

март 2024 год

№ 1 (91)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Тяжелые формы послеродового эндометрита: клинико-анамнестические и микробиологические особенности

Концепция «общедоступной дефибриляции»,
или Каким медицинским оборудованием должен уметь
пользоваться каждый

ПОРТРЕТ
Дмитрий
Черданцев



краевая
клиническая
больница

основана в 1942

НАША МИССИЯ:

МЫ ОКАЗЫВАЕМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
ОТВЕТСТВЕННО, НАИЛУЧШИМ
ОБРАЗОМ РЕШАЯ ПРОБЛЕМЫ
ПАЦИЕНТОВ



13 специализированных
центров

60 стационарных
отделений

1248 всего мест в
круглосуточном
стационаре



1136 специали-
зированных коек

112 реанимационных
коек

7 отделений
анестезиологии-
реанимации



**ВСЕГО
СОТРУДНИКОВ**

846 врачей

1446 медицинских
сестер

655 младшего
мед. персонала

745 немедицинских
работников



12,47 га
Площадь
земельного
участка

13 зданий

4 сооружения

142285 м²
общая
площадь
зданий



**НАС ПОСЕТИЛИ ДЕЛЕГАЦИИ
ИЗ РАЗНЫХ ГОРОДОВ**

50 делегаций
в 2023 году

280 делегаций
всего



ЕЖЕГОДНО

87000 амбулаторных
пациентов

44000 стационарных
пациентов

25000 операций

6000 ВМП

СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ

САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ

Медицинская помощь
из Красноярска
в отдаленные районы края



Красноярск ⇄ Хатанга

3700 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Дудинка

3726 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Норильск

3421 км, 7,25 часа

Красноярск ⇄ Игарка

2655 км, 6,4 часа

Красноярск ⇄ Ванавара

1572 км, 4,1 часа

Красноярск ⇄ Богучаны

878 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Енисейск

557 км, 2,4 часа



Норильск ⇄ Диксон

1168 км, 6,32 часа

Красноярск ⇄ Лесосибирск

568 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Минусинск

691 км, 3,5 часа

Красноярск ⇄ Ачинск

398 км, 2,35 часа

Красноярск ⇄ Канск

444 км, 2,5 часа

расстояние и время указаны
из расчета пути в обе стороны



профессионализм
человечность
ответственность

«Мединстал» – современная забота о каждом

Компании «Мединстал» исполняется 30 лет

Пожалуй, каждый красноярец и многие жители края знают ортопедические салоны «Мединстал», многие, наверное, и бывали в них. Это просторные, светлые, оснащенные современным оборудованием магазины с широким ассортиментом ортопедической продукции, расположенные практически во всех районах краевого центра, некоторых городах края и даже Республике Хакасия.

А между тем компании «Мединстал» в этом году исполняется уже 30 лет. Общество с ограниченной ответственностью «Медико-техническая фирма «Мединстал» зарегистрировано в далеком 1994 году, а первый ортопедический салон «Мединстал» открылся в центре Красноярска 10 лет назад.

За три десятка лет клиентская база ООО «МТФ «Мединстал» составила более 15 000 клиентов. Компания представлена не только в Красноярске, но и по всему краю (включая Таймыр), а также в Хакасии. Налажены тесные контакты с крупнейшими российскими и зарубежными производителями (всего более 800 поставщиков), заключены договоры на условиях дилерской поставки с заводами-производителями.

В настоящее время розничная сеть компании – это 9 салонов в Красноярске, по два – в Железногорске и Абакане, по одному салону – в Минусинске и Черногорске.

«Мединстал» – сеть ортопедических салонов европейского формата и расширенного ассортимента. В них представлена следующая продукция:

- компрессионный трикотаж (при этом на нестандартные размеры возможен индивидуальный заказ и изготовление моделей за рубежом);
 - ортопедическая обувь для детей и взрослых;
 - ортопедические стельки для детей и взрослых, причем как готовые, так и индивидуального изготовления;
 - ортопедические подушки и матрасы для сна и отдыха;
 - изделия по уходу за тяжелобольными;
 - средства реабилитации, белье и купальники после операции на груди;
 - современные перевязочные средства;
 - медицинская техника (ингаляторы, облучатели, ирригаторы, небулайзеры и др.);
 - изделия для гимнастики и массажа;
 - товары для красоты и здоровья
- и многое другое.

В ортопедических салонах «Мединстал» также можно приобрести различную медицинскую технику: тонометры, термометры, ингаляторы, облучатели, ирригаторы, небулайзеры, соляные лампы.

А недавно на Взлетке открылся специализированный салон «правильного белья, необходимо для каждой женщины». Так что всех женщин приглашаем посетить наш салон, уверены – каждая уйдет с полезной и правильной покупкой. Кстати, в ряде случаев ортопедические салоны «Мединстал» позиционируются как «магазины полезных подарков».

В каждом ортопедическом салоне «Мединстал» можно сделать компьютерное сканирование стоп бесплатно, грамотно подобрать готовые ортопедические стельки или изготовить индивидуальные стельки – как взрослым, так и детям. Специалист всего за 5 минут проведет сканирование стоп на плантографе, предоставит информацию о состоянии ваших стоп, расскажет о комплексе мероприятий для улучшения самочувствия.



ИМЕНОТЪСЯПРОТИВОВОЛОКАЗАНИИ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.

РАБОТАЕМ ПО ЭЛЕКТРОННЫМ СЕРТИФИКАТАМ



Мария Викторовна Пустовалова,
директор розничной сети ортопедических салонов
«Мединстал»

Сеть ортопедических салонов «Мединстал» вошла в государственную программу оплаты технических средств реабилитации Электронным Сертификатом. В каждом салоне «Мединстал» представлен актуальный ассортимент для пациентов ФСС:

- Трости, костыли, ходунки, опоры, поручни и кресла-туалеты с санитарным оснащением.
- Кресла-коляски с ручным и электрическим приводом, аккумуляторы к ним.
- Противопролежневые матрасы и подушки.
- Подгузники и абсорбирующее белье, уходовая косметика за кожей и стомой.
- Средства при нарушении функций выделения (моче- и калоприемники).
- Приспособления для одевания и раздевания, захвата предметов.
- Специальная одежда: компрессионный трикотаж на верхние и нижние конечности.
- Экзопротезы и белье после мастэктомии.
- «Говорящие» термометры и тонометры (с речевым выходом).
- Ортопедические изделия для суставов (фиксаторы, ортезы, тьюторы), позвоночника (воротники Шанца, корсеты, корректоры осанки).
- Ортопедическая обувь.

В салонах «Мединстал» вы сможете найти самые современные средства реабилитации по разумным ценам, а высокопрофессиональные сотрудники помогут вам с выбором.

СТРУКТУРА КОМПАНИИ ООО «МТФ «МЕДИНСТАЛ»:

1. Выставочный зал в центре города, где можно ознакомиться с выставленными образцами.
2. Госпитальный отдел – команда менеджеров, работающая с лечебными учреждениями.
3. Аптечный отдел – отвечает за поставки продукции по Красноярску и краю.
4. Теплый склад площадью 1000 кв.м.
5. Сеть ортопедических салонов «Мединстал» в Красноярском крае и Хакасии.

Одна из сильных сторон стратегии развития компании – выбор новых актуальных брендов и их успешное продвижение на аптечном и медицинском рынке. ООО «МТФ «Мединстал» регулярно проводит общие конференции (включая и выездные) для врачей различных специальностей, заведующих аптеками и первостольников по фокусным направлениям. Многолетний опыт работы, устойчивое финансовое положение, наличие собственного склада и квалифицированных кадров, персональный подход к каждому клиенту – все это является дополнительной гарантией надежности для долгосрочного сотрудничества.

Приглашаем всех посетить ортопедические салоны «Мединстал», где каждый сможет найти полезный подарок для себя и близких, а наши консультанты помогут определиться с выбором.

КРАСНОЯРСК:

- пр. 60 лет образования СССР, 14 (мкрн Солнечный), тел. +7 (391) 206-11-91
- ул. 9 Мая, 10, тел. +7 (391) 200-52-20
- ул. Молокова, 40, тел. +7 (391) 217-97-20 (отдел нижнего белья – тел. +7 (391) 206-11-90)
- ул. 3 Августа, 26, тел. +7 (391) 200-35-70
- ул. П. Железняк, 12а, тел. +7 (391) 200-29-20
- ул. К. Маркса, 132, тел. +7 (391) 200-22-09
- пр. Свободный, 69, тел. +7 (391) 218-17-20
- ул. Курчатова, 17г, тел. +7 (391) 218-03-90
- пр. им. газеты «Красноярский рабочий», 48, тел. +7 (391) 218-19-20
- ул. Павлова, 5, тел. +7(391)206 02 20

ЖЕЛЕЗНОГОРСК:

- ул. Ленина, 40, тел. +7 (3919) 74-55-65
- ул. Кирова, 12, тел. +7 (3919) 77-00-80

МИНУСИНСК:

- ул. Абаканская, 58, тел. +7 (39132) 446-30

ЧЕРНОГОРСК:

- пр. Космонавтов, 20, тел. +7 (39031) 400-30

АБАКАН:

- ул. Чертыгашева, 65а/2, тел. +7 (3902) 30-30-30
- ул. Кирова, 120, тел. +7 (3902) 29-83-08



Мединстал
СЕТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ САЛОНОВ

ЕДИНЫЙ НОМЕР
(391) 219 03 03
www.medinstal.ru



Добро с шипами

Гусеницы бабочек из семейства *Megalopyge opercularis*, распространенных в Северной и Южной Америке, – вполне симпатичные создания, но от них лучше держаться подальше. Под их шелковистым «мехом» скрываются короткие заостренные щетинки, полость которых заполнена токсичным веществом. Щетинки легко протыкают кожу, и попавший в кровь яд вызывает резкую боль, сравнимую с болью от термического ожога, а на месте укусов появляются характерные ярко-красные точки. Недаром местные жители называют этих гусениц *огненными тварями*.



Чтобы удалить колючки, используют пластырь или скотч, наклеивая и отрывая его от кожи несколько раз. Если этого не сделать, то дальнейшие симптомы отравления зависят от полученной дозы яда и от восприимчивости к нему пострадавшего. Чаще всего дело ограничивается сильной головной болью, тошнотой и рвотой, но в тяжелых случаях иногда развивается отек дыхательных путей, который может привести к смерти. Наиболее опасны гусеницы перед окукливанием, когда они достигают 2,5 сантиметра в длину, но ядовитые волоски есть и у тех, что только вылупились из яйца.

Изучив действие мощного токсина гусеницы, ученые обнаружили, что он содержит необычный белок, меняющий форму. Они так описали это преобразование: достигая внешней поверхности клетки, белок принимает форму пончика, а затем пробивает дыру в клеточной стенке.

Исследователи считают, что, имитируя пробивную природу белков гусеницы, они могли бы разработать новые стратегии доставки лекарств – чтобы они воздействовали на раковые клетки, оставляя при этом в покое клетки здоровые. Специалисты предупреждают, что такая работа займет минимум 20 лет.

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. Март 2024 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 8,9** **Новости**
- 10** **Портрет** | Дмитрий Черданцев
- 12** **Оргздрав** | Продвижение профсоюза в медицинской среде: маркетинговые подходы для укрепления сообщества профессионалов
- 17** **Оргздрав** | Охрана труда в системе практических рекомендаций Росздравнадзора: обучение по оказанию первой помощи
- 20** **Оргздрав** | Проект стратегии развития КГБУЗ «Краевая клиническая больница» до 2028 года
- 33** **Casus extraordinarius** | Ультразвуковая диагностика изменений в плевральной полости после пульмонэктомии
- 36** **Партнерская страничка** | Лечение сколиоза у детей в условиях дневного стационара
- 39** **Партнерская страничка** | Профилактические осмотры несовершеннолетних
- 42** **Опыт** | Тяжелые формы послеродового эндометрита: клинико-анамнестические и микробиологические особенности
- 48** **Casus extraordinarius** | Клинический случай этапного лечения пациентки с разрывом гигантской аневризмы базилярной артерии
- 50** **Casus extraordinarius** | Галерея объемных образований сердца, выявленных на МРТ
- 52** **Техно** | Концепция «общедоступной дефибрилляции», или Каким медицинским оборудованием должен уметь пользоваться каждый
- 56** **Знаменательные даты** | 15 лет кардиологическому отделению №3

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Уважаемый читатель!

В этом номере нашего журнала мы представляем проект стратегии развития нашей больницы на период до 2028 года. Этот документ должен задать вектор нашего развития, но что более

важно – определить усилия каждого в наших изменениях. Нам есть чем гордиться... Позитивная оценка представителей федеральной и региональной власти тому свидетельство. И еще важнее, что мы видим, как растет доверие к нам наших пациентов и общества в целом.

Конечно же, главная заслуга в наших достижениях принадлежит сотрудникам больницы. Очередной материал об одном из наших заслуженных лидеров – Д.В. Черданцеве – расскажет о решении проблем в гнойной хирургии.

Мне приятно, что наш проф-

союз сегодня занимает активную позицию по формированию внутрикорпоративных отношений. Об этом вы тоже прочтете в этом номере.

И конечно же, мы публикуем статьи наших коллег об опыте лечения сложных пациентов, проведении важной работы по профилактике заболеваний. Приятного вам чтения.



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Стратегическое планирование – не волшебный компас, но отличный рабочий инструмент

Главным материалом весеннего номера можно считать проект стратегического плана, который создавался в течение довольно длительного времени. В ходе работы над ним, мне кажется, многие участники рабочей группы сделали для себя важные

открытия. А мне лично хотелось бы подчеркнуть две мысли – о том, что стратегическое планирование:

1. Замечательный инструмент, вовлекающий в созидательную работу.
2. Можно применять не только в конкретной ситуации с организацией, но и для более мелких проектов, и даже в быту.

Грамотно составленный план помогает определить:

- куда движется организация;
- какие шаги нужно предпринять, чтобы достичь успеха;
- кто и что должен для этого делать.

Процесс стратегического планирования можно запускать тогда, когда вам кажется, что дело вышло на стагнацию и никаких явных точек роста нет. План

поможет наметить курс развития, понять, что делать дальше. Другая ситуация, когда нужно пройти все этапы стратегического планирования перед запуском нового проекта.

И еще одна, на мой взгляд, важная мысль: планирование – это непрерывный организационный процесс. Его результат – рабочие гипотезы, которые позволят найти точки роста при минимальных угрозах.

Применяйте стратегическое планирование и реализуйте самые смелые мечты!

1 **Валентина Матвиенко положительно оценила достижения Краевой клинической больницы**

В рамках рабочего визита в Красноярск председатель Совета Федерации Федерального Собрания РФ Валентина Матвиенко в сопровождении губернатора края Михаила Котюкова посетила Красноярскую краевую клиническую больницу.

Спикеру верхней палаты российского парламента представили передвижной консультативно-диагностический комплекс «Мобильная поликлиника», состоящий из пяти автомобилей КАМАЗ, укомплектованных современной диагностической аппаратурой.

Гостя ознакомилась с особенностями работы приемного отделения больницы, а также отделения анестезиологии-реанимации для экстренно поступивших пациентов, посетила операционный блок и кардиохирургическое отделение, где выполняются операции по трансплантации сердца и сложнейшие вмешательства при патологиях аорты. Главный врач краевой больницы Егор Корчагин рассказал высоким гостям о проведенной в предыдущие пять лет цифровизации работы подразделений клиники для повышения безопасности и качества оказываемой медицинской помощи. Например, в результате внедрения новых информационных технологий в рамках проекта «Виртуальная поликлиника» длительность обследования пациентов снизилась в 2,5 раза, а во многих случаях жителям из отдаленных территорий очный визит к врачу заменяет полноценная телемедицинская консультация узкого специалиста.

В больнице внедрена автоматизированная система контроля назначения медикаментов, а при госпитализации пациента используются индивидуальные браслеты со штрих-кодом, где зашифрована информация о человеке – фамилия, имя, отчество, дата рождения, характер заболевания, назначенные лекарства, существующие риски текущего состояния. Наличие браслета исключает



вероятность неверной идентификации человека, в том числе при назначении обследований, новых лекарственных препаратов при поступлении в операционную.

Широкое применение цифровых технологий позволяет сделать высокотехнологичные методы диагностики и лечения более доступными для жителей самых отдаленных районов. Так, технологии телемедицины позволяют при риске инфаркта у человека, находящегося за сотни километров от краевого центра или районной поликлиники, дистанционно проводить ЭКГ и при необходимости в течение нескольких минут назначать лекарственную терапию, а в тяжелых случаях оперативно вызвать санитарную авиацию. Сегодня врачи краевой больницы могут дистанционно расшифровывать результаты рентген- и КТ-исследований, назначать и корректировать лечение, уточнять диагноз, помогая медикам на местах.

Стремление коллектива краевой больницы внедрять передовые медицинские и управленческие технологии приносит свои результаты – по итогам 2023 года Краевая клиническая больница удостоена Гран-при ежегодной всероссийской премии «ПроДокторов» в номинации «Лучшая государственная клиника» по мнению пациентов.

2 **Краевая больница вошла в ТОП-200 лучших работодателей России по итогам 2023 года**

Красноярская краевая клиническая больница вошла в список ТОП-200 лучших работодателей России за 2023 год. Это важное признание успехов коллектива, которое подтверждает стремление к повышению качества и безопасности оказания медицинской помощи пациентам, а также заботу о сотрудниках больницы.

Рейтинг работодателей России – самый масштабный и авторитетный рейтинг в стране, который учитывает лучшие зарубежные практики. В

2023 году в рейтинг вошли 1497 компаний, из которых 23 представителя из Красноярского края. ККБ вошла в тройку лучших работодателей Красноярского края среди компаний с численностью персонала от 1000 до 5000 человек.

Коллектив ККБ участвует в Рейтинге работодателей уже третий год. Специалисты службы управления персоналом каждый год ставят перед собой амбициозные цели, чтобы улучшать показатели и обеспечивать благополучие сотрудников больницы. Результаты отражают рост по всем индексам, которые учитываются в Рейтинге работодателей. Так, показатель ло-

яльности сотрудников за время участия краевой больницы в рейтинге вырос с 53,2 до 62,0, а эффективность и развитость HR-функций улучшились с 63,8 до 67,2.

Коллектив больницы состоит из высококвалифицированных специалистов, которые в повседневной работе руководствуются такими ценностями, как профессионализм, человечность, ответственность. Однако без заботы руководства об условиях работы сотрудников невозможно достичь достойных результатов, поэтому для персонала больницы создаются условия для профессионального развития, предлагаются программы обучения и возможности карьерного роста. В коллективе ценится мнение каждого сотрудника, поэтому в течение года



проводятся опросы, позволяющие администрации и службе управления персоналом понимать, как еще можно улучшить условия работы и удовлетворенность сотрудников.

3 Минздрав меняет порядок оказания медпомощи пожилым

Минздрав РФ предлагает изменить порядок оказания медицинской помощи возрастным пациентам. Ведомство планирует создать гериатрический кабинет в каждом стационаре мощностью более 400 коек, а в существующих гериатрических отделениях снизить нагрузку на врачей.

Министерство здравоохранения РФ намерено таким образом сделать доступнее медпомощь для пожилых россиян. В опубликованном проекте приказа №38н Минздрава о внесении изменений в порядок оказания медпомощи по профилю «гериатрия» в штатном нормативе гериатрического отделения предусматривается один врач-гериатр на 13 коек (ранее было – один врач на 20 коек). Также Минздрав требует открывать гериатрический кабинет во всех стационарах мощностью более 400 коек. Планируется, что в нем будут работать врач-гериатр и медсестра.

Согласно стандартам Минздрава медпомощь по профилю «гериатрия» оказывается пациентам пожилого (60–74 года) и старческого (75 лет и выше) возраста «с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, автономности, то есть независимости от посторонней помощи в повседневной жизни». Кроме того, гериатрическая помощь оказывается пациентам «иногo возраста при наличии старческой астении».

Специалисты-гериатры должны обладать на-



выками работы с такими состояниями пациентов, как деменция, артериальная гипертензия, полиморбидность (более пяти хронических болезней) и полипрагмазия (когда пациент принимает пять и более лекарств). Пожилые пациенты сейчас занимают большую часть приемов терапевтов и узких специалистов в поликлиниках, поэтому необходимо выработать такие подходы к обслуживанию возрастных пациентов, которые, с одной стороны, помогут разгрузить первичное звено здравоохранения, с другой – выстроить эффективную помощь пожилым людям с профилактикой хронических заболеваний, продлевающей функциональную активность и качество жизни возрастных граждан.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день наблюдается дефицит гериатров, при этом их востребованность в условиях старения населения при увеличении продолжительности жизни растет.

Дмитрий Черданцев

Заведующий Краевым гнойно-септическим центром, доктор медицинских наук, профессор КрасГМУ совместно с коллективом центра уделяет много времени разработке и внедрению новых медицинских технологий, продолжает передавать опыт и знания студентам вуза.

Дмитрий Владимирович, что происходит нового у вас в больнице, в университете, в целом в гнойной хирургии?

У меня до сих пор ощущение, что я недавно работаю в краевой. В 2007 году начал свою работу в клинике, мне было 39 лет. За плечами был опыт работы в больнице неотложной помощи на Павлова, и я считал, что уже матерый хирург. Но оказавшись в стенах краевой больницы, понял, что все-таки есть пробелы. Пациенты краевой, как правило, очень сложные ввиду коморбидной патологии. Есть фильтр районных больниц, которые оказывают помощь в неосложненных, стандартных ситуациях, а сложные случаи направляются в ККБ. И для меня приход сюда стал вторым периодом серьезного погружения в профессию – возникла необходимость постигать новые разделы хирургии, очень помогли консилиумы со старшими коллегами, совместные операции. Суть Краевой клинической больницы в том, что сложные хирургические вмешательства находятся на потоке. В последнее время есть возможность наблюдать за происходящими изменениями, даже возникает гордость за то, что я работаю в этой клинике и причастен к истории ее развития.

Мы проводили аналитику доли ККБ в общем количестве всех операций, проводимых в крае. Если взять эндокринную хирургию, то более 90% операций в крае на органах эндокринной системы выполняются нашими хирургами. Около 30% от общего числа операций на печени и поджелудочной железе – это наша первая хирургия. Мы единственная государственная клиника в крае, где на потоке стоят бариатрические вмешательства. Уникальные эндоскопические операции, которые вообще в регионе больше никто не делает, – это отделение эндоскопии ККБ. Отдельно стоит выделить отделение ожоговой хирургии, единственное в крае. И, конечно, гнойно-септический центр, который за это время сильно изменился. В 2019 году выделилось отделение гнойной остеологии. Мы и раньше принимали таких пациентов, просто процедура была сложнее. Пациенту с установленными металлоконструкциями, в случае инфицирования, необходимо было пойти сначала к травматологам, потом к гнойным хирургам, потом обратно к травматологам. В итоге, благодаря участию Артема Сергеевича Архипова, который на тот момент первым получил двойной сертификат хирурга и травматолога-ортопеда, появилась модель лечения больных с гнойными заболе-

ваниями опорно-двигательного аппарата в условиях гнойно-септического центра, были выделены койки под эту категорию больных. В гнойной хирургии помимо успешного проведения операции есть еще один важный момент – этап восстановления, когда требуется дополнительная санация. Раньше это были дополнительные перевязки с применением мазей, антисептиков, но это долгий процесс.

Мы внедрились новые технологии: вакуумная терапия, обработка пульсирующей струей жидкости, низкочастотный ультразвук, которые показывают очень высокую эффективность. Суть данных методов в том, что они позволяют удалять микробные пленки, не повреждая ткань, сроки восстановления сокращаются в полтора-два раза. Вакуумная терапия произвела революцию в лечении обширных повреждений, мы первые за Уралом, кто стал применять эти технологии.

Сколько на данный момент таких аппаратов в арсенале Краевой клинической больницы?

Десяток в нашем отделении, и такие же аппараты приобрели в отделение сочетанной травмы. Технология быстро завоевала авторитет.

Медицина сейчас переживает новый виток развития, появляются новые технологии, методы лечения, препараты. Насколько быстро новые мировые разработки оказываются в Краевой клинической больнице?

В технологическом плане примерно раз в пять лет обновляются приборы, материалы, в некоторых случаях и подходы к лечению заболеваний. В досанкционный период процесс шел быстрее – в течение года-двух технологии оказывались у нас. Сегодня наши отечественные разработки дают неплохой результат, стало создаваться хорошее оборудование. К примеру, сейчас мы сотрудничаем с АО «НПО «Радиосвязь», с Ринатом Гайсеевичем Галеевым по созданию модели аппарата вакуумно-инстилляционной терапии, которая позволяет дополнительно орошать раневую поверхность, что ускоряет процесс заживления. С уверенностью могу сказать, что данная модель эффективнее предыдущих вакуумных аппаратов.

Были какие-то сложности в ходе разработки?

Основное – это поиск технологического партнера. У

медиков может быть много хороших идей, но они не структурированы, поэтому очень важно инженерное сопровождение проекта. Вспоминается профессор-травматолог Лазарь Львович Роднянский, который предложил идею лечения сколиотической болезни. Процедура сложная, требовались специфические инструменты и металлоконструкции. Совместно с заводом «Красмаш» был создан аппарат – эндокорректор Роднянского-Гупалова. Благодаря внедрению этой технологии в том периоде Краевая клиническая больница стала всероссийским центром по хирургическому лечению сколиоза. Нам тоже был нужен технологический партнер, и благодаря случаю мы познакомились с Ринатом Гайсеевичем Галеевым. Несмотря на то, что основное производство связано с военной техникой, у них есть отдельная программа по разработке и производству гражданской продукции. Руководством предприятия была сформирована группа молодых инженеров, которые после формирования нами технического задания провели проектные работы, создали опытную модель. Исследователи кафедры госпитальной хирургии нашего университета выполнили стендовые испытания, после которых аппарат был усовершенствован. Мы получили патент на изобретение и надеемся, что нам удастся запустить прибор в серийное производство.

Можете привести пример, который максимально иллюстрирует работу гнойной хирургии сегодня?

Огромная проблема – сахарный диабет. Был период определенного бессилия, когда прогрессирование диабета, присоединение инфекции приводило к высокой ампутации нижней конечности. Как правило, средняя продолжительность жизни после высокой ампутации составляет около пяти лет. Сейчас у нас есть возможность лечить этих больных, используя мультидисциплинарный подход. К лечению больного привлекаются эндокринологи, хирурги, сотрудники отделения РХМДЛ. Благодаря внутрисосудистым вмешательствам удается эффективно восстановить кровоток в дистальных отделах нижней конечности, имеющиеся в нашем распоряжении современные методы физической антисептики, о которых я уже говорил, позволяют вылечить даже тяжелую инфекцию. В итоге такой подход позволяет сохранить конечность и продлить активную жизнь больному сахарным диабетом.

Клинические фармакологи сильно вам помогают?

Без сомнения. Подходы в фармакотерапии стремительно меняются, меняется микробный пейзаж в больнице, в разные периоды разные микробы доминируют. Совместная работа клинических фармакологов с бактериологической лабораторией и эпидемиологами позволяет осуществлять мониторинг и назначать наиболее оправданные и эффективные схемы антибактериальной терапии.



Что нового в преподавательской деятельности?

Педагогика тоже претерпевает изменения. Наконец-то закончилось время дистанционного обучения, которое, к сожалению, в отношении инвазивных специальностей не оправдало ожидания. Все-таки в хирургических специальностях обучить специалиста без контакта с больным пока невозможно. На практике многое можно показать студентам или ординаторам: результаты лабораторных исследований, ультразвукового исследования, рентген-снимки, эндоскопические исследования. Должно быть общение «глаза в глаза». Информационные технологии определенно расслабили ребят, слишком велика надежда на гаджеты, на «короткую» память, что успеешь загуллить, вроде не обязательно запоминать. Я всегда пытаюсь объяснить, что есть специальности, где времени загуллить не будет. Принимать решение нужно сию секунду, поэтому без знаний невозможно помочь пациенту. Радует, что есть ребята с горящими глазами, которые увлечены медициной, с желанием разбираться, с вопросами, со стремлением получать багаж знаний, иногда жертвуя временем и порой личной жизнью.

Продвижение профсоюза в медицинской среде: маркетинговые подходы для укрепления сообщества профессионалов



Нина Потепалова,

*специалист по кадрам ККБ, председатель
Молодежного комитета при первичной
профсоюзной организации работников
здравоохранения РФ КГБУЗ «ККБ»*



Екатерина Михайлова,

*заместитель главного врача
ККБ по кадрам*



Активное включение сотрудников в жизнь организации и поддержка их комфорта не только повышает работоспособность, но и способствует большей мотивации и лояльности к учреждению – об этом говорят многочисленные исследования по всему миру. Создание эффективной системы благополучия сотрудников – это не дань моде, а необходимость для поддержания производительности и удовлетворенности работников. Большинство сотрудников выбирают те места работы, где заботятся об их потребностях, первичная профсоюзная организация (профсоюз) может взять на себя эту функцию, создавая эффективную систему благополучия, управляя своим брендом и поддерживая дове-

рительные отношения с участниками. Процесс развития профсоюзного бренда охватывает все направления деятельности, в том числе создание системы благополучия сотрудников, маркетинг, построение эффективной системы внутренних коммуникаций.

Для начала ответьте себе на вопрос: «Верю ли я в то, что делаю, в то, что делает мой профсоюз?» Если ваш ответ да, то значит, вы способны искренне увлекать людей. Своей энергией и верой нужно «заразить» действующих и потенциальных членов профсоюза, они должны почувствовать, что являются частью чего-то большего.



Рис.1

Профессиональный союз (профсоюз) –

добровольное общественное объединение людей, связанных общими интересами по роду своей деятельности.

Профсоюзный маркетинг (продвижение) –

комплекс инструментов, направленных на удержание и вовлечение существующих членов профсоюза и привлечение новых, охват большего количества людей, информирование и освещение профсоюзной деятельности.

Задача профсоюзного маркетинга (рис. 1) – определить, чего хотят действующие и потенциальные члены профсоюза, как удовлетворить их потребности и побудить вступить в профессиональное сообщество.

Наверняка неоднократно вам приходилось слышать от сотрудников: профсоюз – это пережиток прошлого; зачем мне подарки, я и сам куплю их детям; санаторий мне не нужен; со мной ничего не произойдет, зачем мне юридическая помощь; я вообще ничего не знаю о профсоюзе. Значит, вам пора менять подходы!

Мир меняется, меняются потребности и запросы. А первым шагом к улучшению чего-либо является его измерение. И это про обратную связь от сотрудников. Проведите анкетирование или опросы, изучите жалобы, проведите неформальные личные встречи, проанализируйте. Это позволит увидеть наиболее проблемные

зоны и понять, куда прилагать усилия в первую очередь, выявить ценности и ожидания сотрудников, это и послужит фундаментом разработки маркетинговой стратегии.

1. Изучите потребности целевой аудитории

Целевая аудитория – это люди, которые:

- наиболее заинтересованы в нашем предложении;
- наиболее вероятно могут стать членами профсоюза;
- вероятно, имеют проблемы, потребности или интересы, которые может решить профсоюз;
- готовы наладить взаимовыгодные отношения с профсоюзом.

Знание своей целевой аудитории поможет:

- провести успешную рекламную кампанию;
- составить максимально персонализированное предложение;
- предложить оптимальный ассортимент преимуществ;
- создать уникальное предложение, которое будет интересно конкретной целевой аудитории.

Запросите в отделе кадров отчет по половозрастному составу, процентному соотношению мужчин и женщин, семейному положению, наличию детей и их возрасту.

С помощью опроса задайте вопросы сотрудникам:

- какие у них интересы;
- что нравится в работе профсоюза и что не нравится;
- чего не хватает и чем недовольны;
- что хотелось бы изменить в жизни;
- что хотелось бы получить от профсоюза;
- какая помощь необходима от профсоюза (от работодателя);
- что можно улучшить.

2. Разбейте сотрудников на группы в зависимости от их потребностей

Удовлетворяя потребности и интересы сотрудников, нужно сделать так, чтобы каждый смог получить то, о чем заявил. Для этого разделяем схожие потребности на сегменты, это позволит применить индивидуальный подход к реализации запросов. Определив группы по общим интересам, переходим к планированию дальнейших мероприятий для удовлетворения потребностей. Для сотрудников, которым важен здоровый образ жизни, можно предложить занятия с профессиональным тренером, например – бегом, скидки в фитнес-зал, программы по снижению веса. Другим будут интересны беспроцентный заем, корпоративные скидки, санаторно-курортное лечение, бесплатные билеты в театр и на концерты, творческие корпоративные мероприятия, детские мероприятия и конкурсы, мастер-классы, бесплатная юридическая помощь, волонтерское движение и др.

Определите, что на сегодняшний день есть в вашей организации или в профсоюзе, что могли бы предложить сотрудникам. Это и станет вашим ценностным предложением. Ценностное предложение – это набор преимуществ (эмоциональных и рациональных), которые члены профсоюза воспринимают как ценность, которую получают от профсоюза.

3. Займитесь брендом профсоюза

Это включает в себя разработку визуальной и вербальной идентичности для формирования профсоюза как бренда. Визуальная идентичность – это разработка логотипа, цветовой гаммы, шрифтов; вербальная – наименование, слоганы, то, что позволит сделать бренд узнаваемым. Можете разработать свой уникальный профсоюзный логотип, он должен быть простой, узнаваемый (рис. 2). Только помните, что его придется согласовать с вышестоящей профсоюзной организацией. Но впоследствии его можно использовать при оформлении публикаций в социальных сетях и на публикации.



Рис. 2. Логотип первичной профсоюзной организации КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

4. Проводите образовательные мероприятия

Проведение семинаров, тренингов повышает уровень осведомленности и способствует формированию единого профсоюзного сознания. Например, можно организовать внутреннюю школу профсоюзного актива, которая рассчитана на цикл занятий с приглашением профсоюзных преподавателей.

Темы в рамках школы могут быть разнообразными, например, деятельность профгруппорга в структуре первичной профсоюзной организации, мотивация профсоюзного членства, как вести учет членов профсоюза в подразделении, профсоюзный контроль за соблюдением трудового законодательства, история профсоюзного движения, эмоциональное и профессиональное выгорание и другие.

5. Информировать свою команду

Важно активно взаимодействовать с аудиторией, составьте контент-план, который может включать в себя посты в социальных сетях или на корпоративном портале, например, с информацией об истории профсоюза, или викторину, главное правило – интересно и доступно донести информацию, вызвать эмоции. Используйте различные каналы коммуникации (рис. 4), это должно быть взаимодействие, в котором есть место для обратной связи и обмена мнениями, чтобы создать атмосферу взаимного уважения и доверия.

Сделайте серию публикаций по санаторно-курортному лечению: как получить путевку, что нужно взять в санаторий, ответы на часто задаваемые вопросы.

Рассказывайте о результатах исследований и планах, чтобы сохранить интерес сотрудников и укрепить доверие к профсоюзу.

Любое событие – это информационный повод, который нужно освещать. Например, осенью мы заказали блокноты для профторгов с логоти-

пом нашей первичной профсоюзной организации, и этот момент также был освящен (рис. 3).

В современном мире множество доступных сервисов для выстраивания коммуникации, в краевой больнице мы используем телеграм-ка-

нал, группу в социальной сети «ВКонтакте», корпоративный портал, на котором есть отдельный раздел «Профсоюз». Помимо новостей публикуем и нормативно-правовые документы, образцы заявлений, информацию о том, кто может помочь в том или ином вопросе.



Рис. 3



Рис. 4

Создайте профсоюзную брошюру, в которой отразите краткую, но емкую информацию о профсоюзной деятельности, что такое профсоюз, какие проблемы решает и к кому можно обратиться (рис. 5).



Рис. 5. Брошюра первичной профсоюзной организации КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Рис. 6

Для новых членов профсоюза мы разработали приветственный профсоюзный пакет, в составе которого ручка, чехол для пропуска и значок (рис. 6).

В Краевой клинической больнице разработаны мероприятия, направленные на подчеркивание преимуществ членства, которые акцентируют внимание на пяти направлениях благополучия:

- профессиональное (школа профсоюзного актива, школа молодого профсоюзного лидера, тренинги, форумы, конференции и др.);
- социальное (награждение и поощрение, бесплатные билеты в театр, творческие корпоративные мероприятия, жилищная комиссия, мероприятия для детей, бесплатная юридическая помощь и др.);
- финансовое (единовременная материальная помощь, беспроцентный заем, корпоративные скидки и др.);

- физическое (санаторно-курортное лечение, школа бега, занятия футболом и волейболом и др.);
- в среде проживания (экологические акции, волонтерство).

Путем объединения усилий члены профсоюза могут не только защищать свои права, но и активно влиять на условия труда и создавать благоприятную рабочую среду. В современном мире, где сотрудничество и солидарность играют важную роль, профсоюзный маркетинг выступает как ключевой фактор в повышении качества жизни и профессионального развития.

Охрана труда в системе практических рекомендаций Росздравнадзора: обучение по оказанию первой помощи



**Марина
Вершинская,**

руководитель
отдела охраны
труда КГБУЗ «ККБ»

Направления (разделы), которые содержат практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации, утвержденные ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора (далее – практические рекомендации Росздравнадзора), основываются на нормативно-правовых актах РФ, в том числе трудового законодательства.

Направление 7 **«Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре, организация приемного отделения»** содержит требование о том, что медицинская организация должна обеспечить готовность работников к оказанию экстренной помощи в соответствии с пунктом 7.8.¹

В соответствии с подпунктами 7.8.1.1-7.8.1.3

медицинская организация должна обеспечить:

- наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи в соответствии с профилями оказания помощи, а также с учетом возможных экстренных ситуаций:
 - сердечно-легочная реанимация
 - анафилактический шок
 - гипертонический криз
 - гипогликемическая кома и др.;
- знание алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи;
- исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи, включая наличие навыков работы в команде.

В части требований трудового законодательства по охране труда есть требование по обучению работников оказанию первой помощи (ст. 219 ТК

РФ и Постановление Правительства РФ от 24 декабря 2021 г. №2464 «О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда» (далее – Постановление Правительства РФ №2464)).

Состояния, при которых оказывается первая помощь, регламентированы приказом Минздрава и соцразвития РФ от 04.05.2012 г. №477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Как мы видим, остановка дыхания и кровообращения – это состояния, при которых выполняется сердечно-легочная реанимация, алгоритмы проведения которой каждый сотрудник медицинской организации (не только относящийся к медицинскому персоналу) обязан знать в рамках своих должностных обязанностей. Поэтому обучить работников проведению сердечно-легочной реанимации можно внутри организации, например, в рамках обучения по охране труда.

Чтобы организовать обучение внутри организации по первой помощи, необходимо придерживаться пунктов требований Постановления Правительства РФ от 24 декабря 2021 г. №2464:

1. обучить членов комиссии проверке знаний требований охраны труда по программе повышения квалификации «Первая помощь»;
2. обучить работников по программе дополнительного образования повышения квалификации по подготовке преподавателей, обучающихся приемам оказания первой помощи «Инструктор по оказанию первой помощи» (в последующем эти работники будут обучать других работников, используя метод каскадного обучения);

1 – Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Вторая версия

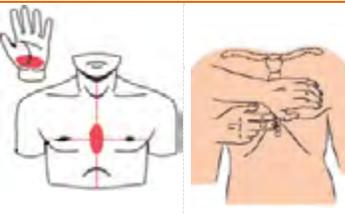
3. разработать программу обучения по оказанию первой помощи (не менее 8 часов, из которых 4 часа теория, 4 часа – практика);
 4. закупить оборудование:
 - манекены для отработки практических навыков по оказанию первой помощи;
 - наглядные материалы (плакаты, обучающие видеоролики);
 5. оборудовать рабочие места для обучения (помещение, компьютер, проектор).
- В КГБУЗ «ККБ» теоретическая часть обучения

проходит на корпоративном портале. В разделе «Обучения» загружены методические материалы (презентация и инструкция по охране труда по оказанию первой помощи, а также видеоролики) и тестовые вопросы.

Практическая часть проходит в соответствии с графиком обучения с использованием тренажеров (манекенов). За каждым структурным подразделением закреплен врач – анестезиолог-реаниматолог, который проводит обучение согласно алгоритмам (см. рисунок).

	БАЗОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ПАЦИЕНТУ	РИ 21.17 - 2023 СТУ 21.10 Редакция №1
---	---	--

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Почему нужно делать именно так Причина выделения ключевого аспекта
1	Убедиться в собственной безопасности	1. Оглядеться 2. Оценить обстановку вокруг пострадавшего	Чтобы не увеличить количество пострадавших
2	Определить признаки жизни	Спросить громко и четко у пострадавшего его имя, осторожно встряхивая его за плечи	Для определения наличия или отсутствия сознания
3	Позвать на помощь окружающих	«Помогите, человеку плохо!»	Потому что вам может понадобиться помощь
4	Проверить наличие самостоятельного дыхания	1. Положить ладонь одной руки на лоб 2. Подхватить нижнюю челюсть пальцами другой руки 3. Запрокинуть голову 4. Выслушать дыхание, нагнувшись и глядя на грудную клетку 5. Считать вслух до 10	 Для открытия дыхательных путей и предотвращения западения языка  Чтобы обеспечить три вида контроля: – визуальный – тактильный – слуховой 10 секунд – максимальный интервал между эффективными вдохами
5	Вызвать реанимационную бригаду	Обратиться к одному из окружающих: «Здесь остановка сердца, вызовите реанимацию»	 1. Чтобы как можно раньше начать специализированную помощь 2. Самостоятельный вызов бригады – неэффективная трата времени

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Почему нужно делать именно так Причина выделения ключевого аспекта
6	Подготовиться к выполнению компрессий	1. Встать сбоку от пострадавшего	 <p><i>*Центр грудной клетки</i></p>
		2. Разместить руки в центре грудной клетки, сцепив пальцы в замок <i>* Центр грудной клетки – это точка пересечения средней линии и сосковой линии человека или точка на три пальца выше от мечевидного отростка</i>	
7	Выполнить 30 компрессий грудной клетки	3. Разогнуть руки в локтях, разместить перпендикулярно к поверхности пола	Наиболее устойчивая и эффективная постанoвка
		1. Выполнить компрессии: – глубина 5–6 см – частота 100–120 в минуту <i>*компрессии ритмичны, единообразны</i>	Для обеспечения оптимального наполнения сердца кровью
8	Выполнить два искусственных вдоха	2. Считать вслух, по десяткам до 30-ти	Для исключения ошибки при ведении подсчета количества компрессий
		1. Воспользоваться средством защиты (марля, платок и пр.)	Для обеспечения собственной безопасности
9	Продолжить выполнение СЛР до прибытия реанимационной бригады	2. Положить руки на лоб и нижнюю челюсть	В таком положении дыхательные пути открыты, язык не западает
		3. Запрокинуть голову	Чтобы обеспечить плотность герметизации при вдохе
		4. Закрыть нос большим и указательными пальцами, плотно прижать губы	Избыточные вдохи опасны для спасателя и неэффективны для пострадавшего
10	Внести данные в qMS	5. Выполнить два спокойных вдоха с интервалом в 1 секунду	
9	Продолжить выполнение СЛР до прибытия реанимационной бригады	Чередовать 30 компрессий и 2 вдоха	
			<h1>30:2</h1> <p>это наиболее эффективное соотношение</p>
10	Внести данные в qMS	Залпнить протокол базовой сердечно-легочной реанимации в qMS	Для оценки времени прибытия реанимационной бригады

В краевой больнице в соответствии с матрицей обучения охват курсом составил 94,1%. Обучению по оказанию первой помощи в 2023 году подлежало 3893 человека, из них 236 человек прошли обучение в учебном центре, 3441 человек – внутри организации. Сотрудники, не прошедшие обучение (5,9%), находятся в отпуске по уходу за ребенком.

Результатом пройденного обучения являются теоретические знания и практические навыки работников по оказанию первой помощи, в том

числе сердечно-легочной реанимации. Подтверждением являются ведомость обучения (в рамках обучения по охране труда не обязательный документ) и протокол проверки знаний, оформленный в соответствии с пунктом 92 Постановления Правительства РФ №2464.

Так как с 1 марта 2023 года вступил в силу пункт 118 постановления, то сведения обо всех обученных работников работодатель обязан передать в реестр обученных лиц в личном кабинете на сайте Минтруда.

ПРОЕКТ

СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» до 2028 года и период до 2033 года

● ВВЕДЕНИЕ

Стратегия учитывает национальную политику в области здравоохранения, изложенную в указе Президента РФ от 6 июня 2019 года № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

Мы также разделяем приоритеты развития, сформулированные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Будущее здравоохранения глазами ВОЗ выглядит так: «Все люди и сообщества имеют доступ к безопасным, эффективным, своевременным медицинским услугам приемлемого качества».

В Краевой клинической больнице (ККБ) мы создаем стратегические планы, согласованные с национальной и всемирной стратегией развития здравоохранения и готовы корректировать их в соответствии с ориентирами и целями развития регионального здравоохранения.

● ЧЕМ МЫ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ В РАБОТЕ НАД СТРАТЕГИЕЙ

DEPLESET-анализ позволил выявить аспекты внешней среды, влияющие на деятельность организации.

Мы проанализировали:

- технологии,
- демографию,
- этику,
- эпидемиологию,
- экономику,
- право,
- политику,
- социологию.

С помощью SWOT-анализа определили положительное и отрицательное влияние факторов внутренней и внешней среды на деятельность ККБ, сильные и слабые стороны нашей организации, возможности и угрозы внешней среды.

Мы также предложили экспертам описать настоящий статус учреждения и сформировать образ ККБ будущего. Экспертами выступали руководители, отвечающие за основные направления деятельности больницы.

Таким образом, мы проанализировали текущую ситуацию и спланировали будущее больницы по следующим разделам:

- отрасли и продукты,
- география деятельности и клиенты,
- развитие компетенций и модернизация управления,
- ориентиры и ценности.



● РОЛЬ БОЛЬНИЦЫ В КРАЕВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Краевая клиническая больница – ведущая многопрофильная медицинская организация Красноярского края III этапа оказания медицинской помощи. Мы оказываем первичную медико-санитарную, специализированную, высокотехнологичную и скорую медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой форме.

Краевая клиническая больница располагает уникальными для нашего края медицинскими и управленческими технологиями. Согласно приказу МЗ РФ от 21 января 2022 года № 19-н «Об утверждении

типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице» в сферу нашей ответственности входит не только внедрение в лечебно-профилактических учреждениях региона новых медицинских технологий, но и методическое сопровождение внедрения системы менеджмента качества и бережливого производства.

Таким образом, стратегия развития ККБ как форпоста регионального здравоохранения включает в себя задачи, стоящие перед всей краевой отраслью.

● БУДУЩЕЕ В ДЕТАЛЯХ

На этих стратегических разделах мы сосредоточим усилия в период до 2028 года.

Отрасли и продукты

Наиболее успешные виды деятельности ККБ – высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) и диагностика. В ближайшие пять лет структура государственного задания должна смещаться в сторону повышения доли высокотехнологичной помощи.

Следующая стратегическая цель – увеличение количества пролеченных пациентов за счет повышения эффективности использования коечного фонда и операционного блока.

ККБ продолжит работу по совершенствованию маршрутизации пациентов и преемственности между этапами оказания медицинской помощи с целью наилучшей организации медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями – жителям нашего края.

Перспективный вид деятельности – оказание образовательных услуг, в том числе на коммерческой основе. Наша больница – уникальная клиническая база для практического обучения специалистов, где на базе центра компетенций в сфере организации здравоохранения, менеджмента медицинских организаций и технологий будет постоянно проводиться работа по обучению современным методам управления коллег из медицинских организаций региона и субъектов РФ.

География деятельности и клиенты

Основные потребители медицинских услуг ККБ – жители Красноярского края, включая пациентов из отдаленных районов. Повышение доступности медицинской помощи должно обеспечиваться развитием выездных и дистанционных методов работы. В частности, мы намерены организовать патронаж пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, которые проживают в отдаленных территориях. Один из вариантов внешнего развития ККБ – оказание услуг жителям соседних регионов Сибирского федерального округа, что автоматически вносит в список заинтересованных сторон органы исполнительной власти соседних областей и республик.

ККБ планирует оказывать медицинские услуги, включающие медицинский туризм и периодические медицинские осмотры, клиентам из ближнего и дальнего зарубежья – на коммерческой основе. Перспективными в этом смысле мы считаем страны азиатского региона.

Подписание соглашений о клинично-научном партнерстве с крупными сертифицированными медицинскими учреждениями других стран позволит организовать обмен специалистами.

Следует так же активно развивать взаимодействие с федеральными клиниками – научными центрами по направлениям деятельности больницы.

Взаимодействие с соседними регионами и странами в научной и образовательной деятельности позволит повысить финансовую безопасность учреждения и укрепить имидж ведущей многопрофильной клиники СФО.

Развитие компетенций и модернизация управления

Лидирующие компетенции ККБ – специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь, IT-технологии, система менеджмента качества.

Актуальным представляется развитие компетенций в области управления, современных цифровых технологий и финансового анализа. Также акцент будет сделан на развитии у сотрудников навыков целеполагания, управления конфликтами, обучаемости и эффективной обратной связи.

Особое внимание стоит уделять образовательным компетенциям – наставничеству, организационно-методической помощи другим учреждениям.

Преобладающая организационно-управленческая схема ККБ – линейно-функциональная, предусматривающая жесткую иерархическую подчиненность сотрудников. То есть в решении задач, где требуется участие разноподчиненных специалистов, разрешение об использовании сотрудника другого отдела испрашивается у его руководителя. Представляется целесообразным переход к матричной организационно-управленческой структуре. Ее главное отличие от линейно-функциональной в том, что под решение определенной крупной задачи (проекта) формируется группа исполнителей, подчиняющихся в первую очередь руководителю проекта. Внедрение матричного (проектного) управления позволяет решать задачи в кратчайшие сроки. Матричная структура встраивает управление временными проектными группами в линейно-функциональную систему управления. Для оптимизации линейных и функциональных связей подразделений следует продолжить процесс стандартизации описания основных процессов с указанием заинтересованных сторон и конечных целей.

Ориентиры и ценности

Стратегия развития ККБ основывается на нашей миссии:

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



Наши ценности:

- профессионализм,
- человечность,
- ответственность,
- безопасность пациентов и персонала,
- честность,
- совершенствование,
- командная работа,
- приверженность традициям.

На основе миссии и ценностей базируются основные ориентиры ККБ: развитие ВМП, повышение эффективности работы персонала, укрепление финансовой безопасности, развитие общих и профессиональных компетенций, внедрение современных методов управления проектами и процессами, переход к пациентоцентричной модели оказания медицинской помощи.

Особым направлением развития мы считаем работу ККБ как центра компетенций. На данный момент Краевая клиническая больница – одна из ведущих медицинских организаций России, успешно внедряющих систему менеджмента качества.

Следующий этап – внедрение СМК в деятельность медицинских организаций I и II уровня на всей территории Красноярского края.

● ЦЕЛЬ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ

На основании анкетирования сотрудников и методом экспертных оценок цель стратегии развития

ККБ определена так:

«Повышение медицинской, социальной и экономической эффективности деятельности организации в период 2024–2028 годов для наилучшего оказания медицинской помощи».

DEPLESET-анализ показал, что существенного увеличения ресурсной базы системы здравоохранения в ближайшее время не предвидится, что делает нашу стратегическую цель особенно актуальной.

Для анализа промежуточных результатов достижения поставленной цели стратегии развития необходимо создать единые современные механизмы оценки ежегодных результатов деятельности ККБ.

На основании проведенного SWOT-анализа мы выделили четыре сферы деятельности для превращения основной стратегической цели в конкретные задачи для всего коллектива ККБ. Эти четыре пункта объединяют направления плана стратегического развития.

Технологии

Медицинские, управленческие, информационные технологии, которые мы будем внедрять в рамках данного блока, направлены непосредственно на повышение эффективности процесса лечения пациентов с учетом пациентоцентричного подхода к оказанию медицинской помощи.

Основные направления развития технологий:

- организация уникальных региональных профильных центров оказания медицинской помощи, среди которых гематологический центр, центр хронической сердечной недостаточности, центр лечения эндокринной патологии, высокопоточный диагностический эндоскопический центр, центр медицинской реабилитации, центр рассеянного склероза;
- расширение перечня инновационных методик диагностики и лечения. Планируется расширить номенклатуру и повысить доступность лабораторных исследований. Будут внедрены новые технологии лечения urgentных пациентов. Продолжится развитие телемедицины. Консультирование «врач–врач» улучшит качество помощи в отдаленных и труднодоступных районах края;
- оптимизация системы управления оказанием медицинской помощи в ККБ в части оперативности принятия управленческих решений и ориентации этих решений на пациента. Для этого будут внедрены элементы проектного управления;
- создание пациентоцентричной системы оказания медицинских услуг с использованием следующих инструментов: совершенствование профилактики рисков, повышение эффективности использования коечного фонда, диагностической мощности больницы, оптимизация обеспечения

лечебного процесса лекарственными средствами и медицинскими изделиями, оптимизация и интенсификация работы операционного блока.

Сестринский уход и безопасная среда

В рамках этого блока предстоит выполнить следующие задачи:

- расширение профилактики рисков, повышение лекарственной безопасности. Базовое условие выполнения проектов – материальное обеспечение сестринского процесса в соответствии с требованием международных стандартов качества и безопасности медицинской деятельности. Другой важный аспект – вовлечение родственников пациентов в процесс сестринского ухода;
- безопасность для пациента и персонала – обеспечение эргономичного рабочего пространства, максимальная визуализация маршрутов пациентов и устранение опасных участков, бесперебойное обеспечение средствами личной гигиены;
- развитие цифровизации рабочего места медицинской сестры, создание логистического центра ККБ для снижения постоянных издержек.

Основной эффект от выполнения мероприятий – повышение удовлетворенности пациентов и лояльности персонала, профилактика осложнений и улучшение реабилитационных процессов.

Управление кадрами

Это одна из важнейших позиций в системе управления медицинской организацией.

Кадровый блок включает следующие задачи:

- уровневая система оплаты труда и адресная система мотивации. Планируется создание системы вознаграждений, учитывающей ранжирование должностей в соответствии с их ценностью для больницы и сложностью выполняемой работы (грейдинг);
- внедрение непрерывной обратной связи с сотрудниками. В решении задачи поможет автоматизированная система постановки целей и оценки эффективности сотрудников;
- создание корпоративного университета для эффективного обучения и развития персонала ККБ. Доступ к образовательным мероприятиям будут иметь все медицинские работники;
- цифровизация работы по привлечению и подбору, кадровому документообороту и планированию мероприятий с персоналом.

Финансово-экономическая деятельность

Получение прибыли для нас не основная цель, но развитие больницы должно опираться на повышение эффективности использования финансовых возможностей. Для этого определены следующие задачи:

- расчет себестоимости медицинских услуг на основании клинических рекомендаций и фактических расходов для эффективной корректировки тарифов;
- повышение финансовой эффективности использования коечного фонда ККБ;
- развитие коммерческой деятельности ККБ за счет расширения перечня и объема платных услуг;
- сокращение нерациональных расходов ККБ.

Основной результат преобразований – создание финансового потенциала для развития медицинских и управленческих технологий, внедрения нетарифицируемых видов медицинской помощи за счет полученной прибыли.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

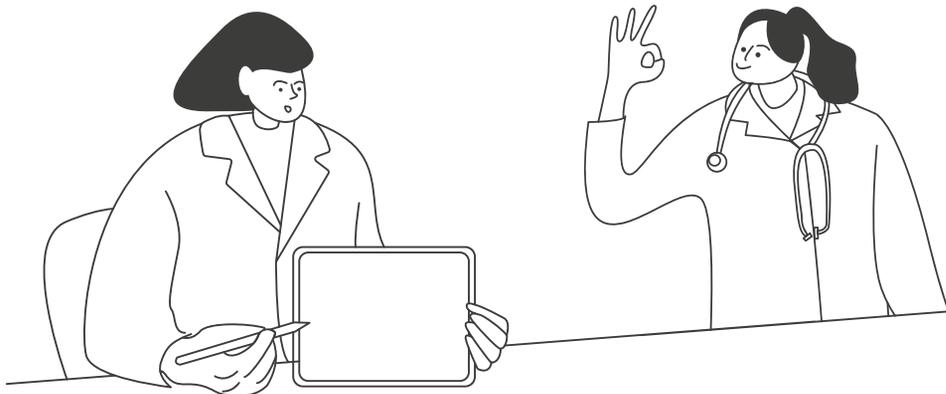
Мы определили три основных показателя результативности стратегии:

- прирост количества пролеченных пациентов за пять лет на 30% в сравнении с 2023 годом;
- увеличение доли ВМП за пять лет на 30% в сравнении с 2023 годом;
- повышение удовлетворенности персонала и пациентов.

ТРАЕКТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДО 2033 ГОДА

Основными долгосрочными направлениями развития, выходящими за границы пятилетнего плана, будут:

- повышение доли ВМП и внедрение инновационных для Красноярского края медицинских технологий;



- дальнейшее развитие телемедицинских технологий и выездных форм оказания медицинской помощи для жителей отдаленных и труднодоступных населенных пунктов края;
- распространение СМК и современных методов управления здравоохранением во все медицинские организации Красноярского края;
- повышение экономической эффективности работы ККБ на условиях бережливого отношения к имеющимся ресурсам;
- дальнейшее развитие информационных технологий для повышения преемственности между медицинскими организациями и сокращения числа врачебных ошибок;
- поддержка и развитие персонала, связанные с внедрением в управление элементов «бирюзовых» технологий саморегулирования в коллективе.

● РИСКИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ

Используя методы стратегического анализа, мы выделили следующие риски выполнения пунктов нашего плана:

- **Демографическая структура населения** меняется в сторону увеличения доли возрастных пациентов с сочетанными патологиями. Тяжелые пациенты требуют высоких ресурсных затрат. Это может привести к снижению эффективности использования кадрового потенциала и коечного фонда больницы.
- **Нестабильность экономической ситуации** – основной риск, поскольку главными источниками доходов являются фонд ОМС и краевой бюджет. В постановлении правительства Красноярского края от 11.07.2023 № 573-п в территориальной программе государственных гарантий на 2023-2025 годы предусмотрено снижение подушевого финансирования на 6,8% к 2025 году, без учета инфляции. Снижение инвестирования в систему здравоохранения не позволит финансировать крупные проекты, такие как, к примеру, строительство корпусов больницы согласно утвержденному проекту. Основная мера противодействия риску – развитие коммерческой деятельности больницы и поиск внутренних резервов за счет грамотного построения бизнес-процессов.
- **Дефицит кадров** сохранится в связи с тем, что число выпускников КрасГМУ не покрывает потребность в замещении уходящих из профессии медицинских работников. Причина – сложная демографическая ситуация и низкая мотивация молодежи к выбору профессии врача. Необходимо создавать благоприятные условия для привлечения специалистов из других регионов

России и ближнего зарубежья, активная профориентация школьников, привлечение студентов старших курсов для работы в нашей больнице.

- **Риск расхождения целей и задач с учредителем и координатором финансирования.** Стратегия развития ККБ должна быть тщательно согласована с министерством здравоохранения Красноярского края и Фондом обязательного медицинского страхования.
- **Риски осложнения эпидемиологической ситуации и чрезвычайных происшествий** существуют всегда, но опыт реагирования системы здравоохранения Красноярского края на пандемию COVID-19 доказывает, что ККБ показала себя достойно в устранении последствий неблагоприятных событий такого рода.
- **Изменившиеся запросы населения.** Для оперативного реагирования в процессе выполнения стратегического плана предусмотрен ежегодный пересмотр всех пунктов стратегии и ее корректировка, вовлечение пациентов в решение вопросов развития организации.
- Внешнеполитическая ситуация характеризуется сложностями с доступом к технологиям развитых стран в связи с санкционным режимом. Этот риск вынуждает переориентироваться на доступные технологичные рынки – Китай, Индия, Турция.

Способствовать преодолению последствий технологических и научных ограничений будет активизация научной деятельности в ККБ.



ПОВЫШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ В ПЕРИОД 2024-2028 ГГ.

№	Название	Цели	Измеримые показатели
ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
1 Организация региональных профильных центров оказания медицинской помощи на базе ККБ			
1.1	Организация единого центра по «диагностике и лечению заболеваний системы крови» для жителей Красноярска и Красноярского края	Координация оказания и организационно-методическое сопровождение работы по оказанию медицинской помощи по профилю «Гематология» в Красноярском крае путем создания регионального Гематологического центра.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Единый подход и проведение необходимых обследований согласно КР пациентов г. Красноярска и районов с целью верификации диагноза, оценка эффективности терапии и диспансерное наблюдение (ДН). 2. Повышение качества и объемов оказываемой амбулаторной помощи, проведение планомерного ДН за больными с уже установленным диагнозом, беспрепятственное выполнение консультации для пациентов без установленного диагноза. 3. Увеличение числа врачей-гематологов в КДП ККБ, осуществляющих амбулаторный прием, с 2 до 4 ставок. 4. Уменьшение сроков ожидания консультации врача-гематолога – в настоящее время 53 дня.
1.2	Разработка эффективной системы управления диспансерным наблюдением за пациентами с ХСН, в том числе с использованием цифровых технологий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создать систему мониторинга за качеством и своевременностью оказания медицинской помощи пациентам с ХСН на всех этапах в соответствии с клиническими рекомендациями. 2. Организовать центр методического сопровождения работы медицинских организаций Красноярского края по лечению пациентов с ХСН. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создана система мониторинга пациентов с ХСН. 2. Организован центр методического сопровождения работы медицинских организаций Красноярского края по лечению пациентов с ХСН. 3. Динамический рост первичной заболеваемости ХСН. 4. Снижение количества госпитализаций с декомпенсацией ХСН. 5. Увеличение количества выписанных льготных рецептов (квадротерапия ХСН).
1.3	Организация высокопоточного диагностического эндоскопического центра	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение доступности и качества медицинской помощи в Красноярском крае посредством обеспечения потребностей в проведении на современном уровне эндоскопических исследований. 2. Повысить выявление злокачественных новообразований (далее – ЗНО) на ранних стадиях. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Замещение оптических эндоскопов видеоэндоскопическими системами, с 60% в 2021 году до 90% в 2025 году. 2. Внедрение ультразвуковых эндоскопических исследований (видеокапсульных, баллон-ассистированных) чрезбронхиальных биопсий легких и биопсий лимфатических узлов в амбулаторных условиях у 60% пациентов. 3. Обеспечение сроков ожидания эндоскопических исследований не более 14 дней. 4. Обеспечение уровня ARD (выявление аденоматозных образований при первичных исследованиях толстой кишки) не ниже 25% от общего количества выполненных исследований. 5. Обеспечение соотношения количества гастроскопий к колоноскопиям с 1:8 в 2021 году до 1:3 в 2028 году. 6. Внедрение эндоскопических операций – лигирование варикозно-расширенных вен пищевода, полипэктомия из желудка и толстой кишки у 80% пациентов, которым показано – в условиях межрайонных больниц до 2025 года.
1.4	Организация регионального центра медицинской реабилитации	1. Организовать систему мониторинга для оптимизации маршрутизации пациентов, нуждающихся в реабилитации.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создан инструмент, обеспечивающий мониторинг пациентов, требующих реабилитации на момент выписки. 2. Обеспечение маршрутизации всех пациентов, нуждающихся в реабилитационной помощи.

1.5	Оптимизация респираторной помощи пациентам с острой и хронической легочной патологией на базе ККБ	1. Повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с бронхолегочной патологией за счет механизмов создания клинической траектории.	1. Приведение штатных нормативов КГБУЗ «ККБ» в соответствие с Приказами Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. № 606н, Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 916н. 2. Обеспечение 100% охвата диспансерным наблюдением пациентов с ИЗЛ, муковисцидозом и тяжелой бронхиальной астмой, внесенных в регистр. 3. Запуск работы школ здоровья. 4. Утверждение новых образовательных программ для пульмонологов, аллергологов и терапевтов для практического обучения на рабочем месте.
2	Расширение перечня современных методик лечения и внедрение новых технологий медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций		
2.1	Организация процессов, связанных с лабораторными исследованиями, для соответствия лабораторной диагностики требованиям клинических рекомендаций различных нозологий	Качественное оказание медицинской помощи в области лабораторной диагностики в соответствии с клиническими рекомендациями, рациональное использование ресурсов КДЛ, сторонних лабораторий и лечебного учреждения.	1. Количество нозологий, диагностика которых проводится в соответствии с клиническими рекомендациями (в % выражении). 2. Количество времени, когда не было расходных материалов для исследования каких-либо тестов, выраженное в %. 3. Количество времени, когда оборудование находилось в нерабочем состоянии (в % выражении). 4. Количество реанимационных отделений, где исследования КЩР проводятся по месту лечения. 5. Наличие межлабораторного контроля качества в ежемесячном формате.
2.2	Развитие телемедицинских форм оказания медицинской помощи	1. Повышение доступности оказания медпомощи за счет предоставления специализированной медпомощи без очного посещения. 2. Повышение эффективности рабочего времени врача-консультанта путем систематизации процесса дистанционного консультирования и повышение его управляемости. 3. Повышение экономической эффективности дистанционной консультативной помощи путем внедрения соответствующих тарифов.	1. Увеличение количества специализированных консультаций в дистанционном формате на 10% ежегодно. 2. Получение платы за дистанционную работу врача-консультанта согласно тарифу.
3	Оптимизация системы управления оказанием медицинской помощи в ККБ		
3.1	Повышение медицинской эффективности работы коечного фонда	1. Качественное оказание медицинской помощи 3-го уровня в соответствии с клиническими рекомендациями в 85% случаев плановой госпитализации к 2029 году. 2. Увеличение доли пациентов 3-го уровня среди всех пролеченных в ККБ. 3. Рост количества пролеченных пациентов за год, обеспеченных финансированием, до уровня занятости койки 330 дней в году к 2029 году.	1. Сокращение предоперационного койко-дня до 1,5 в среднем по хирургическим отделениям для плановых пациентов. 2. Доля плановых пациентов, пролеченных в полном соответствии с клин. рекомендациями, – 90%. 3. Функция койки в среднем по больнице не ниже 330 дней. 4. Повышение доли плановых пациентов 3-го уровня до 85% от всех плановых пациентов.

3.2	Повышение диагностической мощности ККБ и сокращение сроков ожидания диагностических услуг для повышения эффективности использования коечного фонда	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить соответствие объема выполненным ДИ требованиям КР в процессе оказания МП. 2. Повысить медицинскую и экономическую эффективность коечного фонда стационара за счет сокращения сроков ожидания диагностических исследований. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Парк оборудования для проведения необходимых объемов ДИ в наличии. 2. Выполняется весь спектр ДИ, соответствующий требованиям КР. 3. Сокращение сроков ожидания ДИ до регламентированных КР. 4. Диагностические отделения укомплектованы квалифицированными кадрами. 5. Согласован перечень обоснованных диагностических исследований. 6. Выполняются только обоснованные диагностические исследования.
3.3	Организация бесперебойного обеспечения лечебного процесса лекарственными средствами и медицинскими изделиями	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение экономических показателей деятельности, эффективное использование ресурсов в ККБ. 2. Своевременное качественное оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями нормативной базы. 3. Уменьшение рисков в процессе оказания медицинской помощи и вероятности наступления нежелательных событий. 4. Повышение удовлетворенности персонала процессом оказания МП. 5. Улучшение имиджа и рейтинга организации через повышение удовлетворенности пациентов качеством и безопасностью медицинской помощи. 6. Снижение вероятности реализации юридических рисков для персонала и ККБ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработаны планы ведения больных в соответствии с требованиями КР. 2. Разработаны технологические карты на все медицинские услуги. 3. Проведен анализ эффективности использования финансовых ресурсов. 4. Высвободили финансовые средства за счет исключения неэффективных расходов. 5. Привлечены дополнительные финансовые средства за счет увеличения недостаточной стоимости тарифа. 6. Оптимизирована номенклатура ЛС и МИ, за счет чего ликвидирована текущая дефектура и уменьшилось количество экстренных закупок. 7. Минимизированы трудозатраты при составлении плана закупок.
3.4	Стратегия и политика рационального применения антибактериальных препаратов при оказании стационарной помощи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение уровня знаний специалистов в разделе рациональной антимикробной терапии. 2. Снижение числа необоснованного назначения антимикробных препаратов (АМП). 3. Снижение потребления АМП (анализ ДДД). 4. Снижение уровня резистентности отдельных микроорганизмов. 5. Повышение уровня знаний специалистами в разделе микробиологической диагностики, владение методикой анализа локального мониторинга микроорганизмов с использованием базы AMRcloud. 6. Снижение числа необоснованных консультаций по антимикробной терапии. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение потребления антимикробных препаратов в динамике (АМП) (анализ ДДД). 2. Снижение уровня резистентности отдельных микроорганизмов (%). 3. Снижение длительности проведения антибиотикопрофилактики по профилям (количество дней). 4. Соблюдение регламента времени первого введения АМП при антибиотикопрофилактике на основании данных целевых аудитов. 5. Соблюдение правил выбора антимикробного препарата при проведении антибиотикопрофилактики. 6. Верный выбор антимикробного препарата при стартовой терапии, а также при получении данных бактериологического посева с учетом полученного возбудителя.

3.5	Переход к организационно-управленческой структуре по типу матричной	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повысить качество и оперативность принятия управленческих решений путем внедрения проектного управления. 2. Регламентировать линейные и функциональные управленческие связи в разработанной матричной организационно-управленческой структуре. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Утвержденная и согласованная матричная организационно-управленческая структура. 2. Разработан стандарт написания проектов. 3. Разработаны методические материалы по управлению проектами согласно утвержденному перечню.
3.6	Подготовка обоснования и разработка плана работы ККБ в 2 смены (Оптимизация работы операционного блока в условиях сокращения количества операционных столов)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повысить эффективность использования рабочего времени операционного блока при условии сокращения количества операционных столов. 2. Организовать согласованную деятельность подразделений ККБ, участвующих в плановой работе операционного блока, в двухсменном режиме. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Устранение задержек начала операционного дня. 2. Уменьшение времени простоя работы операционного блока, отведенное на плановые операции. 3. Отсутствие превышения длительности запланированного рабочего времени операционного блока. 4. Сокращение временных интервалов между операциями. 5. Уменьшение количества отмененных оперативных вмешательств.
3.7	Сокращение немедицинских видов деятельности, возложенных на врачебный персонал, расширение функциональных обязанностей сестринского персонала	<p>Максимально исключить из рабочего дня на примере врачей хирургической и анестезиолого-реаниматологической специальности все возможные функции, которые может выполнять иной, в том числе немедицинский персонал. Освободившееся время докторов заполнить выполнением медицинских уникальных функций по специальности.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Процентное соотношение времени рабочего дня хирурга и анестезиолога между «своими» функциями врача-специалиста по направлению и времени, затраченному на выполнение функций иного медицинского, в том числе врачебного (иные специальности) и немедицинского направления. В настоящее время не проведен тайминг, и цифровое значение указать невозможно, в идеальных синтетических условиях этот показатель составляет 1 к 0,1. 2. Идентификация процессов и функций, сортировка их на специализированные для хирурга и анестезиолога, на иные медицинские и немедицинские функции – составление базы. При появлении новых функций их обязательное присвоение к одной из вышеуказанных групп (исключение так называемых «ничейных» функций, присутствующих в настоящий момент). 3. Снижение показателя отношения количества жалоб к одному пролеченному пациенту в год на 1 врача. 4. Сопряженный с иными проектами эффект – сокращение среднего койко-дня (обоснование – пациенты будут успевать выписываться ввиду отсутствия причин по нехватке времени на оформление историй, поиск родственников, корректировку документов, таких как неверные СНИЛС, паспортные данные, телефонные звонки по передаче экстренных извещений и оформлению листов нетрудоспособности и т.п., существующий факт).
3.8	Программа снижения уровня ИСМП от управляемых причин	<p>Обеспечить профилактику и снижение рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в КГБУЗ «ККБ».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработаны, утверждены СОС ИСМП в соответствии с нозологическими формами и проведено обучение медицинского персонала. Действующие СОС ИСМП применяются в работе медицинским персоналом – 100%. 2. Разработана система мотивации персонала при выявлении и сокрытии случаев ИСМП. 3. Разработаны карты эпидемиологического расследования случаев ИСМП по нозологиям (ИОХВ, КАИК, ВП, ВАП, КАИМП) для автоматического заполнения в qMS. 4. Проводится ежемесячный анализ выявленных активным методом путем разбора инцидентов, регистрируемых на медицинском портале MEDICS – 100%, и пассивным методом случаев ИСМП, для выявления ведущих нозологий, причин и факторов риска развития. Проводятся заседания комиссии по ИСМП КГБУЗ «ККБ» не реже 1 раза в квартал – 100%.

			<p>5. Проводится анализ результатов микробиологических исследований от пациентов с ИСМП для выявления ведущих возбудителей ИСМП (ESKAPЕ).</p> <p>6. Проводится анализ результатов микробиологических исследований внешней среды планоно (в рамках проведения производственного контроля) и при возникновении неблагоприятных эпидемиологических ситуаций (появлении групповых случаев респираторных инфекций; частых случаев развития ИОХВ, КАИК, ВП, ВАП, КАИМП).</p> <p>7. Проводится анализ резистентности возбудителей ИСМП к применяемым в КГБУЗ «ККБ» дезинфицирующим средствам.</p> <p>8. Проводится анализ резистентности возбудителей ИСМП к антибактериальной терапии – оценка адекватно выбранной антибактериальной терапии и своевременная смена терапии при ее неэффективности.</p> <p>9. Разработаны, утверждены корректирующие мероприятия, алгоритмы, стандарты, стандарты проведения инвазивных манипуляций с последующим обучением ответственных лиц.</p>
3.9	Программа гигиены рук	1. Обеспечение профилактики и снижение рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в КГБУЗ «ККБ».	<p>1. Выбор антисептиков в соответствии с НПА.</p> <p>2. Обеспеченность антисептиками отделений – 100%.</p> <p>3. Обеспеченность оборудованием для гигиены рук – 100%.</p> <p>4. Обеспеченность одноразовыми полотенцами отделения – 100 %.</p> <p>5. Выполнение техники гигиенической обработки медицинским персоналом согласно утвержденному алгоритму.</p> <p>6. Выполнение гигиенической обработки рук во всех случаях, уставленных внутренними документами КГБУЗ «ККБ».</p> <p>7. Смывы с рук на эффективность обработки в 98% случаях отрицательные.</p> <p>8. Соответствие внешнего вида рук медицинского персонала требованиям НПА (отсутствие украшений на руках, коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях и не закрытых ран на руках).</p>
3.10	Разработка и внедрение технологии управления процессами с применением статистических методов	<p>1. Повысить степень объективности принятия решений при управлении процессами ККБ.</p> <p>2. Использовать результаты управления процессами для дальнейшей постановки целей по процессам/отделениям.</p>	<p>1. Разработана технология управления процессами на основе статистических данных (СТУ).</p> <p>2. Перечень процессов определен.</p> <p>3. Перечень показателей процессов определен.</p> <p>4. Доля применения методики в пилотных отделениях, (%).</p> <p>5. Доля процессов в Dashboard. Управление пилотными процессами с помощью контрольных карт, (%).</p> <p>6. Цели по процессам определяются на основе данных управления процессами с помощью статистических методов.</p>
ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ			
1	Расчет плановой и фактической себестоимости медицинских услуг на основании клинических рекомендаций и фактических расходов	<p>1. Эффективное планирование расходов ККБ на основании технологической карты.</p> <p>2. Создание эффективного инструмента для экономического анализа.</p>	Наличие расчета себестоимости по основным КСГ.
2	Разработка подходов к повышению финансовой эффективности использования коечного фонда ККБ	Привлечение финансовых средств для развития деятельности ККБ путем разработки плана целевого и рационального использования ресурса коечного фонда.	Утвержденные подходы к повышению финансовой эффективности использования коечного фонда.

3	Повышение финансовой эффективности коммерческой деятельности ККБ	Привлечение дополнительных финансовых средств для развития деятельности ККБ за счет увеличения прибыли от оказания платных услуг.	1. Утвержденный план повышения прибыли платных услуг. 2. Динамическое увеличение прибыли от коммерческой деятельности ККБ на 5% ежегодно.
4	Сокращение необоснованных расходов КГБУЗ «ККБ»	Сокращение необоснованных расходов для повышения финансовой стабильности ККБ.	Сокращение доли необоснованных расходов в структуре всех расходов.
КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ			
1	Создание комфортной физической и психологической среды для сотрудников	Создание психологической и физической комфортной среды для сотрудников больницы для повышения уровня удовлетворенности и лояльности до 80% и вовлеченности до 90%.	Для снижения текучести персонала не ниже 8% и не выше 10%.
2	Уровневая система для сбалансированной оплаты труда и адресной системы мотивации	1. Справедливое вознаграждение: обеспечение справедливой оплаты труда сотрудников в соответствии с их квалификацией, навыками и ответственностью. 2. Привлечение квалифицированных кандидатов и удержание опытных сотрудников через привлекательную систему вознаграждения. 3. Прозрачность способов увеличения заработной платы.	1. Удовлетворенность сотрудников: оценка того, насколько сотрудники довольны новой системой оплаты труда. 2. Достижение целей организации: оценка того, насколько грейдинговая система помогла достичь целей и стратегических планов организации. 3. Прозрачность и понятность: оценка того, насколько сотрудники понимают систему оплаты труда, какие критерии используются при грейдинге и какие возможности у них есть для роста. 4. Финансовая эффективность: оценка влияния грейдинговой системы на бюджет организации, включая стоимость внедрения и управления системой.
3	Обратная связь для сотрудников ККБ как процесс постановки целей, оценки достижения результатов и планирования пути развития	1. Внедрение механизма обратной связи в каскадирование целей организации на всех уровнях. Руководители подразделений совместно с сотрудниками ставят цели сотрудникам на год, исходя из стратегических задач подразделения и организации. 2. Прозрачность в постановке цели для сотрудников и обсуждения возможных проблем и решений. 3. Оценка результативности путем получения обратной связи по достигнутым результатам и зонам роста.	1. Проведение пилотной оценки 180 градусов для руководителей. 2. Разработан информационный компонент на портале каскадирования целей организации на сотрудников. 3. Утвержденный алгоритм проведения и оценки exit-интервью для увольняющихся сотрудников. 4. Динамическое увеличение доли сотрудников по результатам опроса, которые понимают критерии, сроки, порядок постановки и оценки целей.

4	Корпоративный университет как система эффективного обучения и развития персонала в ККБ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Централизация систем внутреннего обучения и внешнего в единую структуру. 2. Развитие компетенций сотрудников ККБ для повышения эффективности их работы. 3. Унификация медицинских и управленческих технологий путем обучения сотрудников медицинских организаций края для повышения преемственности в системе здравоохранения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Созданная и утвержденная концепция университета. 2. Разработанный и утвержденный перечень регламентирующих деятельность корпоративного университета документов. 3. Доля утвержденных стандартов работы корпоративного университета – 100%.
5	Автоматизация процессов службы управления персоналом как способ повышения эффективности сотрудников клиники	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оптимизировать производительность труда сотрудников кадровой службы в условиях нарастающей нагрузки, расширения функций службы и ограниченных ресурсов (площади, люди). 2. Удовлетворять запросы сотрудников ККБ в режиме реального времени за счет упрощения системы взаимодействия путем автоматизации. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CSI-автоматизированных процессов не ниже 8.0. 2. Сокращение бумажного формата документов на 80%.

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

1	Совершенствование сестринского ухода за пациентом		
1.1	Материальное обеспечение квалифицированного процесса сестринского ухода за пациентом в соответствии с нормативными и международными требованиями безопасности	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработать техническое задание по оснащению рабочего места медицинской сестры в соответствии с нормативными требованиями безопасности. 2. Привести комплекс мер по уходу за пациентами в соответствие с их потребностями и потребностям их родственников, а также требованиями международных стандартов JCI. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. % соответствия требованиям безопасности. 2. Повышение удовлетворенности пациентов в части сестринского ухода (данные опроса) 3. Снижение количества аварийных ситуаций.
1.2	Повышение лекарственной безопасности	Повысить уровень лекарственной безопасности в сестринском процессе КГБУЗ «ККБ».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие утвержденной единой схемы цветовой и текстовой маркировки ЛС. 2. Отсутствие штрафных санкций от проверяющих организаций, связанных с лекарственной безопасностью в сестринском процессе. 3. Обеспечение всех мест хранения термолabile препаратов терморегистраторами.
1.3	Развитие рискориентированных принципов управления сестринской деятельностью	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить безопасность работы сотрудников и нахождения пациентов с стационаре путем внедрения видеонаблюдения. 2. Повысить уровень качества работы среднего и младшего медицинского персонала. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение количества инцидентов, связанных с травматизмом и профессиональными заболеваниями. 2. Разработка системы видеонаблюдения при оказании МП и безопасным пребыванием пациентов в ККБ.
1.4	Вовлечение родственников (соцработников) к уходу за пациентом начиная с госпитального этапа	1. Создание условий для вовлечения пациентов /родственников/ социальных работников в пациентоориентированный уход.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение удовлетворенности пациентов на госпитальном этапе. 2. Снижение количества жалоб на осуществляемый уход средним и младшим персоналом.

2			
Безопасность и комфорт инфраструктуры для пациента и персонала			
2.1	Организация эргономичного рабочего пространства с целью оптимизации рабочего времени и площадей отделений	Повышение эффективности работы медицинской сестры путем использования мобильных рабочих мест.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сокращение времени на выполнение врачебных назначений медицинской сестрой. 2. Устранение риска перепутывания при выдаче таблетированных ЛП, заборе крови, постановки инъекций, инфузий. 3. Устранение риска перепутывания пациентов при выдаче таблетированных ЛП, заборе крови, постановки инъекций, инфузий. 4. Устранение хранения и использования перефасованных ЛП. 5. Отсутствие штрафных санкций от проверяющих организаций.
2.2	Максимальная визуализация маршрутов перемещения пациентов и устранение опасных участков на территории и в здании больницы	Обеспечить безопасность перемещения пациентов и персонала в КГБУЗ «ККБ».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие плана мероприятий по устранению опасных мест. 2. Утвержденная система визуализации основных маршрутов перемещения пациентов и сотрудников.
2.3	Бесперебойное обеспечение средствами личной гигиены для комфортной работы и пребывания в ККБ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработать методику определения качественной и количественной потребности в средствах личной гигиены. 2. Обеспечить комфортное пребывание пациентов в клинике и приемлемые условия работы сотрудников. 	Наличие качественного и количественного расчета по закупке средств личной гигиены.
3			
Управленческие технологии сестринской деятельности			
3.1	Развитие транспортной бригады до логистического центра с целью снижения издержек	<ol style="list-style-type: none"> 1. Освободить младший и средний медицинский персонал от выполнения непрофильных функций по транспортировке пациентов путем обеспечения внутрибольничной транспортировкой всех отделений больницы силами транспортной бригады в объеме не менее 70% от общей потребности. 2. Высвобождение рабочего времени среднего медицинского персонала для осуществления качественного сестринского ухода, повышения лояльности сотрудников и удовлетворенности пациентов. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение количества инцидентов, связанных с оказанием помощи при сестринском уходе. 2. Снижение времени, затраченного на транспортировку пациентов. 3. Снижение жалоб со стороны персонала отделений, связанных с работой транспортной бригады. 4. Увеличение количества выполненных заявок от отделений на транспортировку.
3.2	Оснащение медицинских сестер цифровыми подписями	Обеспечить средний медицинский персонал ЭЦП для постоянной работы в электронном медицинском документообороте.	Обеспечение среднего медицинского персонала ЭЦП на 100% согласно утвержденному перечню.

Ультразвуковая диагностика изменений в плевральной полости после пульмонэктомии

Е.В. Лебедева^{1,2}, С.И. Жестовская^{1,2}, Л.В. Писарева¹, Е.В. Безрукова¹, И.В. Шестопалова¹.

¹ КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»

² ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» обособленное подразделение «НИИ медицинских проблем Севера»

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проведение пульмонэктомии связано с большим числом послеоперационных осложнений. На сегодняшний день можно найти описание нежелательных проявлений разного рода. Наиболее часто встречаются: пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, постпульмонэктомический отек легких, бронхоплевральный свищ. Бронхоплевральный свищ (БПС) в 2-13%. БПС, соединяющий плевральную полость и дыхательные пути, может развиваться в любое время в послеоперационном периоде, но чаще всего диагностируется в течение 8-12 дней после операции. Причины осложнений зависят от предоперационных, интраоперационных и послеоперационных факторов [1]. Задача лечащего врача – вовремя выявить серьезные осложнения.

Клинический случай

В отделение реанимации Красноярской краевой больницы №2 в декабре 2023 года поступил пациент А. 74-х лет с жалобами на приступообразный кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до 39 °С в течение 2-х недель, одышку при минимальной нагрузке, выраженную общую слабость, снижение аппетита, похудение. Из анамнеза известно, что после удаления в 2016 г. меланомы кожи шеи справа (ст. II А) в 2022 г. были выявлены метастазы в левое легкое, в связи с чем проведена пульмонэктомия слева. В последующем в течение года пациент наблюдался у онколога, проводилась химиотерапия. После появления вышеописанных жалоб в конце ноября 2023 г. были проведены ПЭТ КТ и МСКТ, в заключение указано, что в плевральной полости слева наблюдается поражение



Рис. 1. Эхограмма. В-режим, продольное сканирование левой плевральной полости по межреберьям конвексным датчиком. По лопаточной и паравертебральной линии слева на уровне V-VIII межреберий, неправильной формы скопление, пониженной эхогенности с толстыми стенками, с жидкостным компонентом, воспалительного характера.

вторичного характера. После поступления в ККБ №2 по назначениям врача-реаниматолога пациенту было выполнено ультразвуковое исследование плевральной полости, брюшной полости, почек, мягких тканей послеоперационной области грудной клетки.

На эхографии плевральных полостей (рис. 1), слева на уровне V-VIII межреберий, выявлено неомогенное скопление неправильной формы с толстыми стенками (толщиной до 1,7 см), частично жидкостное, размерами 7,0*6,4*5,4 см, в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) кровотоков не определялся. По



Рис. 2. Эхограмма, В-режим. А – косое сканирование. Б – продольное сканирование левой плевральной полости в динамике через 7 дней, сохраняется образование в левой плевральной полости, увеличились размеры жидкостного компонента.

результатам УЗИ заподозрен воспалительный характер изменений в левой плевральной полости. Пациента проконсультировал торакальный хирург. Учитывая высокое стояние диафрагмы (соответственно, селезенка, желудок расположены выше обычного), глубокое залегание жидкостного компонента доступ для плевральной пункции был ограничен.

В отделении реанимации проводилась массивная антибактериальная терапия, посиндромная терапия. При динамическом ультразвуковом исследовании плевральных полостей сохранялась картина отграниченного воспалительного скопления в левой плевральной полости. При полипозиционном исследовании появился доступ для пункции по средней подмышечной линии (рис. 2 А, Б). Торакальному хирургу при повторной консультации удалось пунктировать

описанное образование, получено гнойное содержимое. По согласованию с заведующим торакальной хирургией пациент был переведен в Краевую клиническую больницу №1.

В ККБ №1 он был дообследован. Заключение МСКТ: КТ-картина эмпиемы остаточной плевральной полости слева (рис. 3 А, Б, В). Пациенту выполнено дренирование левой плевральной полости, по результатам цитологического исследования выявлен гнойный характер отделяемого. Проведена трахеобронхоскопия, выявлена несостоятельность культи левого главного бронха (ЛГБ) после левосторонней пульмонэктомии. Выполнена эндоскопическая операция – аргоноплазменная коагуляция свища культи ЛГБ. Достигнуто купирование острого гнойного процесса, значительное уменьшение остаточной полости.

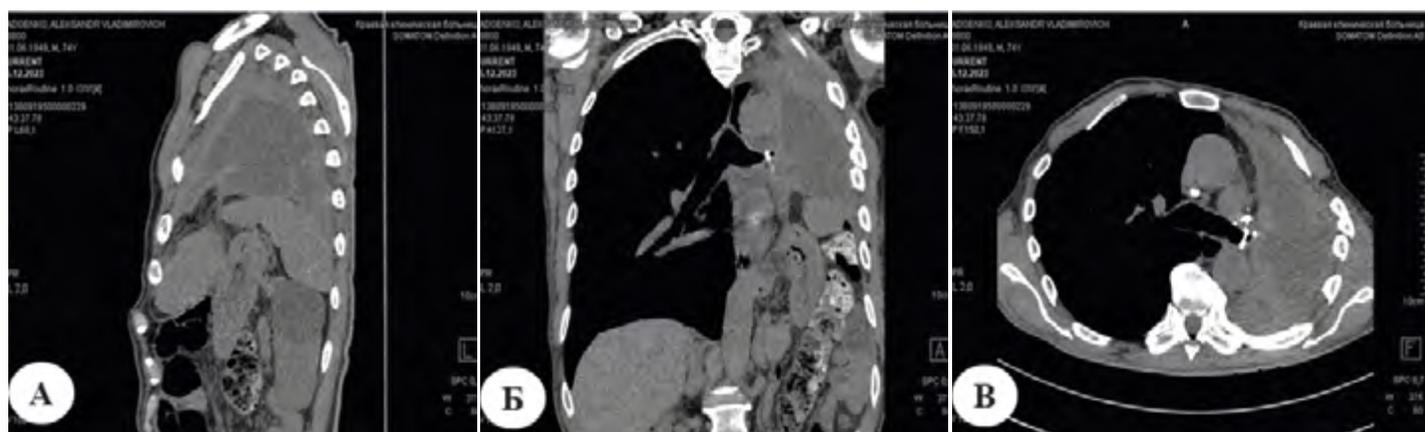


Рис. 3. МСКТ органов грудной клетки. А – сагитальная плоскость; Б – коронарная плоскость; В – аксиальная плоскость.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время современную диагностику заболеваний органов грудной полости сложно представить без рентгенологического исследования, МСКТ, бронхоскопии. Однако все чаще в клинической практике применяется ультразвуковая диагностика. Преимуществом метода является отсутствие лучевой нагрузки, возможность проведения неограниченного количества исследований в динамике, неинвазивность [6, 7].

Меланома кожи – злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов (пигментных клеток) кожи. В 2020 г. в Российской Федерации меланомой кожи заболели 10 162 человека. В 2020 г. показатель заболеваемости (оба пола) составил 8,15 на 100 000 населения (в 2020 – 6,94) [2]. Удастся выявить определенную закономерность в последовательности развития и направленности метастазирования: первой и наиболее частой его зоной является кожа, подкожная клетчатка и лимфатические узлы, составляя при возникновении или через небольшой промежуток времени 59%. Метастазирование в легкие составляет не более 11–18 % [3]. Одним из методов лечения метастазирования в легкие является пульмонэктомия.

Пульмонэктомия включает в себя резекцию всего легкого и находящихся рядом лимфатических узлов, зачастую проводится в случае злокачественного поражения легких [1]. На сегодняшний день известно, что после проведения пульмонэктомии уровень смертности достигает 6–8% [4]. Общая распространенность бронхоплевральных свищей после резекции легкого колеблется между 2 и 13% с уровнем летальности 30–70% [5].

Ультразвуковое исследование, являясь неинвазивным методом, который не несет лучевую нагрузку, можно использовать в диагностике патологии плевральной полости, в том числе определить воспалительный характер поражения, осуществить ультразвуковую навигацию. Специалисты лучевой диагностики должны быть осведомлены о возможных осложнениях после пульмонэктомии, признаках данной патологии, чтобы помогать врачам-клиницистам в ведении этой группы пациентов.

Список литературы

1. Надыров М.Т., Баймаханов А.Н., Алмабаев Ы.А., Оразбек А.А., Дерябин Л.П. Осложнения после пульмонэктомии // Вестник КазНМУ. 2019. №2. С. 91-94.
2. Ассоциация онкологов России. Клинические рекомендации по диагностике и лечению меланомы кожи и слизистых оболочек. 2023 г., С. 9-10
3. Непомнящая Е.М., Гудцкова Т.Н. Метастазы меланомы кожи редких локализаций // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2005. №3. С. 111-113.
4. Deslauriers J. et al., Prospective assessment of 30-day operative morbidity for surgical resections in lung cancer // Chest. – 1994. – №106 (6). – P.329-330.
5. Tabutin M. et al. Completion pneumonectomy in patients with cancer: postoperative survival and mortality factors // J Thorac Oncol. – 2012. – №7(10). – P.1556-1562.
6. Тарасенко В.А. Ультразвуковая диагностика при сканировании свободной жидкости в плевральной полости / В.А. Тарасенко // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Сборник статей 81-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 19–21 апреля 2023 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023. – С. 146.
7. Перцов В.И. Возможности ультразвукового исследования плевральных полостей в диагностике стадии эмпиемы плевры / В.И. Перцов, Я.В. Телушко, С.И. Савченко // Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 4(109). – С. 487-490.

Лечение сколиоза у детей в условиях дневного стационара

М.Ю. Маслова, М.В. Лавыгина, Е.Ю. Добрикова, Н.С. Удальцова, В.Г. Комогоров.

КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»

В современном мире проблема сколиоза является массовой. Она значительно молодеет, и не только из-за условий, в которых формируется. При этом своевременные действия родителей и самих маленьких пациентов могут значительно повлиять на течение заболевания и его исход.

Важно, чтобы родители заметили первые признаки сколиоза у своих детей и вовремя обратились к врачу. На ранних стадиях болезнь хорошо поддается коррекции, потому что детский опорно-двигательный аппарат гораздо более подвижен, пластичен, чем во взрослом возрасте.

Грамотная терапия и адекватная реабилитация пациентов являются важными и порой достаточно сложными задачами. Выраженная нейропластичность, быстрая истощаемость и потеря интереса к процессу лечения и восстановления нарушенных функций у детей, недостаточная вовлеченность в процесс родителей обуславливают необходимость междисциплинарного сотрудничества, объединения усилий специалистов в различных областях медицины для обеспечения им квалифицированной помощи.

КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8» – крупное медицинское учреждение краевого центра, которое оказывает лечебно-профилактическую помощь детскому населению. Для этого учреждение имеет достаточную материально-техническую базу и соответствующую структуру.

Наличие в поликлинике, на базе которой организован дневной стационар, бассейна, залов ЛФК, кабинетов водолечения, физиотерапевтических кабинетов, рефлексотерапии, массажа, кабинетов медицинского психолога, логопеда, других специалистов позволяют широко применять в дневном стационаре немедикаментозные методы в лечении детей с деформирующими дорсопатиями, сопровождающимися болевым синдромом и сопутствующей патологией; а также детей с двигательными нарушениями вследствие неврологической патологии.

По нашим наблюдениям, ежегодно отмечается увеличение числа госпитализаций в дневной стационар детей с заболеваниями костно-мышечной системы: с 45,6% в 2019 году до 61,3% в 2022 году и до 80% в 2023 году. Наиболее часто сколиоз выявляется впервые у детей в период посещения начальной школы: 199 случаев из 500 исследуемых (40%). На втором месте по частоте выявления сколиоза возрастная группа детей 11-14 лет: 162 случая из 500 исследуемых (32%). В 16% случаев сколиоз был выявлен в возрастной группе 4-6 лет, в 11% – в подростковом возрасте, в 1% – у детей в возрасте до 3 лет из общего числа отобранных для исследования случаев госпитализации в дневной стационар по сколиозу.

Распространение новой коронавирусной инфекции, несомненно, оказало влияние на увеличение заболеваний опорно-двигательного аппарата.

та (ОДА) и, соответственно, болевых синдромов вследствие влияния как экзогенных причин (режим самоизоляции и карантина, способствующий гиподинамии и развитию избыточной массы тела; дистанционная работа, при проведении которой часто допускается неэргономичная поза; отсутствие возможности получения полноценной медицинской помощи), так и эндогенных (непосредственное патогенное влияние вируса на нервную, мышечную и хрящевую ткани; активация цитокинами и хемокинами ноцицептивных сенсорных нейронов; аутоиммунное поражение нервных стволов, связочно-мышечного аппарата и суставов; выраженные психоэмоциональные расстройства).

С увеличением потребности в лечении детей с заболеваниями костно-мышечной системы обращает на себя внимание преобладание начальных стадий сколиоза. В то же время отмечается тенденция к увеличению доли сколиозов 2 и 3 степени с 20% в 2018 году до 49% в 2022 году среди обратившихся за лечением в дневной стационар.

В лечении сколиоза требуется комплексный мультидисциплинарный подход. Чтобы ребенок получил комплексную реабилитационную услугу, работает команда специалистов: врач по медицинской реабилитации, физиотерапевт, рефлексотерапевт, врач по лечебной физкультуре, медицинские сестры по массажу и физиотерапии, инструкторы по лечебной физкультуре. Все специалисты прошли подготовку по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте. В июне 2023 года больница получила лицензию по медицинской реабилитации на III этапе в условиях поликлиники и дневного стационара. Уже 250 детей получили курс реабилитации амбулаторно и 83 ребенка – в дневном стационаре.

Применяемые современные эффективные технологии лечения позволяют создать оптимальные условия для протекания процессов восстановления. Для нормализации кровото-



ка в организме ребенка, устранения болевого синдрома, нивелирования деформации грудной клетки и улучшения осанки, укрепления мышечного корсета и формирования биокинетических паттернов мы используем различные методы реабилитации:

- лечебная физкультура с применением гимнастического оборудования;
- механотерапия на специальных тренажерах;
- лечебная гимнастика и плавание в бассейне;
- лечебный массаж ручной;
- бальнеотерапия (подводный душ-массаж);
- физиотерапевтические процедуры (электростимуляция мышц, магнитотерапия, лазеротерапия, теплолечение с применением парафино-озокеритной смеси, сухие углекислые ванны, галотерапия, др.);
- иглорефлексотерапия.

Преимущества лечения сколиозов в условиях дневного стационара КГБУЗ «КГДБ № 8» очевидны:

- медицинская помощь доступна и приближена к месту проживания, пациент находится в привычной для него среде;

- индивидуальный подход к каждому пациенту и доброжелательный персонал;
- бережное отношение к временному ресурсу пациента и медицинских работников, как основной ценности, за счет оптимальной логистики реализуемых процессов позволяет пациенту в течение 2-4 часов получить необходимые процедуры и не пропустить занятия в образовательном учреждении;
- грамотные рекомендации высококвалифицированных специалистов;
- широкий спектр лечебных процедур;
- регулярный (ежедневный) контроль состояния пациента и переносимости им реабилитационных мероприятий, своевременная коррекция назначений при необходимости;

В 87% случаев купируется болевой синдром, улучшается осанка и общее самочувствие ребенка, в 80% случаев повышается переносимость физической нагрузки.

- повышение уровня знаний родителей о причинах и методах предупреждения дорсопатий у детей, формирование ответственного отношения к здоровью: обучение выбору спортивных секций для своих детей, правилам выполнения рекомендованного двигательного режима, комплекса специальных упражнений и массажа для укрепления мышечного корсета и улучшения осанки.

Эффективность курсового лечения достаточно высока, поставленные реабилитационные цели достигаются: в 87% случаев купируется болевой синдром, улучшается осанка и общее самочувствие ребенка, в 80% случаев повышается переносимость

физической нагрузки. Основной причиной снижения данного показателя является досрочное прекращение реабилитации из-за присоединения интеркуррентных заболеваний у пациентов со сниженным иммунитетом, особенно в осенне-зимний период.



Конечно, коротких курсов лечения больных сколиозом в условиях дневного стационара недостаточно. Важно продолжить лечебные мероприятия дома, обеспечить выполнение программы постурального контроля и домашних тренировок, динамическое наблюдение профильного специалиста.

Раннее начало, правильный подбор лечебных методик с учетом индивидуальных возможностей ребенка, вовлечение в реабилитационный процесс родителей, мультидисциплинарный подход позволяют сделать этот процесс наиболее целостным и эффективным в решении задачи организации третьего этапа реабилитационной помощи детям.

Профилактические осмотры несовершеннолетних

М.Ю. Маслова, Е.П. Горбылева.

КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»

В целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей ежегодно в нашем учреждении проводятся профилактические осмотры в установленные возрастные периоды.

Основным нормативным документом для проведения осмотров является приказ Минздрава России от 10.08.2017 года № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

На 2023 год в КГБУЗ «КГДБ №8» было запланировано проведение 74 538 профилактических медицинских осмотров. Выполнено 75 757 комплексных осмотров, что составило 101,6% от запланированного.

В начале года по учреждению был издан приказ на проведение медицинских осмотров несовершеннолетних, определена бригада специалистов и график проведения осмотров. Неорганизованные дети осматриваются в поликлиниках, организованные – в школах и детских садах. Перед проведением профилактических осмотров оформляется согласие родителей (законных представителей) на проведение профилактического осмотра.

Врачи-специалисты осматривают детей, данные проведенного осмотра вносятся в электронную медицинскую карту в информационной медицинской системе qms, педиатр делает заключение, оформляет «Контрольную карту профилактического осмотра», при отсутствии установления

диагноза медицинский осмотр считается завершенным, а информация передается несовершеннолетнему / законному представителю. На этом I этап завершен.

По результатам осмотров впервые выявлено 6963 заболевания, что на 31,2% больше, чем в 2022 году (5307 заболеваний).

По результатам осмотров впервые выявлено 6963 заболевания, что на 31,2% больше, чем в 2022 году (5307 заболеваний).

За 2023 год при проведении профилактических осмотров всего зарегистрировано 46 549 заболеваний.

В структуре впервые выявленной патологии по результатам проведенных осмотров:

- первое место занимают болезни костно-мышечной системы: 42,5% (в 2022 году – 27,9%);
- второе место – болезни глаза и его придаточного аппарата: 20,4% (в 2022 году – 20,7%);
- третье место – болезни эндокринной системы: 18,7% (в 2022 году – 16,4%)

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, ребенок направляется на II этап. После получения результатов врач выставляет ди

агноз, на этом II этап завершен.

На II этап был направлен 681 ребенок для проведения дополнительных обследований и консультаций.

При взятии детей на диспансерный учет в электронной медицинской карте оформляется эпикриз взятия на диспансерный учет, план наблюдения на год (кратность осмотров, обследования

и консультации специалистов – срок выполнения, противорецидивное лечение, СКЛ), заполняется Контрольная карта диспансерного наблюдения с датой следующего осмотра.

Ежеквартально по больнице формируется журнал диспансерного наблюдения – план осмотров диспансерной группы.

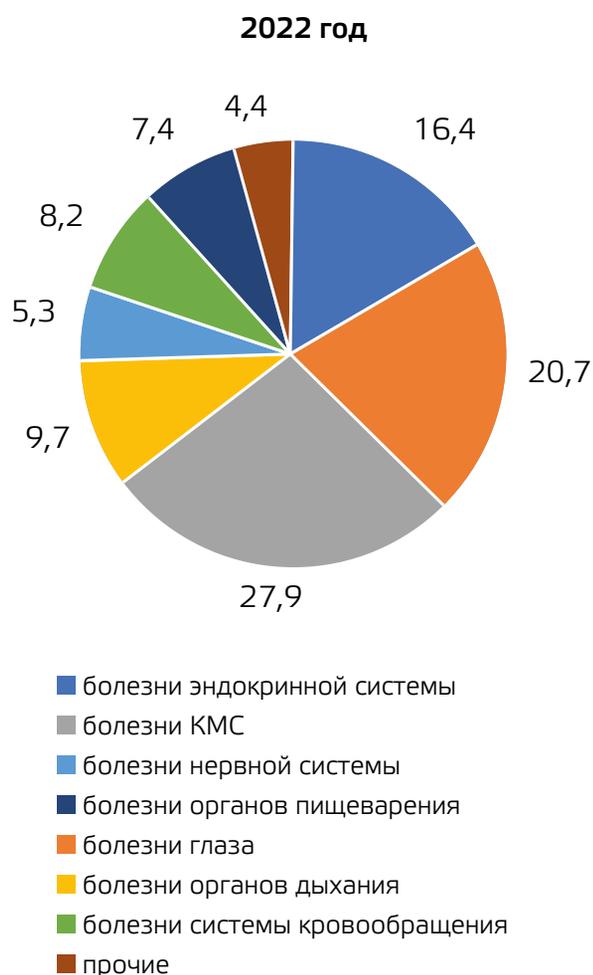


Рис. 1. Структура впервые выявленной патологии за 2022 г.

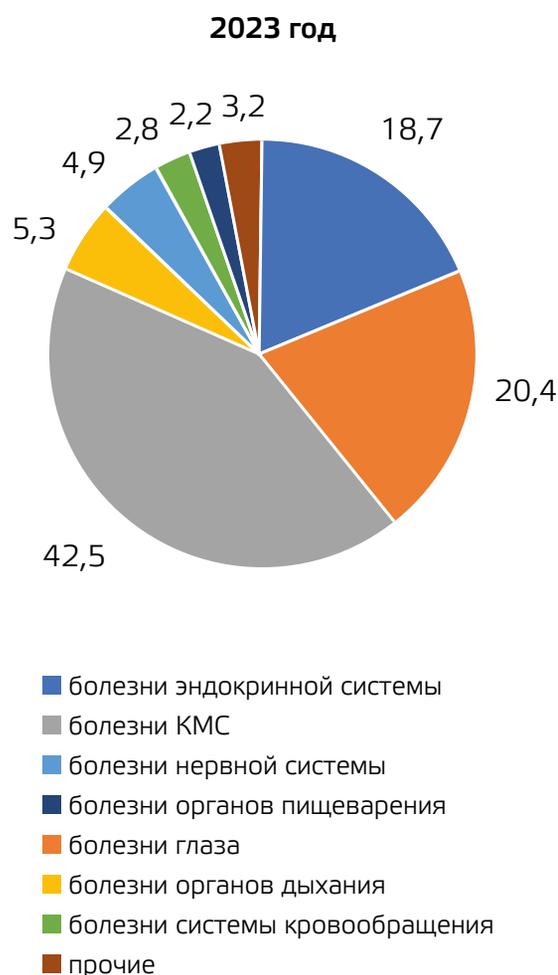


Рис. 2. Структура впервые выявленной патологии за 2023 г.

По результатам проведенных профилактических осмотров в 2023 году по КГБУЗ «КГДБ №8» нуждались в дополнительных консультациях и исследованиях в амбулаторных условиях 15 397 человек (20,3%), в 2022 году – 14 494 человека (20,4%), проведены исследования 14 191 ребенку – 92,2%, в 2022 году – 13 309 человека (91,8%). Рекомендована медицинская реабилитация в

амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров в 2023 году 3925 детям, в стационарных условиях – 79 детям-инвалидам. Санаторно-курортное лечение рекомендовано 841 ребенку.

Распределение прошедших I этап диспансеризации в 2022 году по группам здоровья: I – 30,4%, II – 51,3%, III – 16,4%, IV – 0,04%, V – 1,7%.

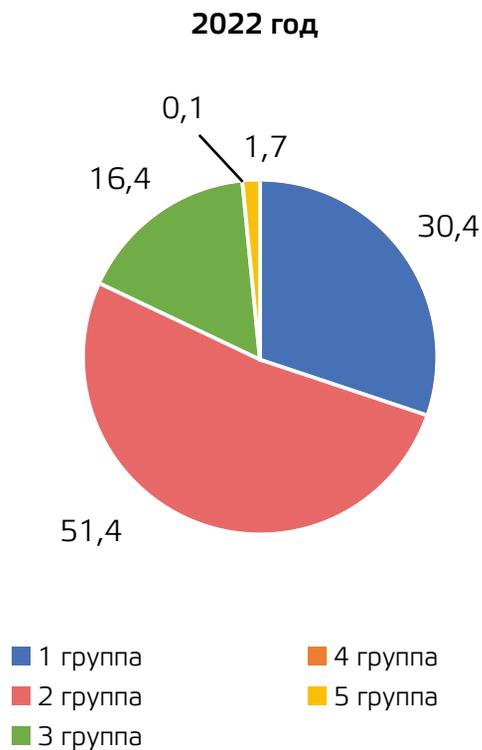


Рис. 3. Распределение детей по группам здоровья из числа прошедших диспансеризацию в 2022 г.

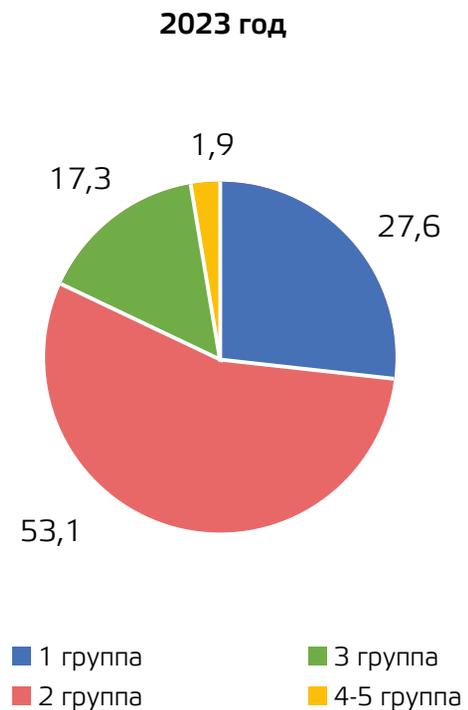


Рис. 4. Распределение детей по группам здоровья из числа прошедших диспансеризацию в 2023 г.

В рамках национального проекта «Здравоохранение», регионального проекта «Развитие детского здравоохранения Красноярского края, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи» в 2023 году по учреждению охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15-17 лет составил:

Девочки:

- подлежали осмотру 6067;
- прошли медицинский осмотр 4673;
- прошли медицинский осмотр акушером-гинекологом 4668 (99,9%);
- количество осмотренных от всех подлежащих – 76,9%.

Мальчики:

- подлежали осмотру 5903;
- прошли медицинский осмотр 4724;
- осмотрены детским урологом-андрологом 4717 (99,9%);
- количество осмотренных от всех подлежащих – 79,9%.

Углубленный профилактический осмотр подростков 15-17 лет способствует раннему выявлению и лечению имеющейся патологии, а также предотвращению нарушения репродуктивного здоровья в будущем путем профилактических и реабилитационных мероприятий. Кроме того, с подростками проведена разъяснительная работа по рациональному репродуктивному поведению, профилактике неплановой беременности, здоровому образу жизни.

В течение 2-х лет в структуре выявленной патологии у детей преобладают заболевания костно-мышечной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, а также болезни эндокринной системы. Состояние здоровья детей за 2 года заметно ухудшилось: процент абсолютно здоровых детей (I группа здоровья) уменьшился на 9,2%, количество детей с функциональными состояниями (II группа здоровья) выросло на 3,3%, а имеющие хронические заболевания (III-V группы здоровья) увеличилось на 6,1%.

Тяжелые формы послеродового эндометрита: клинико-анамнестические и микробиологические особенности

Д.Е. Галкина¹, Е.Н. Бочанова¹, Т.А. Макаренко¹, В.В. Камшилова², М.И. Базина¹, Е.В. Дударовская³, Ж.В. Бохина³, О.А. Лысенко³, О.Н. Боченкова³, Я.А. Несмеянова³, Н.А. Колесникова³

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н. С. Карповича

³ Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности воспалительные заболевания занимают 4-е место после кровотечений, экстратагитальной патологии и эклампсии, при этом септические осложнения, которые являются следствием септического аборта и послеродового эндометрита, по-прежнему занимают одно из лидирующих мест в развивающихся странах [1]. Доля воспалительных процессов в структуре причин материнской смертности (2017) составляет 11% [1].

В России материнская смертность, связанная с сепсисом во время родов и в послеродовом периоде, в общей структуре материнской смертности составляет 3,6%, при этом именно эта причина приводит к неблагоприятным исходам беременности в сроке до 22-х недель [1].

По зарубежным данным, частота летальности от тяжелого сепсиса ежегодно увеличивается на 10%, при этом в структуре основных факторов риска представлены: поздний возраст матери, ожирение, беременность на фоне хронических заболеваний, вспомогательные репродуктивные технологии и многоплодная беременность, высокая частота операций кесарева сечения (увеличивает риск от 5 до 20 раз).

Ведущую роль в структуре послеродовых воспалительных заболеваний играет послеродовый эндометрит, который диагностируется более чем в 40% всех случаев послеродовых осложнений. Однако при родоразрешении естественным путем эндометрит отмечается в 3–8% случаев, а после операции кесарева сечения – в 10–20%, при этом у пациенток, имеющих факторы риска, он диагностируется в 13,3–54,3% [2]. По данным разных авторов, частота встречаемости эндометрита после оперативного родоразрешения составляет от 5 до 85% [2], при этом после плановой операции кесарева сечения эндометрит выявляется у 5–6% больных, а после экстренной достигает 25–85%. Также

следует отметить, что антибиотикопрофилактика значительно не снижает частоту послеродового эндометрита, она остается достаточно высокой после естественных родов и составляет от 0,06 до 10,6%, а после кесарева сечения – от 8,8 до 35,3% [2, 3].

Основными клинически тяжелыми осложнениями эндометрита у послеродовых больных являются: перитонит, который встречается в 0,3–1,5% случаев, тазовые абсцессы с частотой 1–2%, сепсис (у 15–30% больных), а также септический шок (3–10%) и тромбофлебиты таза (2,0%) [4].

В настоящее время клиническая картина гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний (ГВПЗ) имеет ряд особенностей, что связано с использованием современного шовного материала, с изменением микробного состава в очаге воспаления, проведением антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, особенностями иммунологического статуса женщины [4]. Кроме того, нередко имеет место стертое течение инфекций, передаваемых половым путем, повышение возраста рожениц (особенно первородящих), отягощенный соматический анамнез, что в совокупности повышает риски послеродовых осложнений [5, 6]. Именно на основании новых данных об особенностях ГВПЗ в региональном аспекте в дальнейшем возможна разработка организационных мероприятий акушерско-гинекологической службы города и края, что позволит снизить частоту тяжелых форм послеродовых осложнений.

Объектом исследования являются женщины с послеродовым эндометритом (ПЭ) тяжелой степени после самопроизвольных и оперативных родов.

Цель работы – оценка клинико-анамнестических и микробиологических особенностей послеродового эндометрита тяжелой степени у женщин после самопроизвольных и абдоминальных родов.

Материалы и методы

На базе Краевой клинической больницы за период с 2017-го по 2023 год проведено ретроспективное описательное эпидемиологическое исследование клиничко-анамнестических и микробиологических данных 270 историй родильниц с ПЭ тяжелой степени, включая септические осложнения. Группа исследования была поделена на две подгруппы: 229 – родильницы с ПЭ после кесарева сечения, 41 – пациентки с ПЭ после самопроизвольных родов. Материал для исследования – содержимое полости матки у больных с ПЭ тяжелой степени, а также раневое отделяемое при интраоперационном заборе во время проведения релапаротомий. Статистический анализ был проведен с использованием программы IBM SPSS Statistics. Определение необходимого объема выборки проводилось с использованием табличного метода. Оценка нормальности распределения производилась с помощью вычисления критерия Колмагорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса с уровнем критической значимости $p > 0,05$, в этом случае распределение признака считалось подчиняющимся закону нормального распределения. Описательная статистика представлена в виде качественных данных, выраженных в %. Для описания количественных данных, имеющих нормальное распределение, были использованы среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD), представленные в формате M (SD). При распределении признаков, отличающихся от нормальных, они были описаны в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала в формате Me (Q1; Q3).

При анализе клиничко-анамнестических данных нами было отмечено, что манифестация клинической картины у пациенток группы наблюдения наступала в среднем на третьи (2;7) сутки послеродового периода, при этом в 84,4% случаев (228/270) пациентки были родоразрешены оперативным путем, которое в 63% (170/270) было выполнено в экстренном порядке. Состояние при поступлении больных оценивалось как тяжелое в 24,8% (67/270), а крайне тяжелое – в преобладающем большинстве случаев (75,2% (203/270)).

Результаты исследования

При качественном анализе микробного спектра (рис.1) в группе исследования было отмечено, что наиболее часто высеивались *Enterococcus faecalis* (31,1% (84/270)), *Staphylococcus epidermidis* (21,9% (59/270)) и *Escherichia coli* (20,7% (56/270)), при этом в 6,7% (18/270) по результатам бактериологического посева роста не было обнаружено.

При качественном анализе микробного спектра (рис.1) в группе исследования было отмечено, что наиболее часто высеивались *Enterococcus faecalis* (31,1% (84/270)), *Staphylococcus epidermidis* (21,9% (59/270)) и *Escherichia coli* (20,7% (56/270)), при этом в 6,7% (18/270) по результатам бактериологического посева роста не было обнаружено.

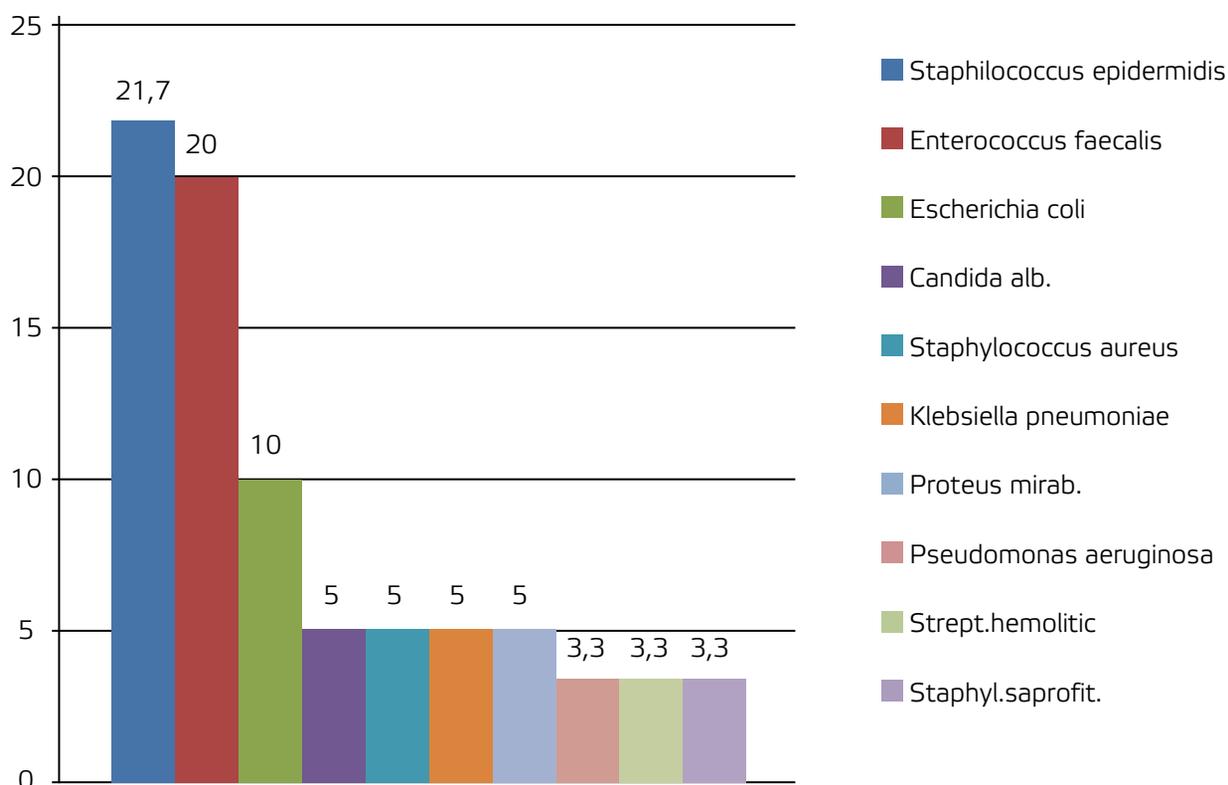


Рис.1. Спектр возбудителей ГСПЗ, % (материал исследования – раневое отделяемое, интраоперационный забор)

Следует обратить внимание на то, что *Escherichia coli* в подгруппе рожениц с тяжелым эндометритом после СР встречается значительно чаще, чем в подгруппе после абдоминального родоразрешения (12,2% (5/41) и 8,7% (20/229) соответственно, при $p = 0,0123$).

Enterococcus faecalis высеивается в 31,1% (84/270), при этом в подгруппе рожениц с тяжелыми формами эндометрита после КС частота данного патогена превышает аналогичный показатель в подгруппе больных после СР (18,8% (43/229) и 12,2% (5/41) соответственно, при $p=0,011$).

Следует отметить, что количественный состав патогенов в подгруппе женщин с тяжелым эндометритом после абдоминальных родов намного разнообразнее, чем у рожениц подгруппы после СР (рис. 2, 3), при этом у 3% (7/229) больных высеивались одновременно сразу пять возбудителей. Следует отметить, что у пациенток в подгруппе после СР в два раза реже были обнаружены два патогена (в 12,2% (9/41), тогда как в подгруппе женщин после КС два патогена встречались в каждом четвертом случае (22,7% (52/229), а три и более – в 16,2% (37/229), $p<0,05$).

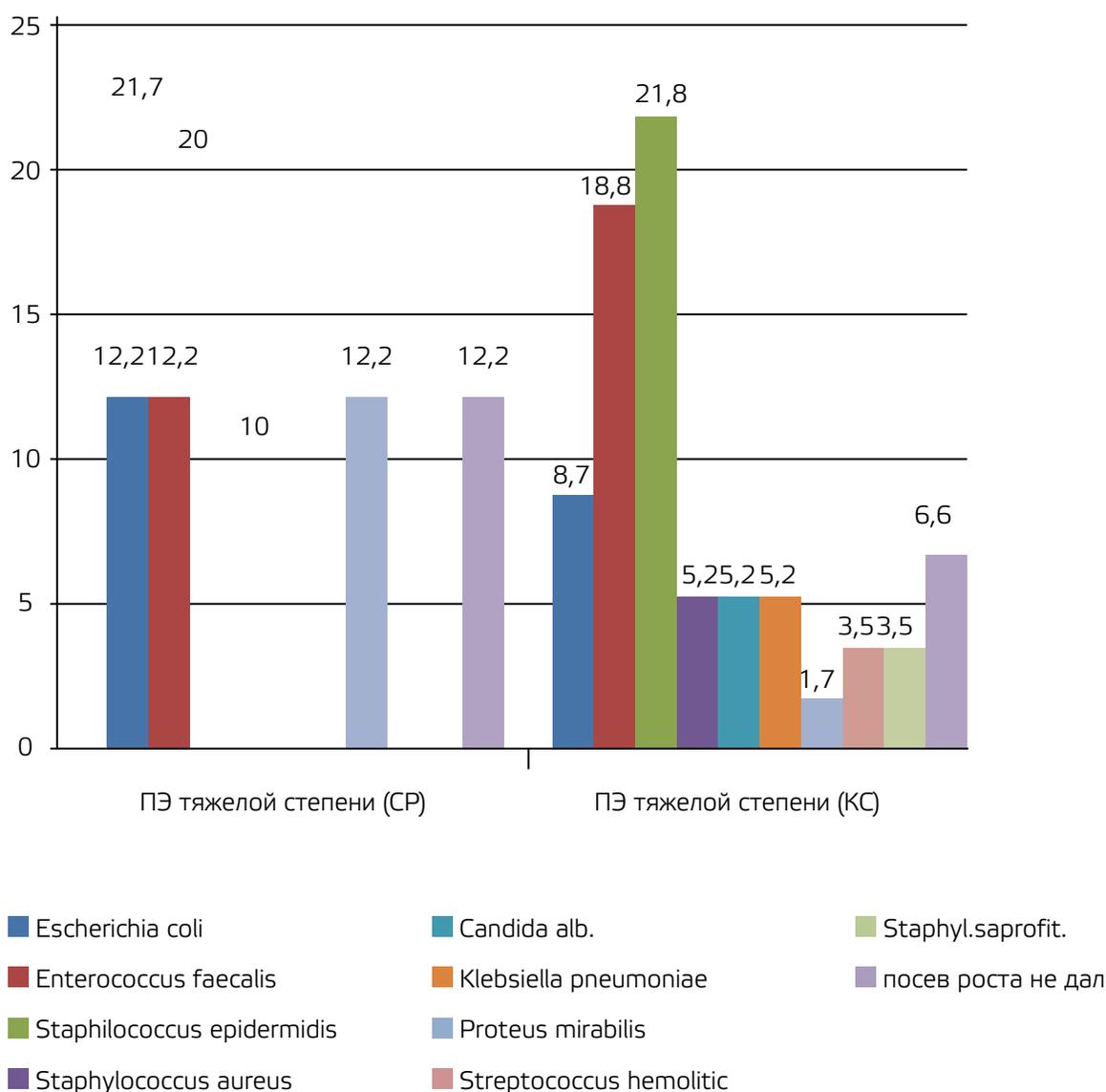


Рис. 2. Микробный спектр возбудителей раневого отделяемого у пациенток с послеродовым эндометритом тяжелой степени в зависимости от способа родоразрешения, %

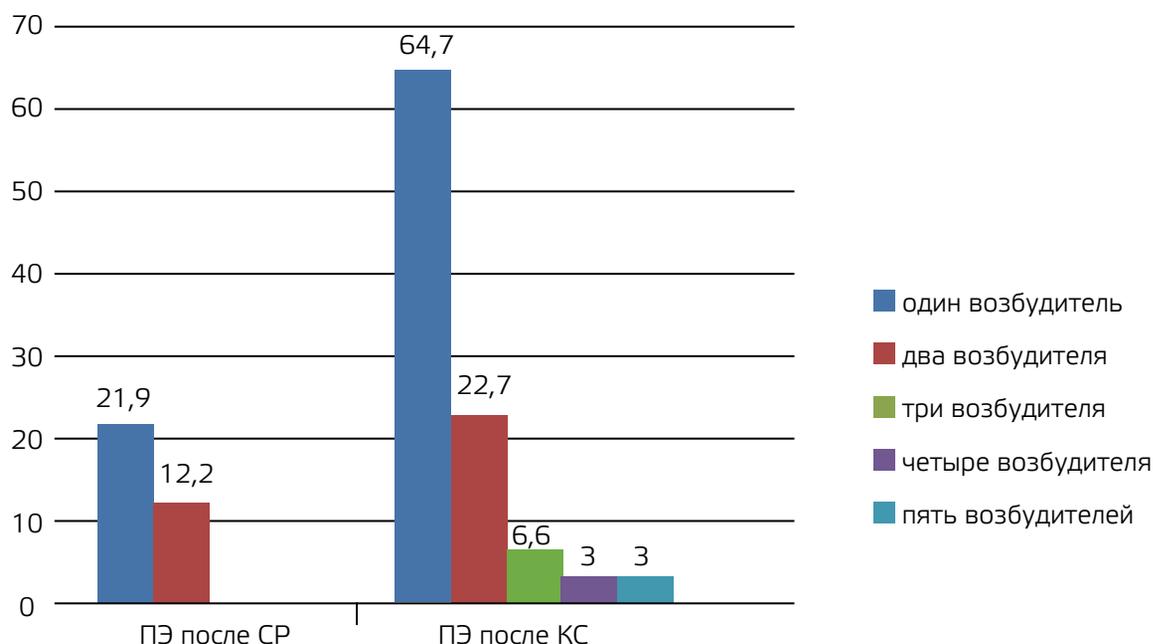


Рис. 3. Количество патогенных агентов у родильниц с тяжелой клинической формой ПЭ после самопроизвольных и абдоминальных родов, %

При анализе уровня концентрации патогенов было отмечено, что у женщин с тяжелой формой ПЭ в 41,1% (111/270) была определена концентрация микроорганизмов 10×5 КОЕ/мл, в 31,1% (84/270) – 10×6 КОЕ/мл, а в 17% (46/270) – 10×8 КОЕ/мл.

При оценке антибиотикорезистентности было отмечено, что *Escherichia coli* в равном проценте

(82,1% (46/56)) обладает резистентностью к ципрофлоксацину, ампициллину/сульбактаму, в 66,1% (37/56) – к левофлоксацину, в 50% (28/56) – к цефотаксиму (рис. 4), при этом *Enterococcus faecalis* оказался в 75% (63/84) резистентным к норфлоксацину, в 66,7% (56/84) – к гентамицину, в каждом втором случае (50% (42/84)) – к ампициллину/сульбактаму, в 25% (21/84) – к имипенему (рис. 5).

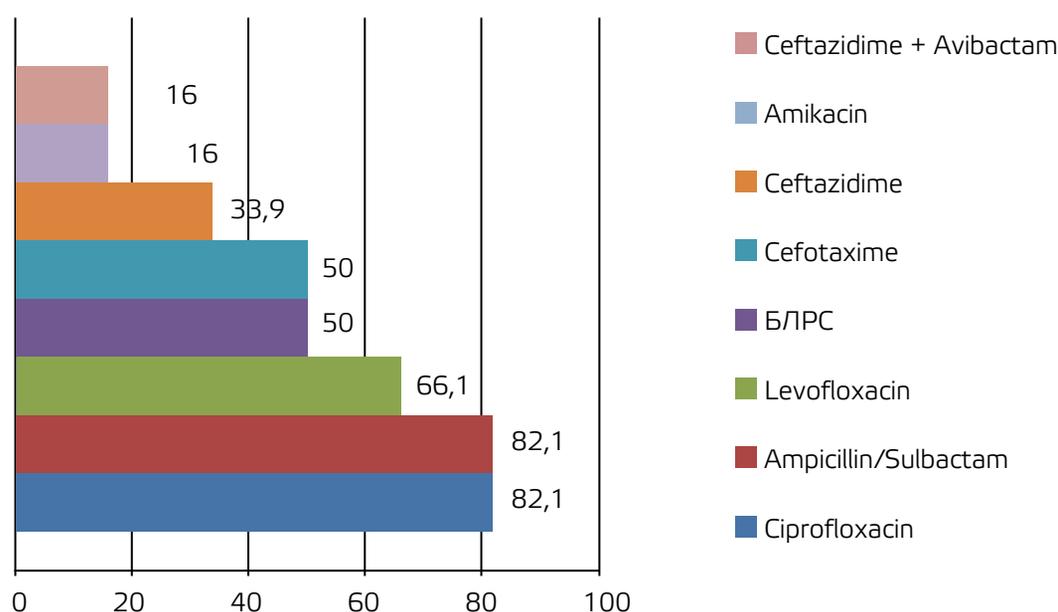


Рис. 4. Резистентность *Escherichia coli* у больных с ГСПЗ к антибактериальным препаратам, % (БЛРС – бета-лактамазы расширенного спектра)

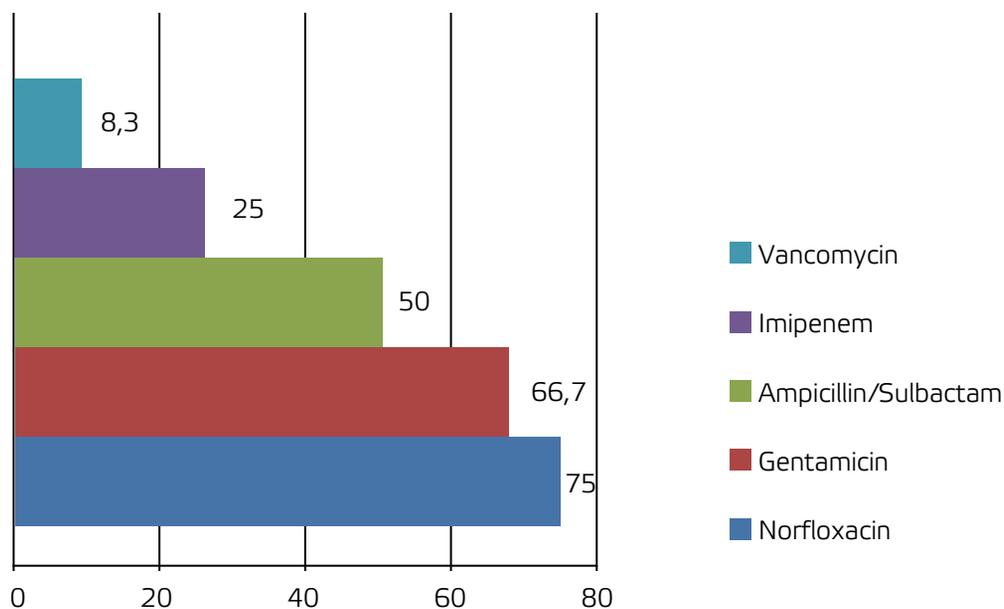


Рис. 5. Резистентность Enterococcus faecalis у больных с ГСПЗ к антибактериальным препаратам, %

При анализе антибактериальной терапии было отмечено, что наиболее часто назначался метрогил (в 40%), карбапенемы (в 35%), в каждом третьем случае – цефтриаксон и цефеперазо-

на+сульбактам (в 28,3% и в 26,7% соответственно) (рис. 6). При этом следует отметить, что амоксициллин+клавулановая кислота были препаратом выбора лишь в 1,7%.

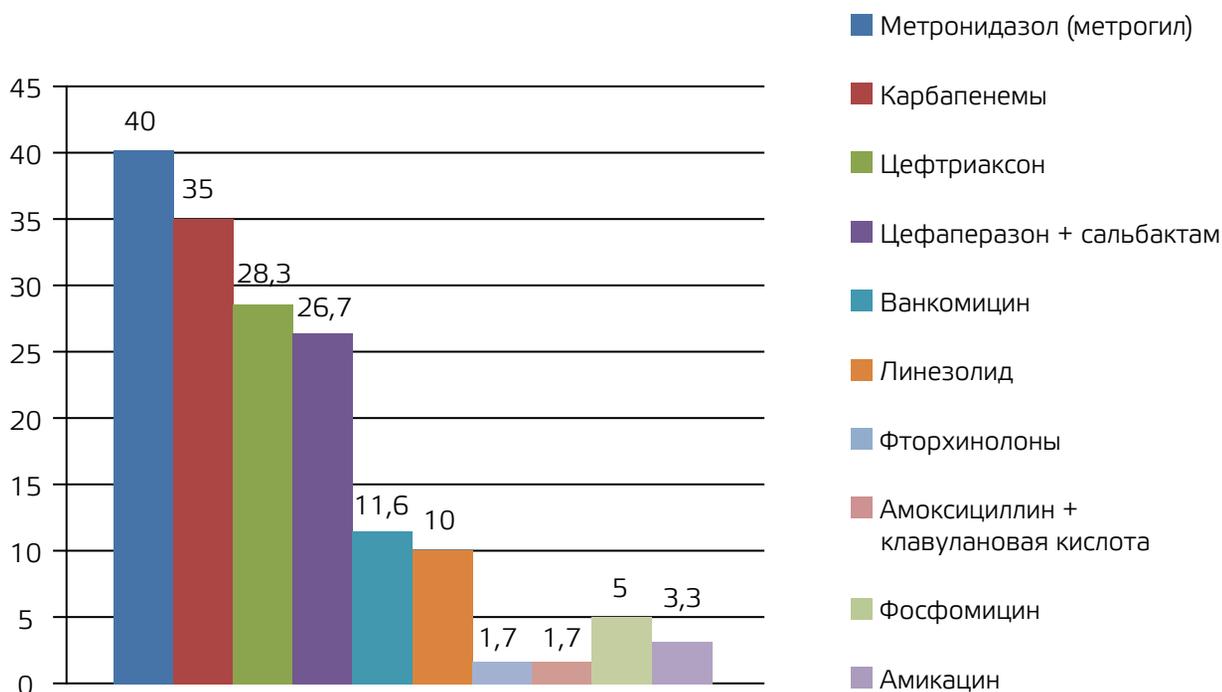


Рис. 6. Проводимая терапия у больных с ГСПЗ (2 группа исследования), %

При анализе оперативной активности в группе исследования было отмечено, что все пациентки после абдоминальных родов (229/270) были прооперированы, при этом чаще всего выполнялась вторичная хирургическая обработка раны на передней брюшной стенке (55,5% (127/229), в 44,1% (101/229) – релапаротомия, метропластика, некратомия, а в 14,8% (34/229) случаев – гистерэктомия. Следует отметить, что первая операция проводилась на 11-е (8; 16) сутки послеродового периода, что совпадало с первым днем госпитализации больных.

Выводы

По результатам исследований необходимо сделать акцент на том, что у пациенток с ПЭ тяжелой степени имеет место ранняя манифестация заболевания – уже на третьи сутки пуэрперия, при этом в каждом втором случае (47,6%) имеет место инфицирование послеоперационной раны на передней брюшной стенке, а в каждом третьем (33,6%) – расхождение шва на матке. В данной группе исследования было отмечено, что родильницы поступали в гнойно-септический центр в крайне тяжелом состоянии (75%), при этом всем больным этой группы проводилось оперативное лечение в день госпитализации в 100% случаев.

При оценке особенностей микробиологического спектра было отмечено, что количественный состав патогенов в подгруппе женщин с тяжелым эндометритом после абдоминальных родов намного разнообразнее, чем у родильниц подгруп-

пы после СР, при этом у 3% больных высевались одномоментно сразу пять возбудителей. У больных с ПЭ тяжелой степени *Enterococcus faecalis* встречается наиболее часто (в 31,1%), вторым по частоте обнаружения является *Escherichia coli* (20,7%).

Заключение

С учетом постепенного роста числа резистентных микроорганизмов проблема антибиотикорезистентности с каждым днем становится все острее, при этом именно оптимизация использования противомикробных средств – ключевой приоритет глобальной стратегии борьбы с развитием супербактерий.

В этой связи требуется проведение дальнейших исследований, направленных на изучение региональных особенностей микробного пейзажа в очаге воспаления с определением антибактериальной чувствительности и резистентности выделенных микроорганизмов к современным антибактериальным препаратам, а также оценка иммунологической резистентности макроорганизма на местном и системном уровнях. Данные исследования помогут в перспективе разработать рациональные схемы антибактериальной терапии и иммунокоррекции больных с ГВПЗ, снизить частоту их тяжелых деструктивных форм, сохранить репродуктивную функцию, а также достичь значительного социально-экономического эффекта за счет сокращения длительности терапии и сроков госпитализации данной категории больных.

Список литературы

1. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения). МЗ РФ. 2017; 45 с.
2. Ефименко Т.А., Терехова Л.П., Ефременкова О.В. Современное состояние антибиотикорезистентности патогенных бактерий. Антибиотики и химиотерапия 2019. Т. 64. №5–6. С. 64–68
3. Кузьмин В.Н. Антибиотикорезистентность как эпидемиологическая проблема инфекционновоспалительных заболеваний в современных условиях. Медицинский оппонент 2020. №3. С. 20–26.
4. Орозалиева Б.К., Иманкулова А.С., Акматов Т.А., Субанова Н.А., Хегай Е.В. Анализ антибиотикорезистентности у женщин с гнойно-септическими осложнениями после родов. Здравоохранение Кыргызстана. 2021. №2. С. 31–39
5. Сорокина Ю.А. Сочетанное применение тиоконазола и тинидазола при беременности.
6. Ю.А. Сорокина, Г.Н. Гомозов, Т.С. Волкова [и др.]. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 52. – С. 42. – EDN DVCEXX.
7. Бурьяк Д.В. Современные особенности антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии. Медицинские новости 2022. №2. С. 76–78.

Клинический случай этапного лечения пациентки с разрывом гигантской аневризмы базилярной артерии

П.Г. Шнякин, А.В. Ботов, А.В. Трубкин, Н.Ю. Довбыш, К.А. Барышников

Гигантские церебральные аневризмы встречаются в 2% случаев из всех аневризм и характеризуются размером более 25 мм. Разрыв таких аневризм сопровождается высокой летальностью. Хирургическое лечение сопряжено с большими техническими трудностями, нередко – с применением гибридных технологий. Представляем клинический случай с разрывом гигантской аневризмы базилярной артерии.

Пациентка Ф. 52 лет поступила в КМКБ №20 5 января 2024 года с жалобами на сильную головную боль. Как оказалось, утром при пробуждении она почувствовала выраженную головную боль, была многократная рвота, в связи с чем родственники вызвали скорую помощь. По прописке женщину доставили в КМКБ №20 с подозрением на ОНМК. Там ее осмотрел дежурный невролог и назначил МСКТ головного мозга.

Было выявлено массивное субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние вследствие разрыва гигантской аневризмы базилярной артерии.

В экстренном порядке пациентку проконсультировал дежурный нейрохирург Краевой клинической больницы, было принято решение о переводе ее в ККБ.

Учитывая локализацию и размер аневризмы, от открытого оперативного вмешательства отказались, так как провести его было невозможно. Из-за анатомических особенностей также не представлялось возможным выполнить эндоваскулярную эмболизацию аневризмы в условиях ККБ.

В итоге была проведена срочная телемедицинская консультация с новосибирскими коллегами из НМИЦ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина. Специалисты дали согласие на выполнение рентгенэндоваскулярной окклюзии аневризмы в условиях их центра и рекомендовали перевод.

Пациентка готовилась на перевод в Новосибирск, согласовывался санитарный рейс. 07.01.2024 г. на фоне нарастающего ангиоспазма у нее развилась правосторонняя гемиплегия. На следующий день состояние ухудшилось, отмечалось снижение уровня бодрствования до сопора. Снова провели МСКТ головного мозга и выявили, что на фоне массивного субарахноидально-вентрикулярного кровоизлияния развилась окклюзионная гидроцефалия.

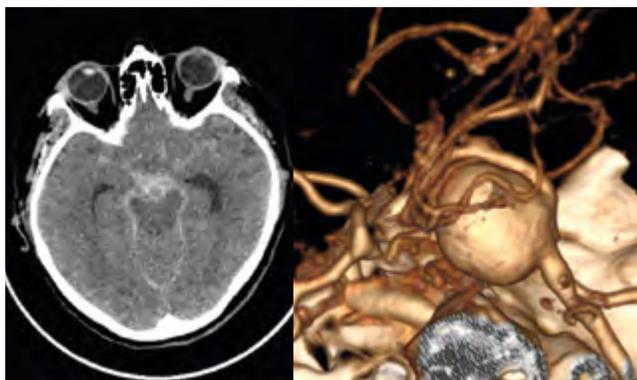


Рис. 1. Мскт натив и ангиограмма. Определяется субарахноидальное кровоизлияние вследствие разрыва гигантской аневризмы базилярной артерии

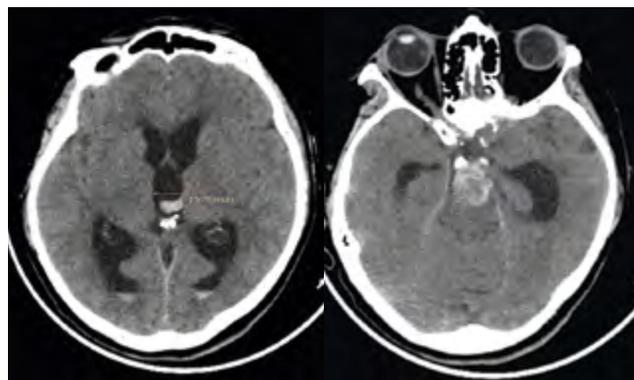


Рис. 2. МСКТ головного мозга. Признаки окклюзионной гидроцефалии

В срочном порядке пациентке была выполнена операция: установка наружного вентрикулярного дренажа по Арендту. После установки дренажа состояние больной стало быстро улучшаться, восстановился уровень бодрствования до легкого оглушения.

10.01.2024 г. рейсом санитарной авиации женщину доставили в Новосибирск, где в НМИЦ им. Е.Н. Мешалкина ей была проведена операция: эмболизация гигантской аневризмы нижней трети основной артерии микроспиральми Penumbra, Optima в условиях стент-ассистенции Leo+Baby.

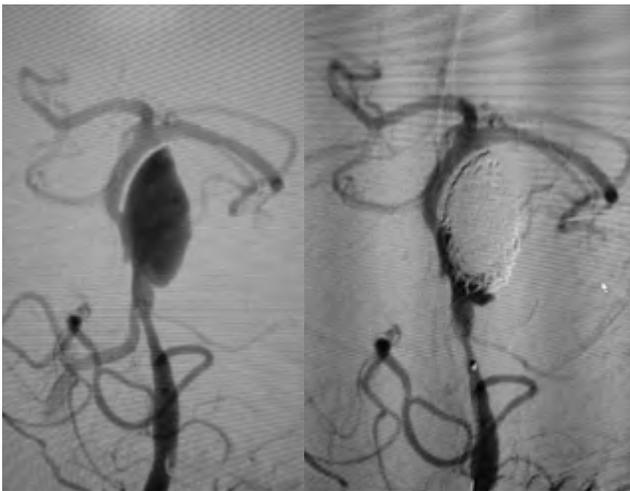


Рис. 3. Церебральная ангиография до и после эмболизации аневризмы

На следующие сутки пациентку вновь транспортировали в ККБ, где она продолжила лечение в отделении нейрореанимации, – ей проводилась интенсивная терапия.

Учитывая длительное стояние наружного вентрикулярного дренажа и риск его инфицирования, перед его удалением для оценки состояния пациентки выполнили пробное перекрытие. На фоне перекрытия дренажа отмечалось быстрое ухудшение состояния в виде нарушения сознания до глубокого оглушения из-за нарастания гидроцефалии, что было подтверждено по МСКТ.

Учитывая зависимость от стояния дренирующей системы, принято решение о вентрикуло-перитонеальном шунтировании в экстренном порядке.

На контрольных снимках МСКТ гидроцефалия разрешилась.

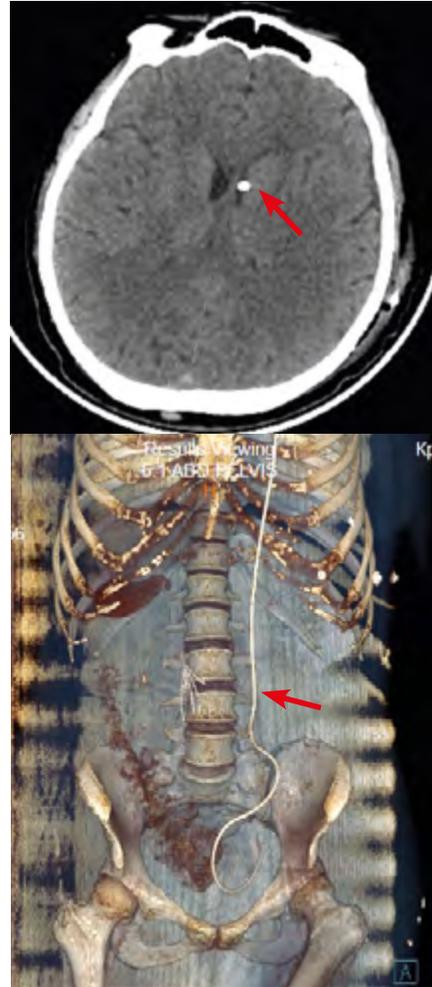


Рис. 4. МСКТ головного мозга и брюшной полости. Стрелками указаны вентрикулярный и перинеальный части шунта

Послеоперационный период протекал с положительной динамикой, пациентка была в ясном сознании, контактировала и ориентировалась. В настоящее время проводится первый этап медицинской реабилитации, отмечается постепенное восстановление движений в правых конечностях. Женщина продолжает восстановительное лечение в условиях нейрохирургического отделения №2.

Этот случай интересен как с клинической, так и с организационной точки зрения и представляет собой пример быстрой и скоординированной работы между различными учреждениями как регионального, так и федерального уровня, даже в условиях праздничных дней.

Успешное лечение и положительный результат демонстрируют важность мультидисциплинарного подхода, включающего нейрохирургию, рентгенхирургию, интенсивную терапию и реабилитацию.

Галерея объемных образований сердца, выявленных на МРТ

Д.И. Карнаухов¹, М.А. Шляппо²

1. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»
2. ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием в настоящее время становится передовым методом в арсенале кардиолога и кардиохирурга. При дифференциальной диагностике объемных образований в полостях сердца такая методика позволяет разделить опухолеподобные процессы (в частности тромбы) и опухоли сердца либо же опровергнуть их наличие и снять диагноз. С помощью магнитно-резонансной томографии сердца можно установить локализацию, структуру, форму

и размеры объемных образований, их положение относительно клапанного аппарата, а также характер накопления ими контрастного вещества.

С декабря 2022 года по февраль 2024-го нами выполнено 100 магнитно-резонансных исследований сердца с контрастированием. Было подтверждено восемь случаев и опровергнуто три случая объемных образований в полостях сердца. Вот некоторые примеры выявленных нами объемных образований сердца.

Тромбы в полости правого предсердия

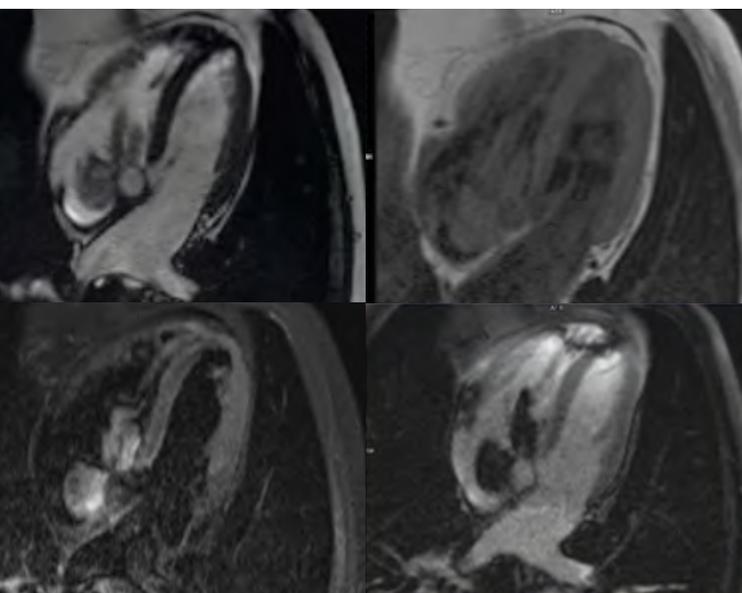


Рис. 1

В полости правого предсердия визуализируются три структуры, прилежащие к венозной части правого предсердия, две структуры с признаками пролабирования через фиброзное кольцо трикуспидального клапана, с четкими неровными контурами. МР-сигнал от образований однородный, изоинтенсивный (к миокарду) на T1 взвешенных изображениях, незначительно повышенной интенсивности МР-сигнала на TIRM, с признаками выпадения МР-сигнала на ранних отсроченных сериях.

Миксома в полости левого предсердия

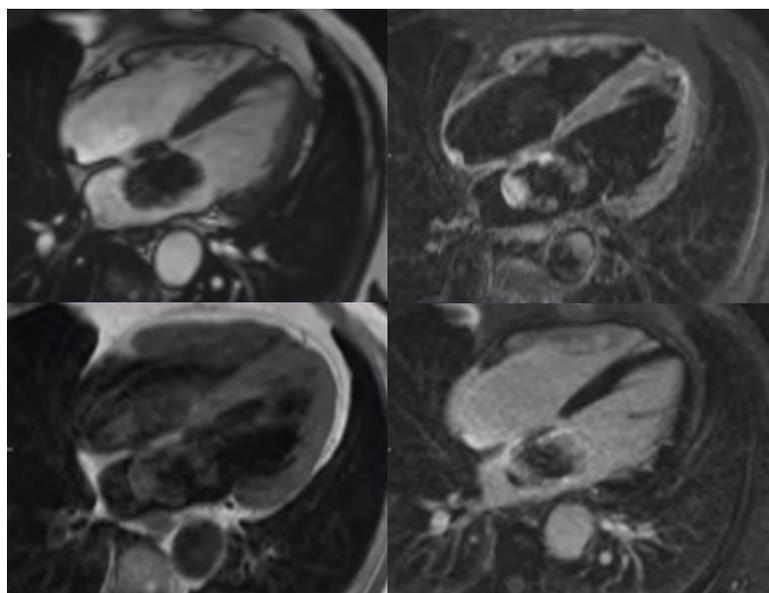


Рис. 2

В полости левого предсердия визуализируется малоподвижное овальное образование на короткой ножке, прикрепляющейся к межпредсердной перегородке (в области овального окна), с четкими ровными контурами. МР-сигнал от образования неоднородный, изоинтенсивный (к миокарду) на T1 взвешенных изображениях и гиперинтенсивный на последовательности TIRM. Образование с признаками неравномерного накопления контрастного вещества.

Миксома в полости левого предсердия

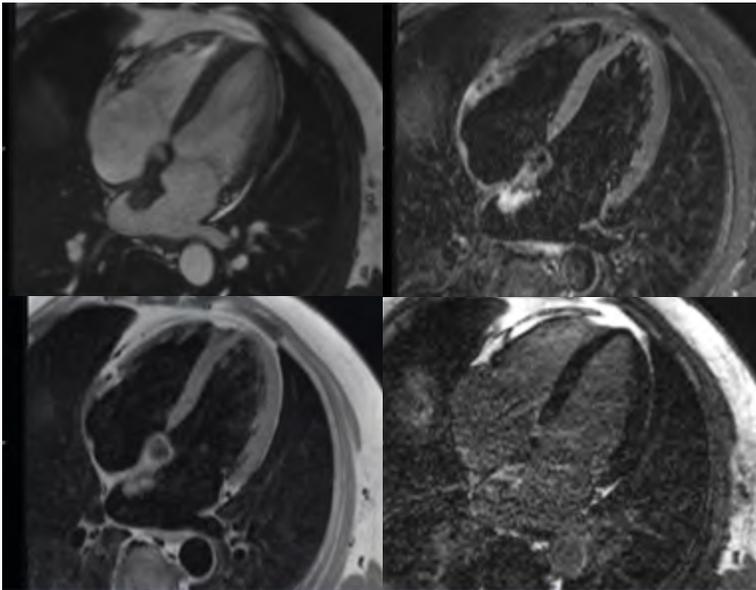


Рис. 3

В полости левого предсердия (по нижней части первичной межпредсердной перегородки) визуализируется малоподвижное овальное образование, прилежащее к межпредсердной перегородке широким основанием, с четкими неровными контурами. МР-сигнал от образования неоднородный, изоинтенсивный (к миокарду) на T1 взвешенных изображениях и гиперинтенсивный на последовательности TIRM. Образование с признаками невыраженного накопления контрастного вещества.

Миосаркома в полости левого предсердия

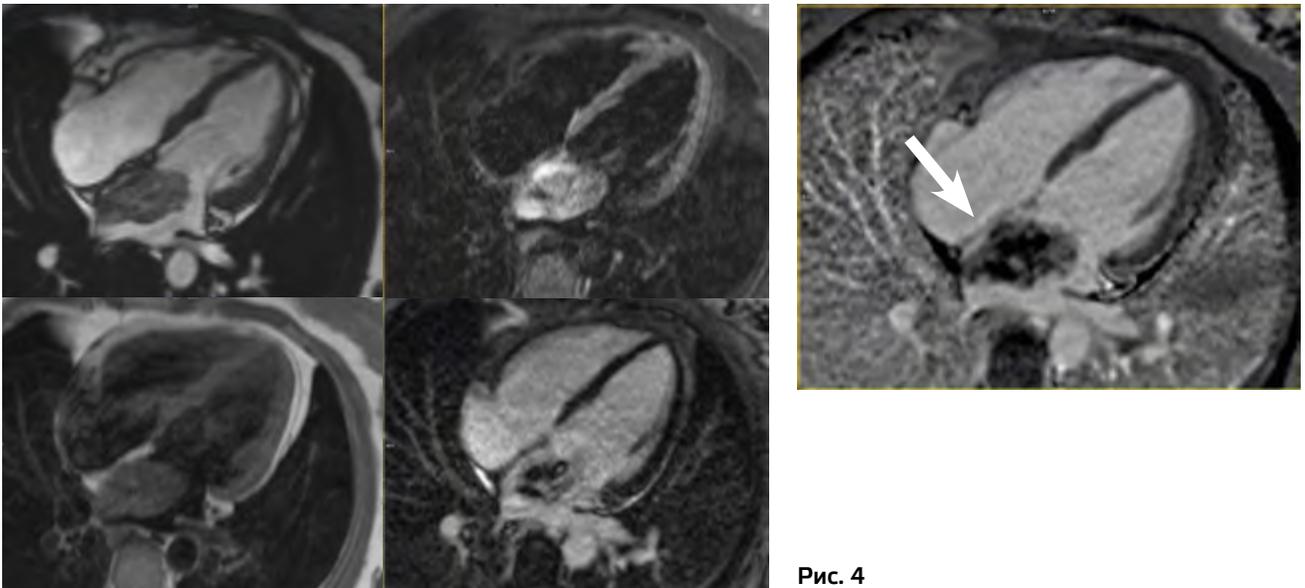


Рис. 4

В полости левого предсердия визуализируется малоподвижное овальное образование, прикрепляющееся вблизи устья левой нижней легочной вены (устье левой нижней легочной вены утолщено), с четкими ровными контурами. МР-сигнал от образования однородный, изоинтенсивный (к миокарду) на HASTE, T1 и T2 взвешенных изображениях, гиперинтенсивный на последовательности TIRM. Образование с признаками перфузирования и выраженного неравномерного накопления контрастного вещества преимущественно в центре. Отмечается накопление контрастного вещества по межпредсердной перегородке (признак злокачественности).

Примечание: T1, T2, TIRM, HASTE – импульсные последовательности магнитно-резонансной томографии, определяющие контрастность изображений.

Концепция «общедоступной дефибрилляции», или Каким медицинским оборудованием должен уметь пользоваться каждый



Андрей Александрович Газенкампф,

*врач анестезиолог-реаниматолог, к.м.н., доцент,
заведующий Стационарным отделением скорой
медицинской помощи КГБУЗ «ККБ»*

Внезапная остановка кровообращения (ВОК) является одной из самых важных причин внезапной смерти человека. Большинство ВОК (приблизительно 80%) вызвано первичным нарушением функции сердца. В этой группе решающую роль (75-80%) играют нарушения на основе злокачественных аритмий – фибрилляции желудочков (ФЖ) и желудочковой тахикардии (ЖТ) без пульса [1].

Известно, что на выживаемость больных при ВОК влияет не только немедленное начало реанимационных мероприятий, но и их качество. Раннее начало компрессий грудной клетки увеличивает выживаемость при ВОК в 2-3 раза. Компрессии грудной клетки, и при необходимости дефибрилляция, выполненные в первые 3-5 минут от начала ВОК, обеспечивают выживаемость до 49-75%, а каждая минута промедления с дефибрилляцией уменьшает вероятность выживания на 10-15% [2].

Во множестве исследований было показано, что ранняя дефибрилляция и наличие обученного спасателя, способного распознать остановку сердца и начать реанимационные мероприятия до прибытия квалифицированной помощи, позволяют улучшить выживаемость как при внебольничных, так и при внутригоспитальных

остановках кровообращения [3].

Причем под «обученным спасателем» подразумевается не человек с медицинским образованием, способный оценить электрокардиограмму и воспользоваться сложным медицинским оборудованием (как правило, при ВОК ни оборудования, ни специалиста рядом не оказывается), а человек абсолютно любой специальности, но владеющий базовым алгоритмом сердечно-легочной реанимации (СЛР) и навыком использования автоматического наружного дефибриллятора (АНД). Именно об этом устройстве и пойдет речь в данной статье.

Использование АНД человеком, оказавшимся рядом с больным, которому требуется помощь до прибытия врачей, определяет смысл концепции «общедоступной дефибрилляции».

Суть работы дефибриллятора заключается в том, что разряд синхронизирует кардиомиоциты, приводя их в состояние реполяризации за счет электрического импульса, схожего с импульсом, образующимся в синусном узле, но являющимся во много раз сильнее. Если ко времени дефибрилляции миокард

не утратил свои энергетические резервы, то в большинстве случаев восстанавливается синусовый ритм, который способствует полноценному сокращению сердца и адекватному сердечному выбросу.

История применения электрического тока для восстановления нормальной сердечной деятельности начинается (официально) еще в XIX



Рис. 1. АНД

веке. В 1889 г. J. Mac Williams первым высказал свое мнение о том, что причиной внезапной сердечной смерти (ВСС) может являться фибрилляция желудочков (ФЖ). В 1947 г. С.S. Beck впервые с успехом применил дефибрилляцию на открытом сердце интраоперационно. В 1970 г. академику А.А. Вишневному и профессору Б.М. Цукерману была присуждена Государственная премия СССР за работы в области электроимпульсной терапии. Большой вклад в развитие дефибрилляции и применение биполярного электрического импульса в нашей стране внес Н.Л. Гурвич совместно с инженером И.В. Вениным: в 1972 г. под их началом был выпущен первый в мире дефибриллятор с биполярной формой электрического импульса. Именно эти работы стали основой для создания автоматического наружного дефибриллятора АНД в том виде, который сейчас активно применяется во всем мире [4].

Современный автоматический наружный дефибриллятор (рис. 1) представляет собой портативное электронное устройство, которое автоматически диагностирует потенциально опасные для жизни нарушения ритма сердца: ФЖ и желудочковую тахикардию (ЖТ) – и может купировать жизнеугрожающую аритмию при помощи подачи электрического разряда.

Использование АНД человеком, оказавшимся рядом с больным, которому требуется помощь до прибытия врачей, определяет смысл концепции «общедоступной дефибрилляции» (public access defibrillation).

Все АНД, независимо от производителя, имеют приблизительно одинаковый внешний вид и единый алгоритм использования.



Рис. 2.

Для подготовки АНД к работе вам необходимо (рис. 2):

- включить АНД: либо на корпусе АНД имеется соответствующая кнопка, либо АНД активируется при поднятии крышки корпуса (при этом АНД начнет давать голосовые команды на языке того государства, где вы его используете. Это сделано для помощи спасателю, в случае если он не знаком с алгоритмом работы аппарата либо потерялся, что возможно в критической ситуации);
- достать самоклеящиеся электроды, находящиеся в специальном пакете;
- наклеить электроды на грудную клетку пострадавшего (схема размещения всегда указана на самих электродах);
- дождаться голосовой команды АНД «идет анализ ритма» (при нанесении электродов аппарат автоматически начинает проводить анализ ритма для принятия решения о необходимости проведения дефибрилляции);
- если показана дефибрилляция, АНД даст команду «необходимо произвести разряд, отойдите от пациента»;
- не касаться пациента, контролировать окружающих;
- нанести разряд (многие АНД содержат в своем алгоритме автоматический и полуавтоматический режимы, принципиальным отличием которых является то, что автоматический режим не требует вмешательства оператора для выдачи разряда, а полуавтоматический, в свою очередь, предусматривает оповещение о необходимости проведения дефибрилляции);
- после проведения разряда – незамедлительно начать компрессии грудной клетки и ожидать следующих команд АНД (дефибриллятор запрограммирован таким образом, что каждые две минуты будет проводиться повторный анализ ритма).

Компактность и малый вес позволяют переносить и удобно размещать дефибриллятор рядом с пациентом. АНД учитывает сопротивление тканей, массу тела, рост пациента – оптимальный выбор мощности происходит автоматически. Клеящиеся на грудную клетку электроды позволяют освободить руки спасателю. Дефибриллятор при этом сам устанавливает полярность электродов. Важным алгоритмом в АНД является запрет выдачи разряда при наличии нормального ритма у пациента, что препятствует неадекватному нанесению разряда и применению прибора не по назначению.

Несмотря на безусловную важность и относительную простоту использования АНД при ВОС, распространение этих аппаратов в России на сегодняшний день находится на низком уровне. Связано это прежде всего с нормативной базой.

Согласно рекомендациям Американской кардиологической ассоциации нормативно-правовые акты, регулирующие применение АНД, должны содержать следующие ключевые разделы: 1) защита людей, оказывающих помощь, от юридической ответственности; 2) обучение населения навыкам СЛР и использования АНД; 3) обеспечение связи между локальной программой публичного доступа к дефибрилляции и соответствующей службой экстренной медицинской помощи (регистрация АНД и информирование службы о размещении АНД).

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н остановка кровообращения является состоянием, при котором оказывается первая помощь (ПП), включающая, кроме прочего, все компоненты современного алгоритма базовой СЛР.

Важно, что законодательство РФ в сфере уголовного и административного права предусматривает освобождение от юридической ответственности в случае неумышленного причинения вреда при оказании ПП в соответствии с нормой «крайней необходимости». То есть если, например, при проведении непрямого массажа сердца произошло повреждение ребер или грудины пострадавшего, спасатель, проводивший СЛР, не должен нести за это ответственность. В то же время, в соответствии с Федеральным

законом от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинское вмешательство выполняется медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности. А дефибрилляция (в том числе с использованием АНД) – один из видов медицинского вмешательства [5]. Таким образом, имеет место противоречие: АНД предназначен для использования широким кругом лиц, однако в РФ использовать его могут только лица со специальным медицинским образованием.

В связи с изложенным выше необходимо определить круг лиц, которые вправе либо обязаны использовать АНД. Необходима разработка и последующее внедрение программ подготовки определенных групп специалистов (например, сотрудников МЧС России, силовых структур, бортпроводников, учителей и др.) для оказания такого рода помощи гражданам, в том числе с использованием АНД, что, в свою очередь, потребует внесения дополнений и изменений в действующие профессиональные стандарты.

На сегодняшний день права, обязанности и условия использования АНД в рамках оказания ПП при ВОС законодательством РФ не регламентированы. На рас-

смотрении Государственной Думы находится законопроект «О внесении изменения в статью 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому «при возникновении ситуаций, требующих оказания ПП с использованием АНД, такая помощь может быть оказана неограниченным кругом лиц». Предполагается, что внесение соответствующих изменений в статью 31 потребует внесения изменений в Приказ № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи», а также утверждения Правительством РФ правил оказания помощи с использованием АНД и правил размещения, информирования об использовании и требований к объектам размещения АНД в РФ [6]. Важной частью работы по внедрению широкого использования АНД в РФ является система обу-

Наличие во всех подразделениях сотрудников, обученных стандартизированно проводить мероприятия первой и неотложной помощи и имеющих для этого материально-техническую базу, формирует определенную культуру безопасности.

чения населения. Для ряда лиц (уже указанных выше: сотрудников МЧС России, силовых структур, бортпроводников, учителей и др.) такое обучение должно быть обязательным.

Наличие АНД в местах «высокого риска ВОС» (спортивные сооружения, школы, места массового скопления людей и др.) тоже должно стать обычной практикой.

Интересным вопросом является целесообразность внедрения автоматической дефибрилляции в медицинском учреждении. На первый взгляд, особенно в тех корпусах клиник, где есть отделения анестезиологии-реанимации, данная мера кажется избыточной. Однако практический опыт говорит о том, что при оказании помощи пациенту при ВОС вне отделений реанимации имеют место большие временные потери: какое-то время тратится на вызов дежурного врача, затем – на вызов реаниматолога, в итоге теряются драгоценные минуты на доставку ручного дефибриллятора и прибытие специалиста, способного оценить состояние пациента и адекватно провести реанимационные мероприятия.

В условиях ККБ, где процесс проведения реанимационных мероприятий при остановке сердца вне отделений реанимации разобран по шагам, выверен и стандартизирован, возможность проведения дефибрилляции появляется в лучшем случае через 4-5 минут после ВОС – с прибытием реанимационной бригады. Даже на фоне проводимых компрессий грудной клетки это

ожидание может оказаться фатальным для пациента.

Опыт многих медицинских организаций РФ показал, что внедрение и развитие программы доступности АНД в сочетании с обучением персонала в условиях многопрофильной клиники является полезным и необходимым процессом. Наличие во всех подразделениях сотрудников, обученных стандартизированно проводить мероприятия первой и неотложной помощи и имеющих для этого материально-техническую базу, формирует определенную культуру безопасности [3].

Именно поэтому в ККБ проводится обучение базовому алгоритму СЛР всех сотрудников, независимо от специальности и принадлежности к тому или иному подразделению. Кроме того, в нашей клинике планируется приобретение АНД, которые будут находиться в непосредственной близости от пациентов, с возможностью использования всеми сотрудниками больницы.

Таким образом:

1. Необходимость широкого использования АНД, в том числе в медицинских организациях, сегодня не вызывает сомнения у профессионального сообщества.
2. Имеющаяся законодательная база требует доработки.
3. Важной проблемой остается низкий охват обучения населения навыкам оказания первой помощи.

Список литературы

1. Ондражей Ф. Использование автоматического наружного дефибриллятора (случай из практики) // Общая реаниматология. 2011. №1, с. 65-67
2. Кузовлев А.Н., Абдусаламов С.Н., Кузьмичев К.А. Оценка качества базовых и расширенных реанимационных мероприятий в многопрофильном стационаре (симуляционный курс) // Общая реаниматология. 2016. №6, с. 27-38
3. Черкашин М.А., Николаев А.А., Березина Н.А., Березин Н.С., Большакова Т.В. Опыт внедрения программы базовой сердечно-легочной реанимации и доступной автоматической дефибрилляции в условиях онкологического стационара // РКЖ. 2022. №53, с. 33-41
4. Бокерия О.Л., Какиашвили Р.З. Автоматические наружные дефибрилляторы // Анн. аритм. 2013. №1, с. 22-30
5. Мохов А.А. Программа доступной дефибрилляции: организационно-правовой аспект // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. 2021. №8 (84), с. 16-22
6. Биркун А.А., Дежурный Л.И. Нормативно-правовое регулирование оказания первой помощи и обучения оказанию первой помощи при внегоспитальной остановке сердца // НМП. 2021. №1., с. 141-152



кардиологическому отделению №3

Крупнейшее кардиологическое отделение регионального сосудистого центра было открыто в апреле 2009 года. В то время объемы неотложной современной медицинской помощи больных с острым инфарктом миокарда, а также другими патологиями сердечно-сосудистой системы значительно увеличились, что стало основанием для открытия нового кардиологического отделения. Приказом главврача из коечного отделения РХДМЛ выделили кардиологическое отделение №3.

Основанием стали успехи рентгенэндо-васкулярных методов лечения пациентов с острым инфарктом миокарда. Благодаря чрескожным вмешательствам на коронарных артериях удалось снизить летальность от коронарных катастроф с 25-30 до 4-6%, сократить длительность пребывания в стационаре с 30-40 дней до 7-8. В соответствии с требованиями времени увеличились объемы оказываемой помощи – в 2010-м коечный фонд увеличился до 60 коек в связи с организацией сосудистого центра и развитием ЧКВ-методов.

Здесь сумели активно развивать новейшие технологии. С 2012 года создана система помощи пациентам с ОКС, успешно освоены и внедрены в ежедневную работу рентгеноперационных с помощью зарубежных коллег новейшие инвазивные технологии: эндоваскулярная имплантация аортального клапана при значимом стенозе клапана (TAVI) с 2010 года, окклюзия ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий системой Watchman с целью профилактики образования тромбов и как следствие – системных тромбоэмболий, эндоваскулярное протезирование аневризм аорты стент-графтами. Сегодня можно сказать, что все виды современного обследования и лечения проводятся в Краевом кардиологическом центре.

Важно и то, что отделение не только успешно работает, справляясь со своими задачами, но и инициирует возникновение и развитие других структур как в ККБ, так и в других больницах Красноярска. Так, в 2011 году кардиологическое



Сергей Устюгов

отделение №3 стало кадровым донором для создания кардиологического отделения №4. В 2013 году сотрудники отделения помогли создавать центры ЧКВ в БСМП



Врачи-кардиологи Е.А. Надолина и А.С. Евтушенко.

им. Н.С. Карповича, КМКБ №20 им. И.С. Берзона. С 2016 года начали открываться первичные сосудистые отделения с возможностью ЧКВ, что приблизило возможность оказания высокотехнологической медицинской помощи пациентам с ОКС в западной и восточной группы районов Красноярского края. В настоящее время осуществляется постоянное взаимодействие региональных центров, благодаря ему специалисты могут обмениваться опытом, совместно разбирать сложные клинические случаи, проводить научные изыскания.

Кадры отделения сформированы из лучших специалистов. Команду с первых дней возглавляет к.м.н., доцент, главный внештатный кардиолог МЗ Красноярского края Сергей Устюгов. Кардиология №3 – кузница кадров. Например, руководитель кардиологического диспансера Роман Хомченков является бывшим сотрудником отделения. Есть и такие случаи, когда сотрудники становились на ведущие менеджерские позиции в иностранных компаниях – Наталья Веселкова стала менеджером по развитию бизнеса General Electric. Кардиологическое отделение №3 является кузницей кадров не только врачей, но и среднего медицинского персонала, наши медицинские сестры стали старшими медицинскими сестрами в гинекологии и неврологии.

Ежегодно кардиологическое отделение №3 оказывает помощь более трем тысячам пациентов с разными сосудистыми патологиями, около 1,2 тыс. пациентов с острыми кардиологическими событиями получают высокотехнологическую медицинскую помощь. Активно участвуем в региональных научно-практических мероприятиях, подготавливаем работы на соискание научных степеней. Отделение ежегодно служит показательной базой при визитах представителей национальных медицинских исследовательских центров, коллег из других регионов и высоких гостей.

В 2020-м на ежегодной всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше» одержали победу в конкурсе лучших клинических практик федеральных округов России.

В 2020-м на ежегодной всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше» одержали победу в конкурсе лучших клинических практик федеральных округов России. В июне 2023 года начала свою работу Школа передового опыта организации и лечения пациентов с ХСН, в которой приняли участие ведущие специалисты Сибири и Дальнего Востока.



Коллектив отделения, 2019 г.



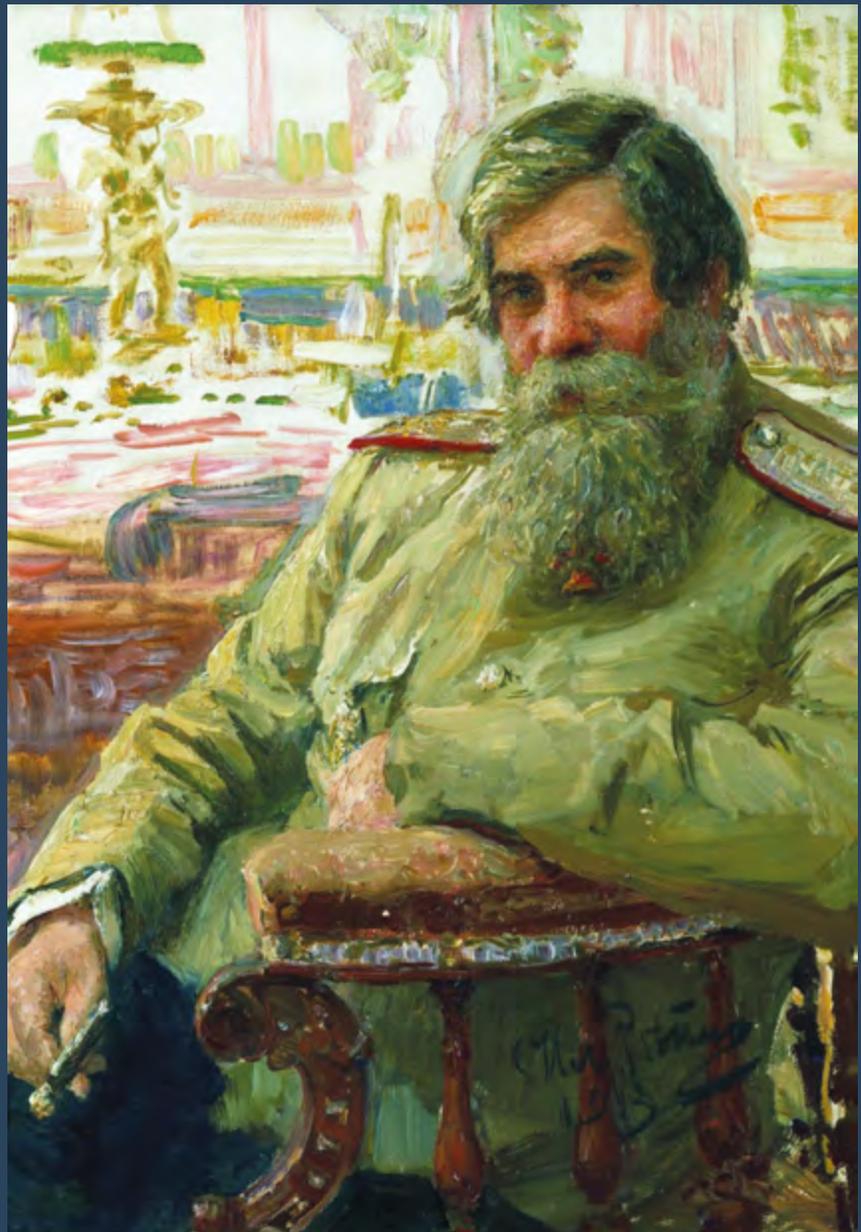
В апреле 2024 года планируется проведение традиционной конференции по проблемам ХСН, которая будет приурочена к 15-летию отделения. В этом году запланировано несколько докладов наших специалистов на всероссийских и международных конференциях, таких как «Российские дни сердца», «Кардиология на марше», «Российский национальный конгресс кардиологов».

Илья Репин.

Портрет психиатра Владимира Михайловича Бехтерева

1913 год, Русский музей

Илья Ефимович Репин питал особую слабость к людям науки. «Ах, как я люблю ученых!.. – восклицал он в мемуарах. – На меня лично в глуши, где нет образованных людей, нападает безнадежная тоска... Тоска по умным, по ученым лицам». С физиологом Иваном Павловым и психиатром и неврологом Владимиром Бехтеревым Репин прятельствовал. Бехтерев в 1910-х годах жил на берегу Финского залива верстах в тридцати от Репина и был у него желанным гостем. Художник давно задумал написать портрет известного психиатра. Но тому было трудно найти время, прием нередко затягивался. Зять Бехтерева много лет спустя рассказывал Чуковскому о таких случаях: «Бехтерев принимал больных до 2-х часов ночи (к нему, как к знаменитости, съезжались больные со всех уголков России) и так обалдевал после полуночи, что, приложив трубку к сердцу больного, не раз говорил, как спросонья: «У телефона академик Бехтерев, кто говорит?» Репину все же удалось уговорить Бехтерева на портрет. Но, удобно расположившись для позирования, великий



психиатр очень скоро начинал клевать носом и погружался в дремоту. И тогда Репин придумал выход – позвать своего молодого друга Корнея Чуковского, которому уже не раз приходилось «ассистировать» художнику, развлекая его моделями разговорами, а иногда нарочно втягивая в нешуточные споры, чтобы человек раскрылся и проявил

эмоции, начал горячиться, а Репин мог ухватить наиболее характерную мимику.

В портрете Бехтерева Репин прибегает к технике, отличной от его более ранних реалистических портретов. Он использует длинный и словно бы слегка неряшливый мазок, таким образом интерпретируя и адаптируя технику импрессионистов.