активной аспирации. Контроль гемостаза – сухо. В брюшную полость введено 30 мл 1%-го раствора диоксида. Лапаротомная рана послойно ушита наглухо, до перчаточного дренажа в предпузырной клетчатке. Спирт. Асептическая повязка. Дивульсия ануса.

Препарат для исследования

1. Участок верхушки мочевого пузыря с отверстием – кишечное соустье.
2. Терминальные 120 см подвздошной кишки с баугиниевой заслонкой и червеобразным отростком – на разрезе терминальные 45–50 см слизистая в виде «булыжной мостовой», изъязвлена, стенка резко утолщена, инфильтрирована, инъецирована сосудами

Диагноз K50.0

«Болезнь Крона тонкой кишки»

БК в форме терминального илеита, тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение. Осложнения: инфильтрат брюшной полости с вовлечением петель тонкой кишки, сигмовидной и слепой кишки, червеобразного отростка, верхушки мочевого пузыря. Мочепузырно-тонкокишечный свищ. Хроническая субкомпенсированная обтурационная тонкокишечная непроходимость. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Дефицит массы тела.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки. Эпицистостома удалена. Учитывая высокий риск рецидива заболевания, пациенту назначена биологическая терапия адалимумабом. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение колопроктолога (хирурга) и гастроэнтеролога по месту жительства.

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Редкий клинический случай атипичной тератоид-рабдоидной опухоли спинного мозга у молодой пациентки

И.М. Иващенко, П.Г. Шнякин, А.В. Ботов, И.С. Усатова, И.В. Вершинин, В.А. Хоржевский

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Атипичная тератоид-рабдоидная опухоль (АТРО) центральной нервной системы – агрессивная высокозлокачественная опухоль, поражающая преимущественно головной мозг и в редких случаях – спинной.

Впервые АТРО была описана в 1978 году J. Beckwith и N. Palmer как рабдомиосаркоидный вариант нефробластомы. В 1996 году L. Roke опубликована работа, в которой эта опухоль ЦНС названа атипичной тератоид-рабдоидной и указано на сочетание в ее гистологической структуре рабдоидного, примитивного нейроэпителиального и мезенхимального компонентов.

Опухоль характерна для детского возраста и составляет 1–2% от всех опухолей ЦНС у детей. При этом на возраст до 3-х лет приходится более 80% случаев АТРО. Редко встречается у детей старше 9 лет, а у взрослых – в казуистических случаях. Проанализировав литературу, удалось найти упоминание об АТРО в 75 статьях, где описаны подобные опухоли у 96 пациентов.

Представляем клинический случай атипичной тератоид-рабдоидной опухоли у женщины 31 года.

Пациентка Л. 1981 г.р. считала себя больной с июля 2021 года, когда впервые почувствовала умеренную боль в пояснице. Она проходила консервативную терапию у невролога по месту жительства, после чего наблюдалась умеренная положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома. Осенью того же года боли стали более постоянными с уменьшением эффекта от консервативной терапии. В октябре

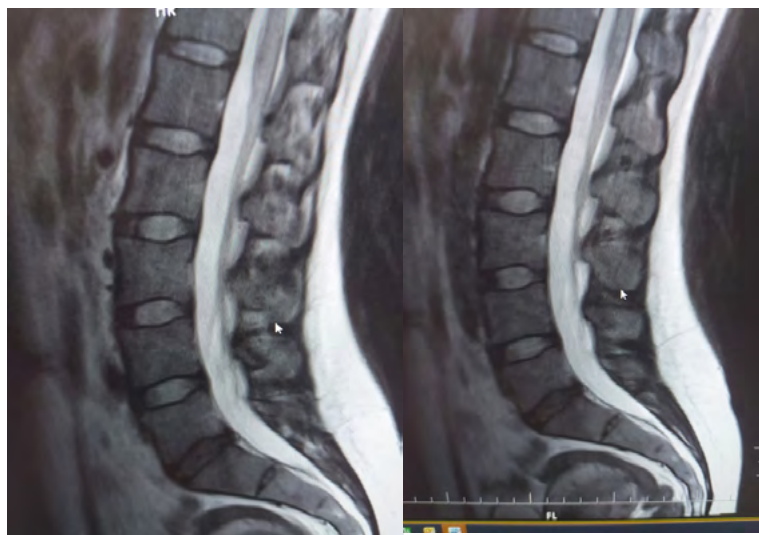


Рис.1. МР-томограммы пациентки Л. от октября 2021 г. Патологии не выявлено (признаки остеохондроза позвоночника).

пациентка самостоятельно выполнила МРТ позвоночника на грудном и поясничном уровнях. Патологии выявлено не было (рис.1).

С середины января к боли в спине присоединились двигательные нарушения со снижением силы в ногах до 2-х баллов слева и 3-х баллов справа, появились чувствительные нарушения. Пациентке было выполнено МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника. На серии МР-томограмм определялась интраэкстрадуральная опухоль с экстравертебральным компонентом, интенсивно накапливающая парамагнетик (рис.2).

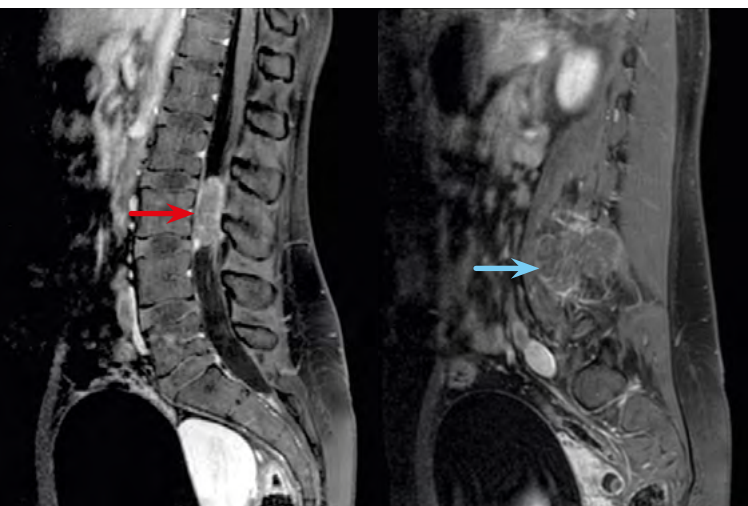


Рис. 2. МРТ позвоночника на груднопоясничном уровне. Красная стрелка – опухоль в позвоночном канале, синяя стрелка – экстравертебральный компонент опухоли.

Пациентка была записана на консультацию к нейрохирургу, однако 28 января 2022 года у нее развилась острая задержка мочеиспускания, и бригадой скорой помощи женщина была доставлена в КГБУЗ «ККБ». Учитывая нарастающий неврологический дефицит в виде каудомедуллярного синдрома, по экстренным показаниям ей выполнена операция: ламинэктомия, удаление интра- и экстрадурального компонентов опухоли.

По данным гистологического исследования заподозрена злокачественная опухоль, проводилась дифференциальная диагностика между опухолью семейства Юинга и лимфомой. Для уточнения диагноза гистологический материал направлен на иммуногистохимическое исследование (ИГХ). По данным ИГХ выставлен крайне редкий тип злокачественной опухоли – атипичная тератоид-рабдоидная опухоль.

Учитывая исключительную редкость такого типа опухоли, особенно для взрослой пациентки, была проведена телемедицинская консультация с пересмотром гистологических и ИГХ-препаратов в патологоанатомическом отделении НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России и получено подтверждение заключения краевого патологоанатомического бюро.

В раннем послеоперационном периоде отмеча-

лась положительная динамика: нарастание силы в ногах, уменьшение зоны гипестезии. На третьи сутки пациентка стала более активной, начала передвигаться по палате, на четвертые сутки восстановилась функция тазовых органов. На 10-е сутки больная в удовлетворительном состоянии выписана с рекомендациями дальнейшего лечения у онколога.

Через две недели состояние Л. начало прогрессивно ухудшаться: стали нарастать проявления нижнего парапареза, опять появились расстройства функции тазовых органов, и пациентку повторно госпитализировали в НХО 2 ККБ. При обследовании на МРТ выявлены признаки прогрессии опухоли (рис. 3).



Рис. 3 МР-томография от 16.02.2022 г. (стрелками указана опухолевая ткань).



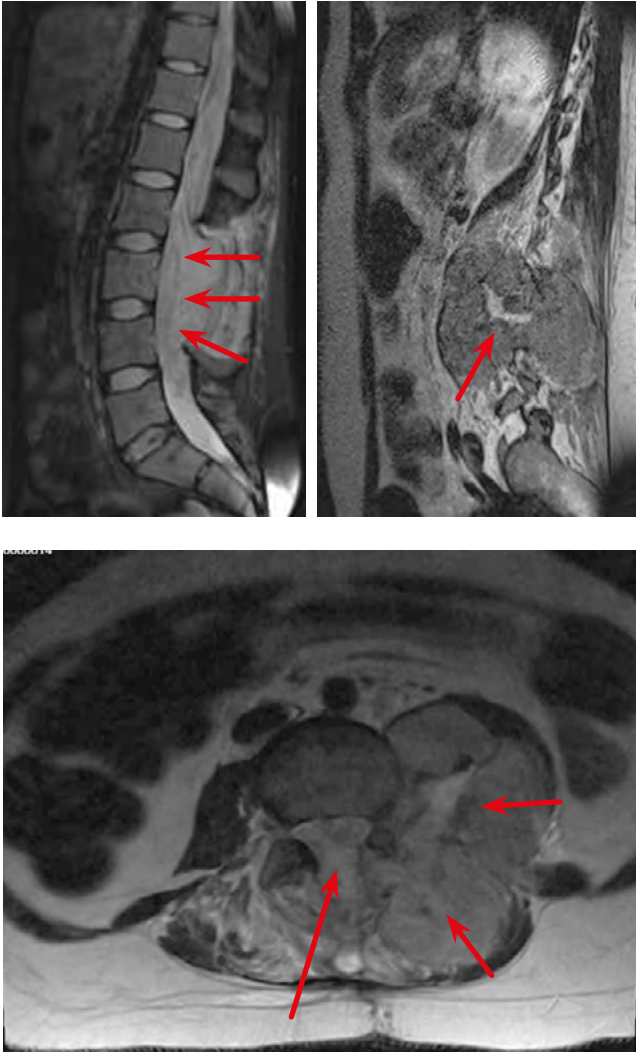


Рис. 4. МРТ пояснично-крестцового отдела от 03.03.2022. Значительное увеличение размеров опухоли в сравнении с результатами МРТ, выполненной двумя неделями ранее.

18 февраля была выполнена операция – реляминэктомия, удаление продолженного роста опухоли.

В ходе повторного оперативного вмешательства выявлена трансформация характера роста опухоли, который теперь приобрел признаки диффузного процесса. Операция, ввиду невозможности радикальной резекции опухоли, получила характер паллиативной. Эффект от нее был непродолжительным, с третьих суток присоединился болевой синдром, парапарез углубился до

параплегии, функция тазовых органов оставалась нарушенной.

3 марта для консультации в федеральных НМИЦ выполнена МР-томография. По МРТ определялась выраженная отрицательная динамика в виде значительного увеличения размеров опухоли, в том числе экстравертебрального компонента, поражение забрюшинных лимфоузлов.

Больная получала симптоматическую терапию. Из федеральных клиник были получены рекомендации по режимам и дозе лучевой и химиотерапии. Однако злокачественный процесс крайне быстро прогрессировал, и 12 марта 2022 года пациентка скончалась.

Заключение

В нейрохирургической практике встречаются разные виды злокачественных опухолей центральной нервной системы, в том числе с достаточно быстрым ростом, однако такой стремительной прогрессии, как в случае с пациенткой Л., мы не отмечали ни разу.

Точно не известно, когда у пациентки развилась опухоль, так как, по данным МРТ от октября 2021 года, признаков ее еще не было, а в середине января 2022-го уже определялась большая опухоль с распространением за пределы позвоночника. При этом после операции опухоль увеличилась почти в три раза от первоначального размера всего за месяц, и пациентка погибла от молниеносной прогрессии злокачественного процесса.

Анализ мировой литературы также дает весьма пессимистичные результаты лечения пациентов с атипичными тератоид-рабдоидными опухолями, и, учитывая редкость патологии, надежных схем терапии, способствующих значительному продлению жизни пациентов, пока не разработано.

Расширение практики грудного вскармливания – первостепенная задача, стоящая перед педиатрами и обществом

В.И. Фурцев, М.Ю. Маслова, Е.В. Будникова, Е.П. Горбылева, Т.В. Курдина

ФГБОУВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», КГБУЗ «КГДБ №8», КГБУЗ «КМДБ №4».

Рациональное питание является одним из основополагающих факторов, обеспечивающих гармоничный рост и развитие детей. В период грудного возраста питание обеспечивает морфофункциональное созревание органов и систем организма ребенка и гарантирует достижение генетически детерминированного возрастного роста и развития. Установлено, что своевременное обеспечение малыша молоком матери в значительной мере определяет качество всей предстоящей жизни.

Грудное вскармливание (далее – ГВ), особенно в период новорожденности и на первом году жизни, обеспечивает не только ближайший, но и отдаленный прогноз здоровья. Это прежде всего показатели качества жизни, интеллектуальные способности, физическая и умственная работоспособность, устойчивость к психическим нагрузкам, стрессу, формирование иммунитета. С помощью естественного вскармливания у детей грудного и раннего возраста можно предупредить: болезни нарушения питания, рахит, анемию, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, снизить вероятность формирования хронических заболеваний, поддержать на относительно качественном уровне жизнь детей, страдающих врожденными и генетически обусловленными аномалиями и заболеваниями. Все это реально достигается при использовании продолжительного грудного вскармливания.

Всемирный альянс грудного вскармливания (WBW, 2021) подчеркнул важность защиты грудного вскармливания как общей ответственности. Общество, и в первую очередь медицинский персонал, должны наращивать усилия по мере приближения к глобальной цели «Устойчивого развития» (ВНА) в области питания на 2025 год, предусматривающей, по крайней мере, 50% исключительно грудного вскармливания в 6 месяцев. Расширение практики грудного вскармливания – это дело, стоящее будущего человечества и планеты.

С 18 по 23 апреля Красноярским краевым центром грудного вскармливания КГБУЗ «КГДБ №8» проводилась **XIX Акция «Неделя грудного вскармливания»** в Красноярске, 2022: «Защита и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях родовспоможения и детства». Ее цель – повышение теоретических знаний и практических навыков медицинских работников по поддержанию практики грудного вскармливания.

С 18 по 23 апреля Красноярским краевым центром грудного вскармливания КГБУЗ «КГДБ №8» проводилась **XIX Акция «Неделя грудного вскармливания»** в Красноярске, 2022: «Защита и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях родовспоможения и детства». Ее цель – повышение теоретических знаний и практических навыков медицинских работников по поддержанию практики грудного вскармливания.

В рамках недели прошли мероприятия:

- конференция для среднего медицинского персонала «Роль дородовых патронажей в практике ГВ». В конференции участвовали медицинские работники родильных домов и детских поликлиник г. Красноярска и Республики Тыва;
- научно-практическая конференция «Грудное вскармливание – инвестиция в качество предстоящей жизни» в КЦОМД №2 (г. Ачинск). Состав слушателей был представлен медицинскими сотрудниками лечебных учреждений Ачинска и студентами медицинского техникума;
- научно-практическая конференция в онлайн-формате с участием ведущих специалистов в области вскармливания детей грудного возраста из Москвы, Республики Саха (Якутия), Читы, Санкт-Петербурга и Красноярска;
- мастер-класс по успешному становлению ГВ в родовспомогательном учреждении и мастер-класс по поддержанию грудного вскармливания на педиатрическом участке.

В мероприятиях недели приняли участие более 500 человек.



В рамках подготовки «Недели грудного вскармливания» для повышения профессиональных навыков по поддержке грудного вскармливания прошел конкурс на лучшего участкового врача-педиатра среди молодых специалистов детских лечебных учреждений Красноярск «Успешное продвижение практики грудного вскармливания на педиатрическом участке». В конкурсе приняли участие врачи краевых учреждений здравоохранения: детских поликлиник №2 и 4, детских больниц №1, 4, 5, 8.

Комиссией был проведен экспертный анализ форм 112/у «История развития ребенка» детей первого года жизни, оценены результаты собеседования по вопросам успешного становления и поддержания практики грудного вскармливания и практических навыков конкурсантов и определены победители:



3 МЕСТО

Олеся Руслановна Попова,
КГБУЗ «КГДБ №8», поликлиника 3

Дарья Александровна Ермолаева,
КГБУЗ «КГДП №2»

Анастасия Владимировна Губина,
КГБУЗ «КМДКБ №1», поликлиника 1

2 МЕСТО

Мария Александровна Макович,
КГБУЗ «КГДБ №8», поликлиника 1

Ксения Алексеевна Байкова, КГБУЗ «КМДКБ №5»

1 МЕСТО

Ангелина Руслановна Спорыхина,
КГБУЗ «КГДП №4»

Гран-при

Дарья Валерьевна Сафина, КГБУЗ «КМДБ № 4»



Награждение победителей благодарственными письмами министерства здравоохранения Красноярского края и ценными подарками состоялось во время открытия научно-практической конференции.



Службе клинической фармакологии РФ

В конце 50-х годов XX века в Центральном институте усовершенствования врачей (в настоящее время РМАНПО) академиком АМН СССР Б.Е. Вотчалом был организован первый цикл усовершенствования врачей «Клиническая фармакология», который пользовался огромной популярностью. Тогда Б.Е. Вотчал емко определил цель клинической фармакологии: сформировать фармакологическое мышление у постели больного. В дальнейшем, в 1971 году, Всемирная организация здравоохранения собрала группу экспертов в области клинической фармакологии и терапии, чтобы дать определение дисциплине «Клиническая фармакология» и обозначить, как она может помочь улучшить применение лекарств при оказании медицинской помощи.

5 мая 1997 года вышел Приказ Минздрава России о введении новой врачебной специальности «Клиническая фармакология». С этого времени стали организовываться клиничко-фармакологические службы в медицинских организациях. Первым клиническим фармакологом в Красноярске и крае стал Владимир Александрович Нетёса.

В.А. Нетёса – выпускник Омского медицинского института. Кандидатская диссертация Владимира Александровича была посвящена изучению лекарственных веществ, действующих на свер-

тывающую систему крови, затем он долгое время проводил сравнительный анализ фармакологической активности алкалоидов сангвинарина и золеритрина, исследование фармакологической активности родиолы розовой, левзеи сафлоровидной.

Кроме базисной фармакологии в сферу научных интересов Владимира Александровича входила активно развивающаяся в стране и в мире клиническая фармакология.

Много сил и энергии было приложено им для организации при кафедре курса клинической фармакологии. С 1982 года и по настоящее время кафедра осуществляет преподавание клинической фармакологии студентам всех факультетов и постдипломное обучение. Посещение в 1994 году Гарвардского университета (Вашингтон, США), изучение опыта по организации системы рационального лекарственного обеспечения показало важное значение клинической фармакологии для практического здравоохранения.

Тесное сотрудничество кафедры и Краевой клинической больницы привело к появлению в 1998 году первого врача клинического фармаколога в клинике, им стала Елена Николаевна Бочанова. Главный врач ККБ Борис Павлович Маштаков поддержал создание новой службы, придавал большое значение вопросам рационального при-



Владимир Александрович Нетёса (1936–2013 гг.), доцент, заведующий кафедрой фармакологии с 1979 года в течение 27 лет.



Слева направо: Ю.А. Вставская, Е.В. Окладникова, О.Ф. Веселова, А.Н. Курдявцева, В.А. Нетёса, Е.Н. Бочанова, Л.Н. Свицерская, Т.В. Биколова

менения лекарственных препаратов. Организация и развитие службы проходило при активном участии заместителя главного врача по медицинской части Натальи Ивановны Головиной.

Первым заведующим отделением клинической фармакологии (2002–2011 гг.) была Елена Николаевна Бочанова, доцент кафедры фармакологии. Активное участие в работе отделения принимали доценты кафедры фармакологии А.Н. Кудрявцева, Л.Н. Сви́дерская. Совместно с клиницистами Т.В. Биколовой, Е.В. Селиверстовой и Е.М. Курц был создан первый Формуляр лекарственных препаратов ККБ, разработаны регламентирующие документы по деятельности врача – клинического фармаколога, в том числе по экспертизе фармакотерапии. Важной особенностью работы в тот период было налаживание взаимопонимания с клиницистами различных специальностей, формирование командного стиля работы, внедрение принципов рациональной антимикробной терапии.



Елена Николаевна Бочанова,
д.м.н., доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии с курсом ПО, научный консультант отделения клинической фармакологии КГБУЗ «ККБ»



Слева направо: А.Н. Кудрявцева, Л.Н. Сви́дерская, Е.Н. Бочанова, Е.М. Курц, Е.В. Селиверстова



Слева направо: А.Н. Кудрявцева, Е.Н. Бочанова, Т.В. Биколова, Л.Н. Сви́дерская, В.А. Нетёса

На современном этапе под руководством Е.М. Курц (зав. отделением с 2011 года) отделение активно участвует в процессах внедрения в ККБ принципов JCA, системы лекарственной безопасности пациентов. Приоритетными направлениями деятельности являются фармакотерапия беременных, фармакотерапия при нарушении функции почек, вопросы профилактики и лечения ВТЭО, антибиотикопрофилактика в хирургии, лечение тяжелых бактериальных инфекций.

Более 10 лет на базе отделения функционирует Центр по фармаконадзору, осуществляющий методическую работу по выявлению и регистрации нежелательных реакций ЛП со всеми МО Красноярского края.

Отделение клинической фармакологии – это команда профессионалов: Наталья Александровна Колесникова, эксперт по антимикробной терапии, Татьяна Владимировна Биколова, эксперт по обеспечению фармакотерапии льготной категории пациентов, секретарь врачебной комиссии, Елена Николаевна Бочанова, научный консультант отделения, эксперт по персонифицированному учету и персонализированной медицине, Людмила Брониславовна Ломанова, новичок в клинике, специалист по нежелательным побочным реакциям ЛП. Каждый фармаколог – это универсальный солдат, владеющий всеми методиками работы, необходимыми в клинической практике.



Впереди много интересной работы по различным направлениям клинической медицины. Наша дружная команда клинических фармакологов всегда на переднем крае – это новые проекты, новые знания, наставничество.

Принципы работы врачей – клинических фармакологов, заложенные В.А. Нетёсой, актуальны по настоящее время, обеспечивают развитие и движение вперед в соответствии с требованиями времени.

60
лет

Кардиологическому отделению № 1

Краевая клиническая больница основана в 1939 году и долгое время была в основном хирургического профиля (отделение общей терапии включало лишь 50 коек из трехсот). Кардиологическое направление стало выделяться, когда под руководством зав. кафедрой профессора А.Е. Левина (возглавил кафедру в 1950 году) ассистент С. Г. Грохотова начала изучать генез артериальной гипертензии у больных с приобретенными пороками сердца.

Только спустя 23 года с момента основания больницы по инициативе и при непосредственном участии профессора Ивана Ивановича Исакова (ученик И.И. Мясникова, возглавлял кафедру с 1957 по 1963 год) и содействии главного врача Владимира Константиновича Сологуба впервые в Красноярском крае были созданы такие специализированные отделения, как легочное, гастроэнтерологическое, гематологическое, эндокринное и кардиологическое.

Трудно переоценить вклад кафедры госпитальной терапии в развитие кардиологии края. Большая заслуга в становлении работы кардиологического отделения принадлежит зав. кафедрой госпитальной терапии профессору Ивану Ивановичу Исакову, о котором ветераны вспоминают с особенной теплотой, подчеркивая его интеллигентность и энциклопедические знания. Была внедрена электрокардиография, опубликовано 96 научных работ, в том числе 5 монографий.



Профессор И.И. Исаков (в центре) с сотрудниками

Официально кардиологическое отделение было организовано в сентябре 1962 года. Оно расположилось на 3-м этаже нынешней поликлиники и насчитывало 60 коек. В 1968-м в отделении открыли так называемый реанимационный блок, который состоял из двух палат по три койки и наблюдательного пункта с дистанционными установками. В эти палаты госпитализировались больные с острым инфарктом миокарда и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, требовавшими постоянного наблюдения и неотложной помощи.

Первой заведующей кардиологическим отделением была к.м.н., доцент Софья Георгиевна Грохотова – одна из первых выпускниц Красноярского медицинского института, организованного в годы Великой Отечественной войны и укомплектованного преподавателями Ленинградского и Воронежского медицинских институтов, что говорило о высоком уровне преподавания. Софья Георгиевна, будучи одновременно заведующей отделением и доцентом кафедры госпитальной терапии, с первых дней задала высокие стандарты в работе как врачей, так и среднего и младшего медперсонала. Были немислимы недобросовестность и некомпетентность. Стандартом врачебной этики стали взаимопомощь, коллегиальное обсуждение сложных случаев, ответственность за принятие решений. Она развивала логику, клиническое мышление врачей. В отделении до сих пор в ходу ее поговорка: «Если сказал «а», следует сказать



Иван Иванович Исаков



Владимир Константинович Сологуб



Софья Георгиевна
Грохотова



Галина Ивановна
Солдатова

«б». Софья Георгиевна умела, как не многие, все «разложить по полочкам», ее лекции и клинические разборы были очень популярны среди врачей и студентов, они считались по-особому «вкусными» и полезными в практической работе. 15 лет Софья Георгиевна возглавляла Общество кардиологов края.

В 1963 году при КДП ККБ открылся кардиоревматологический центр (КРЦ). Он состоял из специализированных служб – кардиоревматологической, кардиологической и ревматологической.

Кардиоревматологическим центром с начала его основания руководила врач ветеран труда Галина Ивановна Солдатова. За годы работы ею выполнено более 300 плановых и экстренных выездов и выездов в ЛПУ края, проконсультировано около 7000 больных, подготовлено более 200 врачей-терапевтов по вопросам кардиологии и ревматологии, что, несомненно, отразилось на дальнейшем развитии этой отрасли медицины в нашем регионе.

В годы становления кардиологической и ревматологической службы края доктора центра регулярно выезжали в ЛПУ районов для проведения конференций и обучения врачей, консультаций пациентов. Благодаря их самоотверженной работе с 1963 по 1991 год в ЛПУ края создана сеть кардиологических и ревматологических кабинетов, отделений, где постепенно внедрялись новые методы диагностики и лечения больных. Результатами деятельности врачей КРЦ стало снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рецидивов ревматизма, более того, наблюдалось снижение первичной заболеваемости ревматизмом. Уменьшился процент заболеваний, повлекших за собой утрату трудоспособности. Этот центр проводил большую статистическую работу и анализ состояния ревматологии в крае, что позволяло своевременно корректировать и успешно организовывать работу врачей на местах.

Результатами деятельности врачей КРЦ стало снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рецидивов ревматизма, более того, наблюдалось снижение первичной заболеваемости ревматизмом.



Сегодня в КДП ежедневно осуществляется амбулаторный прием девятью врачами-кардиологами. Основную долю составляют пациенты с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и нарушением ритма сердца. Гораздо реже – страдающие пороками сердца, тяжелой сердечной недостаточностью, кардиомиопатиями. В среднем на одного врача-кардиолога приходится 20 пациентов в день. Порядка 60% приема занимают первичные пациенты, большая часть которых направлены районными больницами, а часть – лечебными учреждениями Красноярска по электронным талонам, 20% – осмотр пациентов перед предстоящими оперативными вмешательствами, 15% – осмотр повторных больных, и около 5% – прием экстренных пациентов кардиологического профиля. В мае 2022 года появился кабинет ХСН, работает кабинет высокого сосудистого риска в структуре нового подразделения – кардиодиспансера.

Проводятся и дистанционные консультации наших специалистов, которые заранее знакомятся с документацией пациентов и проводят коррекцию объема обследований при участии телемедицинских технологий. В конечном итоге для большей части пациентов поликлиники ККБ достаточно первичного приема кардиолога, по итогам которого они получают квалифицированное лечение и выписку.

По инициативе профессора Е.С. Брусиловского (возглавлял кафедру с 1965 по 1971 год) в 1967 году

было организовано краевое научное общество кардиологов (председатель – С.Г. Грохотова). Общество работало в тесном контакте с педиатрами (Ж.Ж. Рапопорт), кардиохирургами (проф. Ю.М. Лубенский, Ю.И. Блау), рентгенологами (доцент И.В. Красицкий, главный рентгенолог края А.М. Догадин). Его заседания проводились регулярно раз в месяц при полной аудитории в доме соцпросвета. Повестки рассылались заранее в близлежащие районы края, что давало возможность присутствовать на заседаниях общества врачам из районов.

В 60-70-е годы большое значение приобрели рентгенологические методики благодаря развитию хирургии, становлению которой послужил приезд Юрия Ивановича Блау.



Ядвига Евгеньевна Зима

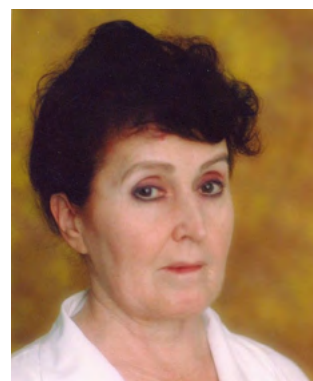
В 1974 году преемницей Софьи Георгиевны Грохотовой, успешно продолжившей традиции, стала Ядвига Евгеньевна Зима. В дальнейшем Ядвига Евгеньевна плодотворно работала главным терапевтом края.

С 70-х годов кардиоаритмологи все шире стали внедрять в практику ЭКС, первая миокардиальная стимуляция применена кардиологами в 1968 году. С 2000-х осваивались методики рентгенохирургических методов лечения сложных нарушений ритма сердца.

В 80-е годы благодаря энтузиазму Марии Александровны Шамриной и Бэлы Израилевны Слуцкой была внедрена ЭХО-кардиография. Тем самым



Ирина Кирилловна Толстихина



Раиса Николаевна Глизер



Раиса Николаевна в трудных ситуациях всегда брала ответственность на себя, в случаях редких расхождений диагноза постоянно обсуждала их с врачами отделения, учила их, выискивая малейшие ошибки, и в первую очередь в своей работе.

совершен прорыв в диагностике кардиологических заболеваний. В 1983 году заведующим стал Виктор Николаевич Запузин.

С 1971 по 1979 год кафедрой заведовал профессор Ефим Львович Тарлов, бывший фронтовик. Уделял большое внимание кардиологии и функциональной диагностике. Под его руководством защитили кандидатские диссертации Анатолий Гертович Штегман и Юрий Семенович Деревякин.

С 1981 по 1991 год кафедрой терапии руководила высококвалифицированный клиницист и педагог, многоопытный организатор, доцент Ирина Кирилловна Толстихина. Ее научные интересы лежали в области гемодинамики малого круга кровообращения у больных с хроническими заболеваниями легких.

Все эти годы она была консультантом отделений кардиологии и аритмологии Краевой клинической больницы.

С 1988-го по 2015 год отделением заведовала Раиса Николаевна Глизер. С 7:00 до 20:00 она находилась в больнице, каждый вечер заканчивала с медицинским журналом в руках, каждый день совершала «попалатные» обходы, досконально изучая каждого больного, каждому ставя окончательный диагноз и определяя дальнейшую тактику ведения. Каждый вторник в отделении про-





Алексей Владимирович Протопопов Андрей Владимирович Пустовойтов

водилась врачебная планерка, на которой врачи и она сама делали сообщения о новостях медицины или в который раз повторялись азы или рекомендации российского, американского, европейского кардиологических обществ. Раиса Николаевна в трудных ситуациях всегда брала ответственность на себя, в случаях редких расхождений диагноза постоянно обсуждала их с врачами отделения, учила их, выискивая малейшие ошибки, и в первую очередь в своей работе. Собственным примером она воспитала несколько поколений врачей, преданных своему делу. Пользовалась в больнице и крае большим авторитетом и любовью. Заслуженный врач РФ.

Школу Раисы Николаевны прошли: Людмила Григорьевна Битюкова, Елена Юрьевна Бутенко, Александр Владимирович Федоров, Елена Анатольевна Курляндская, Александр Витальевич Масленников, Андрей Владимирович Донов, Лев Семенович Глизер, Александр Евгеньевич Рязанов (в настоящий момент заведует отделением), Максим Борисович Боронин, Валентина Анатольевна Мосина, Элеонора Эдуардовна Иваницкая, Яна Игоревна Вериго. В настоящий момент в отделении работает 5 врачей (включая заведующего отделением).

В 90-е годы проходило становление рентгенохирургической службы под руководством д.м.н., профессора Алексея Владимировича Протопопова. Именно тогда было положено начало широко-

му внедрению коронароангиографии и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Краевая клиническая больница одной из первых в России внедрила в практику проведение коронарной ангиографии и ЧКВ в экстренных случаях, что на порядок улучшило результаты лечения. Совершенствование кардиохирургической службы позволило в октябре 2016 года провести первую в Красноярском крае трансплантацию сердца (ее делал заведующий кардиохирургическим отделением заслуженный врач РФ Андрей Владимирович Пустовойтов). Отбор и подготовку больных на трансплантацию сердца осуществляет отделение 1-й кардиологии.

Успех был бы невозможен без самоотверженной работы отделения функциональной диагностики под руководством Оксаны Борисовны Маштаковой. Специалисты этого отделения работают и днем, и ночью, чтобы наилучшим образом решить важнейшие вопросы диагностики.

Очень важным является то, что с момента основания отделение работает совместно с кафедрой внутренних болезней №2 (в настоящее время кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО КрасГМУ), совместные осмотры и консилиумы – неотъемлемая часть работы, повышения уровня образования врачей.

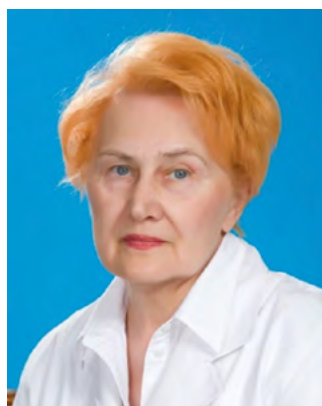
С 2008 года кафедру возглавляет профессор, д.м.н. Ирина Владимировна Демко, заслуженный врач РФ. Ирина Владимировна всегда готова поддержать врача в работе со сложным больным, консилиумы при ее участии очень детальные и продуктивные, она постоянно стремится к повышению профессионального уровня врачей. Отделение является базовым для прохождения практики клиническими ординаторами кафедры.

Много лет в отделении работала ассистент кафедры к.м.н. Л.И. Пелиновская – основной консультант в сложных вопросах диагностики, знающая все рекомендации. За любым вопросом можно было обратиться к Лилии Ивановне и получить ясный ответ. В эпоху развития страховой медицины



Ирина Владимировна Демко

Оксана Борисовна Маштакова



Лилия Ивановна
Пелиновская



Валентина Анатольевна
Мосина

она многие годы совмещала работу эксперта качества медицинской помощи, клинициста и преподавателя. Под ее руководством студент 6 курса Олег Анатольевич Штегман написал и защитил дипломную работу о применении каптоприла у больных с сердечной недостаточностью, что предопределило его дальнейшие научные интересы. А Лилия Ивановна после этого углубилась в изучение инфекционного эндокардита и описания клинических случаев редких заболеваний.

В 2003 году О.А. Штегман стал доцентом и ведущим консультантом отделения кардиологии №2, консультировал больных в кардиологии №1, с 2006-го по 2014 год исполнял обязанности



Вопросы оказания помощи кардиологическим больным становятся все актуальнее, учитывая увеличение продолжительности жизни, появление новых методик лечения больных.



главного внештатного специалиста-кардиолога при министерстве здравоохранения Красноярского края, часто выезжая в районы края со школами от имени Всероссийского научного общества кардиологов.

В настоящий момент эстафету переняла к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии В.А. Мосина, которая много лет совмещала работу на кафедре с работой врача-кардиолога в отделении. Консультативную помощь также оказывает зав. кафедрой кардиологии, функциональной и клинко-лабораторной диагностики д.м.н., проф. Г.В. Матюшин.

В октябре 2006 года открылось отделение кардиологии №2, в апреле 2009-го – отделение кардиологии №3, в апреле 2011-го – отделение кардиологии №4. Вопросы оказания помощи кардиологическим больным становятся все актуальнее, учитывая увеличение продолжительности жизни, появление новых методик лечения больных (в том числе хирургических).

Наше отделение не смогло бы работать без самоотверженного труда наших медсестер, медбратьев, санитаров. Много лет средним и младшим медицинским персоналом руководила старшая медсестра Елена Андреевна Лютц. Она была очень строга, но справедлива для достижения порядка и четкости работы коллектива. Сейчас продолжает традиции отделения опытная медсестра Ольга Александровна Зварич, которая привержена традициям, стандартам ККБ, уча-



Геннадий Васильевич
Матюшин



В отделении трудятся опытные кадры, которые передают накопленные знания смене – молодым врачам.



ствуется в разработке инструкций и алгоритмов.

Много лет в отделении трудятся опытные медсестры: Валентина Ефремовна Дегтярева, Галина Ивановна Яцута, Вера Афанасьевна Лаптева, Александра Дмитриевна Аксарина, Надежда Михайловна Яковлева, Ирина Сергеевна Кондакова. Даже молодым врачам есть чему поучиться у них. Молодые медсестры перенимают опыт: Мария Васильевна Федорова, Наталья Владимировна Бондаренко, Анастасия Федоровна Терехина.

В настоящее время отделение интенсивно работает по лечению и обследованию пациентов, поступающих в стационар по неотложным показаниям, отбору больных на трансплантацию сердца и другую высокотехнологичную медпомощь, лечатся больные с клапанной, коронарной патологией, нарушениями ритма сердца, готовятся к оперативному лечению. Формируется лист ожидания на трансплантацию сердца – 29 пациентов прооперированы с конца 2016 года. Налажено эффективное взаимодействие с кардиослужбой поликлиники (кардиодиспансером), старшим кардиологом. В отделении трудятся опытные кадры, которые передают накопленные знания смене – молодым врачам, это позволяет держать высокий уровень и работать эффективно. Разработаны и внедрены в практику стандарты оказания помощи больным с сердечной недостаточностью, инфекционным эндокардитом, разработаны стандарты по отбору больных на трансплантацию сердца,

оказания помощи беременным с артериальной гипертензией, нарушениями сердечного ритма, обследования призывников с артериальной гипертензией. Проводится работа по внедрению стандарта оказания помощи больным с хронической сердечной недостаточностью на уровне Красноярского края. Все нормативы создаются на базе клинических рекомендаций. Работа кардиологической службы краевой больницы – это настоящая командная работа, где все четко знают свою роль, где каждое отделение является важным звеном Регионального сосудистого центра. Результаты работы отделения отражены в статьях центральной и местной печати, представлены на российских конференциях.



А.И. Куинджи.

Показательная операция в клинике Пирогова



Пожалуй, самый известный русский медик Николай Иванович Пирогов был не только талантливым хирургом, но и замечательным учителем, ученым и даже администратором. 18 января 1841 года Николай I утвердил перевод Пирогова из Дерпта, где он руководил клиникой, в Петербург для исполнения обязанностей профессора Медико-хирургической академии. Здесь ученый проработал более десяти лет. В аудиторию, где он читает курс хирургии, всякий раз набивается человек триста, не менее: теснятся на скамьях не только медики, послушать Пирогова являются студенты других учебных заведений, литераторы, чиновники, военные, художники, инженеры, даже дамы. О нем пишут газеты и журналы, сравнивают его лекции с концертами прославленной итальянки Анжелики Каталани.

Николая Ивановича назначают директором Инструментального завода, и он соглашается. Теперь он придумывает инструменты, которыми любой хирург сделает операцию хорошо и быстро. Его просят принять должность консультанта в одной больнице, в другой, в третьей, и он снова соглашается.