сентябрь 2022 год

№ 10 (85)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1942
2022
краевая
клиническая
больница

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

Ученые – медикам: как красноярские генетики помогают врачам

Оргздрав
Тренды в управлении персоналом

Портреты

Роман Худяков
Виталий Селемеев
Юлия Кононова
Ольга Амельчугова

1942
2022

80 лет

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 высокотехнологичную медицинскую помощь

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

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

Всего в больнице работает
4 364 сотрудника

врачей	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

Улоф Сиггессон Нилен стал отцом микрохирургии. В 1921 году в Стокгольмском университете он сконструировал первый хирургический микроскоп, модифицированный монокулярный микроскоп Бринелла-Лейтца. В ноябре того же года он использовал его при оперировании пациента с хроническим отитом, у которого был лабиринтный свищ. Микроскоп Найлена вскоре был заменен бинокулярным микроскопом, разработанным в 1922 году его коллегой Гуннаром Хольмгреном.

Сегодня врачи ряда хирургических специальностей используют микрохирургические методы. Отоларингологи выполняют микрохирургические операции на структурах внутреннего уха и голосовых связок. Хирургия катаракты, пересадка роговицы и лечение таких состояний, как глаукома, выполняются офтальмологами. Нейрохирурги широко используют микроскопы для хирургического лечения опухолей мозга, аневризм, мальформаций и других заболеваний.

В Краевой клинической больнице мы имеем возможность использовать роботизированный микроскоп, сочетающий в себе самые разные возможности. По сути, это не только микроскоп, это целая гибридная установка, где совмещены возможности микроскопа, эндоскопа и ангиографа.

Как советские химики изобрели **сульфаниламиды**

Еще в начале XX века простой порез мог оказаться летальным. Например, отец Владимира Маяковского умер от заражения крови из-за того, что уколол палец иголкой, сшивая бумаги. Медицина тех лет просто не обладала антибактериальными средствами, способными эффективно справляться со стрептококками. Одним из центров, где проблему удалось решить, стал Свердловск. Благодаря усилиям химика Исаака Постовского и его исследовательской группы к началу Великой Отечественной войны здесь был синтезирован препарат сульфидин и сформирован центр сульфамидной терапии. Это спасло десятки тысяч жизней раненых солдат, прибывавших с фронтов Великой Отечественной войны на лечение в госпитали Свердловска. Лекарство помогло также тысячам людей, страдавших поражением легких. Новое вещество с названием «парааминофенилсульфонамид» получил из каменноугольной смолы в 1906 году австрийский студент-химик Пауль Гельмо. Вещество увеличивало эффективность окрашивания, давая оранжевый цвет, и заинтересовало химиков немецкой компании, которые экспериментировали с анилиновыми красителями. На его медицинские качества обратили внимание гораздо позже.

С 1935 года начинается то, что историки сейчас называют «сульфидиновой гонкой». Сразу несколько научных центров в мире начали попытки синтезировать аналогичные вещества. В Советском Союзе опыты с сульфаниламидом и его производными начались в двух научных центрах. В Москве — на площадке Всероссийского научно-исследовательского химико-фармацевтического института ВНИХФИ и в Свердловске — группой Исаака Постовского, возглавлявшего кафедру органической химии Уральского индустриального института (ныне УрФУ). К 1937 году группа Постовского синтезировала больше 25 разных препаратов сульфаниламидной группы. Один из них, сульфапиридин, стал известен как сульфидин и чуть позже пошел в производство. Процесс его получения уральцы описали и опубликовали на четыре месяца раньше группы Лайонела Уитби из Великобритании. Но группа ВНИХФИ была еще быстрее, проведя испытания, москвичи первый раунд этой гонки выиграли. Но важно в этой истории то, что в СССР появилось два центра, которые научились делать сульфамидные препараты.

Исаак Постовский и Зоя Пушкарева, 1930-е годы

Наверное, впервые в истории уральской

науки химики вошли в альянс с ведущими свердловскими медиками: хирургом Борисом Кушелевским и Евгенией Кроль-Кливанской. Это способствовало скорейшему прохождению клинических испытаний сульфидина и внедрению его в производство на Свердловском фармацевтическом заводе. До 1945 года он постоянно перестраивался и расширялся, постепенно превращаясь из примитивного производства настоек и мазей в настоящий химфармзавод. Есть воспоминания ученицы Постовского Наталии Беднягиной, где описывается, как они ночами не спали, и Борис Лундин чуть не рукой мешал сульфидин. Очевидно, что первый этап исследований и внедрения был довольно драматичным. Затем наступает 1941 год, начинается война. Западные районы, где располагалась основная советская фармация, оказались под ударом. И вот тут выясняется, что в Свердловске есть люди, которые работали над сульфамидными препаратами и далеко продвинулись по пути внедрения их в практику.

Исаак Постовский (справа), рядом его ученица Наталия Беднягина

Химик-органик Исаак Постовский своим изобретением в буквальном смысле спас жизни тысяч людей

К концу 1943 года Свердловский фармацевтический завод, в том числе при участии эвакуированных на Урал специалистов ВНИХФИ, присоединившихся к группе Постовского, выходит на устойчивые объемы выпуска сульфидина.
По воспоминаниям советских военных медиков, препарат становится их главным лекарственным средством. При этом Наталия Беднягина писала в своих мемуарах, что сульфидин с фармзавода носили в разместившиеся в Свердловске военные госпитали буквально ведрами.
Купить сульфидин можно и сегодня, но его историческая эра оказалась короткой. В 1944 году начали синтезировать пенициллин, и заканчивали войну уже с этим антибиотиком, который оказался эффективнее.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из музея
Истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Сентябрь 2022 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Содержание

7,9 **Новости**

8 **Слово редактора**

10 **Портрет** | Роман Худяков

12 **Портрет** | Виталий Селемеев

14 **Портрет** | Юлия Кононова

16 **Портрет** | Ольга Амельчугова

18 **Оргздрав** | Тренды в управлении персоналом

25 **Центр компетенций** | Внедрение практических рекомендаций Росздравнадзора

30 **Программа** | V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации» 2022

34 **Это интересно** | Как красноярские генетики помогают врачам

38 **Casus extraordinarus** | Три казуистических случая крупных инородных тел пищевода

41 **Партнерская страничка** | Клиническое значение четвертого корневого канала в шестых и седьмых верхних зубах

44 **Casus extraordinarus** | Наследие аугментационной пластики уретры

48 **Опыт пациента** | О контрастах в медицине

50 **Оргздрав** | Неврологическое отделение ККБ: новое в текущей работе

52 **Фарма** | Внедрение новой информационной базы по взаимодействию лекарственных средств

54 **Знаменательные даты** | 55 лет с начала проведения эндоскопических методов диагностики и лечения в ККБ

1 В Краевой больнице появился **роботизированный микроскоп**

В конце августа состоялась первая в крае операция с применением новейшего оборудования. Это второй такой микроскоп в стране, всего же в РФ их три – один в Краснодаре и два в Красноярске. Операцию по клипированию аневризмы головного мозга провел врач-нейрохирург доктор медицинских наук, профессор Павел Геннадьевич Шнякин.

По сути, это не только микроскоп, это целая гибридная установка, где совмещены возможности микроскопа, эндоскопа и ангиографа. Микроскоп в первую очередь является инструментом для лучшей визуализации операционного поля, но в данном случае это еще и принципиально новая организация рабочего места, и возможность проведения обучающей демонстрации – видео может записываться как на диск, так и в систему, оно выводится на монитор.

Области, не видимые в прямой проекции, можно увидеть с помощью функции эндоскопа, которая имеется в аппарате, – переключается режим, и изображение мгновенно появляется в окулярах оператора и ассистента, а также на мониторах. Качество картинки при этом очень высокое.

Еще одна возможность – интраоперационно осуществлять флюоресцентное подкрашивание опухолей для более радикального их иссечения. Становится возможным четко видеть границы опухоли. Ценным преимуществом нового роботизированного микроскопа является комфортность в использовании, мягкий ход механизмов, понятный и удобный интерфейс. Есть функции удерживания точки position memory, когда можно запрограммировать фокус на конкретных областях и менять угол атаки очень быстро в соответствии с необходимостью.

«Методика позволяет наиболее безопасно выполнять операции на сосудах головного мозга и в режиме реального времени видеть не только их снаружи, но и ток крови внутри, что принципиально в плане профилактики осложнений. Прежде большинство ангиографических контролей выполнялись только на следующие сутки после операции, когда мы могли наблюдать развившееся осложнение, но исправлять его было уже поздно. С помощью нового микроскопа мы можем в режиме реального времени во время установки клипсы смотреть ее положение, поправить, если необходимо. Ничего более точного для осуществления такого контроля на сегодняшний день не существует», – отметил врач-нейрохирург Павел Шнякин после операции с использованием новейшего хирургического микроскопа.

Напомним, что оснащение медицинских учреждений для оказания высокотехнологичной помощи является одним из основных направлений национального проекта «Здравоохранение».

2 Новый этап **в корпоративной игре**

Команды и игроки корпоративной игры могут продолжить «восхождение» к Вершине Качества. Для этого необходимо на корпоративном портале зайти в раздел «Игра» и выполнить задания этапа «Переправа». Итоги будут подведены в конце года, а лучшие команды и участники получат призы.

Слово редакторов

Егор Корчагин,
главный врач ККБ

О практической пользе

Каждый раз, когда готовим к выпуску новый номер журнала, мы тщательно выверяем все материалы, которые займут свое место. Одна из идей издания – рассказать о работе больницы, о людях, создающих общий вклад в лечение каждого пациента. И, конечно, мы помним о тех, кто формирует условия для оказания медицинской помощи. Поэтому в рубрике «Портрет» вы увидите интервью не только с врачом и медицинской сестрой, но и с представителями технических профессий – инженером газоснабжения и машинистом по стирке и пошиву спецодежды и ремонту белья.

Одна из важнейших задач любой медицинской организации – обеспечить рабочие места квалифицированным персоналом для решения поставленных задач. Секретами работы в этом направлении делится руководитель службы управления персоналом, думаю, этот опыт будет интересен представителям многих медицинских учреждений Красноярского края.

В шестой раз мы проводим конференцию по управлению качеством медицинской помощи, анонс и программу конференции читайте в этом номере. Также вы познакомитесь с нашими коллегами из НИИ медицинских проблем Севера ФИЦ КНЦ СО РАН, занимающимися вопросами генетического консультирования по заболеваниям представителей малых народов Крайнего Севера Красноярского края. Рассмотрите опыт специалистов Краевой клинической больницы по лечению редких и сложных заболеваний.

Надеемся, что этот номер будет интересен и полезен каждому из вас, и его материалы могут быть использованы в практической деятельности.

Евгения Арбатская,
редактор журнала «Первая Краевая»

Вездесущая методология

Согласно определениям, методология – учение о методах, способах и стратегиях исследования предмета, а также учение об организации теоретической и практической деятельности человека. Она действительно пронизывает всю суть существования общества в целом и каждого отдельного человека в частности. Не исключение и жизнь нашей больницы. Любой из материалов осеннего номера журнала «Первая Краевая» затрагивает сферу методологии – от статьи о внедрении новой информационной базы, написанной заведующей отделения клинической фармакологии ККБ Евгенией Курц, до методов исследований генома человека, про которые рассказывает Марина Смольникова, кандидат биологических наук. Надеемся, что все эти публикации будут для вас, уважаемые читатели, полезными и интересными.

3 Чествование первоклассников

23 августа в актовом зале поликлиники состоялся традиционный праздник для детей наших сотрудников и членов профсоюза – 14 девчонок и 12 мальчишек, которые в этом году идут в первый класс. Приглашенные аниматоры порадовали будущих школьников интеллектуальными и развлекательными конкурсами, а также подвижными играми, а в завершении интересного мероприятия устроили шоу мыльных пузырей. Нашим первоклашкам вручили подарочные наборы всего необходимого для учебы в школе.

Поздравляем родителей и их ребятишек, у которых начинается прекрасный период в жизни – чудесные школьные годы! Желаем вам хорошо учиться и получать удовольствие от каждого нового урока, нового дня в школе. Пусть задачки складываются сами, а ручка пишет без ошибок.

4 Более 150 операций выполнено урологами ККБ **с помощью российского лазера**

Современная лазерная установка российского производства Fiberlase U3 поступила в отделение урологии в мае 2022 года и буквально с первого дня используется для малоинвазивного удаления камней при мочекаменной болезни.

Основное применение лазера в урологии – дробление камней в почках и мочевом пузыре. За три месяца с применением нового оборудования выполнено более 150 таких операций. По словам врача-уролога Краевой клинической больницы Михаила Фирсова, эта модель отечественного аппарата позволяет успешно работать с конкрементами практически любой локализации и плотности.

Очень важно отметить высокую безопасность аппарата. Этот лазер относится к высокоэнергетическим моделям. В его комплектации предусмотрены механизмы защиты от избыточного воздействия, лазер обладает низкой проникающей способностью, то есть действие разряда происходит только на кончике лазерного волокна, что защищает окружающие ткани от повреждений во время дробления камня. С его помощью также возможно выполнение лазерной аденомэктомии (удаление аденомы простаты), что особенно актуально при новообразованиях больших

размеров. Использование лазера позволяет избежать открытой операции. В ближайшем будущем планируется приобретение необходимого оборудования и для таких сложных операций.

Кроме урологии возможности лазерной хирургии в перспективе могут использоваться и при лечении заболеваний других профилей, где есть необходимость дробления конкрементов или рассечения каких-то патологических сужений, например – в желудочно-кишечном тракте или желчных путях. Медицинская техника, поступающая в рамках приоритетного национального проекта «Здравоохранение», позволяет расширять спектр малоинвазивных вмешательств, что значительно снижает риски послеоперационных осложнений и уменьшает реабилитационный период для пациентов.

Роман **Худяков**

Инженер медицинского газоснабжения сегодня основным направлением организует работу по ремонту системы газоснабжения главного корпуса и стремится к обширному владению знаниями о техническом оснащении больницы.

Роман, расскажите о том, как вы пришли в ККБ.

В ККБ я устроился в августе 2020-го, взяли на должность инженера энергетической службы, и я занимался системой диспетчеризации вместе с Иваном Бахалом. В это же время стало понятно, что больница должна быть готова к ситуации, когда большому числу пациентов требуется кислородная поддержка. Михаил Воронцов и Сергей Храмов предложили выделить отдельную службу по работе с медицинскими газами, так как предстояло создать дополнительную материально-техническую базу под такое обеспечение, отладить бесперебойную работу. И мне было предложено ее возглавить. Конечно, было некоторое замешательство: с одной стороны, новая и очень интересная сфера деятельности, с другой – большая ответственность и необходимость приобретения управленческих навыков.

Помогло то, что первая моя работа – в компании «Интехно» – была здесь же, мы производили пусконаладочные работы вентиляционной системы нового хирургического корпуса, противопожарной системы дымоудаления и диспетчеризацию большого числа оборудования инженерных систем. То есть с больницей и с людьми я уже был знаком.

Что представляет собой ваша служба сегодня?

Кроме меня у нас работают еще пять аппаратчиков воздухоразделения. Четверо из них дежурят сутками, а еще один выходит в день. У меня высшее техническое образование, окончил Политехнический институт СФУ по специальности «Мехатроника и робототехника» – смесь электроники, кибернетики и механики. По сути это автоматизация промышленных процессов: промышленные роботы, конвейерные линии и тому подобное – все это в фокусе внимания этой специальности. У техников среднее специальное образование. Интересно, что таких специалистов нигде не учат, самое близкое, там, где речь идет о газах, – газосварщик. Всем специалистам требуется получение допуска по промышленной безопасности для работы с сосудами, работающими под давлением, и эксплуатации и ремонту криогенного оборудования.

Все наши сотрудники – настоящие Кулибины с большим профессиональным и жизненным опытом и широким спектром навыков. Дело в том, что каждая установленная система медицинского газоснабжения уникальна, она разрабатывается под конкретный объект, имеет свою конфигурацию. Через нее могут передаваться медицинский кислород, воздух, азот, гелий, ксенон, двуокись углерода, медицинский вакуум, а также различные смеси: углекислого газа и кислорода, гелия и кислорода и так далее. У нас в больнице есть кислород, углекислый газ, вакуум, сжатый воздух разного давления и возможность централизованной подачи закиси азота. Поскольку разработка проекта и монтаж сопряжены с техническими трудностями, устанавливать систему весьма сложно, порой требуются нестандартные инженерные решения.

> Все наши сотрудники – настоящие Кулибины с большим профессиональным и жизненным опытом и широким спектром навыков.

Как это происходит в вашей профессии – смена специальности, приобретение дополнительной? В порядке вещей?

Это действительно так, в том и заключается вся прелесть инженерной профессии – ты постоянно «докручиваешь» свое образование. Мой пример: когда устанавливали на территории две наших больших кислородных цистерны, автоматизация и диспетчеризация их работы (показатели объема, давления, регулировка и так далее) для меня не составляла никакой сложности, открываешь щит – все понятно. А вот физика газов для меня была «белым пятном», я, например, не знал, что кислород содержится в этих сосудах при температуре -193°С, но ничего, прочел, изучил. Для грамотного инженера новая область знания – интересный вызов, который полезно реализовать.

Над чем ваш отдел интенсивно работает сейчас? Самое основное – ремонт системы обеспечения медицинскими газами главного корпуса. Первый этап выполнен: почти целиком блок M, за исключением 1-го этажа, там установлена новая система кислородопровода; блок N, где смонтирована централизованная подача кислорода, медицинского воздуха, вакуума и система отвода наркозных газов. И сейчас подрядчики приступили ко второму этапу – это блоки G и K. Проводятся современные линии трубопроводов, ставятся распределительные системы. Также на этом этапе ждем новую компрессорную станцию медицинского воздуха, для которой в феврале 2022 года было подготовлено помещение совместными усилиями ремонтно-строительного отдела, энергетической и водопроводно-канализационной служб, отдела вентиляции. Стараемся, чтобы в ближайшее время главный корпус, который возводился в 80-е годы, обрел соответствующую времени и требованиям техническую «начинку». Кроме того, как и всегда, обслуживание и ремонт отдельных элементов уже существующей системы газоснабжения больницы, контроль за их работоспособностью и своевременной поставкой необходимых больнице газов.

Виталий Селемеев

Машинист по стирке и пошиву спецодежды и ремонту белья, старший бригадир производственного цеха совершенствует процессы в прачечной: для увеличения эффективности труда и облегчения работы сотрудников.

Скажите, какой коллектив находится в зоне вашей ответственности?
Сорок два человека – это и женщины, и мужчины, и молодые, и в возрасте. Дело в том, что работа у нас сопряжена с довольно большими физическими нагрузками. Машина за один цикл стирает 100 килограммов белья, загрузку-разгрузку пока невозможно переложить на автоматику, нужна мужская сила. Поэтому наиболее тяжелую часть труда – разгрузку – мы поручаем мужчинам.

Сколько белья за сутки вы пропускаете через прачечную?
Только по оперблоку, который является, пожалуй, самым ответственным для нас участком, мы пропускаем 1100–1200 простыней, около 500 халатов и 500 костюмов. В целом по больнице пропускается 3–4 тонны белья. В пиковые волны пандемии, когда инфекционные госпитали были загружены по максимуму, мы стирали до 4700 кг. Это был не только базовый госпиталь, но и Рокоссовского, и глазной центр.

Ваша работа связана с необходимостью мотивировать людей, организовывать процессы. Вы чувствуете себя уверенно в этом плане?
Думаю, да. Во всяком случае, мне удается справляться с задачами, договариваться с людьми.

Расскажите о том, как вы пришли к этой работе.
Так сказать, в медицину я попал в 2011 году в качестве водителя машины скорой помощи, которая закреплена за нашей больницей и транспортирует пациентов санавиации, занимается перемещением больных между стационарами. Потом я работал в министерстве здравоохранения и в краевой больнице №2 – тоже водителем, но уже на легковых автомобилях. И семь лет назад вернулся сюда, в ККБ №1, уже в прачечную, и опять водителем. Мне дали старенькую машину, я ее восстановил и начал возить белье в легочный корпус. Через несколько лет случилось перемещение внутри больницы – я стал работать водителем пищеблока, мы прекрасно сработались с его руководителем. А потом поступило предложение пойти в прачечную упаковщиком белья. Я его принял. Спустя некоторое время меня поставили ответственным за оперблок, а еще спустя время назначили старшим бригадиром в прачечной. Это уже была новая прачечная, с современным оборудованием, ее запускали в 2019 году параллельно с хирургическим корпусом. И, конечно, нужно было не только изучить работу на новых машинах, но и выстроить по-новому процессы. Это стало интересным опытом, все получилось, но мы продолжаем думать об улучшениях. И я очень доволен своим сегодняшним местом работы.

А когда работали водителем на скорой, были довольны? Ведь это такая работа для стрессоустойчивых.
И там мне нравилось! Могу немного похвастаться: когда было соревнование среди водителей разных филиалов на скорость вождения, фигурное вождение, сдача тестов, то я из 55-ти водителей занял 3-е место.
А что касается стресса, то, когда везешь экстренного пациента, конечно, переживаешь, особенно за детей, но прилагаешь все усилия, стараешься довезти быстро и бережно, и таким образом стресс уходит в действие. Могу похвалить наших участников дорожного движения – всегда уступают скорой, стараются пропустить.
У меня сегодня есть друг из числа пациентов, которых вез когда-то. Через несколько дней после госпитализации я пришел к нему в палату узнать, как он восстанавливается после аварии, он удивился, конечно. Сейчас общаемся, нечасто, правда, – живет в районе.

> Две главные вещи: хороший коллектив и четкое понимание нужности того, что ты делаешь.

Почему вам нравится работать здесь?
Две главные вещи: хороший коллектив и четкое понимание нужности того, что ты делаешь. Люди у нас работают замечательные – понимающие, настоящие. И, конечно, мы понимаем важность своего вклада в качество медицинской помощи.

5
Electrolux
automatic
ОБРАБОТ
РУКИ

Юлия Кононова

Операционная медицинская сестра считает для себя обязательным профессиональное и личностное развитие и не расстается с увлекательными хобби, в числе которых профессиональное кондитерское дело.

Как получилось, что вы стали операционной медсестрой?
Я училась в Красноярском базовом медицинском колледже и в первую нашу практику в стационаре, которая проходила в ККБ, нам с подругой Светлана Леонидовна Нефедова (*главная медицинская сестра ККБ* – **прим. ред.**) предложила пойти поработать санитарками в оперблок. Мы с радостью согласились, и с тех пор я работаю в операционной – сначала санитаркой, пока училась в колледже, – с 2011-го, а после его окончания, с 2014-го, медсестрой. Меня настолько захватила вся эта романтика и атмосфера ответственности и важности происходящего, которая царит в оперблоке, что я и помыслить не могла о другом отделении. А красный диплом получила по специальности «фельдшер скорой помощи».

Это так важно для человека – найти именно свою профессию. Такое ощущение, что ты шел-шел по жизни, и хоп – ты дома! Сегодня вся общая хирургия и травматология – это сферы, где я работаю операционной сестрой. Плюс дежурства по экстренной помощи.

Романтика работы в скорой не показалась родной?
Я прошла первичную трехмесячную практику на скорой, но там не было вот такого ощущения, что это твое. Хотя, бесспорно, эта профессия не менее важна. Нас даже выпустили работать на линию самостоятельно из-за нехватки кадров. Многие мои одногруппники работают там и счастливы в профессии.

Вы помните свой первый день в качестве операционной медсестры?
С одной стороны, я была в лучшем положении по сравнению с теми, кто приходит в незнакомый коллектив на новое рабочее место, я уже знала и работу, и коллектив. С другой стороны, изменение статуса сотрудника – это всегда тонкий момент, было немного боязно, нужно было доказать свой новый уровень компетенций, то, что я достойна новой должности и справлюсь с обязанностями.

Расскажите, пожалуйста, о чем думаете во время операций?
Чаще всего это максимальная концентрация на том, что делают твои руки. Если это операция, в которой уже неоднократно принимал участие, знаешь, что будет происходить в каждый следующий момент, какие могут быть сложности, то есть возможность подумать еще и о чем-то своем. Когда хирург, ассистент и сестра сработались, то слова почти не нужны. А если это экстренная хирургия или нечастая для тебя операция, то, конечно, ты полностью «отключен» от внешнего мира и погружен в процесс. В такой момент и ты, и хирург максимально сконцентрированы, мы не знаем в точности, каким будет ход операции.

Это так важно для человека – найти именно свою профессию. Такое ощущение, что ты шел-шел по жизни, и хоп – ты дома!

Бывают ли такие случаи, что в комплекте нет того инструмента, который срочно нужен?
Редко, но бывают.

И что тогда делаете?
Ищем. Просим коллег помочь, всегда выручают. В плановых операциях помогают ответственные за обеспечение медсестры. В экстренных – спрашиваем у параллельно дежурящих коллег. Порой один инструмент заменяем другим. По расходникам обычно есть все, крайне редко, когда чего-то может не хватить.

Когда предстоит новая операция, что вы делаете накануне?
Спрашиваем у тех, кто знаком с этим процессом, просим показать, научить. Не отказывают в информации ни медсестры, ни врачи. Читаем, изучаем – методическая литература, инструкции и интернет в помощь.

Как вы считаете, лучшие операционные сестры – это женщины или мужчины?
Думаю, лучше женщины. Мы более настроены на эмпатию. Кроме того, главный в операционной все равно хирург, для женщины более органично быть в роли помощницы. Хотя физически наша работа довольно тяжелая: большая нагрузка на спину, ноги, да и некоторые инструменты бывают массивными. В России операционными сестрами в подавляющем большинстве работают женщины, а за границей наоборот.

Почему вы, окончив колледж с красным дипломом, не пошли учиться дальше, в университет?
Как ответила на аналогичный вопрос одна коллега, лучше быть блестящей медсестрой, чем посредственным доктором. Я с ней полностью согласна, не факт, что из меня получился бы выдающийся врач.

О чем мечтаете в профессиональном смысле?
Хочу посмотреть, как устроена работа в операционных в других городах и странах. Еще мечтаю, чтобы после моего ухода на пенсию обо мне вспоминали как о профессионале с большой буквы.

Ольга Амельчугова

Врач-гастроэнтеролог хирургического отделения №1 непрерывно занимается работой над осложнениями в трансплантологии и готовится к поездке в конце сентября на XI Всероссийский съезд трансплантологов, который будет проводиться в Москве.

У вас не вполне обычный путь к работе врача в отделении, расскажите, пожалуйста, об этом.

У меня с детства было желание помогать людям. И в то же время родители вовремя увидели склонность к естественным наукам, помогли, направили. В школе я училась хорошо, и интерес к исследованиям был, сколько себя помню. Однако поступление в институт хоть и получилось с первого раза, но запомнилось как нелегкий момент. Учиться было интересно, у нас была замечательная дружная группа, но непросто, особенно на первых курсах.

В 2000-е как раз происходило становление тестовой системы в обучении. И были ситуации, когда отвечаешь устный экзамен на пятерку, а тест сдаешь на двойку, и итоговую выводят тройку – обидно и не соответствует реальному уровню знаний! Сейчас эта система существенно улучшилась, создатели уделили должное внимание формулировкам, и, зная предмет, можно набрать хороший балл. Итоговые выпускные тесты мне удалось написать на 99 баллов, научилась. Думаю, что при оценке знаний правильнее всего руководствоваться совокупностью результатов тестов и устно-письменных ответов.

Все студенты-медики, в зависимости от желаемого направления деятельности, часто начинают проситься на работу в клиники. У вас было такое?

Меня интересовала гастроэнтерология, причем научная деятельность по этому направлению. И на последнем курсе медицинской академии я пришла в Институт медицинских проблем Севера к Владиславу Владимировичу Цуканову, заведующему клиническим отделением патологии пищеварительной системы, профессору (сейчас он является главным гастроэнтерологом СФО). Он взял меня под крыло, и мы стали заниматься исследованиями, после окончания вуза обычно врачи идут в ординатуру, а я поступила в очную аспирантуру. Хотя клинической работой тоже немного занималась. Помню, первым заданием, которое мне дал Владислав Владимирович, был перевод англоязычной статьи по какой-то теме гастроэнтерологии. Я справилась, и меня приняли.

Почему выбрали научную стезю?

После окончания медицинской академии мне хотелось углубить свои теоретические знания, поэтому несколько лет я посвятила медицинской науке. Эта работа принципиально отличается от клинической практики. В науке, как исследователь, я работала с большим количеством теоретических данных, клинических исследований, проводила набор материала, статистическую обработку результатов, писала статьи, доклады, но с пациентами в тот момент контактировала меньше. Хотя на каком-то этапе мне стало не хватать этого, и все больше времени я стала уделять клинической работе.

А как оказались в ККБ, на клинической работе?

До этого, помимо научной деятельности, я работала в городской поликлинике, затем немного в терапевтическом отделении стационара. Почти 7 лет назад мне предложили прийти в хирургическое отделение Краевой клинической больницы и заняться именно трансплантационными пациентами. И опять сработала мотивация интересной работы, мне предстояло включиться в недавно начатую программу трансплантации почки и начать внедрение трансплантации печени впервые в Красноярском крае. Трансплантология – молодая наука, и еще не набрано огромного количества итераций по каждому виду трансплантаций, что создает определенные вопросы. В каком-то смысле порой мы идем как первооткрыватели. Например, получили несколько осложнений по-

> Сработала мотивация интересной работы, мне предстояло включиться в недавно начатую программу трансплантации почки и начать внедрение трансплантации печени впервые в Красноярском крае.

сле трансплантации печени, которые не укладывались в типичную картину, не описаны в учебниках и руководствах. Мы начинали анализировать факторы, лабораторные показатели, подбирать терапию и эмпирическим путем находили решение проблемы. На сегодняшний момент я приняла участие в помощи всем 49-ти нашим пациентам, пережившим пересадку печени. И чувствую, что «чем дальше я копаю, тем глубже колодец», нет предела совершенствованию знаний. Мне хочется не только больше узнать и применить на практике, но и поделиться знаниями с коллегами.

Какие проблемы трансплантологии, помимо нехватки донорских органов, сегодня наиболее острые?

Думаю, коллеги согласятся, что это проблема осложнений в целом и связанных с иммуносупрессией в частности. Как минимизировать осложнения? Как сделать жизнь наших пациентов наиболее качественной, приближенной к жизни обычных людей? На эти вопросы нам предстоит искать ответы. Надеюсь, что мы будем их находить.

Тренды в управлении персоналом 2022

Екатерина Михайлова,

заместитель главного врача ККБ по персоналу:

2020 и 2021 годы показали, что хорошая кадровая стратегия должна быть гибкой. Мы все были вынуждены быстро адаптироваться к новым обстоятельствам. В том числе и в сфере управления персоналом. Каждый за прошлый период прочувствовал цену жизни, здоровья, отношений. Работодатели отчетливо увидели: эмоции важны, люди приносят на работу не только пару рук, но и всего себя, и это включает ту часть, которая требует заботы о них.
Поэтому, коллеги, добро пожаловать в Эру заботы о себе, Эру заботы о сотруднике! Здесь правят баланс работы и личной жизни, забота о ментальном здоровье, удобные процессы и экологичное взаимодействие команд, достижения, вовлеченность в то, что ты делаешь каждый день. Люди стали больше заботиться о себе, о своем здоровье – физическом и психологическом. Поэтому работодателям все сложнее формировать ценностное предложение для поиска и удержания персонала, сложнее мотивировать сотрудников. Уже не работает только соблюдение требований трудового законодательства – вовремя предоставлять отпуск, отсутствие переработок, своевременная заработная плата и полный социальный пакет гарантий и компенсаций. Это все стало базовой комплектацией.
Вот несколько инструментов, с помощью которых мы, в Краевой клинической больнице, создаем вовлекающую среду, мотивируем, развиваем и заботимся о тех, кто заботится о пациентах.
Все функции и инструменты в области управления персоналом в нашей организации выстраиваются в виде Пути сотрудника. Он включает в себя поиск персонала, отбор, адаптацию, трудоустройство, наставничество, обучение, оценку, увольнение. Все процессы сопровождаются кадровым администрированием и мотивацией.

Поиск персонала

Прежде чем начинать поиск, важно сформулировать свое индивидуальное ценностное предложение. Ценностное предложение – это система материальных и нематериальных выгод, которые организация предлагает сотруднику в обмен на его знания, навыки и опыт. Для каждой категории персонала оно свое. Сформировать его можно, ответив на вопрос: что большего мы можем дать сотруднику, больше, чем только рабочее место и заработная плата с социальным пакетом.

Для примера приведем описание вакансии врача-эпидемиолога в Краевой клинической больнице. С этой вакансией мы вышли на поиск в другие регионы, в этом случае для эффективности важно выполнить несколько условий:

1. Кликабельная ссылка на сайт учреждения. В случае если кандидат впервые слышит о клинике, ему будет удобно сразу перейти на официальный сайт больницы и узнать больше, чем в описании вакансии.
2. Краткая характеристика учреждения. Задача этого раздела – обозначить, чем гордится клиника.
3. Раздел «Обязанности» мы меняем на «Вам предстоит», а «Требования к вакансии» на «Нам по пути, если вы». Согласитесь, что лексическое и семантическое поле стало гораздо шире, а на уровне восприятия – более комфортным.

Врач-эпидемиолог

от 50 000 руб. на руки

КГБУЗ Красноярская краевая клиническая больница

Красноярск, улица Патризана Железняка, 3А

краевая клиническая больница основана в 1942

Требуемый опыт работы: 1-3 года
Полная занятость, полный день

Краевая клиническая больница – организация с историей около 80-ти лет. Мы крупнейшая многопрофильная клиника края и один из важнейших медицинских центров Сибирского федерального округа. Наше учреждение создано, чтобы оказывать профессиональную медицинскую помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациента. За годы работы мы открыли 56 отделений и 8 специализированных центров, в которых работают более 3500 сотрудников. Наша больница зарекомендовала себя как надежный и ответственный работодатель, ценящий в сотрудниках профессионализм, человечность, ответственность. Мы развиваем и поощряем стремление персонала к профессиональному и личностному совершенствованию, командной работе, уважению традиций и соблюдению этики. На территории больницы построен новый хирургический корпус, спроектированный и оснащенный в соответствии с мировыми стандартами. Мы растем и развиваемся, в связи с чем объявляем конкурс на позицию врача-эпидемиолога.

Вам предстоит:

Проводить необходимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, используя современные методы анализа санитарно-эпидемиологичекой ситуации;

проводить анализ регистрации и учета инфекционной заболеваемости. Осуществлять контроль за полнотой передаваемой информации об инфекционной заболеваемости отдельными нозологическими формами, заболеваемости ВИЧ-инфекцией и групповой заболеваемости в клинике;

проводить анализ карт эпидемиологического и эпизоотолого-эпидемиологического расследования, анализировать информационные материалы о состоянии инфекционной заболеваемости. Проводить оперативный и ретроспективный анализ заболеваемости, контроль за осуществлением комплекса противоэпидемических мероприятий;

проводить экспертизы, обследования и иные виды оценок. Принимать участие в расследовании случаев инфекционной заболеваемости с целью установления причинно-следственных связей;

проводить анализ выполнения плана профилактических прививок;

принимать участие в подготовке работников больницы по вопросам профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний;

оказывать консультативную помощь специалистам других подразделений по своей специальности;

вести медицинскую документацию в установленном порядке;

планировать и анализировать результаты своей работы;

соблюдать принципы этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками/законными представителями), коллегами;

следовать принятым в учреждении стандартам поведения, основанным на миссии и ценностях ККБ;

организовывать работу в соответствии с политикой в области качества, принятыми стандартами, порядками, инструкциями и другими документами системы менеджмента качества.

Нам с Вами по пути, если Вы:

Являетесь специалистом с высшим профессиональным образованием по специальности «Медико-профилактическое дело».

Наличие послевузовского профессионального образования (интернатуры и (или) ординатуры) по специальности «Эпидемиология» и сертификат специалиста по специальности «Эпидемиология» будет Вашим преимуществом.

Мы приветствуем опыт работы.

Мы предлагаем:

Стабильность – с нами Вы можете строить планы (оформление по ТК РФ, полностью «белая» заработная плата, все положенные соц. гарантии и пр.).

График работы 5/2 с 8:00 до 15:45.

Возможность профессионального и личностного роста, развития (участие в тренингах, семинарах, конференциях, зарубежных стажировках, повышение квалификации).

Мы заботимся о Вашем здоровье, поэтому мы предоставляем возможность посещать корпоративный бассейн.

Оборудованное место для приема пищи, кафе с вкусным кофе на территории больницы.

Иногородним сотрудникам предоставляется общежитие.

Сотрудники, вступившие в профсоюз, получают право на санаторно-курортное лечение, подарки к праздникам, дополнительную материальную помощь, возможность получения ссуды.

Подбор и адаптация персонала

В Краевой клинической больнице уже с этапа подбора персонала запускается серия адаптационных мероприятий и инструментов для формирования позитивного опыта кандидата с момента отклика на вакансию и до первого рабочего дня в учреждении.

Успешно реализован проект Welcome-цепочка, или как получить позитивный опыт сотрудника, и быстрый выход новичка на эффективность.

Цепочка включает в себя собеседование в формате коучинга. Коучинг – это технология, позволяющая человеку, отвечая на вопросы, лучше понять себя, свои желания, устремления, ограничивающие убеждения и страхи. Так, во время собеседования кандидат выстраивает общее видение своего развития. Сотрудники, проходящие этап отбора в коучинговом формате, более осознанно вступают в свою должность и более гармонично проходят этап интеграции в корпоративной среде. А еще при собеседовании в таком формате не приходится придумывать причины отказа кандидату, он сам понимает, что это не его организация.

Прохождение тренинга до трудоустройства, где мы рассказываем обо всем, что важно узнать кандидатам до принятия решения о трудоустройстве: история, миссия, корпоративная культура, политика в области качества, какие цели и чего достигли, говорим о правилах внешнего вида и пациентоориентированности, о том, чем гордимся и к чему стремимся, подчеркивая важность их участия в этих процессах. Для кандидатов это помощник быстрее узнать правила игры, влиться в коллектив, понять – хочет ли он быть частью этого. А с помощью различных упражнений запускаем процесс командообразования новичков.

Автоматизация процессов получения допусков к необходимым системам к первому дню выхода на работу сократила трудозатраты всех участников и повысила удовлетворенность новичков. Создание допусков в разные системы (в медицинскую, на корпоративный портал, изготовление электронного пропуска для прохода на территорию больницы) требовало личного участия сотрудника. Автоматизация процесса при оформлении приказа на трудоустройство становится спусковым крючком для автоматического формирования заявок в электронном виде ответственным разных служб. Тем самым в первый рабочий день сотрудник избавлен от необходимости заниматься организационными вопросами, а может сразу приступить к обучению. А также запущено смс-информирование сотрудников об успешном трудоустройстве с информацией об основных логинах/паролях для входа в системы (за день до выхода на работу).

Разработана «Книга новичка» с разделами «Политика в области качества», «Что нужно сделать в первый рабочий день», а также схема территории

больницы, золотые правила учреждения, номера телефонов, информация о коммуникациях в учреждении, правила внешнего вида, корпоративная культура, организационные вопросы. «Книга новичка» содержит основную необходимую информацию для нового сотрудника, выдается она до первого рабочего дня и является помощником в его адаптации.

Оценка уровня вовлеченности и лояльности персонала

Первым шагом к улучшению чего-либо является его измерение. И это про проведение опросов и исследований. Чтобы узнать мнение сотрудников об условиях работы, определить приоритеты и разработать мероприятия по развитию рабочей среды и корпоративной культуры, с 2014 года в Краевой клинической больнице ежегодно проводится общебольничный опрос удовлетворенности персонала, который в прошлом году расширили измерением уровня лояльности и вовлеченности сотрудников.

Для оценки ***вовлеченности*** персонала использован опросник Гэллопа Q12 – он есть в свободном доступе в интернете. ***Удовлетворенность*** – это вопросы об условиях труда, комфорте работы в коллективе, а также о мотивах работы. Главный же вопрос исследования ***лояльности*** – «Насколько вы готовы рекомендовать свою компанию как работодателя друзьям, родственникам и знакомым?». Человек оценивает собственный ответ по шкале от 1 до 10 и после попадает в одну из групп: сторонники, нейтральные или критики. Дальше индекс eNPS рассчитывается по формуле: процент сторонников минус процент критиков. Нейтральные в расчет не берутся, потому что они занимают нейтральную позицию. Соответственно, чем выше показатель, тем лучше. Есть нормы этого индекса: от 70 до 100 – великолепно, от 30 до 70 – отлично, от 0 до 30 – хорошо, от 0 до 100 – нуждается в улучшениях.

Геймификация

Один из проектов, за который мы взялись, чтобы создать дополнительную позитивную мотивацию на выполнение рабочих задач и личностное развитие сотрудников, стал корпоративный проект «Игра». Командой единомышленников мы создали игровую систему на корпоративном портале, где каждый сотрудник может проходить обучение, общаться с коллегами, участвовать в опросах, повышать личный рейтинг за счет активности в управлении рисками и участия во внедрении и поддержании системы управления качеством и еще много всего.

Цель проекта:
создать вовлекающую, направленную на повышение эффективности организации и каждого сотрудника

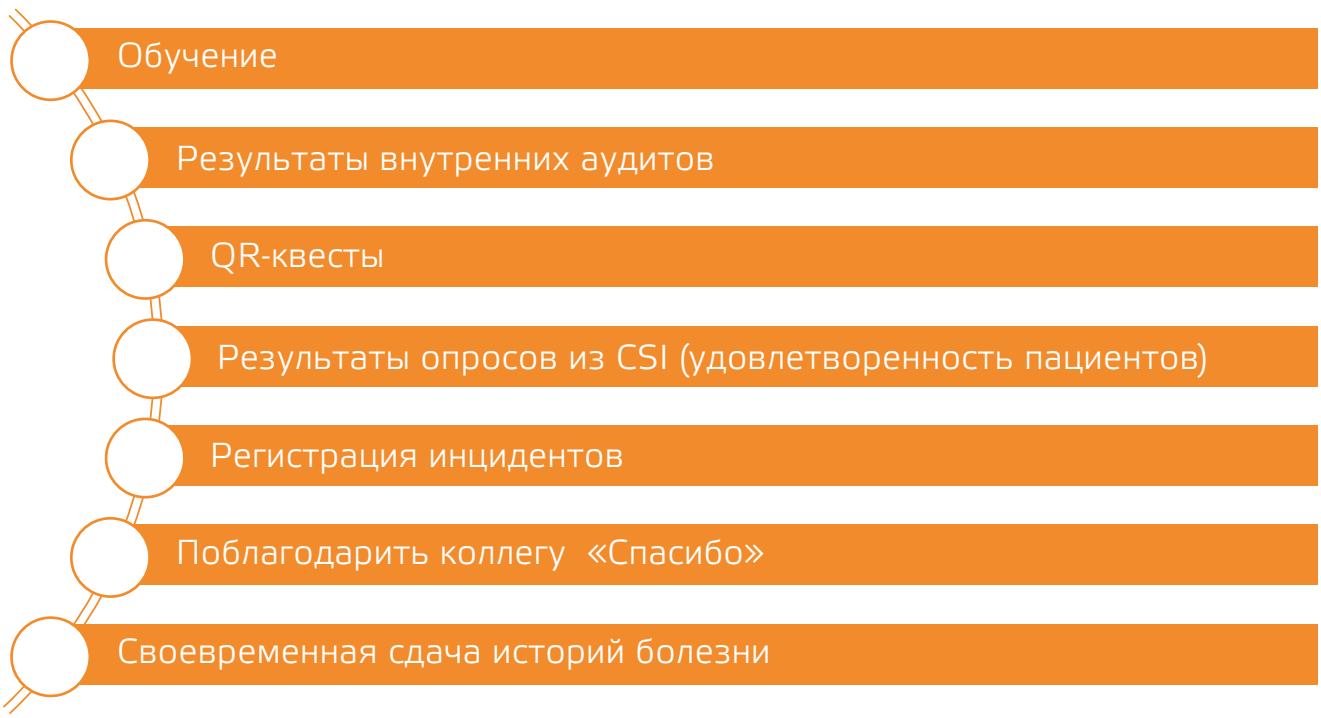
Как это работает

Сконструирован игровой сюжет – восхождение на гору. Оно, как и любое восхождение, делится на этапы. Для прохождения каждого этапа нужно выполнить ряд заданий. Естественно, задания формируются исходя из целей и задач организации. Например, необходимо было обеспечить прохождение внутреннего обучения по внутренним стандартам и алгоритмам учреждения, и нам удалось достичь показателя 93% зачетов.

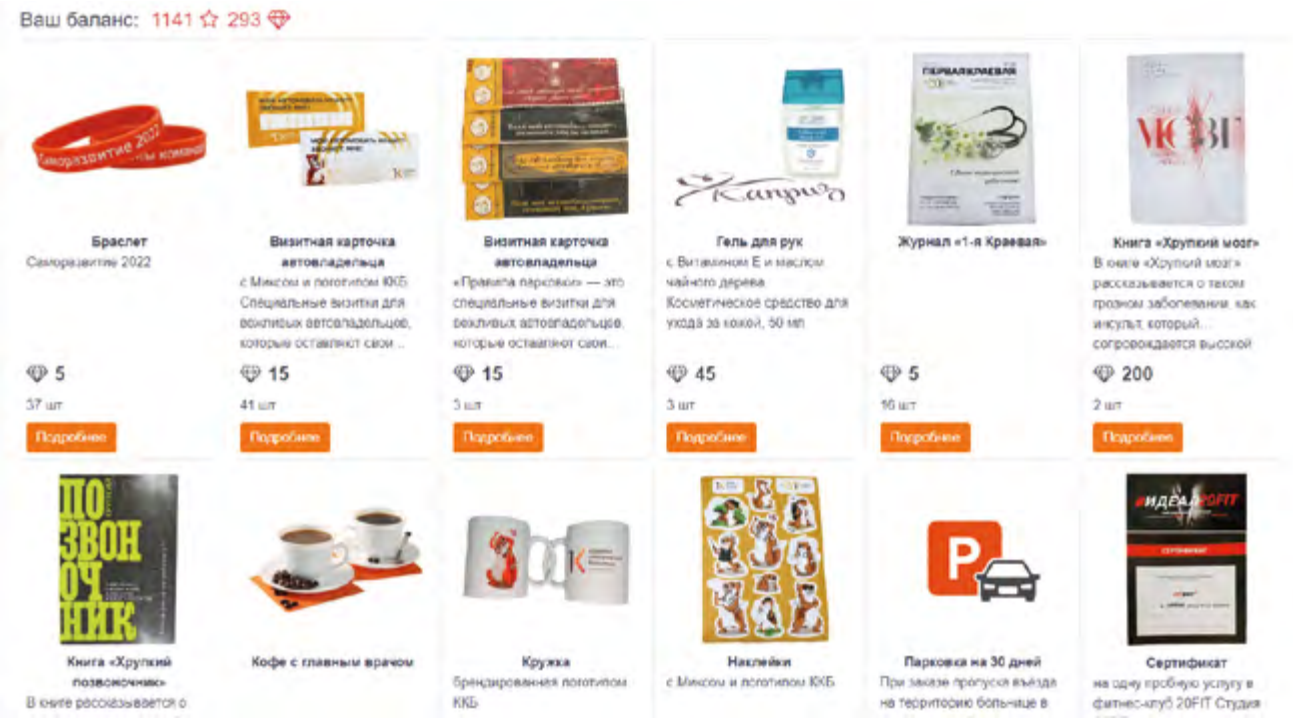
Или простая задача: в требованиях Росздравнадзора есть пункт – в больнице должен быть в быстром доступе для каждого сотрудника список сотрудников, которые владеют иностранным языком, для оказания помощи пациентам. В нашей больнице более 4000 сотрудников, и сбор анкет, контроль, обработка, размещение и поддержание актуальной информации – трудозатратно. Поэтому мы сделали эту задачу заданием в Игре. Таким образом, за две недели мы собрали всю информацию, и теперь найти нужного переводчика среди коллег можно через адресную книгу корпоративного портала с помощью фильтра.

Что еще можно в Игре, что влияет на личный рейтинг и рейтинг подразделения:

- Обучение внутренним стандартам
- Итоги внутренних аудитов
- QR-квесты для того, чтобы ориентироваться в наших зданиях
- Welcome-цепочка (ознакомление)
- Книги
- Раздать коллегам «Спасибо»
- Стать наставником



Выполняя задания, сотрудники тем самым повышают свой рейтинг и попадают в Лигу лучших, а игрокам начисляется игровая валюта, которую они могут обменять на брендированные вещи из корпоративной сокровищницы. Среди таких вещей – книги, блокноты с логотипом, внешние аккумуляторы, аренда парковочного места на территории больницы, кружки, ручки и прочее.



Проводником в Игре является корпоративный зверек Микс, он напоминает о невыполненных задачах, сообщает о новых заданиях, поддерживает и мотивирует.

Пульс-опросы

Для того чтобы отслеживать общую больничную атмосферу и настрой сотрудников на рабочий лад, вовремя реагировать и поддерживать вовлеченность и удовлетворенность работой, еженедельно мы проводим так называемый пульс-опрос. Мы задаем всегда два вопроса, первый повторяется каждую неделю:

- Насколько вы удовлетворены работой в краевой больнице?
- Какие ваши достижения, на ваш взгляд, достойны признания?

Последним из вопросов мы, например, узнали, что именно сотрудники считают достижениями, и, конечно, поблагодарили за них. А главный врач записал видеообращение, в котором напомнил об уникальности и ценности каждого как сотрудника Краевой клинической больницы.

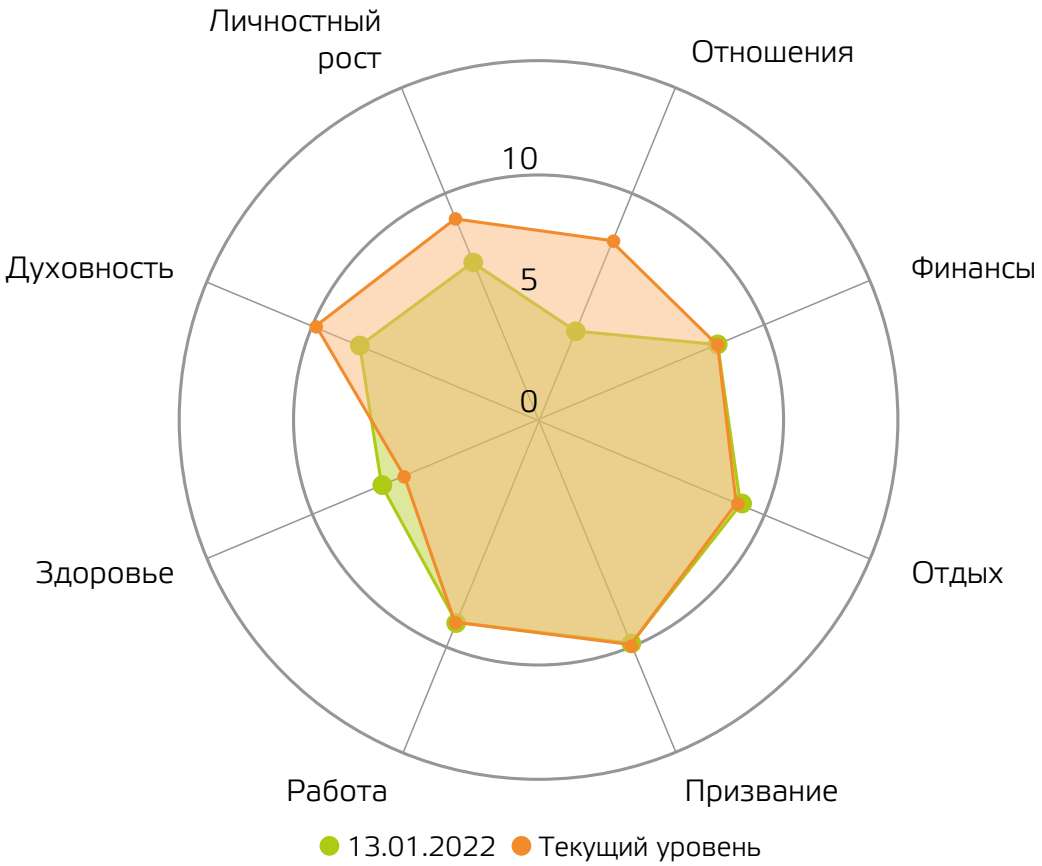
Колесо жизненного баланса

Еще один инструмент, который мы создали, но исключительно для сотрудников: на нашем корпоративном портале можно пройти опрос «Колесо жизненного баланса» для анализа баланса сфер жизни.

Жизненный баланс – интересная, активная жизнь по своим правилам, а не комфортное выживание. Важно, чтобы сотрудники были гармоничны и вне работы. Цель «Колеса баланса» –

помочь сотрудникам с определением приоритетов в работе/жизни с целью обеспечения большей сбалансированности и повышения общего уровня счастья. Для развития сфер мы публикуем материалы, видео, советы, статьи, чек-листы и фильмы. В случае необходимости сотрудники обращаются к нашему штатному психологу как для проработки личностных проблем, так и в случае возникновения напряжений в коллективах.

Колесо жизненного баланса



1-3 – критические значения, Вы совсем не удовлетворены
4-7 – нормальное положение дел
8-9 – удовлетворенность
10 – характеризует достижение полного удовлетворения в настоящий момент жизни

Набор мероприятий и инициатив напрямую влияет на лояльность каждого члена команды ничуть не меньше, чем материальная мотивация и стандартный для отрасли соцпакет. Все эти элементы становятся составляющей бренда работодателя и влияют на выбор кандидата, а также на умонастроения и вовлеченность основного штата сотрудников.

ЦЕНТР КОМПЕТЕНЦИЙ по внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора

Общая информация:

Центр компетенций по внедрению рекомендаций Росздравнадзора

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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 / вебинары на базе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Семинары / вебинары и тренинги по управлению компанией на базе стандартов ISO

Семинары по направлениям / нозологиям

Консалтинговое сопровождение

Мы подружились

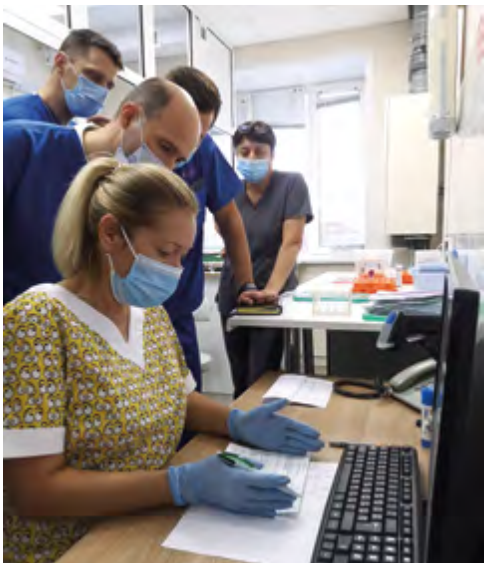
1. Карта городов, откуда к нам приезжали гости

С 2019 года нас посетило более 200 делегаций из разных субъектов, городов, стран

2. В 2022 году к нам на мастер-классы приехали 113 участников из разных медицинских учреждений и городов.

Челябинск. ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3»

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»



ФГБУ «ФЦ ССХ» Минздрава России
(г. Хабаровск)

ФГБУ «ЦКБ» с поликлиникой Управления делами Президента РФ

Томск. ФГБОУ ВО «СибГМУ»
Минздрава России, клиники

Обратная связь:

В конце каждого визита/ мастер-класса каждому гостю приходит смс-сообщение с электронной ссылкой и предложением принять участие в анкетировании. Далее результаты анкетирования попадают в отдел системы менеджмента качества для анализа.
Фрагмент анкеты представлен ниже.

Анкета обратной связи по результатам визита в Краевую клиническую больницу

Насколько Вам понравился визит в Краевую больницу?

Оцените от 1 до 10 — 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Очень недоволен — Очень доволен

Насколько хорошо была организована экскурсия по больнице?

Оцените от 1 до 10 — 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Очень недоволен — Очень доволен

Насколько вероятно, что Вы будете рекомендовать нашу больницу для посещения коллегам/ друзьям/ знакомым?

Оцените от 1 до 10 — 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Не буду рекомендовать — Буду рекомендовать

Что Вам больше всего понравилось в Краевой больнице?

Что Вам больше всего НЕ понравилось в Краевой больнице?

По итогам анкетирования получены следующие результаты.

Рейтинг оценок:

9,7 – оценка, насколько понравился визит в ККБ
9,8 – оценка организации экскурсии по больнице
9,6 – вероятность рекомендации нашей больницы коллегам/ друзьям/ знакомым

В 2022 году министерство здравоохранения Красноярского края совместно с центром компетенций ККБ запустило проект по внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в десяти медицинских учреждениях Красноярского края и г. Красноярска.

Участниками пилотного проекта стали следующие медицинские учреждения:

- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Богучанская районная больница».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница №4».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная поликлиника №5».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом №1».
- Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1».

26 июля на базе КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» состоялся первый семинар для участников пилотного проекта под руководством заместителя министра М.Ю. Бичуриной.

Главный врач краевой больницы Егор Евгеньевич Корчагин и консультант по системам менеджмента качества Сергей Владимирович Дранишников провели семинар на тему «Создание системы менеджмента качества в медицинской организации».

На семинаре присутствовали представители МЗ КК, главный врач, заместители главного врача по медицинской части, главные медицинские сестры, специалисты службы качества, IT-специалисты, заведующие, всего было 114 участников.

Подробнее о Центре компетенций
на нашем сайте:

www.medgorod.ru/ru/roszdravnadzor

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА» ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

краевая клиническая больница основана в 1942

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

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

2022

21-22 сентября 2022 года

Организационный комитет:

ПРЕДСЕДАТЕЛИ	
Немик Борис Маркович	министр здравоохранения Красноярского края
Корчагин Егор Евгеньевич	главный врач Краевой клинической больницы

СОСТАВ ОРГКОМИТЕТА	
Бичурина Марина Юрьевна	заместитель министра здравоохранения Красноярского края
Швабский Олег Рудольфович	заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
Головина Наталья Ивановна	заведующая отделом контроля качества оказания мед.помощи, представитель руководства по качеству Краевой клинической больницы
Чуваков Игорь Викторович	заместитель главного врача по организационно-методической работе Краевой клинической больницы
Дранишников Сергей Владимирович	консультант по СМК Краевой клинической больницы
Частухина Елена Ивановна	и.о. заместителя главного врача по финансово-экономической деятельности Краевой клинической больницы
Николаева Надежда Михайловна	начальник отдела системы менеджмента качества Краевой клинической больницы
Грицан Алексей Иванович	заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПО, директор КГБОУ ДПО «Красноярский краевой центр медицинского образования»
Черкашин Олег Андреевич	руководитель центра информационного и документального обеспечения Краевой клинической больницы
Головач Сергей Александрович	начальник пресс-службы Краевой клинической больницы
Арбатская Евгения Михайловна	корреспондент пресс-службы и редакции журнала «Первая Краевая»

ПРОГРАММА

09:00-09:50	Регистрация участников
09:50-10:00	Открытие конференции

21 сентября 2022

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

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

№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
1	**10:00-10:30**	Немик Борис Маркович	Стратегия/дорожная карта развития системы менеджмента качества в регионе	Министр здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск
	10:30-10:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
2	**10:35-11:05**	Швабский Олег Рудольфович	Особенности второй редакции Практических рекомендаций Росздравнадзора	Заместитель генерального директора, ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва
	11:05-11:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
3	**11:10-11:40**	Корчагин Егор Евгеньевич	Диагностика, управление и улучшение процессов медицинской организации с применением статистических методов	Главный врач, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	11:40-11:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
4	**11:45-12:15**	Лудупова Евгения Юрьевна	Компетенции руководителя медицинской организации в современном мире	Министр здравоохранения Республики Бурятия, г. Улан-Удэ
	12:15-12:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
5	**12:20-12:40**	Мухамадеев Марат Фанисович	Особенности организации экстренной помощи через призму системы управления качеством	Главный врач, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны
	12:40-12:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
	12:45-13:05	**Кофе-брейк**		
6	**13:05-13:25**	Протопопов Алексей Владимирович	Повышение качества образования в условиях модернизации здравоохранения: принципы доказательной медицины в обучении	Ректор Красноярского государственного университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск
	13:25-13:30	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
7	**13:30-13:50**	Чефранова Жанна Юрьевна	Почему мы решили меняться и чего достигли. Опыт ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	Главный врач ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород
	13:50-13:55	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
8	**13:55-14:15**	Таут Диляра Фаязовна	Опыт проблем и путей решения при сертификации по требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора	Начальник Отдела экспертизы качества медицинской помощи и оценки медицинской деятельности, ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва
	14:15-14:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
9	**14:20-14:40**	Шавалиев Рафаэль Фирнаялович	Цифровая трансформация многопрофильной клиники. Опыт ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»	Главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань
	14:40-14:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		

10	**14:45-15:05**	Россейкин Евгений Владимирович	Обход главного врача – контроль, аудит, «жилетка»	Главный врач, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Хабаровск
	15:05-15:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
11	**15:10-15:30**	Курлеева Татьяна Юрьевна	Региональный опыт внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора	Главный врач ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр», г. Владивосток
	15:30-15:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
	15:35-16:35	Обед		
12	**16:35-16:55**	Янин Вадим Николаевич Зорин Николай Александрович	Развитие системы менеджмента качества в Центре охраны материнства и детства	Главный врач Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства, г. Красноярск Заместитель главного врача по организационно-методической работе Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства, г. Красноярск
	16:55-17:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
13	**17:00-17:20**	Камашева Анастасия Васильевна	Внедрение человекоцентричного подхода в деятельности медицинской организации	Директор по экспертной работе Международного Фонда медицинского кластера «Сколково», г. Москва
	17:20-17:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
14	**17:25-17:45**	Тюфилин Денис Сергеевич	Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и что делать?	Начальник управления стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва
	17:45-17:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
15	**17:50-18:10**	Шнякин Павел Геннадьевич	Инновации и непрерывное совершенствование на примере помощи больным с инсультом в Краевой клинической больнице г. Красноярска	Врач–нейрохирург, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
18:10-18:15		Обсуждение. Ответы на вопросы.		
16	**18:15-18:35**	Гончар Игорь Викторович	Международная практика улучшения внутренней среды медицинских учреждений	Старший менеджер, медицинский инжиниринг, консалтинговая практика Филипс в России и Центральной Азии, Москва
	18:35-18:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.		

ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ КОНФЕРЕНЦИИ

22 сентября 2022

II. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.

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

№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
1	**09:00-09:30**	Благонравова Анна Сергеевна	Выявление и учет инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях	Директор НИИ профилактической медицины, профессор кафедры эпидемиологии, Приволжский исследовательский медицинский институт, г. Нижний Новгород
	09:30-09:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
2	**09:35-09:55**	Вербитский Михаил Григорьевич Огошков Павел Александрович	Курс на сертификацию или с чего начать? Практический опыт ГАУЗ «ОКБ №3», г. Челябинск	Главный врач, ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3», г. Челябинск Заместитель главного врача по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «ОКБ № 3», г. Челябинск
	09:55-10:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.		

3	**10:00-10:20**	Васильева Юлия Викторовна	Сервисное поведение как стиль работы	Менеджер направления обучения, Сибирский банк, Сбер, г. Красноярск
	10:20-10:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
4	**10:25-10:45**	Воронцов Михаил Николаевич	Совершенствование инженерных процессов. Современные технологии	Главный инженер, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	10:45-10:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
5	**10:50-11:10**	Матыцин Никита Олегович	Создание Фонда по поддержке СМК	Советник генерального директора по инновациям ОАО «РЖД Медицина», г. Москва
	11:10-11:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
6	**11:15-11:35**	Попова Елена Вячеславовна	Обращение лекарственных средств в стационаре с позиции СМК	Заведующая аптекой КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
	11:40-12:40	**Обед**		
7	**12:40-13:00**	Кулешов Николай Николаевич	Приемный покой или хаос? Системы электронной регистрации пациентов и менеджмента удовлетворенностью пациентов в приемном отделении Морозовской больницы Департамента здравоохранения города Москвы	Заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», г. Москва
	13:00-13:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
8	**13:05-13:25**	Вершинская Марина Олеговна	Как сотрудникам обеспечить безопасные условия труда?	Руководитель службы охраны труда КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	13:25-13:30	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
9	**13:30-13:50**	Ивлиев Сергей Викторович	Внедрение практических рекомендаций Росздравнадзора в нефрологии. Результаты аудита диализных центров Красноярского края	Врач–нефролог дневного стационара гемодиализа КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	13:50-13:55	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
10	**13:55-14:15**	Берсенева Евгения Александровна	Актуальные вопросы подготовки медицинских работников в рамках внутреннего контроля качества: процессный подход и качество кодирования диагнозов	Научный руководитель ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва
	14:15-14:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
11	**14:20-14:40**	Михайлова Екатерина Вячеславовна	Геймификация как инструмент повышения вовлеченности и мотивации персонала. Опыт Красноярской краевой клинической больницы.	Заместитель главного врача по кадрам КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	14:40-14:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
12	**14:45-15:05**	Черкашин Олег Андреевич	Эффективные внутренние коммуникации в организации	Начальник отдела автоматизированных систем управления КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск
	14:40-14:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
	15:10-15:30	Заключительное слово.		
	15:30-16:00	**Подведение итогов, принятие резолюции.**		

ЗАКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Ученые – медикам: как красноярские генетики помогают врачам

Не многие наши медики знают, что в Красноярске, в шаге от Краевой клинической больницы, проводятся серьезные генетические исследования, направленные на выявление корреляций между генотипом и предрасположенностью к заболеваниям. Группой молекулярно-генетических исследователей НИИ медицинских проблем Севера ФИЦ КНЦ СО РАН руководит кандидат биологических наук ***Марина Смольникова.***

Фото Анастасии Тамаровской

Как давно образована ваша группа и чем она занимается?

Де-юре она образовалась чуть более года назад, де-факто – мы трудимся свыше десяти лет. Я работаю в институте с 2006 года, примерно в это время мы стали закупать оборудование для проведения молекулярно-генетических исследований, планируя работу в области генетики человека. Мой опыт в этой области сформировался во время работы в Новосибирском НИИ клинической и фундаментальной иммунологии, где я защищала диссертацию, и в Каролинском университете Стокгольма, куда меня приглашали на двухлетнюю стажировку. В начале 2000-х годов тема генетической предрасположенности, полиморфизма генов была только в самом начале изучения особенностей возникновения и течения заболеваний человека. К настоящему времени в НИИ медицинских проблем Севера (директор – профессор, д.м.н. Эдуард Вильямович Каспаров) накоплен широкий спектр оборудования, позволяющий на современном уровне проводить исследования в области молекулярной биологии и генетики.

Вся наша научная деятельность направлена на практическое применение полученных результатов. Существует прикладная наука и фундаментальная. Фундаментальная изучает процессы, эффекты и явления, а прикладная – это уже непосредственно практика с целью получения конкретного результата. Наша группа работает на стыке фундаментальной и прикладной науки, мы занимаемся изучением мультифакториальных заболеваний, которые возникают в результате как генетической детерминированности, так и действия средовых факторов. Полученные результаты могут иметь клинические рекомендации, хотелось бы, чтобы наши открытия использовались врачами для поддержания здоровья людей.

> Мы занимаемся изучением мультифакториальных заболеваний, которые возникают в результате как генетической детерминированности, так и действия средовых факторов.

Расскажите, пожалуйста, что происходит в процессе научных изысканий, как проводятся открытия и изобретения?

Каждый уважающий себя исследователь делает обширные обзоры литературы в доступных нам базах. Ученый должен быть своеобразной энциклопедией – обладать массой знаний в разных дисциплинах, чтобы глобально мыслить. Каждый организм – это комплекс метаболических, химических процессов, которые меняются ежесекундно и во многом зависят от окружающих факторов. Поэтому в медицинских науках ученый должен ориентироваться в биологии, биофизике, биохимии, иммунологии, эндокринологии, гематологии и т.д.

Чтобы сделать открытие или изобретение, сначала должна сформироваться научная гипотеза, которую ученый выдвигает, основываясь на базовых знаниях и на тех процессах, механизм которых до сих пор не изучен. Кроме того, я считаю, что самое мощное продвижение исследований происходит во время кооперации ученых, работающих над одной или смежными темами. Когда ученый «варится в своем соку», он может «изобретать велосипед», не зная, что творится по соседству. В силу того, что генетика – одна из самых востребованных наук сегодня, к нам часто обращаются специалисты других отделов нашего института или других исследовательских центров, для того чтобы мы сделали определенный генетический блок в научной работе.

Ученые, и мы в том числе, формулируют разносторонние гипотезы, наша же задача – их опровергнуть или подтвердить.

Например, сейчас у группы ученых нашего института есть гипотеза о том, что полиморфизм (функциональная мутация) в гене витамина Д может быть связан с патогенезом рака желудка. Иными словами, ученые, и мы в том числе, формулируют разносторонние гипотезы, наша же задача – их опровергнуть или подтвердить, а из результатов собрать логическую цепочку происходящих процессов внутри организма во время патологического процесса. И вся наша деятельность направлена на то, чтобы решить конкретную задачу – найти способы эффективной борьбы с конкретной болезнью, например, или, что еще лучше, рекомендовать профилактические мероприятия, чтобы это заболевание не возникло у человека вообще.

Почему какое-то заболевание происходит у представителя одной национальности и не бывает у представителя другой при наличии аналогичных особенностей в генотипе?

Каждый из нас генетически индивидуален – это всем известный факт. Тем не менее существует определенный генофонд в различных популяциях, то есть распределение некоторых генов в разных расах имеет совершенно противоположное направление. Поэтому в своих генетических работах мы всегда делаем важный акцент на формировании однородной по происхождению группы обследуемых лиц. Например, славяне: оба родителя, а иногда и прародители, должны быть славянами. Их мы формируем в одну группу, так как они относятся к европеоидной расе, а, например, тувинцев – в другую группу, так как основную составляющую в их этническом происхождении имеют монголоидные корни. В общедоступных базах данных есть информация об особенностях в частоте того или иного полиморфного (мутантного) участка в определенном гене. Например, интерлейкин-4 участвует в патогенезе астмы, формируя эозинофильное воспаление. В его гене есть ряд «функциональных» однонуклеотидных полиморфизмов – такими мутациями называют те, которые оказывают влияние на продукцию кодируемого белка или на синтез его дефектных, неактивных форм. Так вот, в европеоидной расе аллельный вариант Т в определенном участке гена, который ассоциирован с повышенной продукцией интерлейкина-4, имеет частоту 13%, а в популяциях Восточной Азии (Корея, Япония, Китай) и у африканцев его частота достигает 78%. Но это не говорит о том, что большинство азиатов и африканцев, у которых повышена концентрация интерлейкина-4, будут страдать астмой, потому что она относится к большой группе наследственных мультифакториальных патологий. В развитии таких заболеваний играет роль целый набор генов и факторов окружающей среды. Причем при одинаковой генетической составляющей в разных средовых условиях с разной долей вероятности может развиться заболевание, кроме того, формы тяжести или прогрессии тоже будут отличаться. К средовым факторам можно отнести профессиональную деятельность, загрязнение окружающей среды, особенности питания, аллергены, лекарственные средства, воздействие инфекций и т.д.

Надо сказать, что «дефектным» аллелем можно считать не только программирующий избыточную продукцию какого-то белка, но и наоборот,

его дефицит. Это может выражаться в недостатке ферментов или витаминов, например, тогда чувствительность к каким-то видам инфекции будет больше. Сегодня мы можем исследовать панели предрасположенностей к ряду заболеваний, а также к ряду способностей организма – например, к выносливости, к форсированным или к силовым физическим нагрузкам. Верная интерпретация полученных данных позволит медицине разработать персонифицированный подход к определению предрасположенности, риска развития тяжелых и неконтролируемых форм заболеваний, к их профилактике и индивидуальной тактике лечения.

Расскажите, пожалуйста, подробнее о трактовке полученной информации.

Мало получить данные о структуре генома или экзома, важно уметь интерпретировать результат.

К настоящему времени уже закончены многие проекты по изучению геномов человека, геномов европейцев. Сейчас в процессе проект GenomAsia100k, в рамках которого проводится секвенирование геномов людей разных азиатских и малочисленных популяций. Проект направлен на изучение 100 тысяч геномов, он стартовал в 2016 году и сейчас находится в финальной стадии. Цель – прочитать геном всех азиатских популяций, отследить корни происхождения, миграционные процессы. Данные собраны, сейчас они обрабатываются, и новый пласт информации даст новую пищу для интерпретирования. Поэтому те рекомендации, которые были получены до этого момента от коммерческих фирм, проводящих индивидуальные генетические исследования (на рынке можно встретить предложения о рекомендациях по питанию, физическим нагрузкам и предрасположенностям к некоторым болезням на основании проведения генетических тестов), в ближайшем будущем могут быть изменены с учетом новых данных. Важно, чтобы пациенты, покупающие такой тест, это знали, а врачи, которые его интерпретируют, давали им эту информацию.

Давайте поговорим о непосредственной пользе исследований, ее воплощении в рекомендации.

В 2014-2017 годах мы осуществляли проект «Этнически ассоциированные факторы риска высокого уровня младенческой смертности у детей коренного населения Крайнего Севера». Это была серьезная четырехлетняя работа в рамках Программы фундаментальных исследований Президиума РАН для развития арктической зоны России. Мы выявили, что у 7% новорожденных долган-нганасан встречается дефектный вариант гена CPT1A. Подобные исследования проводились ранее и на других арктических территориях, в Канаде, во Владивостоке. И можно с большой долей вероятности сказать, что дефект этого гена в арктических регионах приводит к дефициту определенного фермента - карнитин пальмитоилтрансфераза. Младенцы с такой мутацией не могут усвоить жирные кислоты, которые поступают с молоком матери. Усугубляют ситуацию бактериальные инфекции, новорожденные погибают на первом году жизни.

Результатом нашей работы стали методические рекомендации для медицинских учреждений: для популяций народов Севера в неонатальный скрининг нужно включить дополнительное исследование концентрации фермента карнитин пальмитоилтрансферазы, чтобы вовремя выявить детей, подверженных риску младенческой гибели. В то же время мы выяснили, что ненецкая популяция обладает наиболее высоким уровнем неспецифической противоинфекционной защиты среди исследованных этнических групп. У ненцев нет того самого дефектного варианта гена CPT1A, зато чаще присутствуют «благоприятные» генотипы.

Кроме научной деятельности вы занимаетесь еще и педагогическо-преподавательской, верно?

Да, есть такой проект – «Базовые школы Российской академии наук», он стартовал в 2019 году. Сейчас в нем задействовано 108 школ по всей стране. Три из них – в Красноярске: школа №10, лицей №7 и гимназия №13. В них углубленно изучают, соответственно, физику, химию, биологию и медицину. Цель проекта – дать возможность талантливым детям попасть в научный мир, расширить представление о науке, найти востребо-

Есть такой проект – «Базовые школы Российской академии наук», он стартовал в 2019 году. Цель проекта – дать возможность талантливым детям попасть в научный мир, расширить представление о науке, найти востребованное направление, вуз, построить карьеру.

фото – Александр Прудников

Хотелось бы, чтобы врачи доверяли нам, ученым, и результатам наших исследований. Чтобы те клинические рекомендации, которые мы делаем на основании ряда комплексных научных экспериментов, внедрялись в практическое здравоохранение.

ванное направление, вуз, построить карьеру. Начиная с 8-го класса дети в рамках факультативов общаются с нашими научными сотрудниками. В гимназии №13 «Академ», которой руководит Юдина Людмила Петровна, я являюсь научным руководителем медико-биологического направления. В свою команду кураторов я привлекла ученых из институтов ФИЦ, из КрасГМУ и СФУ. Хочу отметить, что это не дополнительные занятия по предметам в рамках школьной программы. На встречах со школьниками мы рассказываем о том, что происходит в науке Красноярска, России, мира. Рассказываем и показываем, что занятия наукой очень увлекательны и интересны, это особый вид творчества, но очень ответственный. Мы приводим ребят на наши научные базы, в лаборатории, они принимают участие в наших процессах – у меня десятиклассники в этом году уже сами генотипировали, работали в стерильных боксах. Ежегодно мы проводим мастер-классы «От школьника к ученому», на которых показываем применение научных знаний на практике. Многие из наших детей собираются поступать в КрасГМУ, на соответствующие факультеты СФУ. Очень хотелось бы, чтобы кто-то из ребят пришел в науку, нам очень нужны молодые и амбициозные ученые!

О какой из последних новостей исследовательской группы вы хотели бы рассказать?

Много лет наш коллектив работает с молекулярно-генетическими методиками – начиная от классической ПЦР с детекцией продуктов амплификации с помощью электрофореза. Нами активно используется метод Real-time PCR для детекции точечных мутаций. Сейчас мы осваиваем работу на приборе цифровой ПЦР QIAcuity One. К примеру, с его помощью планируем детектировать бактериальные агенты в биологическом материале. Цифровая ПЦР демонстрирует беспрецедентные точность и чувствительность. Использоваться технология может широко во многих научных направлениях. Матрицей для исследования являются нуклеиновые кислоты, которые содержат все живые организмы, в том числе бактерии и вирусы.

Технологию цПЦР уже применяли для изучения инфекции COVID-19, чтобы оценить количество копий вируса и стандарт чувствительности. Ее можно использовать и для исследования любых заболеваний или разработки каких-либо систем. То есть эту технологию кроме ученых могут использовать фармацевтические компании и диагностические центры.

Ряд институтов занимаются изучением различных организмов, и хотелось бы, чтобы ученые и практики обратили внимание на наличие этого прибора у нас в институте. На базе образовательных и научных учреждений Красноярского края есть лаборатории, которым близки и интересны подобные исследования. Наша приборная база представлена широким спектром современного оборудования. Мы всегда открыты к сотрудничеству.

Что важное Вы хотели бы сказать врачам?

Хотелось бы, чтобы врачи доверяли нам, ученым, и результатам наших исследований. Чтобы те клинические рекомендации, которые мы делаем на основании ряда комплексных научных экспериментов, внедрялись в практическое здравоохранение. Ученые работают для сохранения здоровья человека, для улучшения качества жизни и для снижения экономических вложений в терапию. Лучше осуществлять профилактические мероприятия для предотвращения возникновения заболеваний, чем в последующем заниматься дорогостоящей, зачастую продолжительной терапией. Идеальная ситуация – это взаимодействие исследователей и практических врачей.

Три казуистических случая крупных инородных тел пищевода

Владимир Афонькин,
заведующий отоларингологическим отделением ККБ

Инородные тела уха, горла и носа составляют небольшую группу среди всех обращений по неотложной лор-помощи. В основном оториноларингологу приходится сталкиваться с инородными телами в детской практике. Это объясняется активной познавательной деятельностью ребенка и изучением возможностей своего организма.

Наиболее часто встречаются инородные тела полости носа и слуховых проходов. Несколько реже – инородные тела пищевода. У взрослых инородные тела пищевода чаще наблюдаются у лиц определенных профессий. Так, плотники, столяры и швеи имеют пагубную привычку держать во время работы во рту гвозди и иглы, якобы для удобства и высвобождения обеих рук.

Другую группу лиц, у которых часто встречаются инородные тела пищевода, составляют пациенты с психическими заболеваниями. В подобных случаях больные с целью причинения вреда здоровью заглатывают довольно крупные предметы. В литературе описаны случаи проглатывания ложек, вилок, ножей и даже пружин от панцирной металлической сетки.

Приводим несколько казуистических случаев крупных инородных тел пищевода из собственной практики.

Случай №1 – массажер

Мужчина 33 лет доставлен скорой помощью в приемное отделение ККБ с жалобами на кровянистые выделения из носа, глотки, боли в горле, усиливающиеся при движении головой и шеей.

Из анамнеза известно, что в день обращения в лечебное учреждение он «проглотил зуб от расчески».
В связи с неадекватным поведением пациент осмотрен психиатром. Заключение специалиста: психоорганический синдром смешанного генеза (острое отравление синтетическими наркотическими средствами). Высказано предположение, что больной заглотил инородное тело с целью самоповреждения.
Назначена рентгеноскопия пищевода с контрастом. Выполнить исследование не удалось, так как пациент проглотить водорастворимый контраст не смог, началась рвота. На МСКТ шеи, грудной клетки – пищевод в верхней трети расширен до 3,0 см, с мелкими «карманами», протяженность расширения до 10 см. Гортань расположена асимметрично.
Заключение: инородное тело пищевода низкой плотности. Перфорация пищевода? Удалить инородное тело при фиброэзофагоскопии под местной анестезией не удалось из-за значительных размеров и вклинивания последнего.
Под общей анестезией с интубацией верхних дыхательных путей инородное тело удалено при проведении эзофагоскопии эзофагоскопом Мезрина. Инородным телом оказалась значительная часть массажера для спины шириной 3,5 см, длиной 14 см, толщиной 8,0 мм, с выступающими колесиками до 25 см.

Случай №2 – кипятильник

В приемное отделение ККБ санитарной авиацией в сопровождении сотрудников ФСИН из следственного изолятора отдаленного района доставлен мужчина 26 лет с жалобами на боли в горле и шее, невозможностью глотания пищи. Из анамнеза стало известно, что за сутки до поступления в больницу пациент проглотил кипятильник для кипячения воды объемом на стакан. Он пояснил, что ремонтировал кипятильник, зубами зачищая контакты провода. В это время его кто-то из сокамерников ударил по спине, и он проглотил кипятильник. Пациент соматически здоров, патологии лор-органов не выявлено. При этом во время фарингоскопии и непрямой ларингоскопии инородного тела выявлено не было. При рентгенографии шеи определялись контуры кипятильника. Под общим интубационным наркозом проведена эзофагоскопия эзофагоскопом Мезрина. Инородное тело захвачено щипцами и с усилием извлечено из пищевода. При ревизии пищевода после извлечения инородного тела в верхних отделах определялась большая полость в виде ампулы с растянутыми стенками. При рентген-контроле с контрастом перфораций затеков не выявлено.

Крупное инородное тело пищевода (кипятильник) удалено с помощью ригидного эзофагоскопа Мезрина.

Случай №3 – челюстной протез

Мужчина 50 лет обратился в отделение скорой помощи ККБ с жалобами на боли в горле, невозможность глотания пищи и воды. Жалобы появились утром двое суток назад. Перед этим вечером он употребил значительное количество алкоголя, была сильная рвота. Связать с чем-либо заболевание он не мог. Соматический статус без отклонений от норм. Патологии лор-органов не выявлено. При проведении рентгенографии шеи и грудной клетки было заподозрено инородное тело пищевода – металлическая проволокоподобная тень неправильной формы.
При проведении ФГС во входе в пищевод обнаружено инородное тело – протез верхней челюсти. Удалить инородное тело под местной анестезией при фиброэзофагоскопии не удалось из-за значительного вклинивания и больших размеров последнего. Под общей анестезией с интубацией верхних дыхательных путей инородное тело было удалено щипцами при эзофагоскопии аппаратом Мезрина.

Интерес описанных случаев заключается в казуистике. Так, первый пациент с психоорганическим синдромом пытался нанести самоповреждение.

В случае №2 при ревизии пищевода после удаления кипятильника была обнаружена полость значительных размеров. Создалось впечатление что кипятильник пользовался как инструмент для «бужирования» пищевода и поддержания полости в должном объеме для транспортировки наркотических средств. Со слов сопровождающих сотрудников ФСИН – молодой человек содержался под стражей в связи с торговлей наркотическими средствами.

Третий больной в состоянии глубокого алкогольного опьянения проглотил собственный зубной протез, не заметив этого, и не мог назвать причину проблем с глотанием на следующее утро.

Также особенностью во всех трех случаях явились значительные размеры инородных тел, что не позволило удалить их при фиброэзофагоскопии. Гигантские размеры инородных тел потребовали применения более грубой техники – эзофагоскопии Мезрина.

Клиническое значение четвертого корневого канала в шестых и седьмых верхних зубах

С.А. Карпенко, врач – стоматолог-хирург

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника города Новороссийска» министерства здравоохранения Краснодарского края

Наличие современных пломбировочных материалов для обтурации корневых каналов автоматически не означает качество пломбирования канала, не означает то, что эти каналы будут обнаружены, обработаны и обтурированы.

Идея написания этой статьи возникла после обращений пациентов за консультацией с определенными жалобами. При этом у них на руках были контрольные внутриротовые рентгенограммы, на которых корневые каналы зубов запломбированы полностью. Часть пациентов жаловалась на то, что после лечения зуба по поводу осложненного кариеса оставались самопроизвольные боли и боли на температурные раздражители. Другие говорили о периодических самопроизвольных болях с усилением при нагрузке на зуб.

Все пациенты попали ко мне на прием на консультацию от стоматологов-ортопедов и стоматологов-терапевтов. За период с 2018-го по 2021 год таких пациентов было 17. Всем им сделана компьютерная томография зубов верхней челюсти и придаточных пазух носа. После анализа компьютерных томограмм получены следующие результаты.

Количество случаев	Полученные результаты	Проведенное или рекомендованное лечение
1	Наличие необтурированного небного канала медиального щечного корня. Деструктивные процессы медиального щечного корня. Локальное воспаление верхнечелюстного синуса.	Проведено снятие мостовидной конструкции. Удаление моляра.
1	Наличие необтурированного небного канала медиального щечного корня. Деструктивные процессы периодонта. Локальное воспаление верхнечелюстного синуса.	Проведено снятие мостовидной конструкции. Удаление моляра.
2	Наличие необтурированного небного канала медиального щечного корня. Деструктивные процессы медиального щечного корня. Тотальное воспаление верхнечелюстного синуса.	Проведено удаление моляра. Пациент направлен на плановую операцию в стационар.

5	Наличие необтурированного небного канала медиального щечного корня. Расширение периодонтальной щели.	Пациент направлен на эндодонтическое лечение.
8	Наличие необтурированного небного канала медиального щечного корня. Рентгенологически патологических изменений не обнаружено.	Пациент направлен на эндодонтическое лечение.

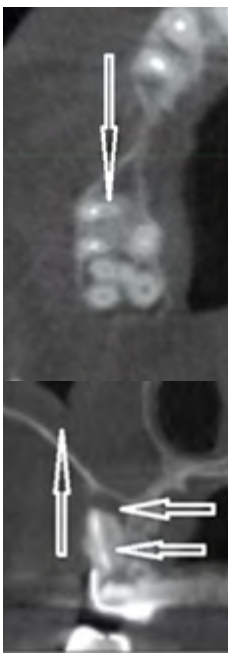
Примеры:

Типичная картина: 4 корневых канала в верхних молярах.

Единственная томография из 236, на которой оба корневых канала медиального щечного корня обтурированы!

При анализе компьютерной томограммы обнаружено, что локальное воспаление в верхнечелюстном синусе связано с необтурированным четвертым каналом моляра. Зуб развернут по оси на 45 градусов. Решили пролечить под контролем микроскопа.

При анализе компьютерной томограммы обнаружено, что локальное воспаление в верхнечелюстном синусе связано с необтурированным четвертым каналом моляра. Также имеется деструктивный процесс корня. Мостовидная конструкция удалена. Зуб удален.



При анализе компьютерной томограммы обнаружено, что локальное воспаление в верхнечелюстном синусе связано с необтурированным четвертым каналом моляра. Также имеется деструктивный процесс периодонта. Мостовидная конструкция удалена. Зуб удален.

Всего с 2018 года изучено 236 компьютерных томограмм.

У 132 пациентов обнаружено 3 корневых канала в шестых и седьмых верхних зубах. У 104 пациентов обнаружено 4 корневых канала в шестых и седьмых верхних зубах.

То есть у 44% пациентов данной выборки имеется 4 корневых канала в верхних шестых и седьмых зубах.

Выводы:

1. Поиск четвертого канала при эндодонтическом лечении шестого и седьмого верхних зубов признать обязательным.

2. В случае если четвертый канал не обнаружен без применения компьютерной томографии, рекомендовать пациенту данный метод диагностики. В случае отказа пациента от компьютерной томографии брать с него расписку, что он предупрежден об осложнениях.

Случай пластики **сложного многооскольчатого взрывного перелома черепа**

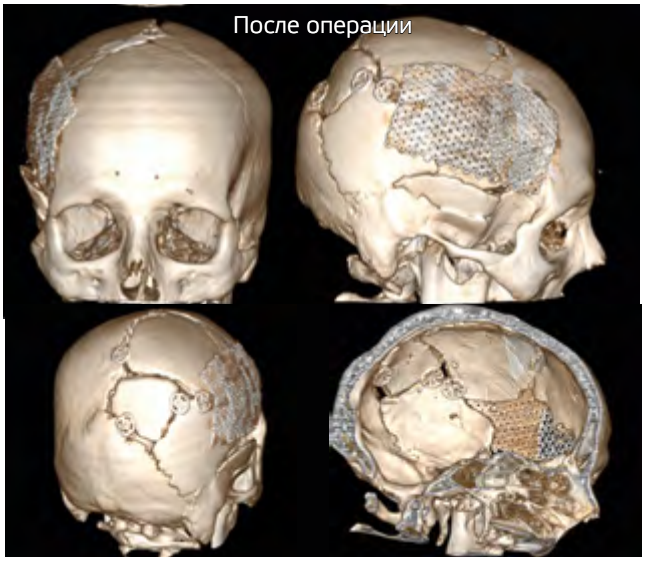
И.М. Иващенко, И.Д. Гасымлы, А.В. Ботов, П.Г. Шнякин

Пациент 7.04.2022 г. получил ранение при обстреле из гранатомета. Находился в госпитале в тяжелом состоянии без сознания. Выполнена первичная хирургическая обработка раны, удаление крупных костных отломков. После стабилизации состояния транспортирован в нейрохирургическое отделение №2 КГБУЗ «ККБ». При поступлении 22.08.2022 г. пациент в сознании, однако имеется грубый неврологический дефицит в виде гемипареза вследствие тяжелой контузии головного мозга. По данным компьютерной томографии от 22.08.2022 г., в правой височно-теменной области определяется трепанационное окно неправильной формы размерами до 7х8 см, травматическое расхождение сагиттального шва (до 6 мм), венечного, чешуйчатого (до 4 мм), лямбдовидного (до 5 мм) швов справа. Экспрессионный перелом затылочной кости с захождением отломка за теменную кость. Экспрессивный оскольчатый перелом височной кости с расхождением до 12 мм. Экспрессивный оскольчатый перелом теменной доли с расхождением до 15 мм. В правой лобной области – множественные мелкие костные фрагменты.

Выставлен диагноз: последствия минно-взрывной травмы головы, ушиба головного мозга тяжелой степени тяжести; вдавленный перелом височной кости; постоперационный дефект височной кости справа; экспрессионный перелом теменной и затылочной костей; травматическое расхождение сагиттального, лямбдовидного, венечного и чешуйчатых швов.

24.08.2022 г. выполнена операция: удаление вдавленного фрагмента височной кости справа, пластика множественных экспрессионных переломов теменной и затылочных костей титановыми краниофиксаторами. Пластика посттравматического дефекта черепа аллотрансплантатом (титановая сетка).

По данным контрольного МСКТ головного мозга, состояние после операции: наличие множественных переломов височной, теменной, затылочной кости с костным дефектом лобно-височной области справа размером 62х56 мм, закрытым титановой сеткой, переломы фиксированы краниофиксами. В сравнении с МСКТ от 22.08.2022 г. конфигурация черепа правильная.



Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Пациент переведен на второй этап реабилитации 06.09.2022 г.

Наследие аугментационной пластики уретры

Д.И. Лалетин[1,2], М.А. Фирсов[1,2], В.С. Шик[2], А.Н. Вохмин[1], Н.В. Савватеева[1]

1. ГКБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск
2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

Стриктурой уретры называется сужение просвета мочеиспускательного канала различной протяженности на участке от наружного его отверстия до уровня шейки мочевого пузыря вследствие рубцовых изменений уретры в сочетании с фиброзными изменениями окружающих тканей.

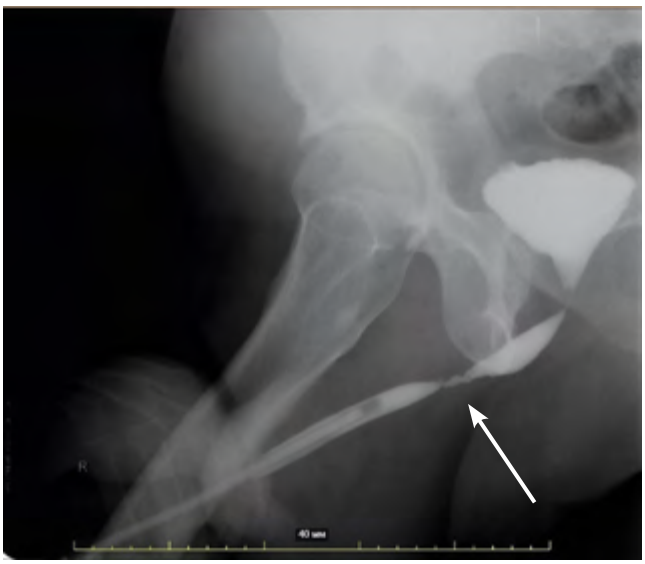


Рис. 1. Пациент М. Протяженная стриктура луковичного отдела уретры

Частота заболевания, по данным российских клинических рекомендаций и руководств европейской и американской ассоциаций урологов, варьируется от 0,6 до 1,9% [1]. Весомый вклад в рост заболеваемости вносят инфекции, передающиеся половым путем, увеличивающееся число трансуретральных вмешательств на предстательной железе, мочевом пузыре; травм, в том числе с переломом костей таза; длительная имплантация уретральных катетеров у маломобильных пациентов, пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, а также рубцевание тканей после проведения лучевой терапии [2].

В зависимости от локализации и протяженности стриктуры, наличия рецидива после предшествующих операций хирургическая тактика избирается индивидуально [2]. Одним из способов коррекции сужения мочеиспускательного канала является оптическая уретротомия, т.е. рассечение стенозированного участка уретры посредством холодного ножа. Операция применима при первичных стриктурах протяженностью до 10 мм, локализованных в луковичном отделе уретры. Эффективность операции значительно варьируется и может достигать в конечном итоге 95,1% [3]. Между тем Д.Ю Пушкарь, А.В. Живов, О.Б. Лоран приводят следующие показатели безрецидивного течения стриктур уретры после оптической уретротомии: 40,5% при первичном вмешательстве, 22,5% – при повторном, а также отсутствие положительного результата после третьей и последующих операций [4]. Поэтому при рецидиве заболевания рекомендовано более агрессивное и более радикальное оперативное лечение [1].

Вторым вариантом операции является анастомотическая пластика уретры – иссечение измененного участка мочеиспускательного

Наиболее изученным, удобным, применяемым для пластик уретры материалом является ткань внутренней поверхности щеки – буккальный графт.

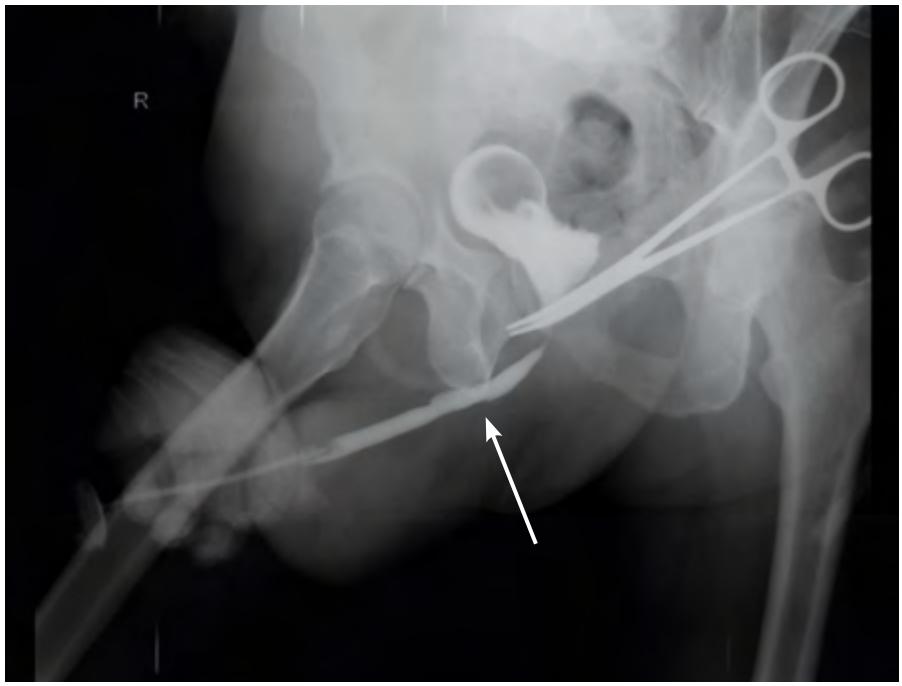


Рис. 2. Пациент М. Уретрограмма после операции Barbagli. Просвет мочеиспускательного канала восстановлен

канала с окружающими фиброзными тканями спонгиозного тела, формированием анастомоза «конец-в-конец». Анастомотическая пластика применяется при локализации стриктуры протяженностью до 20 мм в луковичном отделе уретры. Эффективность хирургической методики составляет до 90–99% [2].

При протяженных сужениях мочеиспускательного канала выбор падает на аугментационные операции. Расширение просвета уретры производится с использованием тканей слизистой щеки, нижней поверхности языка, кожных лоскутов крайней плоти, заушной области с различными вариантами их расположения. Наиболее изученным, удобным, применяемым для пластик уретры материалом является ткань внутренней поверхности щеки – буккальный графт. Она имеет толстую подслизистую основу, хорошую адаптационную способность васкуляризироваться в новом месте. Положительный результат оперативного лечения с использованием слизистой щеки, по данным регулярных обзоров, варьирует от 83 до 90,5% [5].

Краевая клиническая больница имеет большой опыт хирургии стриктур уретры. Н.И. Захаров – основоположник оперативных вмешательств на мочеиспускательном канале. А.Н. Вохмин – высококлассный специалист анастомотических пластик уретры. А.В. Пучко – специалист эндоскопической коррекции сужений уретры.

С 2010 года, с приходом проф. Ф.П. Капсаргина, началась эра аугментационной уретральной хирургии. К сожалению, пандемия коронавирусной инфекции унесла жизнь этого прекрасного специалиста, но все совместно накопленные знания, клинический опыт позволяют продолжить выполнение пластических операций на мочеиспускательном канале врачами отделения урологии.

Цель исследования: произвести анализ собственных результатов лечения пациентов со стриктурой уретры, которым была выполнена пластика с использованием трансплантата

слизистой рта. Соотнести полученные данные с результатами отечественных и зарубежных специалистов.

С января 2021 года по август 2022-го на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» пластика уретры с использованием слизистой щеки была выполнена девяти пациентам. Средний возраст больных составил 57,1±10,6 года. Причиной формирования сужения мочеиспускательного канала были перенесенное венерическое заболевание, травма с переломом костей таза, трансуретральная электрохирургическая энуклеация гиперплазии предстательной железы. В трех случаях причиной стриктуры стала имплантация уретрального катетера, у трех пациентов выявить этиологию заболевания при сборе данных анамнеза не удалось.

В 44% случаев имело место нарушение мочеиспускания по типу острой или хронической задержки мочи, что требовало установки цистостомы по месту жительства для адекватного опорожнения мочевого пузыря. Остальные пациенты мочились самостоятельно. Скорость мочеиспускания при проведении урофлоуметрии варьировалась от 2 до 10,9 мл в сек., среднее значение – 2,53 мл в сек.

У семи пациентов стриктура локализовалась в луковичном отделе уретры, у двух – в висячем. Протяженность стенозированного участка мочеиспускательного канала составила 38,3 ± 16 мм.

Всем пациентам выполнена аугментационная пластика уретры с использованием трансплантата слизистой щеки. В 46% случаев проведена операция Барбагли (фиксация трансплантата к кавернозным телам в проекции дорсальной поверхности мочеиспускательного канала), в 33% случаев – аугментационный анастомоз (операция Барбагли + формирование уретро-уретроанастомоза по нижней полуокружности мочеиспускательного канала. Необходимость модификации была обусловлена грубыми рубцовыми изменениями и необходимостью выделить и дистализировать приемами Вебстера проксимальный отрезок уретры). У двух пациентов с локализацией сужения мочеиспускательного канала в висячей части выполнена операция Kulkarni (дорсолатеральное расположение трансплантата) и операция Asop (восстановление просвета уретры путем имплантации слизистой рта в рассеченную дорсальную стенку мочеиспускательного канала).

В трех случаях (поражение луковичного отдела уретры) во время операции производилась цистостомия для обеспечения более надежного дренажа мочевого пузыря.

Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии с силиконовым уретральным катетером и прибыли для удаления последнего в сроки имплантации дренажа 32,5±5 дней. При оценке уретрограмм участок стеноза в зоне имплантации буккального графта определялся у одного пациента после операции Asop.

Контрольные показатели урофлоуметрии варьировались от 14,4 до 27,5 мл в сек., среднее значение – 22,5±4,6 мл в сек. при отсутствии остаточной мочи в полости мочевого пузыря. Пациентам, имеющим цистостому, дренаж был удален по восстановлении адекватного самостоятельного мочеиспускания, мочевые свищи закрылись самостоятельно в течение 24 часов.

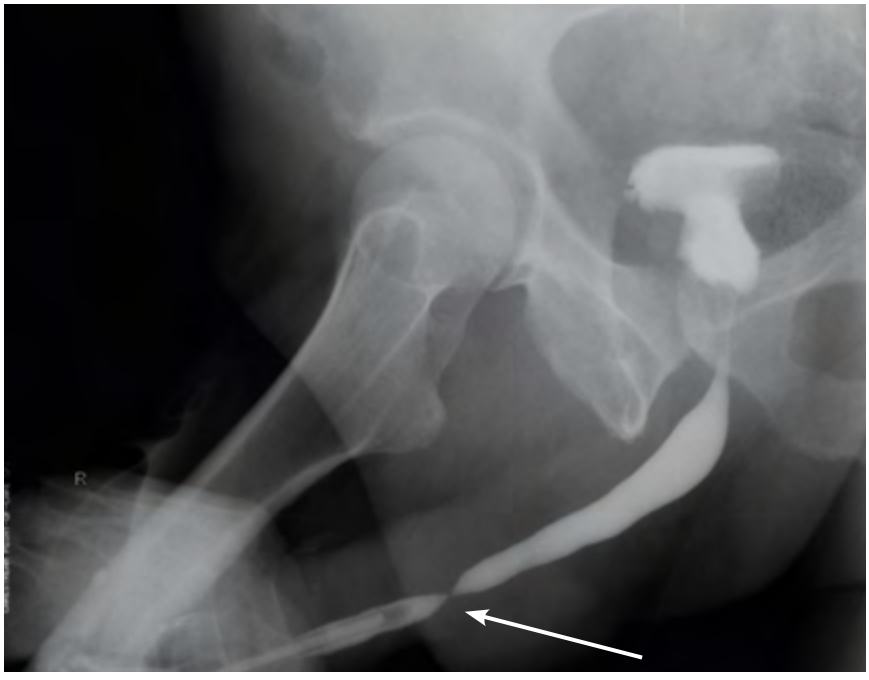


Рис. 3. Пациент Ш. Стриктура висячего отдела уретры

При динамическом наблюдении рецидив стриктуры висячего отдела уретры со снижением скорости мочеиспускания с 21 до 6 мл в сек. выявлен у одного пациента в течение 3 месяцев после операции. Пациент от повторного оперативного вмешательства воздержался. Отрицательный результат, вероятно, связан с низким опытом выполнения методики Asop.

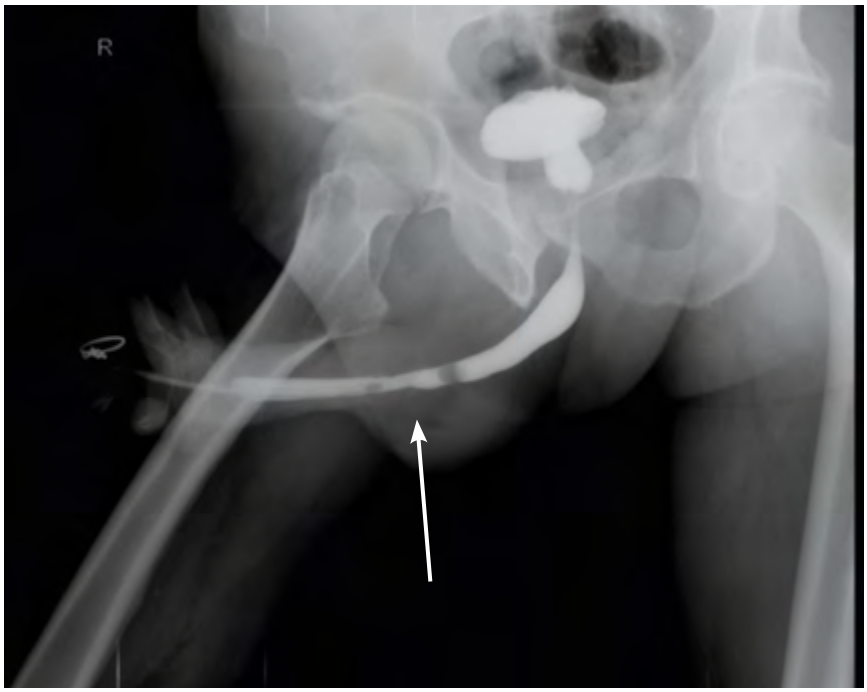


Рис. 4. Пациент Ш. Результат операции Kulkarni

Использование трансплантата слизистой рта является операцией выбора при протяженных стриктурах луковичного и стриктурах висячего отделов уретры. (Рис. 1–4) Эффективность хирургического вмешательства, по собственным данным, составляет 88,9%, что соответствует результатам отечественных и зарубежных специалистов.

Литература:

1. Стриктуры уретры. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. – 2021 г. – с. 4.

2. С.В. Котов. Стриктуры уретры у мужчин. Выбор метода уретропластики. М.: ИД «АБВ-пресс», 2018 г. – 184 с.

3. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Фахрединов Г.А., Дутов С.В. Опыт длительного применения уретрального стента при рецидивной стриктуре мочеиспускательного канала. Урология 2010; (5): 72–73.

4. Пушкарь Д.Ю., Живов А.В., Лоран О.Б., и др. Сравнительная частота и факторы риска рецидива стриктуры уретры при различных методах оперативного лечения.//Андрология и генитальная хирургия. 2012; 13(4): 37–44. https://doi.org/10.17650/2070-9781-2012-4-37-44.

5. Mangera A, Patterson J.M.,Chapple C.R., A systematic review of graft augmentation urethroplasty techniques for the treatment of anterior urethral strictures. European Urology 2011; 59(5): 797-814. doi: 10.1016/j.eururo.2011.02.010. Epub 2011 Feb 24

О контрастах в медицине

Александр Владимирович Башлыков,
пациент травматолого-ортопедического отделения ККБ, кардиологического отделения №2, отделения медицинской реабилитации:

По жизни меня сопровождают травмы: армейские и спортивные – с 11 лет занимался борьбой, служил в ВДВ. Компрессионные травмы позвоночника, травмы коленных суставов. Первый раз мениск мне порвали на первенстве ВДВ, в армии. И первая моя операция была здесь лет 20 назад, это было удаление мениска, так как он стал ограничивать ногу в движении. Далее возникла необходимость менять сустав.

И вот в начале 2022 года сначала меня приняли в кардиологическом отделении №2 – в силу наличия проблем с сердцем, полностью обследовали, нейрохирурги провели диагностику позвоночника, травматологи сообщили, что второй сустав тоже подлежит замене. Запланировали изначально разобраться с коленными суставами, потом заниматься позвоночником, так как период реабилитации после замены суставов может негативно сказаться на позвоночном столбе – биомеханика, все в скелете взаимосвязано. Когда человек адаптируется к замененному суставу, он не может двигаться ровно, и может пострадать внедренная в позвоночник конструкция.

Мне была поставлена задача сбросить вес как минимум до 100 кг – при исходном 120. Поэтому во время пребывания в кардиологии еще была проведена серьезная работа с диетологом. Состоялась беседа с психиатром, который посоветовал препараты, которые помогут справиться с предоперационным «мандражом». Потом было оформление квоты, а еще чуть позже мне сообщили, что в мае 2022 года будет госпитализация для оперативного вмешательства по поводу замены коленного сустава.

Позвонили из колл-центра больницы – сообщили, когда и где нужно быть, что с собой иметь. Среди необходимого были указаны компрессионные чулки для профилактики тромбоэмболии, я, разумеется, взял их. Оказалось, что надевать чулки в послеоперационном периоде очень трудно, и здесь лучше подойдут специальные пятиметровые эластичные бинты. Это если операция не на ноге, а, скажем, на брюшной полости, то пациент надевает их до операции, и потом идет на нее. Пришлось срочно искать такие бинты.

Позитивно хочу отозваться о работе среднего и младшего медперсонала – медсестры и медбратья работают очень хорошо: четко, уверенно, доброжелательно. Уход за всеми пациентами, лежачими в том числе, проводится по максимуму. Ребята не только ни в чем не отказывают, но и сами предлагают помощь – вымыть голову, обтереть, другие какие-то гигиенические процедуры. Это дорогого стоит – когда отношение к пациенту неравнодушное, человеческое.

Санузел в главном корпусе ККБ

Медсестры и медбратья работают очень хорошо: четко, уверенно, доброжелательно. Уход за всеми пациентами, лежачими в том числе, проводится по максимуму.

Санузел в новом хирургическом корпусе ККБ

Все предоперационные манипуляции проходили спокойно и буднично. Далее была операция. А после я, как и другие ортопедические пациенты, столкнулся с рядом моментов. Например, то, что двери в палате в туалет запроектированы открываться на себя, – крайне неудобно. Ты же с ходунками, они впереди тебя, и нужно дотянуться до двери, чтобы раскрыть ее на себя. Поддерживающие приспособления в туалете очень маленькие, рассчитаны на миниатюрного больного. Общая проблема для всех старых помещений – низко расположен кран в раковине, раковина неглубокая, невозможно подставить бутылку, для того чтобы набрать воду.

На вторые сутки после операции пришла реабилитолог, сказала – надо ходить. Я был не против, и началась восстановительная работа: 70 шагов в сутки с помощью ходунков. Говорили, если появится боль, не терпеть, дадим обезболивающее. Пробыл я в ортопедии две недели, а дальше мной плотно занялись в отделении реабилитации. Здесь тоже могу сказать только слова благодарности и восхищения в адрес персонала. Любой пациент может рассчитывать и на психологическую, и на физическую поддержку. Хочу отдельно сказать про питание – оно совершенно адекватное. Никто не рассчитывает получать в больнице деликатесы, здесь еда в первую очередь полезная, правильная и сбалансированная. По качеству все хорошее, свежее.

После выписки я пошел прикрепляться для наблюдения сначала в частную клинику, потом в травмпункт, поскольку ни к одной из поликлиник не был прикреплен. Там свои проблемы – где-то равнодушие, где-то просто материальная необеспеченность в сочетании с организационными проблемами. Поразила реплика врача: «Вам повезло, могли бы сделать неправильно, пришлось бы снова «ломать»!» Скажем прямо, слова не обнадеживающие, особенно если учесть необходимость продолжения лечения. Но я докторам Краевой абсолютно верю, слышать такое было просто неприятно. Ведь существует же медицинская этика, не должен врач говорить «тебе повезло». Я должен был бы бояться теперь идти на последующие операции? Впереди у меня операция на втором суставе и позвоночнике. Я не боюсь, уверен, что все будет как надо, ведь однажды я это уже прошел, и рядом со мной были и будут профессионалы. А в целом о медицине в России могу сказать, что она такая же разная, как сама страна. И все зависит от людей на местах.

Неврологическое отделение ККБ: новое в текущей работе

Наталья Исаева,

заведующая отделением неврологии:

Приоритетным направлением работы неврологического отделения Краевой клинической больницы является внедрение современных технологий диагностики и лечения пациентов со всем спектром экстренной и плановой неврологической патологии. Уровень профессиональных компетенций сотрудников отделения, наличие современной диагностической, лечебной и реабилитационной базы Краевой клинической больницы с возможностью квалифицированной помощи смежных специалистов и наличием специализированных реанимаций позволяют эффективно оказывать помощь пациентам с рассеянным склерозом и другой демиелинизирующей патологией, нейроинфекцией, нервно-мышечными, нейродегенеративными, сосудистыми заболеваниями, болевыми синдромами различной локализации и этиологии, пароксизмальными состояниями, орфанными болезнями.

За двухлетний период работы отделения внедрены следующие методики:

- лечение высокоактивного рассеянного склероза (РС) с применением генно-инженерных препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС) 2-й линии (окрелизумаб, алемтузумаб). Строгое соблюдение утвержденного протокола инфузии с проведением премедикации, мониторинга состояния пациентов, симптоматической коррекцией отклонений позволяет профилактировать риски развития серьезных нежелательных побочных реакций. Применение данных ПИТРС дает возможность стабилизировать состояние пациентов, снизить частоту или полностью предотвратить возникновение обострений, замедлить прогрессирование заболевания и инвалидизацию больных;
- с весны 2021 года неврологическое отделение принимает пациентов с тяжелыми формами клещевых нейроинфекций в соответствии с утвержденным порядком, в связи с чем отработаны протоколы ведения пациентов с клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом, микст-инфекцией;
- широко проводится ликворологическое исследование в диагностике нейроинфекций (в том числе на туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, клещевой энцефалит, герпес-вирусы), исследуются специфические биологические маркеры РС (олигоклональные IgG), что позволяет своевременно установить диагноз и выбрать точную стратегию лечения. Отработана и внедрена методика проведения тап-теста как важного этапа диагностики нормотензивной гидроцефалии;
- внедрена ботулинотерапия под УЗ-навигацией при спастичности верхней и нижней конечностей различного генеза (вследствие инсульта, ЧМТ, рассеянного склероза, ДЦП, болезни Штрюмпеля). Ботулинотерапия обладает наивысшим уровнем доказательности и относится к эффективным методикам снижения мышечного тонуса и улучшения функции конечностей как в раннем периоде заболевания, так и на этапе подготовки к последующему курсу нейрореабилитации;
- особое внимание уделяется пациентам с нейродегенеративными заболеваниями, в том числе боковым амиотрофическим склерозом (БАС). Отсутствие эффективных методов лечения, неуклонное прогрессирование с быстрой

инвалидизацией и летальным исходом определяют важность точной диагностики и определения индивидуальной программы ведения пациентов с БАС. Совместно с неврологами кабинета нервно-мышечной патологии ККБ, логопедами, специалистами эндоскопического отделения, анестезиологами и реаниматологами отработан алгоритм принятия решений о способах коррекции дыхательной и нутритивной поддержки пациентов с БАС, в частности, отбора больных и установки перкутанной гастростомы, наложения трахеостомы и подбора параметров респираторной поддержки. Активное взаимодействие с сотрудниками паллиативной службы края и федеральным благотворительным фондом «Живи сейчас» позволяет обеспечивать пациентов портативными аппаратами ИВЛ. Своевременная коррекция тягостных симптомов БАС необходима для профилактики осложнений, улучшения состояния и качества жизни больных;

- проводятся методики ферментзаместительной терапии при орфанных болезнях. Патогенетическая терапия болезни Фабри и Помпе осуществляется внутривенным введением препаратов Реплагал и Майозайм соответственно. С декабря 2021 года проводится патогенетическая терапия трех пациентов взрослого возраста со спинальной мышечной атрофией (СМА) путем интратекального введения препарата Спинраза. Патогенетическая терапия указанных орфанных болезней замедляет прогрессирование, профилактирует осложнения и улучшает моторный статус пациентов;
- активно внедряются подходы к реабилитации пациентов с РС, спинальной мышечной атрофией и другой общеневрологической патологией в остром периоде заболевания, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить уровень инвалидизации больных.

Спецификой работы отделения является командный подход, ориентированный на индивидуальные особенности пациента. Выбор диагностического и лечебного алгоритма определяется актуальными клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ, региональными порядками и приказами по оказанию помощи профильным больным.

Спецификой работы отделения является командный подход, ориентированный на индивидуальные особенности пациента.

В соответствии с перспективным планом развития отделения в настоящее время проводится работа по совершенствованию качества помощи пациентам с эпилепсией. Реализуется теоретическая и практическая подготовка врачей по вопросам проведения КЭЭГ-мониторинга, диагностики и дифференциального диагноза эпилепсии, медикаментозной терапии, прехирургического отбора больных с фармакорезистентными формами эпилепсии. Оснащение отделения оборудованием для КЭЭГ-мониторинга, являющегося стандартом в эпилептологии, а также внедрение фармакомониторинга противоэпилептических препаратов позволит реализовать вопросы диагностики и, соответственно, лечения эпилепсии на современном уровне.

Неврологическое отделение является базой кафедры нервных болезней с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», что позволяет коллегиально с кафедральными сотрудниками обсуждать диагноз и тактику ведения сложных и диагностически неясных пациентов. Это выводит отделение в ранг экспертных в регионе по своему профилю. Сотрудники отделения проводят циклы повышения квалификации для врачей-неврологов, оказывают консультативную помощь врачам ЛПУ края, принимают активное участие и выступают с докладами на научных конференциях по неврологии. Научный и практический опыт реализуется в научных публикациях, за период работы отделения опубликовано более 10 печатных работ, в том числе в журналах, рецензируемых ВАК, в соавторстве издано два учебных пособия, подготовлены методические рекомендации по уходу за маломобильными больными на дому.

Сотрудники отделения проводят циклы повышения квалификации для врачей-неврологов, оказывают консультативную помощь врачам ЛПУ края.

Внедрение новой информационной базы **по взаимодействию лекарственных средств**

Евгения Курц,

заведующая отделением клинической фармакологии ККБ:

В современном мире отмечается стремительный рост создания и внедрения в практическое здравоохранение большого количества лекарственных препаратов. Если в 50-е годы XX века на территории России было зарегистрировано не более 70 лекарственных препаратов, то, по данным государственного реестра лекарственных средств РФ, в настоящий момент их 2600 по международному непатентованному наименованию (МНН), а по торговому наименованию – более 24 000 препаратов.

Внедрение в клиническую практику новых лекарственных средств с новыми механизмами действия, изученными с позиции доказательной медицины, привело к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов с острыми и хроническими заболеваниями. Наличие большого выбора лекарственных средств является благом для врача в подборе фармакотерапии пациенту с учетом индивидуальных особенностей и патологии. Стремление повысить эффективность лечения неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных средств, может приводить к полипрагмазии.

Полипрагмазия – одновременное назначение большого количества лекарств, в том числе необоснованное. На основании данных зарубежных источников – используется термин «полифармация» (polypharmacy, от греч. poly – много и pharmacy – лекарство). Вследствие назначения определенного количества лекарственных средств возникает их взаимодействие, что может менять эффективность и безопасность терапии.

Существует множество онлайн-ресурсов по взаимодействию, которые отличаются по охвату, содержанию и критериям включения и доступны клиницистам. В каждом клиническом случае лечащий врач должен внести в определенный ресурс с помощью гаджета информацию по фармакотерапии и получить результат. Этот результат может стать помощником в принятии решения о назначении или отмене лекарственного препарата (ЛП).

Как говорил известный советский ученый-терапевт, основоположник клинической фармакологии в России академик АМН СССР Б.Е. Вотчал, «поменьше лекарств, только то, что необходимо больному».

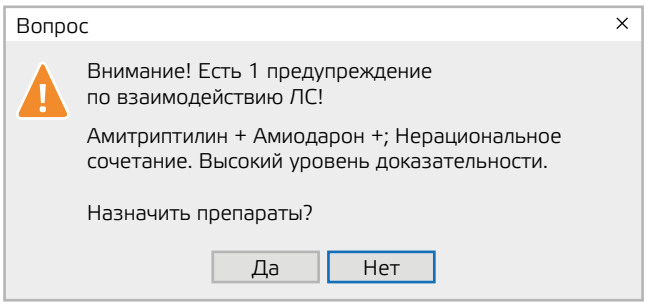
При оказании медицинской помощи одним из требований к медицинской организации является обеспечение безопасности пациентов. Одно из таких направлений – лекарственная безопасность.

В течение 10 лет наша клиника перешла на электронный ресурс, электронную историю болезни, электронный лист назначения. Неоднократно были попытки внедрения базы по взаимодействию ЛП. В настоящее время со специалистами Сколково разработана и совместно с командой АСУ КГБУЗ «ККБ» внедрена система поддержки принятия врачебных решений по взаимодействию ЛП в клинической практике. База по взаимодействию ККБ с марта 2022 года вживлена в единую систему электронной истории болезни.

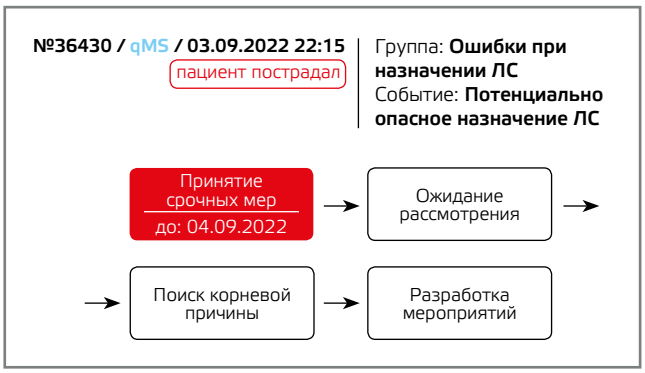
Как работает база по взаимодействию

При обращении за медицинской помощью, госпитализации пациента лечащий врач вносит поочередно лекарственные препараты в электронный лист назначения. На стадии назначения на экране появляются предупреждения: назначить терапию или провести замену препарата. При консультации специалиста смежной специальности и назначении им ЛП обязательно учитываются препараты, назначенные ранее.

Пример 1



При согласии продолжить терапию, несмотря на определенные ограничения, информация автоматически поступает к врачу – клиническому фармакологу для дополнительного обсуждения.



При получении данных клинический фармаколог обязательно рассматривает первичную документацию и детали взаимодействия.

Описание неблагоприятного события
Пациент поступил 29.08.2022.
03.09.2022 в 22:15:54 назначены медикаменты, на которые ЭКФ дает предупреждения с высоким уровнем опасности.
Информация от ЭКФ:
Внимание! Есть 3 предупреждения по взаимодействию ЛС!
СотаГЕКСАЛ + Амиодарон; Есть противопоказания. Высокий уровень доказательности.
При совместном применении соталола и амиодарона происходит повышение фармакологических эффектов обоих препаратов, возрастает риск возникновения глубокой брадикардии, угнетения синусового ритма и AV блокады.

Амиодарон + СотаГЕКСАЛ + Амитриптилин +; Есть противопоказания. Высокий уровень доказательности.
Амиодарон + СотаГЕКСАЛ +; Нерациональное сочетание. Высокий уровень доказательности.

В дальнейшем происходит обсуждение полученных данных и принятие окончательного решения совместно с лечащим врачом. Эта информация доступна заведующему профильным отделением.

Пример 2

Информация от ЭКФ:
Внимание! Есть 1 предупреждение по взаимодействию ЛС!

Амикацин + Цитарабин-ЛЭНС; Есть противопоказания. Высокий уровень доказательности.
При совместном применении амикацина с цитарабином происходит проявление антагонизма при взаимодействии с цитарабином в отношении чувствительных штаммов K.pneumoniae.

Описание принятых мер:

Оба препарата показаны.
Риск эффективности данной комбинации превышает риск побочных эффектов.

Анализ медицинской документации

Результат: Завершено с улучшениями

Комментарий: Проведен анализ фармакотерапии. С учетом основной патологии пациент получает цитарабин согласно протоколу (21 день). С учетом сопутствующей бактериальной инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии пациент получает амикацин. При совместном назначении указанных препаратов снижается антимикробная эффективность амикацина, ввиду чего пациенту назначена комбинированная антимикробная терапия.

Ресурс по взаимодействию ЛП – живая система, и после совместного обсуждения с авторами программы, специалистами АСУ, пользователями-клиницистами, клиническими фармакологами может проводиться коррекция неточностей.

В настоящий момент система проверяет более 35 000 назначений в месяц, это в среднем 1170 в день. Из общего числа взаимодействий в месяц в среднем в 7,2% (84) случаев система оценивает взаимодействие как опасное.

По мере работы мы оттачиваем функциональные особенности системы, возможности внедрения дополнительных инструментов с возможным включением клинико-экономического анализа. Работа продолжается.

Система по взаимодействию лекарственных средств является инструментом, направленным на оптимизацию фармакотерапии в условиях клинической практики, снижение частоты побочных эффектов препаратов. За работой стоит безопасность пациентов, эффективность терапии.

Знаменательные даты

55 лет

с начала проведения эндоскопических методов диагностики и лечения в ККБ

Эндоскопические методы диагностики применяются в Краевой клинической больнице практически с момента ее организации. Однако только с совершенствованием техники стало возможным их более широкое применение. Первую бронхоскопию в больнице в конце 60-х – начале 70-х годов выполнил В.Л. Разманов, первую гастроскопию – М.В. Шпатаковская. С приобретением практического опыта увеличивались объемы обследований, и это потребовало организационных изменений. В мае 1977 года в Краевой клинической больнице был создан кабинет эндоскопии. Первыми штатными врачами-эндоскопистами были С.П. Алексейцева, В.В. Каширин, Т.Г. Лукина, В.И. Мотин.

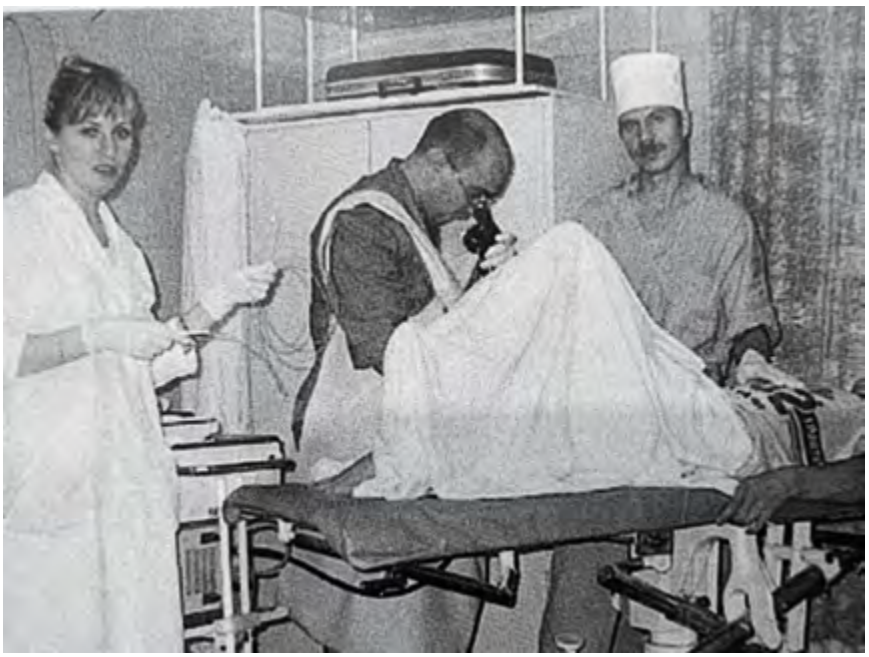
Коллектив отделения, 1980-е годы.

Дальнейшее совершенствование эндоскопической техники, накопление практического опыта и увеличение объемов работы послужило поводом для создания в 1985 году отделения эндоскопии. Первым заведующим становится В.Г. Перевалов. С 1986 года отделение возглавляет В.В. Каширин, а с 1 января 1992 года по май 2010 года – О.А. Бобровский.

Первый ряд справа налево: врач В.И. Ермаков, врач Т.М. Зима, медсестра Г.Н. Милютина, врач В.В. Каширин
Второй ряд: медсестра Е.М. Новикова, сестра-хозяйка Н.А. Кузнецова
Третий ряд: заведующий отделением О.А. Бобровский

О.А. Бобровский

Силами отделения эндоскопии была создана специализированная операционная, оснащенная всем необходимым для проведения широкого спектра эндохирургических вмешательств на брюшной и грудной полости. В отделении внедрено более 30 внутриорганных и полостных эндоскопических операций, используемых в абдоминальной, грудной хирургии, кардиохирургии, гинекологии, урологии, проктологии. Это самый широкий спектр операций среди применяемых в лечебных учреждениях края. Многие из них выполняются только в Краевой клинической больнице. Сотрудники отделения активно участвуют в работе профессиональных российских ассоциаций, опубликовано несколько десятков научных статей, оформлено несколько свидетельств о рационализаторском предложении.



Елена Новикова, Павел Жегалов, Владимир Ермаков. Рабочий процесс

Обязательным условием в работе отделения является тесное сотрудничество со специалистами всех отделений клиники, заинтересованных в развитии эндоскопических технологий.

С июля 2010 года заведующим отделением назначен Павел Сергеевич Жегалов.

В отделении эндоскопии ежегодно проводится более 12 000 лечебных и диагностических исследований, из них: около 9000 фиброгастродуоденоскопий, около 2000 фибробронхоскопий, около 300 фиброколоноскопий и более 100 эндоскопических ретроградных панкреатохолангиографий. Выполняется широкий спектр внутрипросветных оперативных вмешательств на верхних отделах ЖКТ, трахеобронхиальном дереве, панкреатобилиарной зоне и толстой кишке: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракциями, билиарное эндопротезирование, удаление инородного тела пищевода, эндоскопическая дилатация кардии при ахалазии, полипэктомия пищевода, полипэктомия желудка, лигирование варикознорасширенных вен пищевода, эндоскопическое клипирование при ЖКК, перкутанная

Первый ряд справа налево: медсестра А.С. Колян, врач С.П. Алексейцева, медсестра В.П. Ерофеева, санитарка Н.М. Лушникова
Второй ряд справа налево: медсестра О.М. Маямсина, врач Ю.В. Заварзина, старшая медсестра Ю.А. Морозова, медсестра А.В. Куимова, сестра-хозяйка Н.А. Кузнецова
Третий ряд справа налево: врач В.В. Каширин, медсестра Е.М. Новикова, врач О.А. Бобровский, заведующий отделением П.С. Жегалов, врач В.И. Ермаков, врач А.В. Самойленко

эндоскопическая гастростомия, полипэктомия толстой кишки, эндоскопическое удаление инородных тел ТБД, удаление доброкачественных опухолей ТБД, бужирование стенозов трахеи, эндопротезирование стенозов трахеи, гемостаз при кровотечениях из верхних и нижних отделов ЖКТ, склеротерапия при варикозном расширении вен пищевода, резекция слизистой пищевода и желудка.

Ликвидирована очередь на ФГДС, в настоящее время записаться на исследование можно уже на следующий день. Ежедневно может проводиться до 40 исследований.

Важным этапом в развитии эндоскопического отделения стало объединение структурных кабинетов на единой территории. Объединение отделения позволило сконцентрировать материально-техническую базу, кадровый состав в одном месте, повысив эффективность использования дорогостоящего оборудования и кадрового потенциала отделения. В качестве примера можно привести следующее: с осени 2010 года в главном корпусе проводятся все диагностические исследования верхних отделов ЖКТ для пациентов, находящихся в отделениях всех корпусов. Ликвидирована очередь на ФГДС, в настоящее время записаться на исследование можно уже на следующий день. Ежедневно может проводиться до 40 исследований. Эти цифры показывают благоприятный результат объединения материаль-

но-технической базы и кадрового потенциала отделения. Объединение приема на одной территории позволило значительно увеличить пропускную способность отделения, облегчить и улучшить административный контроль, повысить эффективность использования кадрового ресурса, а наличие на данной территории специально оборудованной моечной для эндоскопического оборудования позволило соблюдать санитарные нормативы.

Не менее важным этапом являлась модернизация оборудования отделения – переход от оптической эндоскопии к цифровым стандартам – большой шаг из XX века в XXI-й. Перевод эндоскопии в цифровой формат позволил решить проблемы объективизации исследований, хранение результатов исследования на мобильных носителях, передачи результатов исследования по внутрибольничной информационной сети QMS и межбольничным сетям. В настоящее время в отделении имеется современный видеоэндоскопический комплекс с видеогастроскопом. До недавнего времени «темным пятном» для исследований оставалась тонкая кишка. Имеющийся метод капсульной эндоскопии хоть и является дорогостоящим, но в ряде случаев применяется. Внедрение в клинику энтероскопии позволило многим пациентам избежать необоснованных диагностических лапаротомий. Для внедрения этого метода был приобретен видеоэнтероскоп.

Привлечение в отделение молодых перспективных врачей является важным пунктом в перспективном плане развития отделения, как и обучение уже работающих специалистов. Отделение эндоскопии КГУЗ «ККБ» по-прежнему является лидером по своему направлению в краевой медицине и имеет большие перспективы, напрямую зависящие от его материально-технической базы и усовершенствования работы, организованной в соответствии со стандартами Росздравнадзора и ISO-9000-1.

Коллектив отделения эндоскопии сегодня

Николай Ярошенко. **«Сестра милосердия»**

Одно из самых известных полотен, воплощающих образ сестры милосердия, – одноименная картина Николая Александровича Ярошенко. «Его высокое благородство, его прямодушие и необычайная стойкость, вера в то дело, которому он служит, были, думаю, не для одного меня примером, – так писал о коллеге русский и советский художник Михаил Нестеров, – и сознание, что такой правильный человек есть среди нас, ободряло на правое дело».

Все эти качества, присущие художнику, видны и в героине его работы. Сквозь усталость отчетливо просматривается сила духа, осознанность и уверенность в нужности своей работы. А также человеческое достоинство, которому Ярошенко придавал большое значение и воплощал в образах всех своих произведений.