

декабрь 2024 год

№ 4 (94)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



Эффективные инструменты нематериальной мотивации

Истории нашего медгорода

**80 лет онкологической службе
Красноярского края**

Портреты

Ольга Воронина
Юрий Юшков



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 специализи-
рованных 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

Чем опасен вирус Марбург и почему ученые придают ему большое значение?

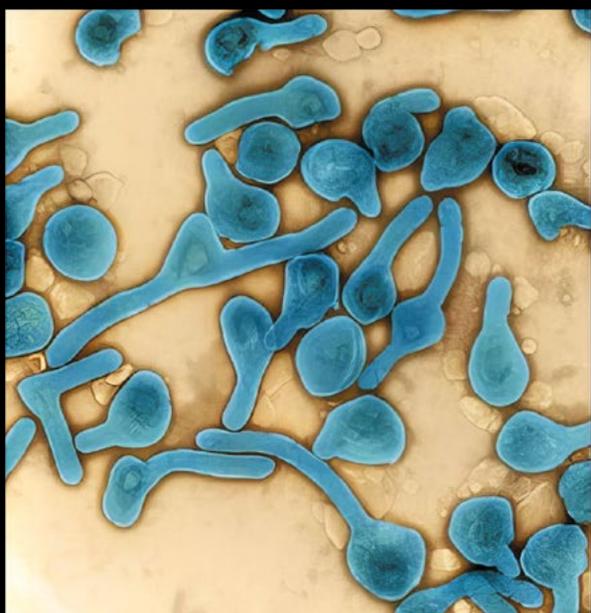
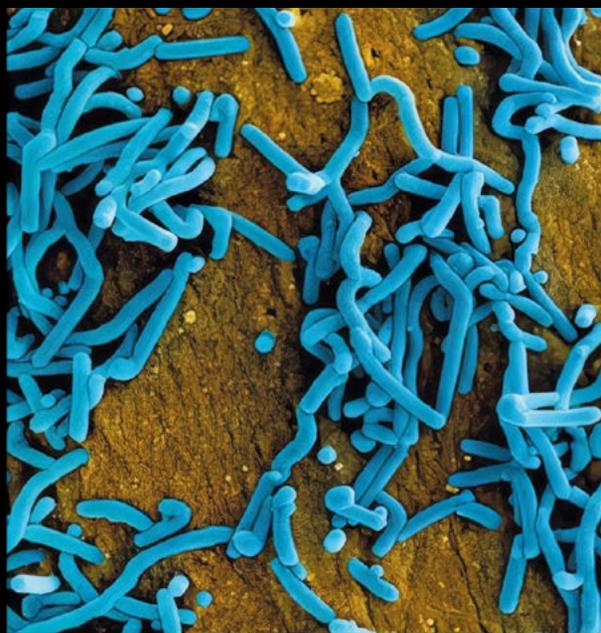
Одна из наиболее опасных групп вирусов, известных человечеству, – это группа филовирусов, куда входит вирус Марбург, а также вирусы Эбола-Заир, Эбола-Судан. Это грозные инфекции потому, что они высоколетальны для людей и часто возникают неожиданно – очень трудно предсказать возникновение вспышки. А еще это может быть довольно заразно, как в случае Эболы.

Вопрос летальности вируса Марбург довольно актуален. Когда упоминают в одном ряду вирусы Марбург и Эбола, сразу возникают страшные картины, вспоминается крупная эпидемия лихорадки Эбола в Западной Африке, которая унесла более 11 тысяч жизней. Но по Марбургу ситуация иная, нужно внимательно смотреть эпидемиологические данные.

Дело в том, что Марбург, в отличие от Эболы, чаще всего не вызывает таких крупных вспышек и эпидемий. Можно сказать, это менее заразное заболевание, чем Эбола. По крайней мере, если посмотреть хронологию всех вспышек, этот вирус редко вызывал заболевание больше ста человек – одна из таких крупных вспышек была в Анголе в 2005 году, другая в Демократической Республике Конго в 1998-м. Возможно, это связано еще и с тем, что речь идет об африканских стра-

нах, довольно бедных, где уровень здравоохранения не так высок, как в Европе, чтобы вовремя отреагировать, включить все меры профилактики, объявить карантин и так далее.

При таких малых значениях заболевших и погибших, а также при редкости случаев, для которых удалось точно подтвердить диагноз, корректно посчитать летальность довольно сложно. Чтобы получить надежную оценку летальности, нужно отследить сотни заболевших. Здесь это сделать сложно, поэтому от вспышки к вспышке этот показатель колеблется от 22 до 100%. А если всех когда-либо заболевших с подтвержденным диагнозом просуммировать и понять, сколько из них погибло, то выходит летальность порядка 70-75%. И именно поэтому это очень грозное заболевание: шанс на неблагоприятный исход у него – почти как у подброшенной монетки.



Электронные микрофотографии частиц вируса Марбург, собранных из инфицированных клеток.

Узнать в этой картинке крупинки сахара почти невозможно





А все дело в том, что они увеличены в 1000 раз и имеют коричневатый цвет, значит, в них есть примесь патоки, которая, в свою очередь, смесь поли- и моносахаридов.

Обычный сахар, получаемый из сахарной свеклы, сахарного тростника и других продуктов, кажется веществом простым, вроде поваренной соли NaCl . Однако сахароза является дисахаридом и состоит из двух моносахаридов: α -глюкозы и β -фруктозы. В организме сахароза быстро распадается на глюкозу и фруктозу, которые без дальнейшей переработки сразу всасываются в кровь.

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.Э. Габидуллина,
д.м.н. А.В. Протопопов, д.м.н. В.А. Сакович,
В.М. Симакова, Е.В. Михайлова,
д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Декабрь 2024 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 7** **Новости**
- 9** **График проведения школ для пациентов в 2025 г.**
- 10** **Портрет |** Ольга Воронина
- 13** **Портрет |** Юрий Юшков
- 16** **Новости**
- 18** **Оргздрав |** Эффективные инструменты нематериальной мотивации
- 24** **Охрана труда |** Изменения: что нового?
- 28** **Опыт |** Анализ целесообразности догоспитального назначения нагрузочных доз ингибиторов P2Y12-рецепторов тромбоцитов и антикоагулянтов больным с ОКСбпST
- 32** **Опыт |** Нейрохирург ККБ провел мастер-класс в Иркутской областной клинической больнице
- 34** **Casus extraordinarius |** Клинический случай тромбоза верхнего сагиттального синуса, особенности течения
- 38** **Casus extraordinarius |** Вич-ассоциированные лимфомы головного мозга
- 42** **Партнерская страничка |** За четыре месяца работы проекта «Пора проверить печень» у шести пациентов подтвердили гепатоцеллюлярный рак
- 44** **Знаменательные даты |** 80 лет онкологической службе Красноярского края
- 50** **Знаменательные даты |** 25 лет отделению ультразвуковой диагностики
- 54** **Истории**

1 5 лет назад принят в эксплуатацию новый хирургический корпус краевой больницы

Строительство нового хирургического корпуса в рамках проекта реконструкции Красноярской краевой клинической больницы началось летом 2017 года и продлилось 27 месяцев.

По оценкам проектировщиков и строителей, на тот момент это был один из самых сложных строительных объектов здравоохранения не только в СФО, но и в целом в России. Тогда в главном 9-этажном корпусе находились стационар, операционный блок, диагностические и реанимационные отделения.

На открытии нового хирургического корпуса 2 декабря 2019 года на тот момент губернатор края Александр Усс подчеркнул, что открылся не просто новый корпус краевой больницы, а новая веха в развитии здравоохранения края. Новый хирургический корпус позволил Краевой клинической больнице выйти на новый техно-

логический уровень. Удвоение площадей и современное медицинское оборудование мирового уровня значительно увеличило количество выполняемых операций – за пять лет их проведено более 65 тысяч. Пропускная способность приемного отделения увеличилась с 90 до 150 экстренных пациентов в сутки, столько же принималось и плановых больных. Принципиально изменились технологии и логистика самого приемного отделения, которое стало выполнять функции стационарного отделения скорой медицинской помощи. Здесь предусмотрены условия для массовых поступлений пострадавших, применяется технология разделения потоков и сортировки пациентов по тяжести состояния: легкой, средней и тяжелой. В самом приемном отделении находится три экстренных операционных, где можно прооперировать пациента сразу по прибытии, а также мощный диагностический блок с аппаратами компьютерной томографии, рентген- и УЗ-исследований. Материалы анализов

доставляются в лабораторию пневмопочтой, а их результаты немедленно отражаются в единой медицинской информационной системе больницы.

Оборудование операционного блока позволяет выполнять высокотехнологичные, в том числе гибридные, вмешательства, когда одновременно могут работать бригады разных профилей.

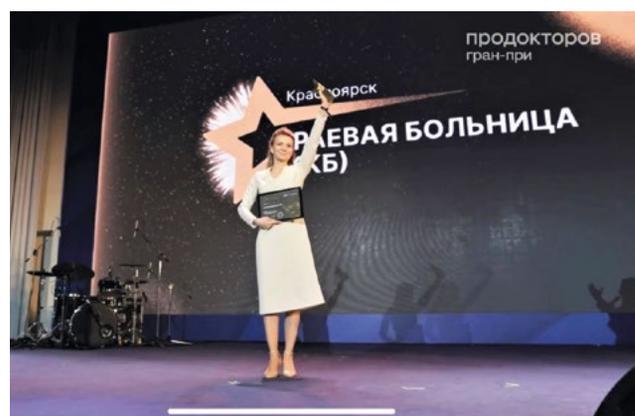


2 Краевая больница вновь взяла Гран-при премии «ПроДокторов»

Краевая клиническая больница получила Гран-при премии «ПроДокторов-2024» в номинации «Лучшая государственная клиника Сибирского федерального округа».

Всероссийская премия «ПроДокторов» – общенациональная профессиональная награда для практикующих врачей и медицинских учреждений. Ее цель – поддержка профессиональной деятельности врачей, продвижение идеи пациентоориентированности, поддержание высокого уровня профессионализма врачей, поощрение врачей и медицинских организаций, пользующихся наибольшим доверием пациентов, а также повышение уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью в РФ.

Наша больница второй год подряд завоевывает Гран-при этой премии. Лучшие врачи и клиники определяются на основе народного рейтинга портала «ПроДокторов». Медицинские учреждения попадают в Топ-30, Топ-20, Топ-10 – в зависимости



от профиля и региона.

В финал премии вместе с Красноярской краевой больницей вышли две клиники из Новосибирска – Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России и Новосибирская областная больница. Однако Красноярская краевая стала лучшей не только в городе и регионе, но и в СФО. Награду из рук организаторов приняла заместитель главного врача по кадровой работе Екатерина Михайлова.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Коллеги, какой у нас с вами выдался содержательный год – сложно даже перечислить все значимые события: от внутренних глобальных перемен в организации хирургической помощи до количества наград, полученных нашей больницей и ее сотрудниками. Пожалуй, главной из

них под финал года стало получение ордена Пирогова. Эта государственная награда – признание вклада каждого сотрудника в общее благородное дело. Поздравляю весь наш коллектив и желаю всем нам благополучия, а нашей уникальной больнице – развития и процветания на многие годы!

Содержательным получился и предновогодний номер журнала «Первая Краевая». В рубрике «Портреты» вы увидите интервью двух людей, которых объединяет потрясающая самоотдача и преданность делу, а также позитивное отношение к жизни. Сотрудники кадровой службы, как всегда, пишут крайне полезные для практического использования статьи, на этот раз о нематериальной мотивации персонала и о новом в сфере охраны труда.

Бесценным опытом делятся врачи: кардиологи, нейрохирурги, неврологи.

Приятно видеть, что наше издание как площадка публикаций неизменно пользуется успехом у коллег из других медучреждений – в этом номере вы прочтете материалы онкологов о скрининге гепатоцеллюлярного рака и славном прошлом и настоящем краевой онкологической службы. Знаменательную дату отмечает отделение ультразвуковой диагностики. А завершает выпуск премьеры рубрики «Истории», в которой собраны жизненные сюжеты, так много говорящие о человеческой сути.

С наступающим праздником, дорогие коллеги! Здоровья, личного счастья и вдохновения!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Накануне Нового года все мы, вне зависимости от возраста и статуса, немного превращаемся в детей и хотим верить в чудо. И если хорошенько подумать, то в жизни у каждого из нас оно бывает. Оглянитесь назад – разве не чудо, когда исполняется заветное желание? Или когда достигаешь желанной вершины? Когда в голову приходит потрясающая идея? Когда на свет появляются дети и большие дела? И когда выздоравливает, казалось бы, безнадежный пациент? Желаю каждому из нас в будущем и настоящем больше всего перечисленного – больше чуда!

График проведения школ для пациентов в 2025 г.

Наименование школы	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
224 кабинет												
Сахарного диабета Время – с 13:00 Коновалова Т.Т.	20-24	17-21	17-21	14-18	19-23	16-20	07-11	25-29	15-19	13-17	17-21	15-19
Сахарного диабета Время – с 12:00 Гаушкина П.С.	27-31	10-14 24-28	10-14 24-28	07-11 21-25	12-16 26-30	02-06 23-27	14-18 21-25		08-12 22-26	6-10 20-24	10-14 24-28	1-5 8-12
Актовый зал поликлиники, 2 этаж												
Бронхиальной астмы Время – с 14:00 Николаенко Е.В.	17-19						21-23				10-12	
Остеопороза Время – с 13:30 Ключникова Е.П.	23-24		19-20		21-22		9-10			15-16		17-18
Болезни Паркинсона Время – с 11:00 Дунайцева Т.В.				12			12			18		13
По борьбе с табачной зависимостью Время – с 14:00 Кропошина А.Ю.			12			18					12	
Рассеянного склероза Время – с 10:00 Аброськина М.В.			12								15	
Эндокринный зал, главный корпус ККБ, 1-й этаж												
Хронической сердечной недостаточности Время – с 16:00 Хомченков Р.В.	22	12	12	09	07	11	09	06	24	08	05	10
Нарушений липидного обмена Время – с 16:00 Марилловцева О.В.			26			25			10		19	
Гипертоническая болезнь Время – с 16:00		26		23	21		23	20	22			24
Пациентам с трансплантируемыми органами Ивлиев С.В.				02								

Ольга Воронина

Заместитель главного врача по медицинской части отметила в этом году 20-летие своего стажа работы в ККБ и трехлетие в должности начмеда.

Ольга Аркадьевна, Вы, будучи руководителем, у которого в подчинении большое количество сотрудников, всегда сохраняете спокойствие и благожелательный настрой. Как Вам это удается? Все мы родом из детства. У нас в семье всегда была такая психологическая атмосфера. Мои родители – врачи, мама невролог, папа хирург, работали в Мотыгинской районной больнице. Помню, что в детстве я часто просыпалась от того, что снова за кем-то из родителей отправили машину из больницы, срочно нужно ехать к пациенту. И воспринималось это как должное, не было никакого нытья и жалоб. Поэтому с детства видела в своих родных проявление человечности, чувства долга и ответственности перед пациентами, готовности помочь.

Когда наступила пора определяться в профессии, были варианты?

Вариант был один – медицина. Я и мой старший брат стали врачами. Еще когда с двоюродным братом, ровесником, что называется, под стол пешком ходили, всегда разворачивали игру во врачевание, прямо под этим столом. Если не было возможности пойти в детский сад, то меня вели в больницу. Так что весь процесс был перед глазами, и на часто задаваемый вопрос: «Ты тоже станешь врачом?» – я без замешательства отвечала: «Да!» И сомнений никогда не испытывала.

Почему кардиология?

Это пришло примерно на 5-м курсе. Здесь уже были небольшие метания, какую специальность выбрать, но сыграла роль личность преподавателя. Кардиология у нас шла в 20-й больнице, курс вел Борис Васильевич Назаров, прекрасный человек и великолепный кардиолог, вклю-

бленный в свою профессию. После этого курса я больше не сомневалась, кардиология меня затянула. В этой специальности есть отличительная черта – динамика. Очень быстро может измениться состояние больного, нужно быстро реагировать, принципиально выбрать правильную тактику в моменте, очень ответственно.

Что было дальше?

После окончания медицинской академии была интернатура, затем ординатура по кардиологии в 20-й больнице. После ординатуры в 2004 году меня приняли в Краевую больницу дежурным кардиологом. Дежурила одна на всю больницу, штат дежурных кардиологов расширился позднее. Это был бесценный опыт как с точки зрения профессионального роста, так и с точки зрения необходимости быстро выстроить коммуникации с коллегами, ведь опыта работы в Краевой на тот момент у меня совсем не

было. В 2007 году открылось новое 2-е кардиологическое отделение, и меня пригласили туда работать. За несколько лет в отделении сложился прекрасный коллектив, с теплотой вспоминаю этот период работы.

Каково это – дежурить в Краевой?

Это ответственно – самые сложные пациенты остаются под наблюдением дежурного врача, необходимо быстро и компетентно принимать решения. Это работа в команде: взаимодействие с коллегами особенно комфортно, когда каждый выполняет свою работу профессионально. Это гарантированно быстро погружает в профессию и вырабатывает важный навык коммуникации с пациентами и коллегами.

Как Вы стали руководителем?

В 2019 году Наталья Ивановна Головина пред-

В каждой задаче должен быть смысл, а в каждом решении – логичное объяснение, даже если это непопулярный ход. Для командной работы это очень важно.



ложила мне остаться за нее на время ее отпуска. На тот момент я была с головой погружена в кардиологию и, наверное, не рискнула бы согласиться, если бы не один смешной для меня эпизод, который произошел за несколько месяцев до этого. Сергей Александрович Устюгов исполнял обязанности начмеда, ему необходимо было срочно уехать на конференцию, и он предложил мне «позамещать» его на время командировки, такая двойная замена. Я отказалась, иду обдумываю неожиданное предложение, навстречу один наш уважаемый и авторитетный доктор: «Чего такая хитрая?» – «Да вот, предложили побыть начмедом...» – «А ты чего?» – «Отказалась...» – «С ума сошла?!» Тогда я впервые задумалась: «А смогла бы я?» Когда предложение поступило в следующий раз, от Натальи Ивановны, я согласилась.

А дальше был ковид?

Да, был госпиталь на Рокоссовского и много еще чего за эти несколько волн пандемии. Как это происходило, понять во всей многогранности ситуации сложно, коли там не был. Госпиталь для долечивания, развернутый за 10 дней на приспособленных площадях студенческого общежития, без кислорода. За эти 10 дней команда ККБ совершила невозможное: завезли оборудование, организовали палаты, процедурные кабинеты, провели все необходимые коммуникации для обеспечения работы в единой системе с ККБ, обустроили санпропускник, как мы говорили, «сердце госпиталя». Я благодарна каждому сотруднику, который принял участие в организации работы, работал в нем и обеспечивал его всем необходимым. Когда мы открылись, пациентов из других госпиталей привозили автобусами, один день – и этаж занят. Проблемы и задачи сыпались как из рога изобилия, но это дало мне опыт выстраивания процессов и взаимодействия сотрудников. Лично для меня самой тяжелой и страшной была 2-я волна, которая накрыла нас как девятый вал: огромное количество обращений, базовый госпиталь перегружен, пациенты гораздо тяжелее, чем в 1-ю волну, бесконечные транспортировки на кислородных баллонах. Требовалось максимально продумывать вопросы безопасности пациентов, очень много работать с персоналом. Сейчас с улыбкой вспоминаю палату интенсивной терапии, которую мы там организовали в этот период: монитор, транспортный ИВЛ, дефибрилятор, необходимые укладки, но в тот период нам

казалось, что это был островок спасения.

Вероятно, это был такой экспресс-экстрим-метод погружения в работу руководителя...

Да, экспресс и экстрим был. Школа по управлению в экстремальных условиях.

Каково это – становиться начмедом после Натальи Ивановны Головиной, руководителя очень яркого и харизматичного?

Очень ответственно. Я понимала, что нас будут сравнивать, и сразу была морально готова к этому. Опасений не справиться как таковых не было, поскольку опыт оперативного управления к тому моменту уже появился. Но я очень благодарна Наталье Ивановне за то, что она погрузила меня в премудрости этой должности, у нее уникальный опыт управления клиникой, и я порой советуюсь с ней, это очень авторитетное для меня мнение. А вот в плане стратегической работы – тут, конечно, много дает Егор Евгеньевич. Причем как в плане видения ситуации и ее потенциального развития, так и в методологии рассмотрения и принятия решений – любых: от самых, казалось бы, маленьких и частных до больших и перспективных.

А как в сегодняшней, мирной, жизни принимаете сложные управленческие решения, когда рациональное говорит за одно, а этическое за другое?

Какой сложный вопрос. Перед тем, как принять непопулярное управленческое решение, я стараюсь найти компромисс, когда и этика, и рациональность были бы соблюдены. Но если команда и процесс страдают – непопулярное решение может стать оптимальным для выхода из кризиса.

Мне очень важно взаимопонимание с коллегами, категорически не приемлю таких, знаете, запутанных непрозрачных историй, когда сотрудники домысливают и додумывают. В каждой задаче должен быть смысл, а в каждом решении – логичное объяснение, даже если это непопулярный ход. Для командной работы это очень важно. Еще стараюсь замечать даже маленькие, но успехи, особенно публично, каждому важно признание, в нашей профессии особенно. А когда появляется настрой на общее дело, достижение общих целей, то появляется и результат. Наверное, в этом заключается одна из миссий организатора.

Юрий Юшков

Инженер-программист отдела АСУ, руководитель группы «Медицинские информационные системы» сегодня управляет сразу несколькими важными разработками, строит дом в свободное от работы время и собирается покорить Эльбрус.

Все знают Вас в больнице как балагура с нескончаемой энергией. Согласны с таким мнением?

Да, это, пожалуй, очень точное и при этом очень приятное определение. Как в шутку говорят мои коллеги, «ты не работаешь, ты целыми днями разговариваешь». И это хорошо описывает мою функцию в больнице. Моя главная задача – это коммуникация между медиками и айтишниками, я бы даже сказал, перевод с медицинского на айтишный и обратно. Для максимальной эффективности нужно найти индивидуальный подход к каждому человеку. С кем-то эффективнее говорить строго по сути, с кем-то максимальный результат дает неформальная беседа, с шуткой-прибауткой. Благо за плечами 14 лет педагогического стажа и 7 лет вожатского, поэтому в моей жизни были те, кто меня научил общаться с людьми (никто не верит, но в школе я был социопатом и интровертом). К тому же я очень уважаю людей, посвятивших жизнь медицине, и потому в больнице много тех, с кем я с удовольствием общаюсь и на нерабочие темы (увы, не так часто выпадает возможность). Одна беда – иногда слишком много говорю. Что до энергии... У Киплинга в стихотворении «Если» есть строки: «Если ты можешь каждую минуту почувствовать как состоящую из 60 секунд, то весь мир твой». Это мой девиз. Работа, стройка, туризм, а главное – трое детей. Нужно использовать каждую минуту. Если бы я выбирал себе герб, то это был бы дорожный знак «Остановка запрещена».

Что, на Ваш взгляд, отличает пассионарную личность от непассионарной?

Боюсь, мой ответ будет банален. Умение и желание общаться с людьми и шило... хм... ну вы поняли. Такой человек пойдет сам и поведет за собой людей. И на Столбы, и к звездам. Немного грустно, что, даже приведя к цели многих, сам он до своей цели не дойдет, так как для него

каждая достигнутая цель – это всего лишь промежуточная точка на пути к следующей цели.

Расскажите о своем образовании.

Программированием занимаюсь с 9-го класса, с теплом вспомню детский центр «IQ» где я учился, а с 1-го курса и работал. Окончил СибГТУ по специальности «инженер-программист». Еще есть сертификат гида-переводчика с английского (полученный, правда, еще в школе). Но читаю свободно как техническую, так и художественную литературу.

Как удалось попасть на работу в ККБ?

Практически случайно. Я немало отработал в бюджетной сфере и не думал, что захочу вернуться в бюджет. Но в 2015 году, когда уже практически определился с местом будущей работы и почти пошел оформляться, на hh.ru появилась вакансия в ККБ. 15 минут пешком от дома, грех не сходить. Зашел – как домой попал, половина отдела мои студенты (как выяснилось позже, начальником отдела на тот момент был мой бывший студент). И вот 10-й год пошел. Кстати, за полгода до этого, еще работая на прошлом месте, я направлял резюме в ККБ, вакансий не было, резюме убрали в шкаф. И именно это резюме было моим главным соперником за место. Пока ФИО не сравнили (*смеется*).

Что самое сложное в работе сотрудника АСУ?

На мой взгляд, самое сложное – это бороться с эмоциями, работая на 1-й линии техподдержки. Суть техподдержки в том, что сюда звонят люди, у которых есть технические проблемы. И когда перед тобой сидит пациент или вообще лежит на операционном столе, а ты не можешь выполнять свою задачу, потому что «qMS не работает», даже хорошему и воспитанному человеку бывает сложно сдержаться. Потом ему станет стыдно и он даже извинится, но здесь и сейчас ты решаешь его проблему, получая тонны нега-

Больше всего я люблю программировать. Получить задачу, понять, что нужно заказчику, придумать алгоритм, реализовать его и насладиться эффективным решением.

тива. Но непреложное правило: срываться в ответ нельзя. Один-два таких звонка в день выдерживаются спокойно, но в случае массовых сбоев – ребятам и девушкам бывает тяжело. Но мы всегда на посту – это наша работа.

Участвовали ли Вы в формировании того отдела, которым он является сегодня? Если да, то как?

Без ложной скромности скажу – да, в этом есть и моя заслуга. Например, нынешняя модель работы техподдержки во многом основана на модели, которая впервые стала применяться именно в группе «МИС qMS». Хотя говорить «я, ты, он» в данном случае неправильно. Мы команда. И даже вышеупомянутая модель работы группы «qMS» – ее не я придумал, мы сделали это вместе.

Что сегодня больше всего занимает Вас в профессиональном смысле?

Больше всего я люблю программировать. Получить задачу, понять, что нужно заказчику, придумать алгоритм, реализовать его и насладиться эффективным решением. И с людьми пообщался, и творцом себя ощутил, и реальную пользу людям принес – три в одном. Жаль, что я задачу обычно отдаю другим уже на середине разработки алгоритма.

Чем Вы и Ваши соратники заняты сегодня, какие сложности?

Моя группа – это Татьяна Ивановна, Алина, Светлана, Мария, Анастасия, Кристина, Сергей и еще одна Кристина (да, у нас их две, прошу не путать). Все те, кто сидят в кабинете с четвертями в номере (да, вот так, нет нормальных номеров у наших 3-х кабинетов). Это те люди, которые работают, пока я «разговариваю». А дело у нас одно: мы учим компьютер помогать медикам лечить людей. Увы, не все произведенное облегчает жизнь врачу, медсестре, санитару. Но такие вещи, как правило, помогают решить проблемы больницы в целом. И даже тут мы максимально исповедуем принцип «не навреди».

Еще Вы строите дом – расскажите о нем: каким он задуман, на какой стадии готовности?

В первую очередь стройка для меня – это способ отвлечься, отдохнуть, переключиться. Объект строительства – двухэтажный загородный дом общей площадью 300 квадратных метров. Лет через пять планирую переехать туда на ПМЖ. На текущий момент полностью введена в круглогодичную эксплуатацию 1-я очередь (100 кв.м.) и гараж, на 70% готов каркас остальной части и крыша. Примерно две трети работ сделаны либо моими руками, либо с привлечением друзей. А вообще, о стройке я могу говорить бесконечно.

И это не единственное хобби?

Каждое лето сплавляюсь по Мане. Зимой – Столбы, Черная Сопка, Арғыджек. В 2022 году поднялся

на Мунку-Сардык (3491 м). В этом году планировал подняться на Эльбрус, но поездка, увы, не сложилась, пойду в сентябре 2025-го.

Поговорим о масштабном. Какие самые последние достижения в сфере искусственного интеллекта?

Буквально за пять-десять лет ИИ сильно рванул вперед. Ни для кого не секрет, что в Сбере по номеру 900 с вами в 99% случаев общается ИИ. Он же одобряет кредиты и т.д., и т.п. Неплохо развит ИИ и у Яндекс. Нейросети, дающие ответы на вопросы, генерирующие видео и музыку, могли бы вести свои тематические каналы. Если говорить о медицине, то ИИ активно наступает, например, в области инструментальной диагностики.

Как Вы считаете, оставит ли ИИ людей без работы?

К счастью, восстание машин нам не грозит, да и нашим детям тоже. ИИ на текущий момент может заменить человека лишь в единичных специфичных случаях. Тот же ИИ Сбера так и не смог сформировать мне банальную справку «Оплата по конкретным реквизитам за период». Нейросети не создают, они ищут и комбинируют. ИИ не поставит диагноз человеку, он может только предположить, а диагноз может поставить только человек. Впрочем, как инструмент помощи, так называемое «первое чтение», они очень полезны, например. Но если полностью полагаться на ИИ, быть беде. Медицина слишком индивидуальна. Поэтому в медицине обычно не используют термин ИИ. Используют термин СППВР – система поддержки принятия врачебных решений.

Как получается такое несоответствие: с одной стороны, люди хотят всю механическую работу переложить на «плечи» машин, оставив себе только интеллектуальный труд, а на рынке труда в разы больший дефицит на рабочие кадры, а не на сотрудников с высшим образованием?

Не вижу в этом несоответствия. Люди хотят интеллектуальный труд и стараются получить высшее образование. Но, увы, техника (экономика, климат – куча факторов) пока не позволяет обойтись без механического труда. Вот вам и перекося. Никто не хочет, но кто-то должен. И, кстати, сейчас все больше школьников идут не в университеты, а в техникумы. И планируют работать руками. А почему? Правильно, потому что спрос больше. И вообще, как бы я ездил заниматься своим интеллектуальным трудом, если бы не автомеханик, который руками чинит мою машину?

А вообще, в завершение скажу еще одну банальность: эффективна не голова и не руки. Эффективнее всего команда. Где люди с золотыми руками работают руками, люди со светлой головой работают головой, а наука и техника помогают им в силу своих возможностей.

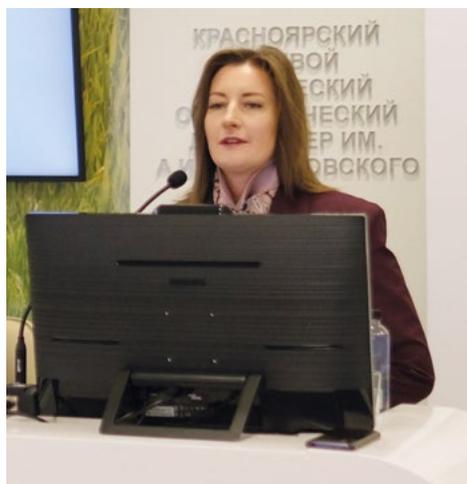


К
краевая
клиническая
больница



С 11 по 15 ноября прошел III Форум на Енисее «Неделя качества и безопасности: бесценный опыт» для работников со средним медицинским образованием

III Форум на Енисее стал важной площадкой для специалистов со средним медицинским образованием. В рамках форума прошло пять секций на базе четырех крупных многопрофильных клиник региона: Краевой клинической больницы, Краевого онкологического диспансера, Центра охраны материнства и детства и Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н. С. Карповича.



За годы проведения форум зарекомендовал себя как центр обмена опытом между специалистами. Состоялся обмен самыми смелыми идеями, а профессиональные дискуссии дали импульс для их реализации в медицинских организациях Красноярского края.



На базе ККБ 13.11.24 г. была организована секция «Выполнение стандартов безопасности ухода за пациентами в КГБУЗ «ККБ», включающая несколько образовательных модулей: по идентификации пациента, системе канбан, размещению оборудования и мебели в подразделении, хирургической безопасности в операционном блоке.



Эффективные инструменты нематериальной мотивации



Нина Потепалова,
специалист
по кадрам



Екатерина Михайлова,
заместитель главного
врача по кадрам

Система мотивации, которая основана на понятии благополучия, предполагает создание условий, в которых есть место физическому, психологическому и социальному комфорту сотрудников. Это значит, что мотивация не ограничивается только финансовыми поощрениями, но охватывает и другие аспекты, которые влияют на качество жизни работников.



Рис. 1. Джим Хартер, Том Рат, «Все отлично! Пять элементов благополучия», 2010 г.

В ней 5 направлений. Если говорить о профессиональном благополучии, то возможность учиться и развиваться на работе – ключевой фактор мотивации сотрудников. Когда у работника есть шансы для роста, он с большей вероятностью останется в

организации, генерируя новые идеи и оставаясь активным. Поэтому организация различных курсов, повышения квалификации и стажировок помогают сотрудникам развивать свои навыки и лидерские качества.

Мероприятия нематериальной мотивации сотрудников КГБУЗ «ККБ» на основе принципов благополучия

Профессиональное благополучие – это результат профессиональной идентичности и удовлетворенности трудом, положительное эмоциональное состояние и позитив на рабочем месте. Программа профессионального благополучия включает в себя:

- Профессиональное обучение сотрудников на рабочем месте в других медицинских организациях (стажировки)
- Участие сотрудников в научно-практических мероприятиях (конференциях, семинарах) в качестве докладчиков и организаторов, подготовка статей, участие в научных исследованиях
- Корпоративное обучение
- Наставничество
- Доступ к Базе знаний на корпоративном портале MEDICS
- Обучение профсоюзных активистов (тренинги, конференции, форумы, школа профсоюзного актива, школа молодого профсоюзного лидера).

Социальное благополучие – это удовлетворенность человека своим статусом и межличностными связями, а также актуальным состоянием общества, к которому он себя причисляет. Программа социального благополучия включает в себя:

- Награждение и поощрение сотрудников
- Деятельность жилищной комиссии по предоставлению мест в общежитии
- Тематические мероприятия (выставки, конкурсы) для сотрудников и их детей
- Информирование сотрудников о планируемых мероприятиях и изменениях через: корпоративный портал MEDICS, социальную сеть «ВКонтакте», мессенджер Telegram, информационные стенды, корпоративный журнал «Первая Краевая»
- Предоставление парковочных мест для сотрудников на территории КГБУЗ «ККБ»
- Организация мест для приема пищи на территории КГБУЗ «ККБ»
- Мероприятия для новичков: Welcome-тренинг, «Книга новичка», приветственный пакет члена профсоюза КГБУЗ «ККБ»
- Предоставление бесплатных билетов в театры города для членов профсоюза.

Финансовое благополучие – это способность эффективно управлять материальной стороной своей жизни. Программа финансового благополучия включает в себя:

- Оказание единовременной материальной помощи
- Предоставление беспроцентного займа членам профсоюза
- Предоставление членам профсоюза корпоративных скидок по карте «Профдисконт».

Физическое благополучие – это способность человека к повседневной физической активности, к полноценному труду, требующему физических усилий.

Программа физического благополучия включает в себя:

- Санаторно-курортное лечение сотрудников
- Медицинское обслуживание сотрудников в рамках обязательного медицинского страхования
- Школа бега с профессиональным тренером для членов профсоюза
- Тренировки по футболу и волейболу
- Спортивные соревнования
- Предоставление скидок в фитнес-клуб для членов профсоюза
- Проведение консультаций штатными психологами для сотрудников
- Комната психоэмоциональной разгрузки.

Нина Потепалова: «В части социального благополучия в КГБУЗ «ККБ» мы стремимся сделать жизнь сотрудников комфортнее: предоставляем места в общежитии, парковочные места, а также проводим интересные мероприятия. Например, ежемесячно покупаем билеты в театр для сотрудников и их детей. И, кстати, по результатам опроса у большинства наших сотрудников есть друзья на работе, что важно для построения доверительных отношений и командной работы.

Для финансового благополучия у нас есть специальная программа с беспроцентными займами и материальной помощью для членов профсоюза. Мы также запустили программу «Профдисконт» с актуальными скидками на разные товары и услуги.

Есть скидка на абонемент в фитнес-клуб, мы организовали школу бега для сотрудников, штатный психолог проводит консультации – так мы заботимся о физическом благополучии сотрудников. У нас есть сенсорная комната для релаксации и мастер-классов. Наконец, благополучие в среде проживания – необычный, но важный аспект.

«Это о возможности отдавать. Мы поддерживаем участие сотрудников в профсоюзной жизни и волонтерских акциях, что помогает им чувствовать себя частью чего-то большего и важного для общества».

Чтобы реализовать потребности сотрудников в признании, мы используем элементы нематериальной мотивации.

Нематериальная мотивация – это психологические и эмоциональные факторы, которые вдохновляют и побуждают сотрудников проявлять свои лучшие качества на работе, выходя за рамки финансовых вознаграждений. Нематериальная мотивация основана на потребности в личностном росте, признании и смысле жизни.

В зависимости от того, на кого она направлена, мотивация бывает **личностной и корпоративной**. Первая учитывает запросы и потребности конкретного сотрудника, вторая направлена на конкретное подразделение или всю организацию.

Комфортное рабочее место, где тепло, светло и тихо, – вот основа продуктивности. Гибкий график, позволяющий совмещать работу с учебой и личной жизнью, становится все более актуальным. Не стоит забывать, что многие сотрудники остаются в организации именно благодаря дружелюбной атмосфере и хорошему коллективу. Поэтому создание комфортного и поддерживающего климата – задача, требующая особого внимания.

Не менее важным фактором является адекватный руководитель. Конфликты с начальством – одна из основных причин увольнений. Сотрудники должны чувствовать преданность организации, особенно в трудные времена, а не бежать к выходу при первой же проблеме. Выполнение обещаний – еще один важный аспект. Если руководитель не сдерживает слово, у сотрудников появляется чувство нестабильности. Если внутренние правила остаются неоформленными, это приводит к путанице и недопониманию. И, конечно, важен личный пример.

Наконец, не стоит забывать о статусе и возможностях карьерного роста. Для многих сотрудников это критически важно. Даже если в данный момент нет возможности для повышения, создание условий для развития и углубления знаний будет высоко цениться. Важно помнить, что нематериальная мотивация – это не просто «приятное дополнение», а необходимый элемент успешного управления командой.

Существует несколько универсальных инстру-

ментов нематериальной мотивации, которые используем в Краевой клинической больнице:

1. Обратная связь – это реакция человека или группы на информацию или действия. Чтобы каждый в команде чувствовал себя важным, понимал, правильно ли он работает, и знал, что его могут выслушать и дать совет.

В опыте Краевой больницы применяется такой инструмент, как исследование вовлеченности, лояльности и удовлетворенности. В основе которого опросник, подготовленный «Институтом психологии практик развития», где блок вопросов посвящен удовлетворенности: условиям и труда, и комфорта работы в коллективе, а также мотивам работы. Еще один блок вопросов посвящен оценке вовлеченности персонала, который условно можно поделить на четыре группы по областям работы:

Карьера и развитие. Опрос о вовлеченности касается не только роли, которую играет сотрудник, но и его карьеры. Вопросы помогут понять, чувствует ли сотрудник, что реализовывает себя в работе.

Миссия и цель организации. Для членов команды жизненно важно видеть, как время и усилия, которые они вкладывают в ежедневную



краевая
клиническая
больница
основана в 1942

**Политика
в области качества**

Краевая Клиническая Больница - ведущая многопрофильная клиника Красноярского края.

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

Наша миссия:

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



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

Главный врач Е.Е. Корчагин
Редакция №2 от 14. 12. 2017

Наши ценности:

профессионализм

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

человечность

- > Мы заботимся о пэц/лентах и сотрудниках
- > Мы поддерживаем атмосферу взаимопомощи, уважения и доброжелательности

ответственность

- > Мы отвечаем за свои поступки понимая, что любое наше действие может нести благо или вред безопасности пациентов и персонала
- > Это первое с чего мы начинаем работу

честность

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

совершенствование

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

командная работа

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

приверженность традициям

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

работу, способствуют миссии учреждения. Успех миссии учреждения будет частично зависеть от того, осознают ли члены команды не только саму миссию, но и свою значимость.

Вопросы о признании и ценности. Каждый член команды хочет получить признание и похвалу за хорошую работу, но бурный темп работы может повлиять на отдачу от учреждения: похвала может быть незаметной или вовсе отсутствовать. Этот блок вопросов помогает оценить, работает ли программа признания и ценности.

Вопросы о межличностных отношениях.

Сотрудники трудятся лучше, когда у них есть дружба на работе. Оценка того, как коллеги в общем относятся друг к другу, тоже имеет огромное значение для производительности и определения того, где эффективность может быть снижена трудными отношениями с токсичными коллегами.

Получив ответы сотрудников, мы измеряем, насколько мы эффективны в таких ключевых сферах, как политика организации, организация труда и климат, даем ли возможности для самореализации.

Перед тем как запустить опрос, важно поговорить с сотрудниками, разъяснить им цели опроса. И в конце обязательно рассказать о том, что будет сделано по результатам этого исследования.

Пульс-опросы позволяют понять, как себя чувствуют сотрудники в данный момент, насколько им комфортно в Краевой больнице. Пульс-опрос – это всегда два вопроса, один из которых:

«Оцените, насколько вы удовлетворены работой в Краевой больнице», а вот второй всегда разный, например: «Какую книгу вы бы посоветовали коллегам?», «Какое, на ваш взгляд, СТУ в больнице не работает?»

Разделы на портале «Вопрос администрации» и «Есть идея» позволяют сотрудникам задать открытые и анонимные вопросы главному врачу, на которые обязательно будет ответ. В разделе «Есть идея» сотрудники обмениваются идеями, голосуют за наиболее важные, по их мнению, идеи обсуждаются с администрацией, и формируется план для реализации наиболее актуальных предложений.

2. Встречи руководства с коллективом –

это возможность открытого диалога.

Пример такого общения как способа морально-стимулирования – кофе с главным врачом, это открытый диалог на тему, которую предлагает сотрудник. В приближенной к неформальной обстановке участники встречи обсуждают вопросы, предложения и могут обменяться идеями.

3. Мероприятия для новичков – первый шаг к успешной адаптации новичков в коллективе и корпоративной культуре.

Эти мероприятия нацелены не только на предоставление информации об организации, но и на создание комфортной атмосферы для новых сотрудников, благодаря чему новички быстрее вливаются в рабочий процесс и начинают с первых дней вносить свой вклад в общее дело.

Как это происходит в Краевой больнице, новому сотруднику важно ощущать психологический комфорт в незнакомой среде и не просто знать, кто за какие задачи отвечает, а понимать, куда прийти за поддержкой, чувствовать неравнодушные члены команды. И для этого до трудоустройства мы проводим welcome-тренинг, на котором подробно рассказываем об истории больницы, ценностях, миссии, стандартах и инструкциях, планах, проводим упражнения на командообразование. После подписания документов о трудоустройстве

вручаем «Книгу новичка», где собрана необходимая информация по организационным вопросам.

4. Обучение и развитие

Этот вид нематериальной мотивации персонала помогает развивать профессиональные компетенции и гибкие навыки. Для доступного обучения каждого сотрудника на корпоративном портале создана «База знаний», где собраны инструкции, стандарты, нормативные документы, обязательные и дополнительные внутренние обучения, книги.

КНИГА НОВИЧКА



**ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ
В КОМАНДУ КРАЕВОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Краевая клиническая больница — крупнейшая многопрофильная клиника Красноярского края. Один из важнейших медицинских центров Сибирского федерального округа.

КОРПОРАТИВНАЯ АТМОСФЕРА

СПОРТ

Мы очень любим спорт! Наши сотрудники достойно представляют больницу в соревнованиях по легкой атлетике, шахматах, лыжным гонкам, волейболу, настольному теннису, мини-футболу, пулевой стрельбе. Записаться в сборную команду ККБ можно по тел. +7 905 976 10 10 (Валерий Валерьевич Тапкин). А для хорошей физической формы и укрепления здоровья посещайте наш бассейн и сауну на первом этаже главного корпуса.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Высокая нагрузка и напряженная работа могут привести к эмоциональному выгоранию. Надеемся, вы не столкнетесь с этими проблемами. Но наш психолог всегда готов оказать помощь, а коллеги поддержку. По вопросам психологической помощи обращайтесь в службу управления персоналом, каб. 17-04, вн. тел. 567

ВАЖНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ



Приемная главного врача: 212 16 13
Энергетическая диспетчерская служба
+7 913 190 52 11, вн. тел. 1998

СХЕМА ТЕРРИТОРИИ БОЛЬНИЦЫ



8





5. Поощрение сотрудников

Этот способ нематериальной мотивации помогает работникам чувствовать себя признанными. Одним из способов этого является наградная политика. Наградная политика в организации – это план, который помогает мотивировать сотрудников, используя разные виды поощрений и наград.

Наградная политика помогает:

1. Увеличить эффективность работы сотрудников.
2. Повысить их мотивацию и стимулы.
3. Увеличить лояльность и удовлетворенность.
4. Признать достижения сотрудников, что укрепляет их уверенность.
5. Улучшить командную работу и взаимодействие.

6. Удерживать талантливых работников.
7. Поддерживать корпоративную культуру и положительную атмосферу.
8. Достигать стратегических целей.

Мы используем и разные виды наград. Это проявляется и в формах, и в значимости.

Например, с этого года вручаем к Почетной грамоте корпоративный нагрудный знак с логотипом краевой больницы.

Учреждены нагрудные знаки: «Почетный работник Краевой клинической больницы» (он золотой и вручается ко дню основания больницы особо отличившимся сотрудникам); серебряный знак «За мужество и верность долгу» (за оказание медицинской и методической помощи коллегам в ЛНР).



Служба качества провела конкурс ко Всемирному дню безопасности, и отделениям-победителям вручены наградная доска и переходящий кубок из стекла.

Важный показатель нематериальной мотивации – когда сотрудники чувствуют себя значимыми, чувствуют, что их благодарят. Используя формы нематериальной мотивации, вы сможете повысить производительность, качество работы и лояльность сотрудников.

Изменения в охране труда: что нового?



Екатерина Булатова,

исполняющий обязанности
руководителя отдела
охраны труда

Сфера охраны труда переживает важные преобразования, которые особенно заметны весной и осенью. В сентябре этого года были внедрены новые инициативы, направленные на улучшение безопасности и условий труда. В этой статье мы рассмотрим ключевые изменения.

Новые требования к комплектации аптечек для оказания первой помощи пострадавшим

Приказ Минздрава России от 24.05.2024 № 262н с 1 сентября внес изменения в требования к аптечкам первой помощи. Изменилась комплек-

тация аптечек, хотя и не существенно. Теперь нестерильных одноразовых масок должно быть две вместо 10, устройств для проведения искусственного дыхания – два, добавили в состав аптечки и эластичные бинты в качестве альтернативы медицинским марлевым. Помимо вышеперечисленных изделий в обнов-

Что положить в аптечку



медицинские
маски 10 шт.



медицинские
перчатки 2 пары
М размер



устройство для проведения
искусственного дыхания
«Рот-Устройство-Рот»



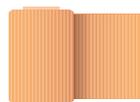
жгут
кровоостанав-
ливающий



медицинский марлевый бинт
5 м x 10 см – 4 шт.
7 м x 14 см – 4 шт.



медицинские стерильные
марлевые салфетки
16x14 см
2 упаковки по 10 шт.



рулонный
лейкопластырь
2x500 см



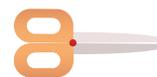
бактерицидный
лейкопластырь
1,9x7,2 см – 10 шт.
4x10 см – 2 шт.



блокнот
форматом
не менее А7
и карандаш или
черный/синий
маркер



покрывало
спасательное изотермическое
160x210 см 2 шт.



ножницы для
разрезания
повязок



инструкция по оказанию первой
помощи с применением аптечки



футляр или сумка

ленный состав добавили блокнот форматом не менее А7, черный/синий маркер или карандаш. Кроме того, к аптечке должны прилагаться футляр или сумка, инструкция по оказанию первой помощи с использованием аптечки.

Важно отметить, что аптечки, которые работодатель приобрел до 1 сентября 2024 года, могут применяться до окончания срока годности содержащихся в них медизделий, но не позднее 1 сентября 2027 года. Потому не стоит переживать, что ваши аптечки не могут использоваться в работе. Возможно, потребуется доложить в них блокнот и карандаш, а также второе устройство «Рот в рот».

Новые правила по оказанию первой помощи пострадавшим

С 1 сентября 2024 года вступил в силу приказ

Минздрава России от 03.05.2024 №220н, который утвердил порядок оказания первой помощи, расширил перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, дополнил перечень мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их проведения.

Так, первая помощь теперь оказывается также в случае укуса или ужаливания ядовитых животных, при острых психологических реакциях на стресс, при судорожном приступе, который сопровождается потерей сознания.

Оказание первой помощи допускается после получения согласия от пострадавшего или его законного представителя, в случае получения отказа мероприятия проводить нельзя.

Если пострадавших двое и более, начать оказывать первую помощь нужно тому, чье состояние хуже.

Ниже приведен общий алгоритм оказания первой помощи, утвержденный в КГБУЗ «ККБ».

	<h3>Алгоритм оказания первой помощи (общий)</h3>	РИ 38.4 - 2024
		Редакция 1 от 01.10. 2024 г.
		Изменения редакции выделены желтым цветом
Утвердил	И.о. главного врача Архипов А. С.	
Согласовал	Матвеевко М.С., Газенкамф А.А.	
Разработал	Кантлен А.В., Булатова Е.Д., Огрызкова Т.И.	

№	Что нужно сделать Наименование этапа	Как нужно выполнить Ключевой аспект	Фото
1	Провести подготовительные мероприятия	1 Определить факторы, представляющие непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц 2 Устранить опасные факторы для предотвращения дополнительного травмирования 3 Обеспечить собственную безопасность с помощью СИЗ 4 Оценить количество пострадавших 5 Устно озвучить окружающим и пострадавшему о готовности к оказанию первой помощи 6 Извлечь пострадавшего из труднодоступных мест 7 Обеспечить проходимость дыхательных путей <i>*при их закупорке инородным телом</i> 8 Переместить пострадавшего в безопасное место	
2	Определить наличие признаков жизни у пострадавшего	1 Определить наличие сознания <i>*при наличии сознания</i> провести подробный осмотр и опрос пострадавшего в соответствии с п. 4 настоящего алгоритма <i>*при отсутствии сознания</i> восстановить проходимость дыхательных путей посредством запрокидывания головы с подъемом подбородка 2 Определить наличие дыхания	

3	Начать проводить сердечно-легочную реанимацию	Согласно СТУ 21.10	
4	Осмотреть и опросить пострадавшего	<p>1 При наличии сознания устно опросить (о самочувствии и что произошло)</p> <p>2 Осмотреть голову, шею, грудь, спину, живот, таз, конечности для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов, ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью</p>	
5	Остановить кровотечение <i>*при наличии</i>	<p>1 Оказать прямое давление на рану <i>*при наличии показаний</i></p> <p>Прямое давление на рану невозможно, опасно или неэффективно при:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инородном теле в ране; • открытом переломе с выступающими в рану костными отломками <p>2 Наложить давящую повязку, в т.ч. с фиксацией инородного тела и (или) кровоостанавливающего жгута</p> <p>3 Наложить жгут выше раны:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при обширном повреждении конечности; • при отрыве конечности; • если кровотечение не останавливается при прямом давлении на рану и (или) давящая повязка неэффективна <p>4 Определить наличие дыхания</p>	
6	Оказать первую помощь <i>*в зависимости от полученных ранений, травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью</i>	<p>1 Промыть желудок путем приема воды и вызывания рвоты <i>*при отравлении через рот</i></p> <p>2 Наложить окклюзионную (герметизирующую) повязку <i>*при ранении грудной клетки</i></p> <p>3 Охладить <i>*при травмах, воздействиях излучений высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных</i></p> <p>4 Провести термоизоляцию и согреть пострадавшего или поврежденные участки тела <i>*при эффектах воздействия низких температур</i></p> <p>5 Наложить повязку <i>*при травмах различных областей тела</i></p> <p>6 Провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> - иммобилизацию (обездвиживание) с использованием МИ или подручных средств; - аутоимобилизацию или обездвиживание руками травмированных частей тела для обезболивания и предотвращения осложнений <i>*при травмах различных областей тела</i> 	

		<p>7 При судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не препятствовать судорожным движениям, - предотвратить дополнительное травмирование головы <p>после окончания судорожного приступа – поддержание проходимости дыхательных путей</p>	
7	<p>Помочь принять лекарственные препараты <i>*препараты должны быть назначены ранее, лечащим врачом</i></p>	-	
8	<p>Придать и поддерживать оптимальное положение тела пострадавшего</p>	<p>1 Обеспечить пострадавшему комфорт</p> <hr/> <p>2 Уменьшить степень страдания, не усугубив степень нарушения жизненно важных функций</p>	
9	<p>Вызов скорой медицинской помощи (если не был осуществлен ранее), контроль состояния пострадавшего, оказание психологической помощи</p>	<p>1 Вызвать скорую помощь или медицинскую бригаду СоСМП*</p> <hr/> <p>2 Транспортировать пострадавшего и (или) передать медицинской бригаде</p> <p>Номера телефонов для вызова скорой помощи: 112, 03</p> <p>Номера телефонов для вызова медицинской бригады СоСМП*: 1525, 1526, 1527</p>	

*СоСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи (приемное отделение)

Новая методика проведения специальной оценки условий труда (СОУТ)

Приказ Минтруда России от 21.11.2023 №817н утвердил новую методику проведения СОУТ. На этот раз уточнили, как установить вредные условия труда у медиков. Помочь в установлении класса условий труда по биологическому фактору должны статистические данные об имеющихся либо имевшихся инфекционных заболеваниях у пациентов, с которыми контактировал медик на оцениваемом рабочем месте за последние 5 лет.

Новая форма акта Н-1С при расследовании несчастного случая

По Приказу Минтруда России от 25.04.2024 №237н форма Н-1С используется в тех случа-

ях, когда расследование несчастного случая требует дополнительного времени для сбора необходимых данных и анализа обстоятельств происшествия. Это может быть связано с различными факторами, например – если есть необходимость в дополнительной экспертизе или задержке при получении медицинских заключений. Одним из ключевых аспектов введения этой формы является возможность получения пострадавшими страховых выплат еще до того, как расследование будет завершено. Это новое правило помогает пострадавшим избежать финансовых трудностей и поддерживает их, когда они могут временно не выходить на работу. Акт Н-1С оформляется работодателем, но только после единогласного решения комиссии, которая проводит расследование несчастного случая. Важно отметить, что этот процесс требует согласования со страховщиком и федеральной инспекцией труда, за исключением случаев легких травм, когда возможность продления расследования может и не потребоваться.

Анализ целесообразности догоспитального назначения нагрузочных доз ингибиторов P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов и антикоагулянтов больным с ОКСбпСТ

С.А. Устюгов^{1,2}, Н.М. Крючкова², А.А. Алябьева^{1,2}

1. ФГБОУВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТ), включающая ацетилсалициловую кислоту (АСК) и ингибитор рецепторов тромбоцитов P2Y₁₂, является ключевой частью лекарственной терапии острого коронарного синдрома (ОКС). Главная цель ДАТ заключается в снижении риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и тромбоза стента. Это порождает вопрос о наилучшем моменте начала применения ДАТ у пациентов с ОКСбпСТ.

Согласно клиническим рекомендациям «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы», утвержденным экспертным советом МЗ РФ в октябре 2024 года, начинать использование ингибитора P2Y₁₂-рецептора тромбоцитов рекомендуется после подтверждения диагноза ОКСбпСТ.

Антиагреганты у пациентов, не имеющих показаний к длительному пероральному приему антикоагулянтов

* Для снижения риска смерти, ИМ и ишемического инсульта всем пациентам с ОКСбпСТ, не имеющим противопоказаний и вне зависимости от стратегии лечения, **рекомендуется** прием ацетилсалициловой кислоты** (АСК**) на неопределенно долгий срок.

ЕОК IA (УУР А, УДД 1)

Комментарий: Рекомендуется начальная (нагрузочная) доза АСК** (группа В01АС – антиагреганты, кроме гепарина) 150-300 мг (таблетку разжевать и проглотить); постоянная поддерживающая доза АСК** – 75-100 мг внутрь 1 раз в сутки со вторых суток лечения.

Начало использования АСК при ОКСбпСТ на догоспитальном этапе не имеет доказательств эффективности и безопасности (в сравнении с изученным использованием в стационаре).**

* **Всем пациентам с ОКСбпСТ**, не имеющим высокого риска кровотечений, в дополнение к АСК** рекомендуются ингибиторы P2Y₁₂-рецептора тромбоцитов (клопидогрел**, тикагрелор**, прасугрел) сроком на 12 месяцев для снижения суммарного риска смерти, ИМ и ишемического инсульта.

ЕОК IA (УУР В, УДД 2)

Комментарии: Начало использования ингибиторов P2Y12-рецепторов тромбоцитов при ОКСбпST на догоспитальном этапе не имеет доказательств эффективности и безопасности (по сравнению с изученным использованием в стационаре).

С одной стороны, ранний прием ДАТ теоретически позволит снизить риск перипроцедурных тромботических событий, с другой же – такой подход может быть сопряжен с увеличением риска кровотечений в случаях, когда подозрение на ОКС не подтвердится. Во всех ключевых исследованиях ДАТ назначалась на госпитальном этапе.

Согласно приказу МЗ Красноярского края №316 от 26.02.2024 г. о порядке организации медицинской помощи пациентам с ОКС на территории Красноярского края, пациент с ОКС должен получить ДАТ на догоспитальном этапе. При сомнении в диагнозе антикоагулянтная терапия и терапия ингибитором рецепторов тромбоцитов P2Y12 не назначаются. Однако на этапе СМП чаще всего возникает только подозрение на ОКСбпST, а окончательное подтверждение диагноза происходит уже в стационаре. При ОКСбпST высок риск диагностической ошибки на догоспитальном этапе из-за низкой специфичности клинических признаков и изменений на электрокардиограмме.

Также на этапе СМП ограничены возможности диагностики других причин болей в грудной клетке, таких как пневмоторакс, гипертонический криз, расслоение аорты или анемия (приводящая к ишемии миокарда). Необоснованное назначение нагрузочных доз ингибиторов P2Y12-рецепторов в таких случаях может приводить к фатальным кровотечениям. С другой стороны, назначение нагрузочных доз ингибиторов P2Y12-рецепторов затрудняет проведение экстренных оперативных вмешательств, когда они необходимы по жизненным показаниям. Согласно данным коронарной ангиографии, примерно у 10% пациентов с ОКСбпST выявляется тяжелое многососудистое поражение, требующее проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ). У пациентов, которые получили нагрузочную дозу ингибитора P2Y12-рецептора, риск кровотечений во время операции крайне высок, что в большинстве случаев вынуждает откладывать вмешательство на 5-7 дней. Если невозможна стабилизация состоя-

ния пациента консервативной терапией, такая задержка может иметь фатальные последствия. Согласно данным недавних исследований и регистров, предварительное лечение ингибиторами P2Y12-рецептора у пациентов с неизвестной анатомией коронарных артерий увеличивает риск кровотечения, не влияя на ишемический риск.

Парентеральные антикоагулянты

У пациентов с **подтвержденным диагнозом ОКСбпST** рекомендуется парентеральное введение антикоагулянтов (группа B01A – антитромботические средства), если к ним нет противопоказаний, с целью снижения риска неблагоприятного исхода (сумма случаев смерти и ИМ). При выборе препарата следует учитывать риск ишемических осложнений и кровотечений, стратегию лечения пациента, эффективности и безопасности конкретного антикоагулянта.

Комментарии: Антикоагулянты должны использоваться в сочетании с антиагрегантами.

При выполнении ЧКВ в первые 24 часа от начала лечения ОКСбпST для снижения риска ишемических событий рекомендуется внутривенное болюсное введение НФГ** в дозе 70-100 МЕ/кг. После успешного ЧКВ у пациентов с ОКСбпST рекомендуется прекратить парентеральное введение антикоагулянта из-за опасности увеличения риска кровотечений.

Нами был проведен анализ пациентов, поступающих с входным диагнозом ОКС в КГБУЗ «ККБ» в течение трех месяцев 2024 года. Всего поступило 738 пациентов, 546 из них – с ОКС без pST и 192 – с ОКС с pST.

Зону нашего интереса представляли пациенты, у которых догоспитально был заподозрен ОКС без pST. Из 546 пациентов, доставленных в приемное отделение ККБ с входным диагнозом ОКС без pST, 248 (45,6%) не были госпитализированы. Их либо выписали в этот же день на амбулаторное лечение, либо перевели в другой стационар согласно маршрутизации. В таблице 1 представлены основные диагнозы, с которыми пациенты были направлены на амбулаторное лечение.

Таблица 1. Диагноз выписки у пациентов, доставленных СМП с подозрением на ОКСбпСТ

Диагноз при выписке	Абс.	%
Стабильная стенокардия напряжения	125	50,4%
Гипертоническая болезнь	50	20,2%
Патология клапанов сердца	7	2,8%
Гипертрофическая кардиомиопатия	4	1,6%
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	11	4,5%
Вертеброгенная торакалгия	31	12,5%
ОРВИ	5	2%
Ушиб грудной клетки	6	2,4%
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий	4	1,6%
Дилатационная кардиомиопатия	2	0,8%
Острая хирургическая патология	3	1,2%

Для стационарного лечения в ККБ было госпитализировано 298 пациентов. У 250 из них диагноз ОКС был подтвержден и в дальнейшем пересмотрен на нестабильную стенокардию или ОИМ без пСТ. У 202 пациентов из этого числа в рамках КАГ проведено ЧКВ, в четырех случаях имела место безуспешная попытка реканализации коронарных артерий, у 26 пациентов при КАГ выявлены диффузные изменения коронарных артерий. Следует отметить, что только применительно к 16-ти пациентам была выбрана неотложная инвазивная стратегия, остальным пациентам реваскуляризация была выполнена в течение 24-72 часов, ввиду чего

раннее назначение ДАТ не имело смысла. У 18 пациентов диагностирован кардиохирургический вариант поражения коронарных артерий, что в дальнейшем потребовало оперативного вмешательства.

У 48 госпитализированных пациентов диагноз ОКС был исключен, таким образом, эти пациенты тоже не нуждались в нагрузочных дозах ингибитора P2Y12-рецептора тромбоцитов. Более того, в некоторых случаях эти препараты ухудшали течение основного заболевания. Основные диагнозы, которые потребовали госпитализации у таких пациентов, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Диагнозы госпитализированных пациентов при исключении ОКС

Диагноз при выписке	Абс.	%
Микроваскулярная стенокардия	35	72,8%
Декомпенсация СН	6	12,5%
Гипертоническая болезнь	2	4,2%
Критический аортальный стеноз	1	2,1%
Мезентеральный тромбоз (экстренное оперативное лечение)	2	4,2%
Передозировка варфарином	2	4,2%

Таким образом, раннее назначение нагрузочной дозы дезагрегантов было целесообразно только у пациентов, подвергшихся ЧКВ. Они составляют 37% от общего количества пациентов с ОКСбпСТ. В то время как 18 пациентам с кардиохирургическим поражением коронарных артерий и 4 пациентам, которым потребовалось оперативное лечение по другим причинам, назначение нагрузочных доз ДАТ значительно увеличило риск периперационных кровотечений.

Ввиду гетерогенности больных, высокой вероятности диагностической ошибки на этапе СМП, относительно невысокой частоты экстренных коронарных вмешательств догоспитальное назначение ингибиторов P2Y₁₂ и антикоагулянтов больным с ОКСбпСТ до получения дополнительной информации представляется нецелесообразным, что полностью соответствует утвержденным клиническим рекомендациям.

Приложение Б2

Догоспитальный алгоритм действий врача скорой медицинской помощи или фельдшера при ОКСбпСТ

1. Рекомендуется сбор жалоб, анамнеза, оценка болевого синдрома, физикальное обследование, контроль показателей гемодинамики (АД, ЧСС).
2. Рекомендуется ограничение двигательной активности.
3. Рекомендуется регистрация ЭКГ как минимум в 12-ти отведениях и осуществление дистанционного консультирования ЭКГ (при необходимости и возможности проведения).
4. Рекомендуется начать непрерывное мониторирование ЭКГ, наладить внутривенный доступ, обеспечить готовность к проведению дефибрилляции и сердечно-легочной реанимации.
5. Рекомендуется экстренная госпитализация в стационар, включенный в систему маршрутизации больных с ОКС.

При наличии критериев высокого риска развития неблагоприятных ишемических событий (стойкий или рецидивирующий болевой синдром, покоряющиеся смещения сегмента ST на ЭКГ, нестабильные гемодинамические параметры/шок, отек легких, угрожающие жизни желудочковые аритмии/нарушения внутрисердечной проводимости или остановка кровообращения, подозрение на механические осложнения ИМ) показана экстренная госпитализация пациентов в стационар, где есть возможность выполнения ЧКВ в течение 2-х часов после госпитализации. Следует информировать принимающий стационар о транспортировке нестабильного пациента.

6. Пациентам с ОКСбпСТ проведение тромболитической терапии не рекомендуется.

7. Рекомендуется купирование болевого синдрома.

При отсутствии артериальной гипотонии и других противопоказаний рекомендуется нитроглицерин** в дозе 0,4-0,5 мг в виде таблеток под язык или аэрозоля (спрея). Если симптомы не исчезают через 5 минут, а препарат переносится удовлетворительно, можно использовать его повторно. В связи с опасностью артериальной гипотонии необходимо постоянно контролировать АД.

Если болевой синдром сохраняется после трех приемов нитроглицерина**, необходимо внутривенное введение наркотического анальгетика. Доза наркотического анальгетика, необходимая для адекватного обезболивания, должна подбираться индивидуально. Препаратом выбора является морфин**. Перед использованием 10 мг морфина** разводят как минимум в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида**. Первоначально следует ввести в/в медленно 2-4 мг лекарственного вещества. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 мин. по 2 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу.

8. При отсутствии противопоказаний рекомендуется рассмотреть применение ацетилсалициловой кислоты в дозе 150-300 мг (разжевать; не рекомендуется принимать внутрь кишечнорастворимые лекарственные формы препарата).

9. Применение ингибитора P2Y₁₂-рецептора тромбоцитов и антикоагулянтов не рекомендуется.

10. Рекомендуется обеспечить лечение острой сердечной недостаточности и угрожающих жизни нарушений сердечного ритма и проводимости в соответствии с разделом 3.4 данных Рекомендаций.

11. В карте вызова и сопроводительном талоне рекомендуется указать время начала ОКС, время первого медицинского контакта, время регистрации ЭКГ, проведенное на догоспитальном этапе лечение с указанием доз препаратов, время доставки пациента в стационар. Если известно, рекомендуется указать препараты, принятые пациентом в ближайшие 24 часа, время их приема и дозы.

Таким образом, взвесив риски и пользу ДАТ и антикоагулянтов на догоспитальном этапе, можно с уверенностью предложить воздержаться от этой терапии на этапе СМП у пациентов с ОКСбпСТ.



Нейрохирург ККБ провел мастер-класс в Иркутской областной клинической больнице

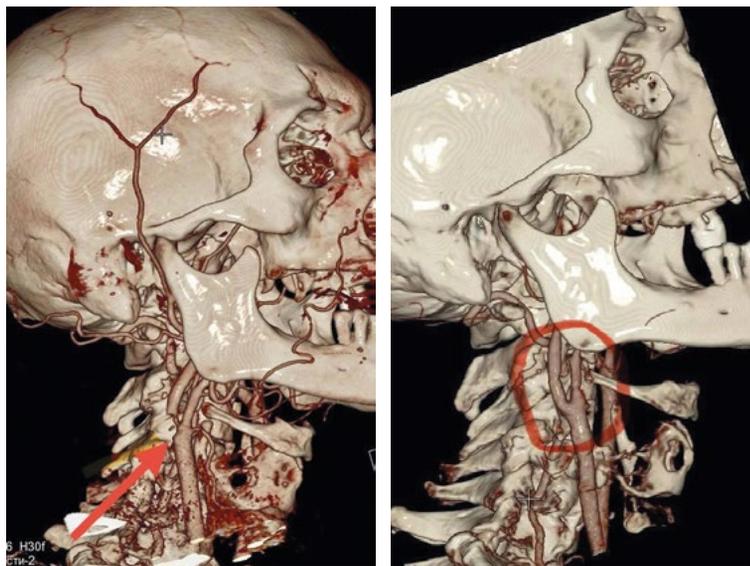
Острые цереброваскулярные заболевания являются большой медицинской и социальной проблемой нашего времени. В развитых странах инсульт – основная причина инвалидизации и вторая-третья – общей смертности согласно международным эпидемиологическим исследованиям. В России смертность от инсульта и другой цереброваскулярной патологии, в структуре общей смертности, составляет 39%, уступая лишь кардиальной патологии. Это, как правило, 2,5-3 случая на тысячу человек в год, показатель смертности составляет 1,7 на тысячу человек (один из наиболее высоких показателей в мировой статистике). Согласно международным эпидемиологическим данным (World Development Report), отмечается омоложение инсульта с увеличением его распространенности на лиц трудоспособного возраста – до 60 лет. Только 8% пациентов после инсульта могут вернуться к прежней работе и жизни, что и делает проблему столь острой.

Несмотря на все старания медицинских работников, мы получаем далекие от идеала результаты, приходится тратить огромные деньги на дальнейшее лечение и реабилитацию этой категории

пациентов. Настоящая ситуация требует разработки превентивных мер для устранения факторов риска и лечения ишемического инсульта. Одной из ведущих патогенетических причин этого заболевания является атеросклероз артерий. В структуре общего инсульта атеротромботический подтип занимает 30%.

По данным отечественной и зарубежной литературы, первичная профилактика инсульта – во многом не только задача медиков, но и одна из общих задач социума. Как раз вторичная профилактика демонстрирует отлаженную командную работу медиков в составе сосудистого центра. На протяжении многих лет хирургическим лечением этой проблемы в РФ занимались исключительно сердечно-сосудистые хирурги. С развитием сосудистых центров в России резко возросло число выявленных пациентов со стенозом сонных артерий, в связи с чем к хирургическому лечению пациентов активно подключились нейрохирурги, что позволило значительно улучшить отдаленные результаты лечения.

Нейрохирургическое отделение № 1 КГБУЗ «ККБ» не является исключением, с 2019 года здесь ак-



тивно выполняются различные виды высокотехнологичных реваскуляризирующих оперативных вмешательств на сонных артериях с применением операционного нейрохирургического микроскопа в тандемной работе с рентгенхирургами и сосудистыми хирургами. Развитие этого направления активно поддерживается заведующим нейрохирургическим отделением №1 к.м.н. Ю.Я. Пестряковым и руководителем региональ-

ного сосудистого центра д.м.н., проф. П.Г. Шнякиным. Благодаря чему на сегодняшний день накоплен опыт более 500 проведенных операций.

В связи с этим нейрохирургам нейрохирургического отделения №1 поступило приглашение о проведении такого вмешательства на базе отделения нейрохирургии Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больницы. Для проведения мастер-класса в Иркутск направился ведущий специалист по направлению врач-нейрохирург Александр Николаевич Снегирев.

В ходе поездки специалистом был сделан доклад для нейрохирургов ИОКБ, продемонстрирован алгоритм отбора

пациентов со стенозами сонных артерий, проведен обход и клинический разбор группы пациентов вместе с неврологами и нейрохирургами в сосудистом центре ИОКБ. А также совместно с нейрохирургами ИОКБ проведено показательное оперативное вмешательство: реконструктивная хирургия экстракраниального отдела ВСА с использованием микроскопической ассистенции под общей анестезией.



Было проведено показательное оперативное вмешательство: реконструктивная хирургия экстракраниального отдела ВСА с использованием микроскопической ассистенции под общей анестезией.



Межрегиональный обмен опытом имеет безусловную актуальность, и нейрохирурги Краевой клинической больницы готовы продолжать научно-практическое взаимодействие с ведущими клиниками РФ.

Клинический случай

тромбоз верхнего сагиттального синуса, особенности течения

Н.В. Жданкина, А.В. Жапкина, Г.Ю. Алексеевич, М.В. Попов, И.Г. Чеколаева, Д.А. Дадеко

Церебральный венозный тромбоз является опасным, жизнеугрожающим заболеванием, которое часто может быть нераспознано. Клиническая картина характеризуется значительным полиморфизмом, что связано с вариациями развития венозной системы, такими как отсутствие клапанов в мозговых венах и множественные анастомозы. Терапевтическая стратегия складывается из назначения низкомолекулярных гепаринов с последующим переходом на пероральные антагонисты витамина К. Продолжительность терапии может варьировать и занимать от 3 до 12 месяцев, а при высоких рисках возникновения повторного тромбоза продлена на неограниченный срок. Хирургические вмешательства могут выполняться, но лишь при неэффективности проведенной терапии и ухудшении состояния (особенно неврологического) пациента.

Ключевые слова: церебральный венозный тромбоз, инсульт, ишемия головного мозга, атеротромбоз

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ) – редко встречающийся вид цереброваскулярного заболевания, на долю которого приходится около 0,5% всех инсультов. Хотя, по некоторым данным, распространение может колебаться в пределах 3-6% [1, 2, 3, 4]. Примерно в 6-12% случаев ЦВТ может быть вызван уже имеющейся инфекцией, хотя точный механизм возникновения септического тромбоза (СТ) остается неизвестен. В основном СТ развивается при бактериальной инфекции, но также хорошо известны случаи его развития при цитомегаловирусной инфекции, вирусе простого герпеса, кори, гепатите и вирусе иммунодефицита человека [3]. В период эпидемии новой коронавирусной инфекции увеличилось количество описательных случаев ЦВТ, что связано с особенностями течения инфекции, при которой возникает коагулопатия [4]. По некоторым данным, у пациентов, перенесших инсульт и болеющих COVID-19, самой частой этиологи-

ческой причиной инсульта был его атеротромботический вариант (порядка 31,2% пациентов) [5].

Отличием ЦВТ от артериального инсульта является предрасположенность его развития у молодого населения. Особенно это касается женщин, так как у них развитие ЦВТ сопряжено с рядом факторов, таких как беременность и послеродовой период, прием оральных контрацептивов (ОК) [6]. Немалая запутанность проявлений ЦВТ связана с особенностью строения самой венозной системы, неточным венозным оттоком. Кроме того, вены головного мозга лишены клапанов, что ведет к большой компенсаторной способности. Наличие множественных анастомозов между кортикальными венами облегчает коллатеральное кровоснабжение при тромбозе. Все это затрудняет диагностику ЦВТ, делая этот недуг своеобразным хамелеоном, который маскирует клинические проявления, делая их неоднородными и зависимыми от того, какая венозная система затрагивается (глубокая, с обширным поражением, с высоким риском замедленного прогрессирования или поверхностная, с малосимптомной картиной) [6].

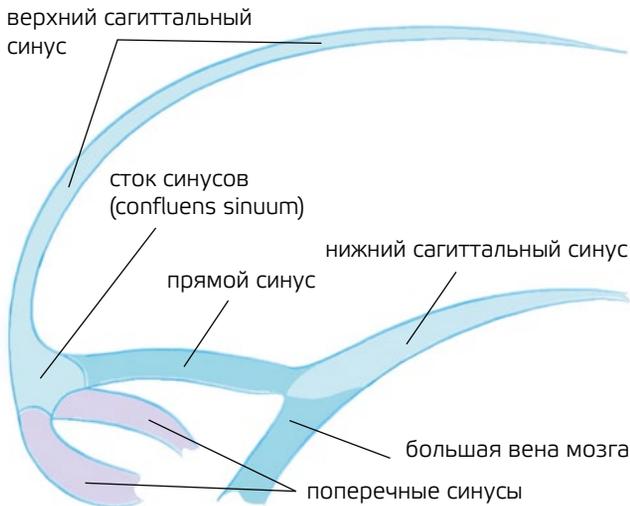


Рис 1. Венозная система головного мозга

Особенностью венозных инфарктов является наличие большего отека и меньшего количества некрозов, что улучшает прогноз полного выздоровления. И хотя прогноз благоприятный, однако смертность все же достигает 2% [1, 2, 7]. Факторами риска, ухудшающими благоприятный прогноз, являются пожилой возраст, рак в активной стадии, низкий уровень сознания и внутримозговое кровоизлияние [7].

В лечении ЦВТ используется антикоагулянтная терапия (АТ), которая предотвращает рост тромба, улучшает реканализацию и предотвращает повторное тромбообразование. Рекомендуется первоначальное применение низкомолекулярных гепаринов с последующим переходом на пероральные антагонисты витамина К (АВК) продолжительностью от 3 до 12 месяцев с перспективой приема до неопределенного срока при наличии факторов риска тромбоза и рецидива. Наличие венозного кровотечения не является противопоказанием для проведения АТ. Однако зависимость продолжительности АТ от степени венозной реканализации остается дискутабельной.

В научном заявлении Американской ассоциации сердца (American Heart Association) обобщены ключевые моменты, связанные с ЦВТ. Это касается когорты пациентов с высокой настроенностью: беременных и женщин, находящихся в послеродовом периоде, принимающих ОК, молодых женщин, а также пациентов, страдающих ожирением, COVID-19 и тромбоцитопенией. Для диагностики рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии и венографии. При этом компьютерная томография и компьютерная венография могут

быть альтернативными вариантами.

Основное лечение ЦВТ должно включать парентеральное введение гепарина с последующим переходом на ВКА. Прямые пероральные антикоагулянты являются безопасной и эффективной заменой АВК. Женщинам, имеющим в анамнезе ЦВТ, беременность не является противопоказанной. Но рекомендуется профилактическое назначение НМГ при беременности и в послеродовом периоде. При развитии ЦВТ во время беременности назначается прием НМГ в полных дозах до самого родоразрешения. В послеродовом периоде рекомендован прием НМГ или АВК с целевым международным нормализованным отношением 2,0-3,0 в течение не менее шести недель (при общей минимальной продолжительности 3 месяца).

Что касается эндоваскулярной терапии, то ее следует проводить пациентам с признаками распространения тромба, лицам с ухудшением неврологической симптоматики – несмотря на медикаментозную терапию или при противопоказаниях к приему АК. Декомпрессивная терапия может быть использована в жизнеугрожающих случаях (несмотря на низкий уровень доказательств) [7].

В Испании в ретроспективном исследовании MOTIVATE проведен описательный анализ клинических характеристик ЦВТ, выявлены наиболее важные аспекты диагностики и лечения. В ходе исследования обнаружено незначительное превалирование женского пола – 51% выборки, что разнится с предыдущими наиболее значимыми факторами риска: курение – 22,7%, избыточный вес и прием ОК – по 19%. В 24% случаев причиной явилось нарушение свертываемости крови, в 10% – активные новообразования. Клиническая картина превалировала из головной боли (73%), за которой следовал очаговый двигательный дефицит (50%) и судороги (33%), прогрессировавшие до эпилептического статуса в 15,7%. В терапии превалировала антикоагулянтная терапия – 92% (дикумарол – 21%, низкомолекулярные гепарины – 34%, нефракционированный гепарин – 26%). Продолжительность антикоагулянтной терапии составила от 3 до 6 месяцев у 23%, а 21% находился на антикоагулянтной терапии в течение года. Что касается прогноза, то 75% пациентов достигли полной функциональной независимости через три месяца, 82% умерли по неврологическим причинам во время госпитализации. Выявлена значимая статистическая связь между функциональной зависимостью через три месяца и пожилым возрастом, женским полом, избыточным весом и предыдущим лечением кортикостероидами [6].

Приведем пример. У девушки 24-х лет развился венозный тромбоз сагиттального синуса. Заболевание началось с появления ранее никогда не возникавшей сильной головной боли диффузного характера, которую пациентка оценивала до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Боль появилась утром, после сна. Мать измерила артериальное давление, показатели составили 140/90 мм.рт.ст. Девушка приняла таблетку дрогерамина, но препарат не дал желаемого облегчения, после чего она приняла таблетку нимесулида. Головная боль уменьшилась до 8 баллов по ВАШ, но полностью не прошла. В дальнейшем головная боль не отпускала до момента госпитализации.

В эту же ночь у пациентки дважды возникала рвота. Затем стали появляться эпизоды непроизвольных подергиваний в руках и ногах. В течение следующего дня стало отмечаться появление слабости в левых конечностях. К примеру, невозможно было долго удерживать левую руку, держать предмет, движения в руке стали неловкими, а в левой ноге слабость проявлялась в виде «подкашивания» при ходьбе. Родственники стали отмечать заторможенность пациентки, сохраняющуюся слабость в левых конечностях. Через двое суток с начала развития симптоматики девушку доставили в приемное отделение Краевой клинической больницы Красноярска.

При осмотре в приемном покое пациентка была рассеянной, заторможенной, на вопросы отвечала спутанно, был выявлен легкий левосторонний гемипарез. При детальном опросе оказалось, что девушка в течение года принимает оральные контрацептивы.

Пациентке была выполнена МСКТ головного мозга, где на серии томограмм определялись линейные участки повышенной плотности (кровь) межгирально в лобных долях с двух сторон,

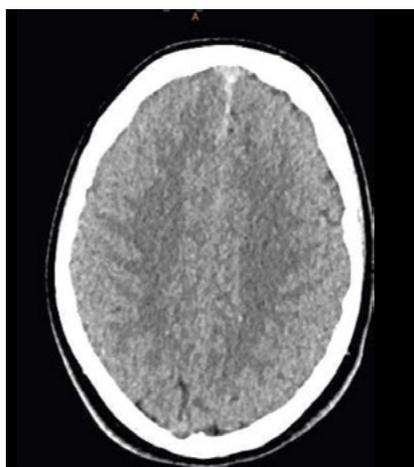


Рис. 2. МСКТ головного мозга при поступлении

больше справа, и по ходу межполушарной щели. Ангиография сосудистой патологии не выявила.

Пациентка была госпитализирована в КГБУЗ «ККБ». В течение первых суток нахождения в стационаре она отмечала усиление головной боли, в вечернее время развился генерализованный судорожный приступ, была проведена повторная МСКТ головного мозга. На серии томограмм отмечалось появление в правой лобной области участка ишемии до 12 мм, отмечалась сглаженность конвексимального субарахноидального пространства с двух сторон как проявление отека головного мозга.

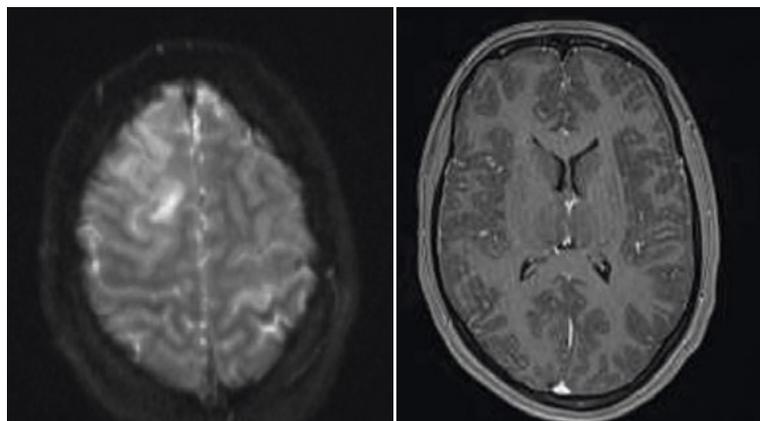


Рис. 3. МСКТ в динамике

Учитывая прогрессирование клинической картины в виде усиления головной боли, наличия очаговой неврологической симптоматики, спутанности сознания, возникновения эпилептического приступа, данных нейровизуализации, прием ОК и молодой возраст – диагноз субарахноидального кровоизлияния вызвал сомнения, был заподозрен ЦВТ. Пациентке с целью исключения либо верификации диагноза проведена МРТ головного мозга с венографией, являющаяся золотым стандартом диагностики ЦВТ. Диагноз подтвердился: по данным дообследования верифицирован тромбоз передней и средней трети верхнего сагиттального синуса.

Пациентке были назначены низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде полного регресса неврологического дефицита. В результате пациентку выписали из стационара в удовлетворительном состоянии.

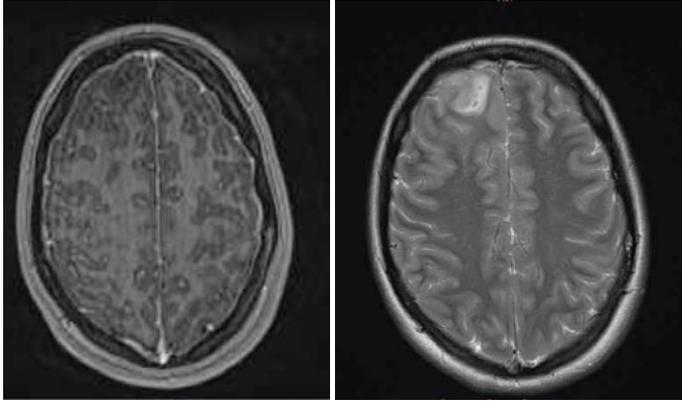


Рис. 4. МРТ головного мозга с венографией

Клинический случай демонстрирует, что внезапная сильная по интенсивности головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, судорожным приступом, должна насторожить клинициста в диагностическом плане, чтобы не пропустить церебральную венозную дисфункцию. А для этого необходимо более тщательно собрать анамнез, уделив пристальное внимание расспросу пациента о приеме лекарственных препаратов, способствующих возникновению гиперкоагуляционного состояния.

Список литературы:

- Arauz A., Barboza M.A., Quintero L.C., Cantu C., Chiquete E., Serrano F. Prognosis of patients with severe cerebral venous thrombosis treated with decompressive craniectomy. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021 Jul 9;50213-4853(21)00072-4. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2021.04.006;
- Arauz A., Barboza M.A., Quintero L.C., Cantu C., Chiquete E., Serrano F. Prognosis of patients with severe cerebral venous thrombosis treated with decompressive craniectomy. *Neurologia (Engl Ed)*. 2023 Nov-Dec;38(9):617-624. doi: 10.1016/j.nrleng.2021.04.009;
- Dahl-Cruz F., Guevara-Dalrymple N., López-Hernández N. Trombosis venosa cerebral e infección por SARS-CoV-2 [Cerebral venous thrombosis and SARS-CoV-2 infection]. *Rev Neurol*. 2020 May 16;70(10):391-392. Spanish. doi: 10.33588/rn.7010.2020204;
- Kallel N., Saidani A., Kotti A., Moussa N., Maddeh S., Gargouri R., Msaad S., Feki W. Coronavirus disease 19 (COVID-19) and Cerebral venous sinus thrombosis (CVST): A case series and review of the literature. *Clin Case Rep*. 2022 Aug 8;10(8):e6143. doi: 10.1002/ccr3.6143. PMID: 35957796;
- Gómez-Porro P., Cabal-Paz B., Valenzuela-Chamorro S., Desanvicente-Celis Z., Sabin-Muñoz J., Ochoa-López C., Flórez C., Enríquez-Calzada S., Martín-García R., Esain-González Í., García-Fleitas B., Silva-Hernández L., Ruiz-Molina Á., Gamogonzález E., Durán-Lozano A., Velasco-Calvo R., Alba-Alcántara L., González-Santiago R., Callejas-Díaz A., Brea-Álvarez B., Salazar-Uribe J.C., Escamilla-Crespo C., Carneado-Ruiz J. High frequency of endoluminal thrombus in patients with ischaemic stroke following AARS-CoV-2 infection. *Neurologia (Engl Ed)*. 2024 Jan-Feb;39(1):43-54. doi: 10.1016/j.nrleng.2023.12.008
- Pérez Lázaro C., López-Bravo A., Gómez-Escalonilla Escobar C., Aguirre C., de Felipe A., de la Riva P, Calleja S., Arjona A., Serrano Ponz M., Navarro-Pérez M.P., Delgado-Mederos R., Bashir Viturro S., Llul L., Egido J., García Madrona S., Díez González N., Benavente Fernández L., de la Torre Colmenero J.D., Tejada Meza H., Vesperinas Castro A., Sánchez Cirera L., Trillo S. Management of cerebral venous thrombosis in Spain: MOTIVATE descriptive study. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021 Sep 9;50213-4853(21)00116-X. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2021.05.016
- Saposnik G., Bushnell C., Coutinho J.M., Field T.S., Furie K.L., Galadanci N., Kam W., Kirkham F.C., McNair N.D., Singhal A.B., Thijs V., Yang V.X.D.; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Hypertension. Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2024 Mar;55(3):e77-e90. doi: 10.1161/STR.0000000000000456
- Кулеш А.А. Церебральный венозный тромбоз и его геморрагические осложнения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):10–18. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-10-18
- Ulivi L., Squitieri M., Cohen H., et al. Cerebral venous thrombosis: a practical guide. *Pract Neurol*. 2020;20(5):356-67. doi: 10.1136/practneurol-2019-002415
- Габелова К.А., Шабанова Н.А., Беженарь В.Ф., Звартау Э.Э., Акишина Ю.А. Риски венозных тромбоземболических осложнений при использовании комбинированных оральных контрацептивов. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2021;15(6):777–787.

Вич-ассоциированные лимфомы головного мозга

П.Г. Шнякин^{1,2}, А.В. Ботов²

1. ФГБОУВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В 2023 году средний показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России составил 173,6 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости, превышающий среднероссийское значение, отмечался в 33 субъектах РФ, в том числе в Красноярском крае.

Поражение центральной нервной системы является одним из самых частых проявлений ВИЧ-инфекции, поэтому нейрохирургам и неврологам нередко приходится проводить дифференциальный диагноз между онкологическими, воспалительными, аутоиммунными заболеваниями головного мозга и оппортунистическим поражением ЦНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Первичные лимфомы ЦНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией встречаются в 6-12% случаев от всех очаговых поражений головного мозга. При этом риск развития лимфомы ЦНС у ВИЧ-инфицированных лиц в 1000 раз выше, чем у неинфицированных.

Первичные лимфомы ЦНС являются неходжкинскими лимфомами и характеризуются преимущественным поражением больших полушарий головного мозга, чаще в области подкорковых структур, вдоль желудочков, в области мозолистого тела. Реже поражается мозжечок и спинной мозг.

В соответствии с Российскими клиническими рекомендациями по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний диагноз лимфом у ВИЧ-инфицированных пациентов выставляется на основании тех же критериев, что и у пациентов без ВИЧ-инфекции – на основании морфологического и иммуногистохимического исследования. Без патоморфологического подтверждения первичной лимфомы ЦНС никакие другие методы исследования, включая нейровизуализацию, не могут подтвердить диагноз.

С современных позиций первичные лимфомы не подлежат хирургическому удалению, так как это не только не улучшает прогноз заболевания, но и способствует диссеминации опухолевых клеток. При подозрении на лимфому рекомендуется стереотаксическая биопсия наиболее хирургически доступного очага с последующей химиолучевой терапией. В случаях тяжелого состояния пациента, обусловленного масс-эффектом и дислокационным синдромом, операция может быть показана в объеме удаления опухоли.

Представляем два клинических случая молодых пациенток с ВИЧ-ассоциированными лимфомами ЦНС.

● Клинический случай 1

Пациентка Р., 35 лет, доставлена санитарной авиацией из одной из центральных районных больниц в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярска. Из-за тяжести состояния анамнез собрать не представлялось возможным. Из сопроводительных документов было известно, что пациентка болеет около недели, когда родственники впервые заметили слабость и неловкость в левой руке и ноге. Боль увеличивалась в течение двух-трех дней до полного отсутствия движений, отмечалась спутанность сознания. Самостоятельно родственниками она была доставлена в ЦРБ, где МСКТ головного мозга выявила внутримозговую опухоль справа с дислокацией срединных структур. После консультации нейрохирурга санитарной авиации было принято решение о переводе в КГБУЗ «ККБ» для оперативного лечения. На момент поступления состояние пациентки характеризовалось как тяжелое, девушка находилась в глубоком оглушении. Зрачки D=S, фотореакции живые, глазодвигательных нарушений не было. Носогубная складка сглажена слева. Глота-

ние, фонация сохранялись. Глоточный рефлекс в норме. Была отмечена левосторонняя гемиплегия. Чувствительность оценить было невозможно. Ригидность мышц затылка отсутствовала. Симптом Кернига отрицательный.

МСКТ головного мозга выявила внутримозговую опухоль лобной и теменной долей справа размером 4,4x5,7x4,0 см с выраженным перифокальным отеком, интенсивно кольцевидно накапливающую контрастное вещество, дислокация срединных структур влево 1,5 см (рис. 1).

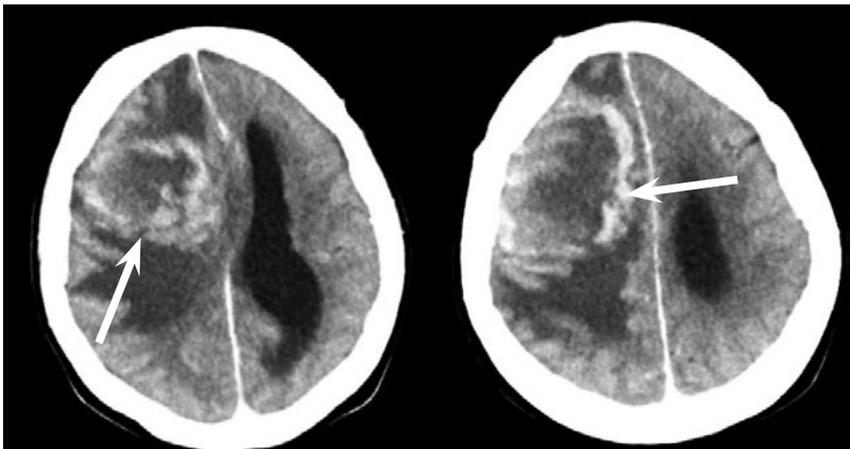


Рис. 1. МСКТ головного мозга контрастным усилением. Определяется внутримозговая опухоль правой лобной и теменной долей с выраженным перифокальным отеком, кольцевидно накапливающая контрастное вещество (указана стрелкой).

Из-за общей тяжести состояния пациентки МРТ головного мозга выполнить не удалось. По данным развернутого анализа крови отмечалась лимфопения: лимфоциты отн. 11,30%, абс. $0,9 \times 10^9$ /л. В связи с чем был взят анализ на ВИЧ-инфекцию. Выявлены антитела к ВИЧ (HIV1/2) и антиген p24.

Диагноз: внутримозговая опухоль правой лобной и теменной долей (глиобластома? лимфома?). Левосторонняя гемиплегия. Синдром нарушенного сознания. В связи с выраженным масс-эффектом, дислокацией срединных структур 1,5 см и

угнетением сознания до глубокого оглушения принято решение о срочном оперативном лечении.

Выполнена операция: костно-пластическая трепанация черепа в правой лобно-теменной области, микрохирургическое удаление внутримозговой опухоли под нейрофизиологическим и нейронавигационным контролем.

На следующие сутки контрольная МСКТ показала, что опухоль удалена, накопления контрастного вещества не отмечается, заметны небольшие следы крови в зоне операции и пневмоцефалия (рис. 2).

В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика. На третий день после операции пациентка находилась в сознании, была несколько не критична к своему состоянию, отмечалось нарастание мышечной силы в ноге до 3-х баллов, в руке сохранялась плегия дистально, проксимально отмечалось



Рис. 2. МСКТ головного мозга с контрастным усилением. 1-е сутки после операции. Опухоль удалена, накопления контрастного вещества не отмечается.

появление минимальных движений. Швы были сняты на 10-е сутки, рана зажила первичным натяжением.

По данным иммуногистохимического исследования: морфологическая картина соответствует субстрату первичной В-клеточной крупноклеточной лимфомы ЦНС.

Пациентка осмотрена инфекционистом центра СПИД и гематологом ККБ. Принято решение о переводе в гематологическое отделение для проведения химиотерапии. Однако пациентка от химиотерапии отказалась и покинула больницу. В дальнейшем на связь не выходила, дальнейшая история ее болезни не известна.

в ногах - оживлены. Выраженный вестибуло-атактический синдром. Симптом Кернига 160 г.

По данным развернутого анализа крови отмечалась лимфопения: лимфоциты отн. 8,40%, абс. $0,9 \times 10^9$ /л. ВИЧ-инфекция подтверждена (антитела к ВИЧ (HIV1/2) и антиген p24).

По данным МСКТ головного мозга: картина объемного образования левого полушария мозжечка (рис. 3).

По общей тяжести состояния пациентки МРТ головного мозга выполнить не удалось.

Выставлен диагноз: внутримозговая опухоль левого полушария мозжечка (лимфома?). В связи

● Клинический случай 2

Пациентка С., 38 лет, санитарной авиацией была переведена из Норильской РБ в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярск с жалобами на головную боль, выраженное головокружение, тошноту, рвоту, затруднение при глотании, пульсирующую боль в глазах. Такие симптомы наблюдались на протяжении почти двух месяцев. С 2023 года женщина состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции, антиретровирусную терапию получает.

В неврологическом статусе при поступлении отмечалось оглушение сознания. Ориентация в месте, времени и личности сохранена. Критика сохранена. Контакт возможен. Сонлива. Дизартрия. Дисфагия. Бульбарные нарушения. Зрачки D=S, фотореакции живые. Глазодвигательных нарушений нет. Нистагма нет. Чувствительность в лице сохранена. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс в норме. С-м Манн-Гуревича отрицательный. Двигательная сфера: мышечная сила сохранена во всех сегментах и равна 5 баллам. Чувствительная сфера: чувствительность сохранена (глубокая, поверхностная). Сухожильные рефлексы D=S в руках, умеренно оживлены; D=S

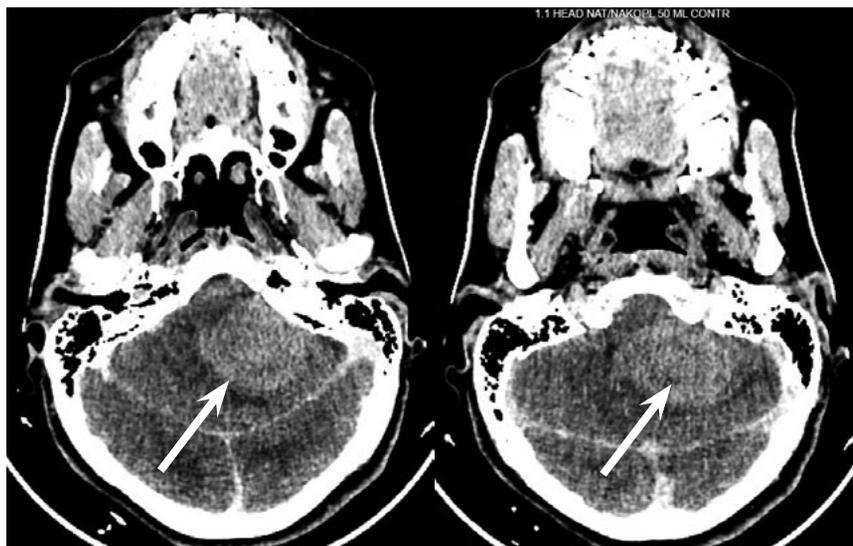


Рис. 3. МСКТ головного мозга контрастным усилением. Определяется внутримозговая опухоль левого полушария мозжечка, равномерно накапливающая контрастное вещество (указана стрелкой).

с выраженным масс-эффектом и компрессией ствола головного мозга принято решение о срочном оперативном лечении.

Пациентке выполнена костно-пластическая трепанация задней черепной ямки, микрохирургическое удаление опухоли.

В послеоперационном периоде наблюдалась положительная динамика: женщина находилась в ясном сознании, была ориентирована, критична. Появление нового очагового дефицита

не отмечено.

Контрольная МСКТ показала, что опухоль удалена радикально, накопление контрастного вещества не отмечается (рис. 4).

По данным иммуногистохимического иссле-

дования: морфологическая картина первичной В-клеточной крупноклеточной лимфомы ЦНС. После осмотра инфекционистом и гематологом принято решение о переводе в гематологическое отделение для проведения химиотерапии.

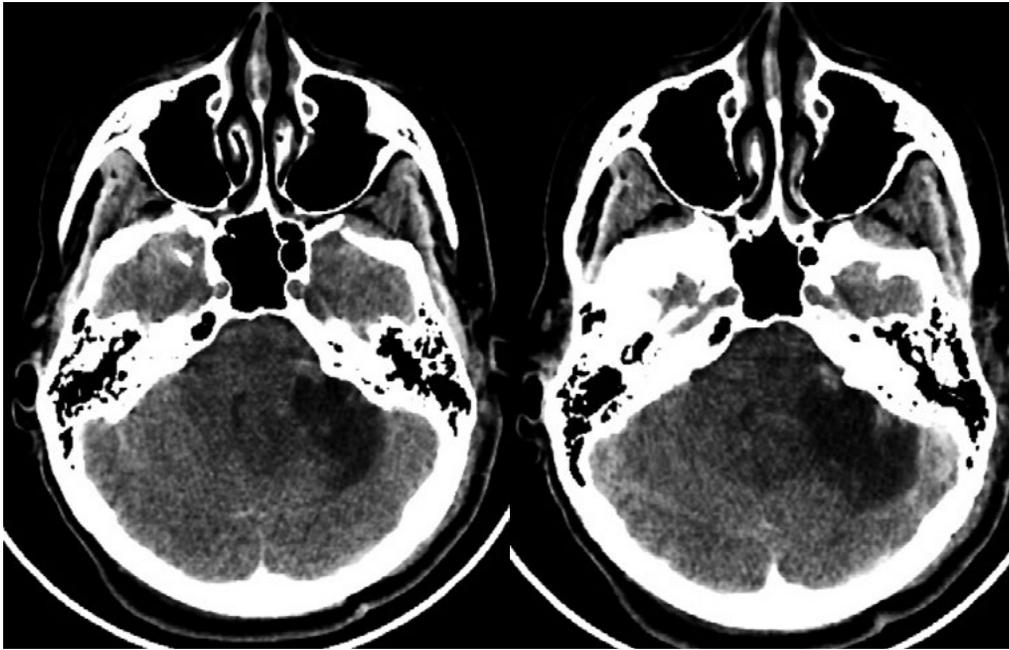


Рис. 4. МСКТ головного мозга с контрастным усилением. 1-е сутки после операции. Опухоль удалена, накопления контрастного вещества не отмечается.

Заключение

У пациентов с ВИЧ-инфекцией и очаговым поражением головного мозга в первую очередь необходимо исключать оппортунистические поражения: токсоплазмоз, первичная лимфома ЦНС, туберкулез и др. По данным нейровизуализации достоверно дифференцировать такие поражения от других патологий головного мозга практически невозможно. При подозрении на первичную лимфому ЦНС для окончательной верификации требуется стереотаксическая биопсия образования. Однако, как показано в наших клинических случаях, при образованиях, вызывающих масс-эффект и клинику дислокационного синдрома, может потребоваться открытое удаление опухоли по жизненным показаниям.



За четыре месяца работы проекта «Пора проверить печень» у шести пациентов подтвердили гепатоцеллюлярный рак

Об этом рассказали специалисты краевого онкодиспансера. Всего за четыре месяца работы программы скрининга рака печени участие в ней приняли 489 человек из группы повышенного риска. В онкологическом диспансере они сдали кровь, и по результатам анализов у 121 пациента показатели маркеров гепатоцеллюлярного рака – АФП и PIVKA II – оказались превышены. Индивидуально для каждого пациента был рассчитан риск возникновения гепатоцеллюлярного рака при помощи специального калькулятора.

На второй этап скрининга – прохождение МРТ с гепатотропным контрастом – мы записали 46 пациентов. Еще двоим специалисты сделали УЗИ брюшной полости, поскольку МРТ по индивидуальным противопоказаниям они пройти не смогли. Обследование проведено уже 42 пациентам. На консультацию онколога по поводу диффузного образования печени направлены 22 из них, а у 10 заподозрен гепатоцеллюлярный рак. Некоторые из пациентов уже побывали на врачебной комиссии, которая определила необходимость проведения биопсии для верификации диагноза. Еще семь пациентов попадут на прием к онкологу на следующей неделе, – рассказала заведующая отде-

лом скрининговых программ и профилактики злокачественных новообразований Валерия Комиссарова.

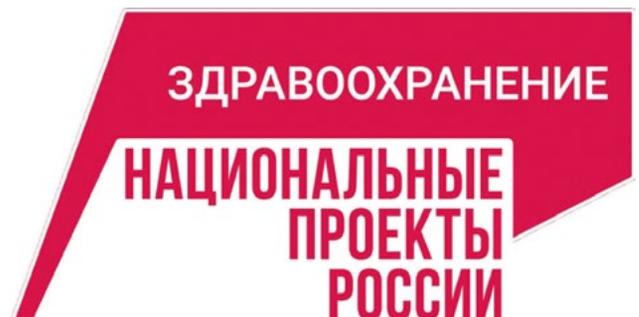
Напомним, проект «Пора проверить печень» направлен на повышение выявления на ранних стадиях гепатоцеллюлярного рака с сохранной функцией печени, снижение смертности при этом заболевании, а также на повышение осведомленности пациентов и их родственников о важности проблемы и скрининга гепатоцеллюлярного рака.



В рамках скрининга специалисты краевого онкодиспансера совместно с инфекционистами нашего региона определили группу высокого риска возникновения гепатоцеллюлярного рака. В нее вошли пациенты в возрасте от 40 до 70 лет со степенью фиброза печени F3-F4 или длительностью цирроза печени более пяти лет, поскольку гепатоцеллюлярный рак более чем в 80% случаев развивается именно на фоне цирроза. Пациентов из группы высокого риска адресно приглашают в Красноярский краевой клинический онкологический диспансер. Специалисты обращают внимание: если вас или кого-то из ваших близких пригласили пройти скрининг, пожалуйста, не отказывайтесь от участия в программе, поскольку она позволит повысить шансы выявления гепатоцеллюлярного рака на ранних стадиях.

Адресное приглашение пациентов для участия в пилотном проекте «Пора проверить печень» проводилось до конца ноября. До конца года пациенты с подозрением на гепатоцеллюлярный рак пройдут второй этап – МРТ с контрастом. После МРТ пациентов пригласят на консультацию к врачу-онкологу для определения дальнейшей тактики диагностики или динамического наблюдения.

Добавим, Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского – ведущее учреждение края онкологического профиля, которое курирует оказание онкологической помощи на всей территории региона и участвует в реализации национального проекта «Здравоохранение».





ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ Красноярского края

Годом рождения онкологической службы Красноярского края принято считать 1945-й, когда в легочно-аллергологическом корпусе краевой больницы развернули 20 онкологических коек. Поначалу онкодиспансер, который возглавила А.И. Соснина, не имел своих помещений, но впоследствии на территории первой краевой в двухэтажном доме организовали поликлинический прием, а в конце 1960-х учреждение приросло типовым зданием по улице 1-й Смоленской. В новом здании расположились отделения хирургии, лучевой и химиотерапии.



Хирургический корпус

Первым главным врачом городского онкологического диспансера была Екатерина Захаровна Бурмина. Специализированное лечебное учреждение, рассчитанное на лечение 200 пациентов, открылось в 1975 году в историческом архиерейском доме по улице Горького. С 1983-го диспансер возглавил Евгений Васильевич Шалыгин.

Создание городского онкодиспансера было жизненной необходимостью. В городе на тот момент проживало свыше 800 тысяч человек. Нужно было работать с поликлиниками, проводить ликбез врачам в отношении онкологии.

У городского онкодиспансера не было лучевых установок, они располагались в краевом онкологическом диспансере на улице 1-й Смоленской, как и химиотерапевтическое отделение.

Впоследствии в старом здании школы №33 на Марковского открыли городское химиотерапевтическое отделение. Руководила им Наталья Владимировна Рачкова.

Диспансер разрастался, одного корпуса становилось мало. Появилась необходимость в короткие сроки переместить из хирургического корпуса клиническую и биохимическую лаборатории, патоморфологию, администрацию, бухгалтерию. Член-корреспондент Российской академии художеств и Российской академии архитектуры и строительных наук, почетный гражданин Красноярского края архитектор Арэг Саркисович Демирханов для скорейшего решения этой непростой задачи предложил построить корпус по типу общежития – в то время и не предполагали, что хирургическая помощь онкологическим па-



КДЛ, 60-70 годы, приготовление мазков крови. А.А. Романенко, Г.Н. Крылова, Т. Капралова, Т.А. Сиратюк, С. Гаус



Обход пациентов Крыжановским, городской онкодиспансер

циентам будет так сильно расширяться. В 1992 году краевой и городской диспансеры объединились в краевой онкологический центр. А на следующий год завод «Красмаш» передал на баланс онкодиспансеру лечебный корпус на улице Московской, 30. Там разместились городская поликлиника и хирургический стационар. В 2014 году регистратуру и специалистов поликлиники, располагавшейся на Московской, 30, объединили с поликлиникой в корпусе на 1-й Смоленской.

После объединения городского и краевого онкологических диспансеров гинекологическое отделение переехало в корпус на 1-й Смоленской, но там, в свою очередь, было важно оставить урологическое отделение, поэтому отделение гинекологии тоже оказалось в корпусе на Московской.



Проведение рентгеноскопии в затемненной комнате

Нынешнее свое название – Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского – медицинская организация носит с 2008 года. Доцент, кандидат медицинских наук Альберт Иванович Крыжановский внес огромный вклад в развитие диспансера. Например, при нем еще



Обход в радиотерапевтическом/радиологическом отделении доцента кафедры рентгенологии и радиологии Геннадия Степановича Гракова и ассистента той же кафедры Александра Степановича Павлючек. Докладывает врач-радиолог В.А. Козин

в 1995 году принял первых пациентов кабинет амбулаторной химиотерапии, а в 2001-м вступил в эксплуатацию радиологический корпус с пятью каньонами для аппаратов дистанционной лучевой терапии, двумя каньонами для внутриполостной гамма-терапии и кабинетом близкофокусной рентген-терапии.

В июле 2010 года приказом министерства здравоохранения Красноярского края Краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Красноярский краевой онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского» присвоен статус клинического. Онкологический диспансер никогда не стал бы таким без выдающихся врачей, способствовав-



Сеанс рентгенотерапии

ших становлению онкологической службы Красноярского края. Спустя много лет о них с прежним уважением говорят в стенах диспансера. Это Николай Фадеевич Тутарков, Николай Александрович Рыкованов, Юрий Аркадьевич Шанин, Анатолий Михайлович Липатов, Борис Шмулевич Копылевич, Надежда Федоровна Станова, Александра Александровна Фролова, Галина Алексеевна Каширина, Нина Валентиновна Липатова, Сергей Михайлович Селин, Борис Енохович Замощик, Фаина Борисовна Хлебникова, Лилия Анатольевна Бабушина, Галина Михайловна Трегубова и многие другие.

Главным событием последних лет для диспансера и всей онкологической службы края стал запуск в 2009 году проекта «Реконструкция и расширение Красноярского краевого онкологического диспансера». Проект включает три очереди строительства, по завершении которых в крае появится единый онкологический комплекс.

Три корпуса первой очереди – лечебно-диагностический, палатный, приемно-административный – общей площадью около 50 тысяч квадратных метров, полностью укомплектованные современной медицинской аппаратурой и медицинской мебелью, введены в строй в 2014 году. В палатном корпусе разместились отделения онкоурологической хирургии; онкогинекологической хирургии; онкоабдоминальной хирургии им. Н.А. Рыкованова; онкоторакальной хирургии; опухолей головы и шеи; паллиативной помощи.

На площадях лечебно-диагностического корпуса организовали работу отделения эндоскопии; функциональной и ультразвуковой диагностики; лучевой диагностики, а также клиничко-диагностическая лаборатория с бактериологическим отделом, аптека, центральная стерилизационная. Здесь же находится сердце диспансера – оперблок (17 залов для плановых и два зала для экстренных операций), где выполняются полостные и малоинвазивные хирургические вмешательства. Также в лечебно-диагностическом корпусе расположено реанимационное отделение на 18 коек и палаты пробуждения.

Строительство второй очереди, в которую вошли реконструкция радиологического корпуса с заменой оборудования, новая поликлиника на 650 посещений в смену и здание патологоанатомического отделения, завершилось в 2016 году.

Новой поликлиники ждали много лет. Отсутствие необходимых условий для пациентов и персонала в старом здании побудило переехать в новое здание сразу после получения лицензии, не дожидаясь окончания поставки оборудования. Впоследствии в поликлинике заработали все информационные системы, появился режим дистанционного консультирования, и специалисты подразделения смогли оказывать помощь в



Обход пациентов А. И. Крыжановским

полном объеме.

Благодаря появившимся корпусам, в которые переехала большая часть хирургических отделений краевого онкодиспансера, а также все диагностические, удалось значительно улучшить условия для пациентов и сотрудников. Практически сразу после открытия лечебно-диагностического корпуса в оборудованном по последнему слову техники оперблоке были проведены первые операции. Новые условия позволили специалистам онкодиспансера получить лицензию на



Радиологический корпус

оказание высокотехнологичной медицинской помощи и в хорошем темпе продолжать осваивать высокотехнологичные операции. Кроме того, расширился спектр диагностических мероприятий – лечение пациентов больше не зависело от проведения в других лечебных учреждениях МРТ, КТ, всех видов УЗИ, эндоскопических и лабораторных исследований.

Прорывным с точки зрения внедрения медицинских технологий стал 2015 год, когда в учреждении были освоены 47 новых способов хирургического вмешательства, чему способствовало проведение в онкодиспансере 28-ми мастер-классов известными российскими и зарубежными специалистами.

Начало третьей очереди проекта расширения и реконструкции было положено в 2017 году, после того как снесли старый хирургический корпус, служивший онкологической службе края почти полвека. Открылся новый палатный корпус мощностью 260 коек в 2022 году, на восьми его этажах расположились семь круглосуточных отделений и два дневных стационара противоопухолевой лекарственной терапии на 100 пациенто-мест.



Бактериологический отдел клинко-диагностической лаборатории

С 22 марта 2021 года диспансер возглавляет Руслан Александрович Зуков, доктор медицинских наук, профессор, врач-онколог, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом последипломного образования.

Красноярский краевой клинический онкологический диспансер сегодня занимает место в ряду крупнейших онкологических учреждений на терри-

тории Сибирского федерального округа. В его структуре 13 круглосуточных отделений, четыре дневных стационара, поликлиника, диагностические отделения, а также пансионат на 65 мест. В диспансере свыше 1200 сотрудников. Среди них 216 онкологов, радиотерапевтов, представителей других врачебных специальностей, шесть биологов, восемь провизоров, три фармацевта, 430 средних медицинских работников, 63 санитарки и 30 младших медицинских сестер по уходу за больными. В учреждении ведут врачебную практику пятеро докторов медицинских наук и 38 кандидатов медицинских наук. Три члена коллектива носят почетное звание «Заслуженный врач РФ», 30 человек являются отличниками здравоохранения.

Хирурги Красноярского краевого клинического онкодиспансера непрерывно наращивают количество видов выполняемых операций, в том чис-



Современные операционные



Новый корпус теперь стоит на месте старого хирургического, служившего онкологам на протяжении 50 лет

ле высокотехнологичных. Так, специалисты отделения онкоабдоминальной хирургии внедрили в практику вмешательства лапароскопическим доступом, расширенные комбинированные операции с резекцией магистральных сосудов при опухолях гастропанкреатодуоденальной зоны, расширенные операции при опухолях печени.

В отделении онкоторакальной хирургии применяют современные технологии лечения пациентов с опухолями легкого и средостения. Навыки, полученные в результате российских и зарубежных стажировок, позволили активно внедрять видеоторакоскопические методы лечения.

В отделении онкоурологии активно стали использоваться лапароскопические методики при резекции почки, нефрэктомии, простатэктомии, цистэктомии и других патологиях. Обеспечивается возможность применения технологии fast track, охватывающей все этапы нахождения пациентов в стационаре и способствующей их быстрому, активному и безопасному послеоперационному восстановлению, а также сокращению пред- и послеоперационного койко-дня.

Специалисты отделения абдоминальной онкологии №2 внедрили лапароскопические операции на толстой и прямой кишке, расширенные операции при опухолях печени, экзентерации малого таза, резекции крестца при местнораспространенном раке прямой кишки, перитонэктомии.

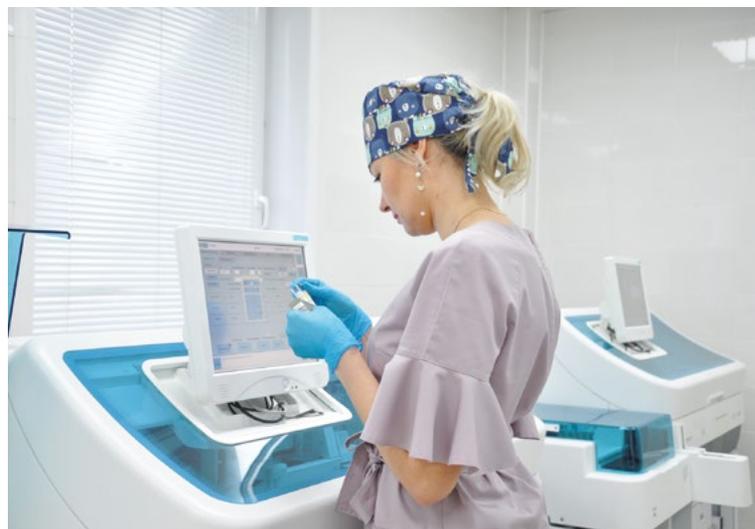


В клинко-диагностической лаборатории

Ежегодно в диспансере проводится более 25 000 курсов противоопухолевой лекарственной терапии. 20 врачей-химиотерапевтов учреждения используют для помощи пациентам имеющийся арсенал противоопухолевого воздействия: классическую химиотерапию, таргетную терапию, иммунотерапию, гормонотерапию, а также комбинации этих методов. Залогом успешного исхода лечения служит не только правильный подбор схемы препаратов, но и сопроводительная терапия с использованием всего спектра современных средств. Благодаря открытию нового корпуса в диспансере появился отдел централизованного разведения противоопухолевых препаратов, в нем созданы все необходимые условия, которые существен-



Отдел централизованного разведения противоопухолевых лекарственных препаратов



В клинико-диагностической лаборатории

но экономят время персонала и лекарственные препараты, а также позволяют проводить эти работы безопасно для сотрудников.

Доступность медицинской помощи поддерживается современными возможностями телемедицины, в 2023 году было проведено свыше 11 тысяч консультаций с медучреждениями, находящимися в районах края, и более 1200 – с федеральными клиниками.

Современное оборудование и новые подходы к лучевой терапии позволяют проводить самое передовое лечение злокачественных опухолей практически всех локализаций с ее высокой переносимостью и сохранением качества жизни пациентов. В рамках проекта реконструкции и расширения краевого онкологического диспансера в 2016 году радиологический корпус был перестроен, а спустя год здесь открылось третье по счету радиологическое отделение. В 2020-м устаревший гамма-терапевтический аппарат «Рокус-АМ», на котором онкобольных лечили два десятилетия, заменил линейный ускоритель последнего поколения Varian TrueBeam.

В настоящее время в учреждении развернуто два круглосуточных радиотерапевтических отделения на 155 коек и дневной радиотерапевтический стационар на 190 пациенто-мест, где каждый день получают помощь в среднем 350 больных из Красноярского края, а также республик Хакасия и Тыва. В составе отделений функционируют блок дистанционной лучевой терапии, блок контактной лучевой терапии, служба медицинских физиков и технической поддержки.

Важное место отведено молекулярно-генетическим методам диагностики. Так, в 2016 году КККОД был аккредитован на выполнение генетических анализов методом полимеразной

цепной реакции – ранее материал для генетических исследований отправляли в Москву или Санкт-Петербург. Клинико-диагностическая лаборатория Красноярского краевого клинического онкодиспансера оказалась единственной в Сибири и на Дальнем Востоке, получившей разрешение на этот вид деятельности. За несколько лет специалистам удалось расширить спектр анализа генов до уровня, полностью покрывающего все диагностические потребности при лечении онкопатологии. В настоящее время на базе онкодиспансера исследуются мутации генов EGFR, PIK3CA, BRCA1 и 2, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, ROS1 у пациентов со злокачественными новообразованиями легких, молочной и предстательной желез, яичников, колоректальным раком и меланомой.

На базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера организовано проведение клинических исследований лекарственных средств различных фаз. В 2023 году диспансер принимал участие в 79 клинических исследованиях, одобренных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В 2023 году специалистами диспансера издано 80 публикаций (в 2022 году – 68). По показателю h-индекса (индекса Хирша) Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имеет показатель, равный 20 (в 2022 году – 17). Онкодиспансер – клиническая база Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, на его площадях располагаются девять кафедр.

В 2025 году онкологическая служба Красноярского края отметит свой 80-летний юбилей.



отделению ультразвуковой диагностики

О том, что не все звуковые волны воспринимаются человеческим ухом, ученые догадывались давно. В конце XVIII века зоологи установили: летучие мыши, которым перекрыли слуховые проходы, прекращают успешно ориентироваться в пространстве. В XIX веке швейцарский физик Жан-Даниэль Колладон, погружая в Женевское озеро колокол, сумел вычислить скорость звука в воде, это предопределило рождение гидроакустики. А в 1880 году братья Кюри обнаружили пьезоэлектрический эффект, возникающий в кварцевом кристалле при механическом воздействии. Спустя же два года был сгенерирован и обратный пьезоэффект. Это открытие легло в основу создания пьезоэлементов преобразователя ультразвука – главного составляющего любого УЗ-оборудования.

В 1947 году с помощью ультразвука впервые была обнаружена опухоль мозга. Первый аппарат для медицинского сканирования представлял собой резервуар с жидкостью, в которой сидел пациент, а вокруг него передвигался сканер-соматоскоп. Отечественные УЗИ-сканеры были сконструированы в 1960-е годы, но в практическую медицину так и не пришли.

С 1990-х начался золотой век ультразвуковой диагностики в медучреждениях. В 1999 году руководитель курса по ультразвуковой диагностике кафедры лучевой диагностики факультета повышения квалификации КГМУ Светлана Ивановна Жестовская после защиты докторской диссертации была назначена заведующей



Л.А. Семенова, первый врач
УЗ-диагностики ККБ

вновь созданным отделением
ультразвуковой диагности-

ки ККБ. Штатное расписание было представлено 5,75 ставки врачей и двумя ставками медицинских сестер. Старшей медицинской сестрой была назначена Светлана Викторовна Щедрова.

Первые сотрудники отделения – Лариса Александровна Семенова, Ирина Николаевна Боженова, Елена Леонтьевна Вильнер, Наталья Юрьевна Гаврикова, Валентина Васильевна Рункелова, Евгения Александровна Чекаловец. Раздел инвазивных вмешательств курировала Елена Юрьевна Евдокимова, врачом-цитологом трудился Игорь Александрович Алексеев, медсестрой – Наталья Александровна Пирова.

За сравнительно небольшой срок отделение значительно расширилось, существенно увеличилась материальная база: оборудование постоянно обновляется на современное. В 2012 году отделение было представлено уже 29,5 ставки врачей, среди них доктор медицинских наук, три кандидата медицинских наук, аспиранты. В отделении трудятся 14 медсестер.



Коллектив отделения, 1999 г.



С.И. Жестовская

С 2013-го по 2024 год отделением заведовала Елена Викторовна Еремина. Стоит отметить, что на протяжении этих лет арсенал выполняемых методик значительно расширился, в том числе появилась эластография печени, ультразвуковое исследование кишечника, 3D-исследование молочных желез.



Коллектив отделения, 2001 г.



Коллектив отделения УЗИ, 2020 г.



В приемном покое ККБ

С июня 2024 года отделением заведует кандидат медицинских наук Екатерина Викторовна Соседова. Планируется оптимизация работы отделения ультразвуковой диагностики в стационаре и поликлинике, внедрение новых методов ультразвуковой визуализации, включая эластографию щитовидной железы и молочных желез.



Е.В. Соседова



Коллектив отделения УЗИ, 2024 г.

Истории нашего городка, точнее – медгорода...

Накануне волшебного праздника редакция журнала «Первая Краевая» собрала за виртуальным микрофоном рассказчиков – они поделились запомнившимися историями из профессиональной жизни, которые точно характеризуют как пациентов, так и самих медиков.

Муся



Гаджар Салим кызы Бабаева,

врач-кардиолог
кардиологического
отделения №4:

Думаю, у каждого врача есть история с пациентом, вспоминая которую ты непроизвольно улыбаешься. Хочу вам рассказать свою. Мой самый любимый контингент больных – это пожилые люди. От них никогда не знаешь, чего ожидать. Но они полны безумства и искренних поступков, они для меня – как дети. В один из осенних дней в кабинет дистанционного ЭКГ-консультирования поступил звонок: нужна помощь в Балахте. Подобные звонки посту-

пают в день десятками, но этот был особенный. Доктору-кардиологу Веронике Александровне Музалевской разъяснили ситуацию: мужчина второй день подряд вызывает скорую медпомощь, по заключению телецентра еще при первой отправке ЭКГ его рекомендовалось госпитализировать в ЧКВ-центр, но больной наотрез отказывается от транспортировки.

Вероника Александровна решила взять ситуацию в свои руки, напрямую поговорить с больным, чтобы узнать причину отказа и разъяснить риски. При разговоре выяснилось, что мужчине некому оставить свою кошку Мусю, которая вот-вот должна родить. Было решено, что мужчина приедет с кошкой, сам госпитализируется, а меня Вероника Александровна попросила забрать Мусю к себе на время пребывания пациента в стационаре, так как у нее самой аллергия на шерсть животных.

В назначенный день мужчина не явился, никого не предупредив. А следующим вечером, во время моего дежурства, приехал сам. Фамилия была на слуху, поэтому я его сразу узнала. Пациента оформили, затем я начала сбор анамнеза, а вот о домашнем питомце спрашивать не стала. Лишь в глаза бросилась большая клетчатая сумка, с которой он поступил.

Дальше запланировали дообследование, и этого мужчину нужно было «подать» в рентген-операционную. Я все разъяснила, взяла согласие на предстоящее малоинвазивное вмешательство, и тут пациент просит меня наклониться к нему, мол, мне нужно кое-что вам сказать. Я наклонилась, а он произнес: «У меня в сумке кошка». На моем лице не



было даже удивления, я просто ответила ему: «Сумку – мне!» Наверное, любого сотрудника приемного покоя ничем не удивить.

С этой сумкой я ушла в кабинет кардиолога, находящийся в приемном покое за стойкой регистраторов. Открываю ее, а там слева аккуратно стопкой лежат вещи, а справа – зеленый контейнер, из которого невинными глазами смотрит на меня пузатая кошка Муся. Вытащила я контейнер, оставила его на своем рабочем столе, а сумку принесла обратно.

Я никогда не забуду этого мужчину, ведь он не беспокоился о себе, он все думал о своем любимом питомце, просил заботиться о Мусе, как о ребенке.

У меня никогда не было домашних животных, и я не знала, как за ними ухаживать, какие тонкости соблюдаются, а самое сложное, чем мне кормить

беременную кошку. А вдруг она родит тут? Время было позднее, я позвонила Веронике Александровне, рассказала всю ситуацию, и она мне на помощь отправила человека с едой для Муси. До утра кошка была со мной в приемном покое. А утром нового дня я навестила больного, которого к тому времени успешно простентировали. Была суббота, и мы с Мусей довольные отправились домой.

Через три дня она родила котят, а еще через пять дней пациента выписали. Когда я передавала ему Мусю с котятами, он был очень благодарен и подарил мне одного котенка в знак своей благодарности. Вот так у меня появилось маленькое пушистое чудо. Доброе сердце этого мужчины всегда будет в моей памяти. Понимая, что с человеком может случиться что угодно, он был в ответе за того, кого приручил.

Алло?!



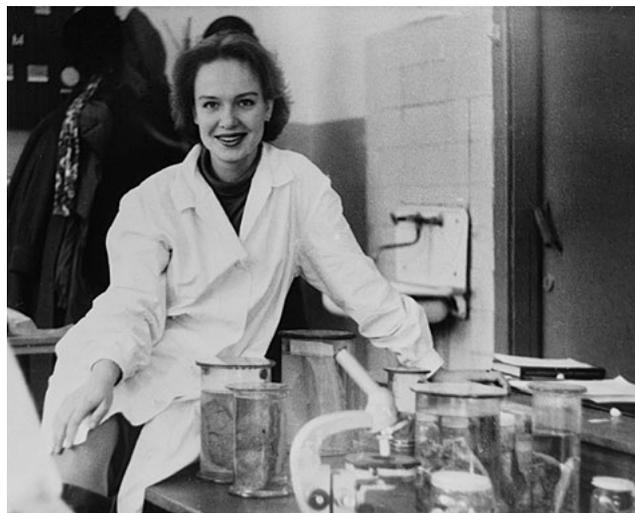
Евгения Михайловна Арбатская,

начальник ОРПУ,
редактор журнала
«Первая Краевая»:

История произошла не в нашей больнице и даже не в нашем городе, хотя вполне могла иметь место в любом медучреждении мира.

В 1990-е годы люди, мягко говоря, не жили богато, а студенты и вовсе. Практически все студенты медицинских институтов подрабатывали в больницах санитарями и медсестрами-медбратьями. Не была исключением и я, работала в детской больнице, поскольку училась на педиатра. Конечно же, воспринимать новый материал после ночной смены было трудно.

Однажды после суетной зимней ночи я поехала на практические занятия по терапии в один из стационаров города. А надо сказать, раньше студентов проще и чаще допускали к пациентам. Нам «раздали» их имена, и мы отправились по палатам собирать анамнез, жалобы, проводить осмотр и делать попытки в постановке диагноза. Мне достался славный дедуля, который бодро рассказал все свои жалобы и анамнез, и я попро-



сила его поднять рубашку, чтобы прослушать дыхание и тоны сердца.

И вот представьте: сидит молоденькая студентка на краешке кровати, перед ней пациент с поднятой рубашкой, она вставляет в уши оливы стетофонендоскопа, прикладывает к груди пациента головку прибора и говорит: «Алло?!» Секундная пауза... и палата оглашается коллективным смехом. Это был прекрасный сеанс смехотерапии для всех пациентов в палате, да и для меня тоже – взбодрилась, окончила осмотр и пошла описывать наработанное (тогда еще мы это делали по старинке, простой шариковой ручкой на серой писчей бумаге, эра компьютеров еще только зарождалась, да и фонендоскопы были обычные, механические, без электронных «начинок»).

Отравление «угарным газом»



Евгения Михайловна Курц,

заведующая отделением клинической фармакологии:

Произошло это в приемном отделении нашей больницы, где я долгое время работала терапевтом-дежурантом. Вызов в приемное отделение: отравление угарным газом. Кроме меня пригласили еще невролога и реаниматолога.

Ночью приехали по самообращению двое мужчин: один сонный сидит, дремлет, второй активный, бегаёт вокруг первого. Активный говорит: «Мы сотрудники передвижного цирка, едем на гастроли, возим слона. Гляньте, с Сеней что-то не то, он какой-то сонный и вялый. Может, болеет?!» Реаниматолог поинтересовался, где сидел Сеня, когда везли слона. «Он у хвоста, конечно, я у хобота», –



отвечает тот. И тут один из докторов спрашивает: «Вы слона чем кормите, горохом и капустой?» Те, кто понял, что коллега шутит на тему отравления угарным газом, сильно смеялись, после чего Сеня окончательно проснулся. Оказалось, что Сеня по жизни такой спокойный, вот и задремал, а почему участливый товарищ решил, что Сене плохо, так и осталось загадкой...

Вспоминаются и еще два случая, произошедшие практически друг за другом: девчонки-студентки приехали издалека учиться в Красноярск, а вечером работали. Ночью их скорая привезла с обмороком.

Выяснилось, что у них уже двое суток во рту маковой росинки не было – денег совсем не осталось. Берем кровь – сахар низкий. И тут все сотрудники, кто был в «приемнике», начали нести свою снедь и кормить голодных первокурсниц. А еще дали возможность позвонить родителям, чтобы те прислали хотя бы мешок картошки. Да, профессиональное образование раньше хоть и было бесплатным, но все равно давалось нелегко.

Нам не интересно!



Оксана Сергеевна Алеченко,

корпоративный психолог:

Однажды я по запланированному графику пришла в одно отделение нашей больницы, чтобы провести занятие для среднего и младшего медперсонала по профилактике профессионального выгорания. Собрались в ординаторской, и старшая медсестра говорит врачам: «Вы тоже можете остаться, вам тоже

полезно будет!» На что врачи нахмурили брови: «Психология? Нам? Нам это не надо, мы и так все про это знаем, мы лучше уйдем – предоставим вам возможность спокойно учиться». Но одна женщина-врач осталась что-то доделать на компьютере. У меня как раз была тема про эмоции, зачем они нужны, как их распознать и так далее. Обычно я очень ярко, с примерами рассказываю, чтобы заинтересовать слушателей, вовлечь их в диалог и порассуждать. И тут я замечаю, что врач не уходит. Видно, что она закончила работу, но по невербальным признакам понимаю: ей интересно. В этой программе 30 минут теория и 30 минут практика, так она осталась до конца! В следующий вторник, в 14:00, как и запланировано, я прихожу снова в это отделение, провести следующую тему – «Коммуникации». Там есть

такое упражнение, которое дает вау-эффект, это работа в парах с кубиками лего. Смотрю: врачи сидят, работают и не уходят. Думаю: «Ну хорошо, наверное, уйдут скоро». Начала обучение, время идет, занятие продолжается, а наши «всезнайки» сидят и делают вид, что занимаются срочными делами, Qms – он же не ждет! А сами с интересом косятся на то, что происходит.



Пожалуй, такая непосредственная реакция была даже более приятным признаком качества моей работы. Это было очень забавно и приятно, что все-таки тема эмоций и коммуникаций их заинтересовала. Единственное, что хотелось бы сказать нашим любимым докторам: «Не стыдно чего-то не знать или даже забыть. Это здорово – узнавать новое, даже если это новое кажется вам довольно простым. Оно может быть увлекательным и действенным!»

Веселые органы



**Андрей
Александрович
Газенкамф,**

*заведующий
стационарным
отделением скорой
помощи.*

Пациенты и посетители приемного отделения часто обращают внимание на забавные фигурки, стоящие на стойке регистратуры: мозг, сердце и легкие. Они стали нашими символами. И вот история о том, как эти фигурки у нас появились.

Была весна, обычный будний вечер, конец рабочего дня – самое время, когда у нас достаточно много пациентов. Это и те, кого привезла скорая помощь, и те, кто обратился самостоятельно, – жизнь кипит. Наш регистратор Родион Борисов, он и рассказал эту историю, был целиком погружен в рабочий процесс: имена пациентов, страховые полисы, Qms, диагнозы, определение срочности оказания помощи... те, кто у нас бывал, понимают обстановку. Одна скорая, вторая, третья... И тут к стойке протискивается женщина невысокого роста, скромно одетая, а в руках картонная коробочка. Достает она из коробочки вот эти три фигурки. Родион удивленно спрашивает: «Что это?» А женщина благодарно говорит: «Я недавно у вас была, вы мне очень помогли. Фигурки сделала сама. Надеюсь, они принесут вам удачу. Огромное спасибо!» Сказала – и тут же затерялась среди находящихся вокруг пациентов. Конечно, такие слова согревают душу. Родион рассказал о подарке и показал его на планерке отделения – всем было очень приятно. Такие искренние поступки напоминают нам о том, зачем мы здесь, обычное человеческое спасибо дает мотивацию к дальнейшей работе. Понимаешь, что все не зря.

Фигурки сначала кочевали по кабинетам, а потом все равно вернулись туда, где появились: в стратегический центр отделения – на стойку регистрации. И сейчас радуют и сотрудников, и посетителей.



Красноярской краевой клинической больнице вручили высокую государственную награду в Москве

На торжественной церемонии награждения, которая состоялась в Министерстве здравоохранения РФ, присутствовал главный врач ККБ Егор Корчагин.

О том, что Краевая клиническая больница удостоена ордена Пирогова, стало известно еще в октябре из письма губернатора Красноярского края Михаила Котюкова, который поздравил коллектив больницы и пожелал медикам дальнейших успехов. Теперь высокая государственная награда официально вручена КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Орден Пирогова – государственная награда Российской Федерации. Учрежден Указом Президента РФ от 19 июня 2020 года №404 «Об учреждении ордена Пирогова и медали Луки Крымского». В 2021 году орденом Пирогова были удостоены пятеро сотрудников Краевой больницы за самоотверженную работу в период пандемии коронавирусной инфекции ковид-19.

Высокой государственной награды коллектив Красноярской краевой клинической больницы удостоен за успешную деятельность в предыдущие годы – работу в качестве базового инфекционного госпиталя по лечению пациентов с коронавирусной инфекцией, командировки наших сотрудников в зону проведения специальной военной операции для оказания медицинской помощи раненым военнослужащим и мирным жителям. Кроме того, отмечены успехи по внедрению в больнице современных методов управления качеством и безопасностью, которыми КГБУЗ «ККБ» открыто делится с коллегами из других регионов страны. На сегодняшний день наработки ККБ успешно внедряются в региональных медицинских организациях от Владивостока до Калининграда.

