

сентябрь 2024 год

№ 3 (93)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



**Об организации работы центра дистанционного
ЭКГ-консультирования ККБ в рамках помощи
пациентам с ОКС**

**«Ситуационное лидерство» – тренинг
управленческих компетенций как часть
программы внутреннего обучения сотрудников**

Портреты

Егор Корчагин
Елена Частухина



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

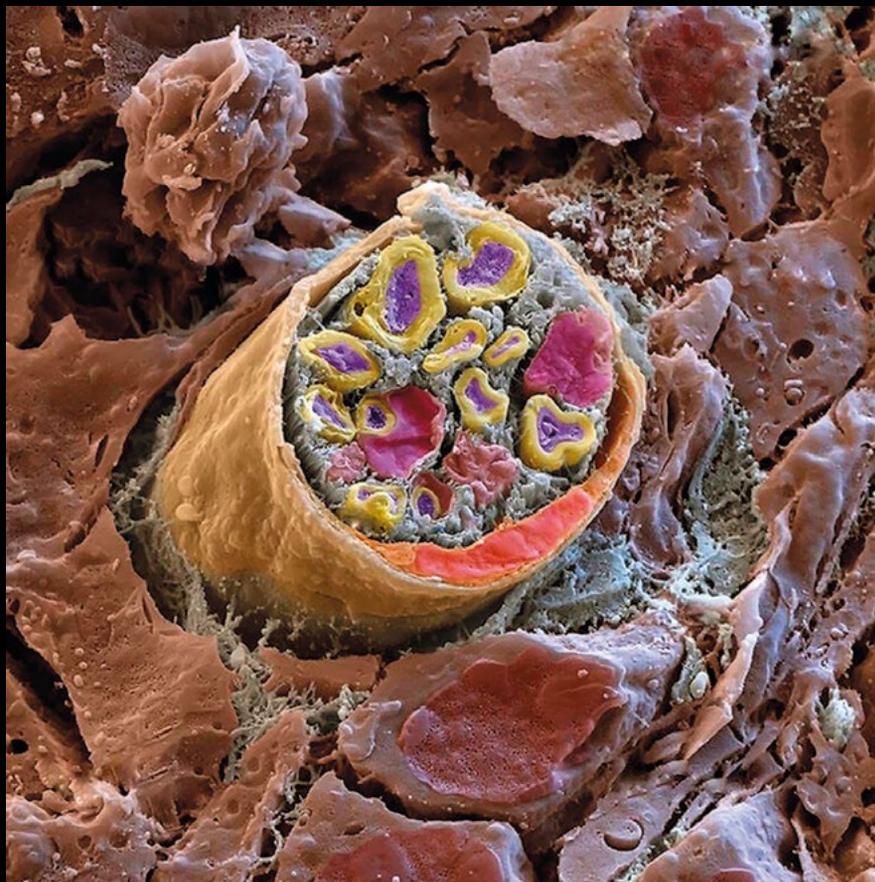
444 км, 2,5 часа

расстояние и время указаны из расчета пути в обе стороны



профессионализм
человечность
ответственность

Миелиновая защита



Скорость распространения нервных импульсов зависит от строения нервных волокон. Эти волокна чем-то напоминают электрический кабель. Есть те, что покрыты изолирующей (миелиновой) оболочкой. В основном они передают импульсы мускулатуре. Скорость распространения нервных импульсов по ним составляет 40-90 м/с. Есть и другие волокна – без оболочки (безмиелиновые), они доносят импульс до внутренних органов человека. Эти волокна тоньше – 0,3–1,3 мкм, поэтому и импульс по ним передается медленнее, скорость составляет всего 0,5–2,3 м/с. Велико значение миелина и в структурах головного мозга. Российскими учеными выявлена степень миелинизации в большей степени в стволовых структурах головного мозга во внутриутробном периоде развития. Меньшие значения – в таламусе и мозжечке, а минимальные – в полушариях головного мозга. При этом количество миелина в центральных мозговых структурах стабильно увеличивается с эмбриональным возрастом.

Дефекты нервной «изоляции»

Развитие мозга плода – сложный процесс, при котором происходят быстрые перестройки морфологии и микроструктуры нервной ткани. В некоторых зонах мозга процесс формирования миелина начинается уже с 18–20-й недели беременности, а продолжается приблизительно до десятилетнего возраста.

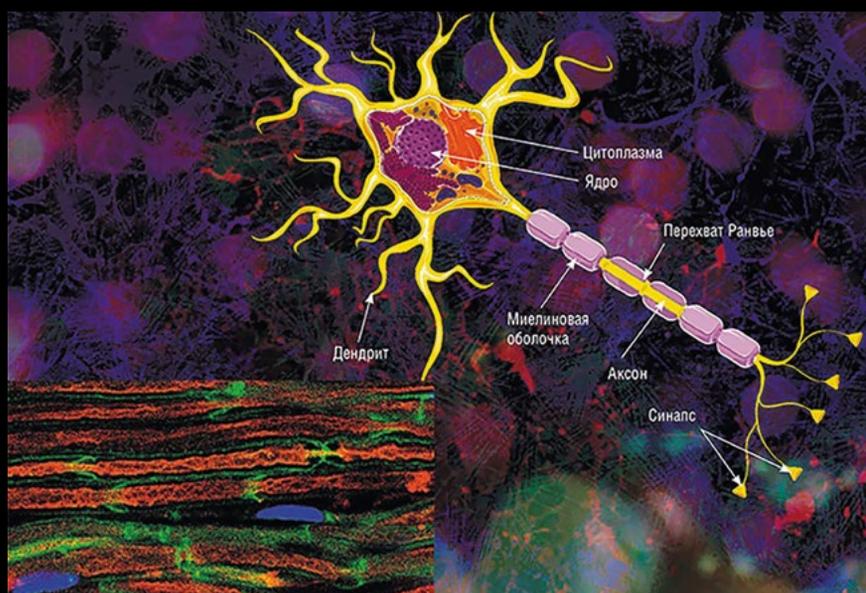
Именно нарушения миелинизации часто лежат в основе задержек физического и умственного развития ребенка, а также служат причиной формирования ряда неврологических и психиатрических патологий. Помимо заболеваний, таких как инсульт, задержки развития головного мозга плода с нарушением миелинизации, иногда наблюдаются и при многоплодной беременности. При этом десинхронизацию в развитии мозга близнецов оценить «на глаз» довольно сложно.

Но как выявить дефекты миелина в период внутриутробного развития? В настоящее время акушеры-гинекологи пользуются только биометрическими показателями (например, размером мозга), однако эти показатели обладают высокой изменчивостью и не дают полной картины. В педиатрии даже при наличии явных функциональных отклонений в мозговой деятельности ребенка традиционные изображения МРТ или нейросонографии часто не показывают структурные отклонения.

Поэтому поиск точных количественных критериев оценки формирования миелина во время беременности является актуальной задачей, которую к тому же нужно решить с помощью неинвазивных диагностических методов, уже апробированных в акушерстве. Специалисты из новосибирского Международного томографического центра СО РАН предложили использовать для этих целей новый метод количественной нейровизуализации, уже адаптированный для пренатальных исследований.

На обычном томографе

Дело в том, что количество миелина и размеры отдельных структур головного мозга у эмбриона настолько малы, что любые измерения очень сложны и трудоемки. К тому же плод постоянно шевелится, что очень затрудняет получение качественных изображений и достоверных количественных данных. Поэтому нужна технология, позволяющая получать изображения быстро и с высо-



кой разрешающей способностью даже на маленьких объектах. Именно таким оказался метод быстрого картирования макромолекулярной протонной фракции (МПФ) – биофизического параметра, который описывает долю протонов в макромолекулах тканей, вовлеченных в формирование МРТ-сигнала, тогда как обычно источником сигнала являются протоны, содержащиеся в воде (Yarnykh, 2012; Yarnykh et al., 2015).

Метод макромолекулярной протонной фракции (МПФ) основан на эффекте переноса намагниченности, когда протоны свободной воды «обмениваются» намагниченностью с протонами малоподвижных макромолекул, таких как белки. Скорость этого процесса влияет на величину сигнала.

МРТ и зависит от площади взаимодействия макромолекулярной фракции и воды. В основе расшифровки лежит специализированная процедура математической обработки МРТ-изображений, которая позволяет вычленил компоненты сигнала, связанные с МПФ клеточных мембран. А в головном мозге человека и животных основная их часть содержится именно в миелине. Реконструируются карты МПФ на основе исходных данных, которые могут быть

том от 20 недель и старше, показали, что новая технология позволяет за небольшое (менее 5 мин.) время сканирования выявить очень малые количества миелина.

Они также подтвердили способность метода надежно оценивать пространственно-временные «траектории развития» миелина в различных структурах мозга. Судя по результатам исследования, в центральных структурах (стволовых, таламусе, мозжечке) процесс миелинизации начинается раньше, а ее степень пропорциональна возрасту. При этом в белом веществе полушарий головного мозга миелин в дородовом периоде практически не обнаруживается (Yarnykh, Prihod'ko, Savelov et al., 2018). Полученные новым неинвазивным методом результаты хорошо согласуются с уже известными патоморфологическими данными.

В течение последнего десятилетия для изучения внутриутробного периода созревания мозга использовались различные количественные методы МРТ. Но оказалось, что среди всех известных на сегодня методов наиболее чувствительным к содержанию миелина в мозге взрослого человека и плода оказался метод картирования МПФ. С его помощью новосибирским специалистам впервые удалось разработать количественные критерии нормальной внутриутробной миелинизации, на основании которых можно оценить своевременность формирования внутренней структуры мозга от второго триместра до рождения ребенка. Эти критерии в дальнейшем можно использовать в клинической практике с применением уже и у взрослых пациентов. Кроме того, в некоторых случаях новый метод помогает диагностировать врожденный порок развития головного мозга еще до рождения, что бывает затруднительно с использованием только традиционных методов МРТ.

получены практически на любом клиническом томографе.

Для реконструкции карт МПФ используются четыре исходных изображения, полученные различными традиционными методами МРТ. Правильность такого подхода подтвердили результаты его апробации на лабораторных животных в Томском государственном университете: у мышей, которым вводили раствор, вызывающий разрушение миелина, результаты МПФ-картирования совпали с данными гистологического исследования тканей (Khodanovich et al., 2017).

Миелин – в норме и патологии

Пилотные исследования, выполненные в рамках клинических диагностических МРТ-обследований эмбрионов возраст-

Статья на основе материалов журнала
«Наука из первых рук»

Загадочные узоры

Линии Блашко впервые описаны в 1901 году немецким дерматологом Альфредом Блашко. Он изучал различные патологические состояния кожи и пришел к выводу, что рисунок на многих пациентах крайне схож и при этом не соотносится с какой-либо другой системой организма.



Вы можете видеть, что линии никогда не пересекают переднюю срединную линию – воображаемую границу, проходящую по длине груди и живота вдоль передней части тела. Сзади они образуют характерную V-образную форму, а вдоль конечностей и вокруг головы и лица проходят волнистые линии. По одной из версий, в процессе дифференцировки меланобластов на 10-25 неделях внутриутробного развития человека происходят нарушения в миграции их клеточных потоков, что приводит к проявлению этих линий.

По другой версии, появление таких линий представляет собой «план» миграции клеток, который становится виден в результате мутации некоторых клеток на ранних этапах дифференцировки. Тогда эти клетки с отличным от остальных геномом становятся родоначальницами

таких же клеток. В процессе дифференцировки они располагаются по линиям.

Нормальные, обычные клетки и клетки с измененной ДНК по-разному способны реагировать на стрессовые ситуации. В таких случаях возможно появление участков кожи с разной степенью пигментации. Причем эти участки будут чередоваться полосами. Проявление наследственных или приобретенных заболеваний часто увеличивает степень проявления этих линий.

В исключительных случаях линии Блашко не сопровождаются какими-либо заболеваниями, а всего лишь являются проявлением такого феномена, как химеризм. Например, при слиянии двух зигот. Разные участки тела будут иметь разный геном, следовательно, и цвет кожи.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Сентябрь 2024 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 9** **Новости**
- 10** **Портрет** | Егор Корчагин
- 13** **Портрет** | Елена Частухина
- 16** **Программа VIII Всероссийской
научно-практической конференции**
«Практика разработки и внедрения
системы менеджмента качества в
медицинской организации»
- 24** **Опыт** | Об организации работы
центра дистанционного ЭКГ-
консультирования Краевой
клинической больницы в рамках
помощи пациентам с острым
коронарным синдромом
- 29** **Опыт** | Реализация модели
сосудистых центров в условиях
большой территории
- 32** **Оргдрав** | «Ситуационное
лидерство» – тренинг
управленческих компетенций как
часть программы внутреннего
обучения сотрудников Краевой
клинической больницы
- 37** **Оргдрав** | Подбор кадров: как
провести собеседование, которое
усилит вашу команду
- 42** **Casus extraordinarius** | Иммуитет
у пациенток с послеродовым
эндометритом: о чем надо знать
и чего бояться
- 46** **Casus extraordinarius** | Туляремия:
сложности диагностики
- 50** **Знаменательные даты** | 35 лет
эндокринному отделению
- 54** **Знаменательные даты** | 35 лет
дневному стационару отделения
хронического гемодиализа

Ваше обучение еще никогда не было таким понятным и простым

10 лет опыта **560+** курсов и циклов **500+** слушателей ежемесячно **>80%** обращаются по рекомендации

Мы будем полезны, если Вам нужны:

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Для тех, кто не первый год в своем деле и хочет без лишних сложностей продолжать им заниматься. Дистанционно, быстро и без отрыва от работы!

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА

Для тех, кто постоянно развивается, не стоит на месте и готов покорять новые вершины. Освойте дополнительную специальность, чтобы увеличить свой доход и с новой силой полюбить врачебное дело!

АККРЕДИТАЦИЯ ПОД КЛЮЧ

Помогаем в прохождении периодической аккредитации (подготовка портфолио и отправка в ФАЦ) и первичной специализированной аккредитации врачей и СМП!

БЕСПЛАТНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ
+7 800 775 96 95

24/7

«МЕДЭКСПЕРТ» – ЭТО:

- +** Наличие симуляционного центра
- +** Возможность очного и дистанционного обучения
- +** Качественное образование без отрыва от работы
- +** Документы государственного образца
- +** Понятная и удобная система обучения
- +** Максимально широкий выбор медицинских специальностей

**СВЯЖИТЕСЬ С НАМИ ЛЮБЫМ УДОБНЫМ СПОСОБОМ.
МЫ ВСЕГДА РАДЫ ВАМ ПОМОЧЬ!**



Сканируйте QR-код для быстрой связи с нами через Whats App

*просто наведите камеру телефона на данный код

НАШ АДРЕС

660022
г. Красноярск
ул. Партизана
Железняк, 21А, 3 этаж
(вход со двора)
Пн-Пт: с 9-00 до 17-00
Сб-Вс: выходной

КОНТАКТЫ

8 (800) 775-96-95
8 (391) 270-99-21
info@24medexpert.ru

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Традиционно сентябрьский номер журнала «Первая Краевая» содержит в себе программу Всероссийской научно-практической конференции «Практика разработки и внедрения системы

менеджмента качества в медицинской организации». В этом году мы проводим ее уже в восьмой раз, и нововведением станет одновременная работа трех площадок. Конференция-2024 принимает также рекордное количество спикеров – более 50-ти специалистов в области качества медицинской помощи: главных врачей и медсестер больниц, начмедов, профессионалов руководящих учреждений здравоохранения – выступят по актуальным темам. Ждем всех заинтересованных на мероприятии 18 и 19 сентября!

А открывается осенний номер с портретов. Редакция журнала

решила задать мне ряд вопросов, ответы на которые, по мнению, наших журналистов, могут быть вам интересны. Интереснейшее интервью с Еленой Ивановной Частухиной повествует не только о столь значимой для больницы личности, но и о том, насколько важно, в том числе медикам, помнить о материальной составляющей их деятельности.

На страницах этого номера особенно много материалов рубрики «Оргздрав», которая раскрывает разные стороны организации процесса лечения пациентов, улучшения качества и идеи пациентоцентричного подхода в медицине.



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

1 сентября начался новый учебный год не только у школьников, но и у студентов. Поздравляем будущих врачей и медицинских сестер с Днем знаний!

В России абитуриенты, проверяя, зачислили ли их в вуз, ищут

свои фамилии в списках. За границей же они получают «письма счастья». Но те, кто в этом году попал в Пекинский химико-технологический университет, были особенно рады таким посланиям, потому что те оказались крайне необычными. Они использовали свои письма в качестве многофункционального инструмента: резали фрукты, дыни и арбузы, измельчали куски мяса, держали их над открытым огнем, чтобы доказать, что те не горят и не плавятся.

Профессор факультета материаловедения и инженерии Ян Сяопин разъяснил, что в этом году университет подготовил специальные письма из инновационного композитного материала

из углеродного волокна, разработанного в учебном заведении. «Это не только демонстрирует исключительные возможности нашего университета в области композитных материалов из углеродного волокна, но и знаменует собой переход отечественного китайского композитного материала из области высокотехнологичного промышленного использования в сферу повседневного применения. Толщина материала составляет всего 0,2 миллиметра, он гибкий, но при этом прочный и острый».

Редакция журнала «Первая Краевая» теперь фантазирует, на чем бы таком напечатать статьи о медицине и нашей больнице!

1 До конца года в ККБ введут в эксплуатацию высокопоточный эндоскопический центр

Главный врач КГБУЗ «ККБ» Егор Корчагин проверил ход строительно-монтажных работ в помещениях, где будет располагаться новый центр.

По словам главного врача краевой больницы, строительно-монтажные работы будут завершены до конца текущего года. Часть необходимого медицинского оборудования уже закуплена, часть будет закуплена до конца этого года и в 2025-м.

– Сегодняшние технологии позволяют врачам Красноярского края проводить раннюю диагностику и раннее лечение опухолевидных образований



желудочно-кишечного тракта. Для того чтобы расширить применение этих технологий для жителей Красноярска и Красноярского края, совместно с региональным министерством здравоохранения было принято решение о создании на базе краевой больницы высокопоточного эндоскопического центра. Здесь в амбулаторных условиях с высоким уровнем комфорта и безопасности пациентам будут проводиться обследования желудка, пищевода, тонкой и толстой кишки. При необходимости здесь же станут выполнять малоинвазивные, малотравматичные процедуры по удалению новообразований, обнаруженных в ходе обследования, – отметил Егор Корчагин.

Общее количество исследований в год, которые будут проводиться в новом эндоскопическом центре, увеличится до 29 500, из них до 12 000 исследований – под седацией в условиях дневного стационара. В год планируется выполнять 10 350 колоноскопических исследований, 18 000 исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта и до 1200 сложных эндоскопических диагностических исследований.

2 Красноярцы установили рекорд по вступлению в Федеральный регистр доноров костного мозга

Во время красмарафона «Жара» 24 августа состоялась донорская акция проекта «Я+Я» Красноярского краевого центра крови №1. Любой желающий от 18 до 45 лет мог принять участие в акции и вступить в Федеральный регистр доноров костного мозга. Для этого нужно было заполнить анкету-соглашение и сдать 3 мл крови из вены для генетического HLA-анализа. Обезличенные данные внесены в Информационную систему, в которой врачи трансплантационных клиник России проводят поиск доноров своим пациентам.

56 красноярцев пришли на мобильный пункт Центра крови, и, возможно, кто-то из них подарит шанс на выздоровление смертельно больному человеку, вероятность совпадения – 1 на 10 000.

Нет ничего проще, чем спасти жизнь человека, став для него донором. Это не вредно и не опасно при отсутствии противопоказаний. Обследование потенциального донора перед забором проводится за счет государства.

Пересадка костного мозга необходима пациентам при онкологических, гематологических, аутоиммунных, а также ряде тяжелых наследственных заболеваний. В течение всей жизни с донором может связаться сотрудник регистра для сдачи клеток костного мозга для пациента.

«Несмотря на то, что российская база доноров ограничена (всего 239 846 доноров, доступных для



поиска, в то время как нужно минимум 500 тысяч), уже сегодня в Красноярском крае 1908 человек вступили в Федеральный регистр доноров костного мозга. Нам необходимо обеспечить многообразие именно российских генотипов, так как наиболее подходящим донором для россиянина может стать именно человек с российскими корнями. Сдать образец своей крови для внесения данных в Федеральный регистр доноров костного мозга можно в Красноярском краевом центре крови №1 и его филиалах в Ачинске, Канске, Лесосибирске, Минусинске и Норильске», – сообщил Александр Полес, заместитель главврача по организационно-методической работе КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1».

Егор Корчагин

Главный врач Краевой клинической больницы защитил кандидатскую диссертацию по теме «Научное обоснование региональной модели организации мониторинга тяжелых внебольничных пневмоний у взрослых», получил контракт на исполнение обязанностей на ближайшие 5 лет и планирует работу лидирующего учреждения здравоохранения края с учетом изменившихся реалий и новых, более широких задач.

Егор Евгеньевич, Вы каждый день принимаете десятки решений – простых и сложных, маленьких и больших, с морально-этическим компонентом и без него. У Вас есть своя технология принятия решений?

Сначала надо понять, кому нужно принять это решение – только мне, или это лучше сделает другой человек, а может быть, это будет коллегиальный результат. Есть замечательный не новый инструмент: матрица Эйзенхауэра, смысл которой заключается в том, чтобы грамотно распределять свои дела, отличать важное от срочного, несрочное от наименее важного. Она состоит из четырех критериев срочности и важности: срочно и важно, не срочно и важно, срочно и не важно, не срочно и не важно. Далее я рассматриваю плюсы и минусы того или иного решения – на бумаге или в голове, а также плюсы и минусы непринятия такого решения. И, наконец, еще один инструмент: совет условного «друга», это может быть компетентный в теме сослуживец, настоящий друг, родственник. Не факт, что я приму их точку зрения, но эти мысли очень часто оказываются полезными, позволяют сформировать более объемную картину происходящего.

У Вас в семье частенько случаются такие «планерки» с супругой?

Довольно часто, поскольку она находится в контексте – сама работает в здравоохранении и порой испытывает те же проблемы. Подобную картину я наблюдал в детстве, когда мои родители обсуждали происходящее на работе, их сослуживцев я знал по именам, имел представление о том, что там происходит. Этот родительский сценарий внутренней семейной

жизни впитывает каждый ребенок, мне повезло: родители – интересные, глубокие люди, с широким кругом интересов, в котором большое место отводилось работе не просто как средству заработка, а как сути самореализации. Чем более позитивная семья, тем выше у ребенка шанс иметь такой же позитивный и активный взгляд на жизнь. Хотя случается и другое: когда выходец из неблагополучной семьи становится успешным, вопрос в том, что им движет и чего ему это стоит.

У меня были такие ровные условия взросления, мы не испытывали каких-то ужасных потрясений, требующих жестких решений, поскольку я родился в семье инженеров, жили мы в Красноярске-26 (теперь Железногорск), таком интеллектуальном «заповеднике», где у людей в целом был очень высокий культурный и интеллектуальный уровень. И порой, когда такое требовалось, у меня

не было четкого понимания, как поступить. Вот тогда очень кстати были советы родителей, жены, близких друзей.

Помню, когда я приехал работать в Канск, первое время особо остро чувствовал разницу между таким осторожным городом и, по сути, научным городком Железногорском. В первом люди часто оказывались не по своей воле. Так же полезным и интересным опытом общения с самыми разными людьми была армия.

Как выстраивали контакты в случаях непонимания?

Родители дали мне такую важную установку: к человеку всегда нужно относиться по-доброму вне зависимости от превратностей судьбы. В большинстве случаев люди видят, что я настроен на диалог, и если есть цель договориться, то это всегда можно сделать.

Сегодня мы являемся не только той организацией, которая хорошо лечит самых тяжелых пациентов, но еще мы должны помочь системе здравоохранения края выстроить процессы в рамках региона.



Часто ли Вы прибегаете к советам профессионалов – психологов, коучей, бизнес-тренеров?

В моей жизни случился трудный период, когда пришлось пересмотреть большой пласт своих взглядов, это было в 2013-2015 годах. Тогда я активно искал подходящих коучей по разным направлениям, которые расширили кругозор и понимание того, что нужно делать мне и как управленцу, и как человеку. Это были и непосредственно тренинги, и чтение книг. Вообще, я хочу сказать такую, как мне кажется, важную мысль: зачастую главные страхи и ограничения существуют лишь в твоей голове, в реальности этих стоперов нет либо они значительно меньше. Хороший тренер помогает взглянуть на проблему иначе, разложить ее на составляющие – и она часто оказывается вполне решаемой.

Но иногда случается такое, что лучшим решением было бы жесткое, неприятное, например – в коллективе есть радикально нечестный человек...

Конечно, с чем-то никогда не стоит мириться. В отношении приведенного примера – увольнение, это для любого руководителя сложный, стрессовый момент. Ты понимаешь, что тебе не удалось достичь понимания и принятия сотрудником внутренних правил и ценностей компании. Здесь важно понять – человек совершил ошибку или проступок, и, если это проступок, есть ли шансы достичь осознания и неповторения такого. Все сотрудники, которые покинули коллектив по моей инициативе, не достигли такого принятия, и снова и снова «наступали на грабли», вполне осознавая, что поступают плохо. С теми, кто увольняется по собственному желанию, по каким-то своим причинам, мы чаще всего сохраняем добрые отношения и при соответствующем стечении обстоятельств можем в дальнейшем продолжить сотрудничество.

Между ошибкой и проступком большая разница. Пример: мы подъезжаем к перекрестку и видим, что светофор сломался, горят все три сигнала, мы не видим, что горит для пересекающего пути, и принимаем решение пересечь перекресток. Происходит авария. Кто виноват? Ошибка это или проступок? Вторая ситуация: подъезжаем, для нас горит красный свет, на пересекающем пути зеленый, но мы решаем проскочить, и тоже случается авария...

Пожалуй, в первом случае ошибка, а во втором проступок...

Верно, в первом случае у нас не было достаточно данных для принятия верного решения, пришлось действовать исходя из интуиции, которая подвела. А во втором случае мы прекрасно видели, что ехать нельзя, но решили нарушить правила.

Еще вопрос из серии «лайфхаки руководителя»: что обязательно должен делать человек, желающий успевать делать побольше полезного, инструменты тайм-менеджмента?

Любой руководитель не может не вести календарь-планировщик своих дел и список дел, которые не привязаны к календарю.

Для Вас не характерна прокрастинация, верно?

Ну, я не идеальный (*смеется*). Иногда хочется попрокрастинировать... Хотя недавно пробовал повалять дурака в отпуске, это не прокрастинация, конечно, но даже и в процессе отдыха понял, что не могу долго ничего не делать, скучно.

Если сотрудники прокрастинируют, приходят лишь отбывать положенное время, это большой грех?

Если это грех, то не только самого сотрудника, но и его руководителя. Это значит, что сотрудника не вовлекли в должной мере и степени в производственный процесс, не заинтересовали, возможно, он выгорел. А выгорание происходит либо в том случае, если сотрудник выполняет ту работу, результат которой потом никого не интересует, либо когда ставятся невыполнимые задачи – не по причине низкой квалификации работника, а в принципе невыполнимые. Еще выгорание может наступить, когда руководитель не поддерживает.

Вы часто говорите, что сотрудники должны получать удовольствие от работы – далеко не всегда услышишь такое от руководителей больших организаций.

Мы часто говорим о важности наилучшего удовлетворения запроса пациента, клиента, чтобы он ушел от нас довольным. Легче всего достичь этого, когда человек, оказывающий помощь, тоже доволен. Иными словами, действие согласно желанию происходит проще. Плюс само по себе удовлетворение в профессии является абсолютной ценностью.

В чем сегодня историческая роль ККБ?

Сегодня мы являемся не только той организацией, которая хорошо лечит самых тяжелых пациентов, но еще мы должны помочь системе здравоохранения края выстроить процессы в рамках региона. И нам это предстоит сделать вместе, я очень рассчитываю на наш коллектив, поскольку у нас появилась не только внутренняя, но и внешняя функция.

Я очень верю в наши силы и в светлые головы наших сотрудников, искренне вас всех уважаю и люблю. Счастлив быть лидером такого коллектива.

Елена Частухина

Основные задачи начальника планово-экономического отдела в ККБ состоят в постоянной оптимизации затрат и увеличении доходной части больницы, в изучении новых финансовых инструментов для их последующего внедрения в повседневной работе. И, конечно, это большой труд по отслеживанию изменений в плане нормативно-правовой части. В интервью с Еленой Ивановной Частухиной речь пойдет о нюансах и сложностях работы в финансовой сфере здравоохранения, о ее развитии и о личном пути в профессии.

Как Вы оказались в экономике медицины?

Началось, наверное, с того, что моя мама долгое время работала главным бухгалтером. И хотя из школьных предметов мне больше нравилась не математика, а литература и языки, мама сумела привить мне любовь к магии цифр, она хотела, чтобы я пошла по ее профессиональному направлению.

В 1980-м году мы переехали в Красноярск из Ставрополя. Знаете, в нашей кавказской школе был заведен такой порядок: получить заслуженную пятерку в четверти по любому предмету можно было только в том случае, если отстающий одноклассник, которого вам поручили подтянуть по предмету, получал хотя бы четверку. С одной стороны, казалось бы, несправедливо, но в итоге успеваемость в классе по предметам у нас была очень высокой. И это, наверное, воспитало во мне дисциплину и чувство ответственности не только за себя лично. После школы я окончила в Красноярске финансовый техникум по специальности «бухгалтер-финансист» и была распределена в Ирбейский райфинотдел заместителем главного бухгалтера. Там отработала 1,5 года и была переведена в ККБ на должность старшего экономиста планового отдела, а в 1989 году заняла должность начальника планового отдела.

Работа бухгалтеров и экономистов в то время выглядела совсем иначе – автоматизации практически не было. У сотрудников на столе стояли огромные счетно-вычислительные машины, включенные в розетку, а параллельно использовались счеты – профессионалы умели считать на них слепым методом, не глядя на руки. У счетов перед электрическим калькулятором было одно преимущество – результат не пропадал при отключении электроэнергии.

В 1998-м заочно окончила Красноярский государственный торгово-экономический институт, который приказом от 15.02.2012 года Министер-

ства образования и науки был присоединен к Сибирскому федеральному университету.

В структуру ККБ кроме существующих на сегодняшний день структурных подразделений входили: медицинское училище, детские отделения, автохозяйство, патологоанатомическое отделение, офтальмологическое с их бухгалтерией и экономикой соответственно. Сдаваемые отчеты тогда выглядели как толстые книги, и если где-то закрадывалась одна маленькая ошибка, переделывать приходилось все, а срыв сроков сдачи отчета всегда считался очень большим нарушением.

Когда Вы столкнулись с медициной – новыми терминами, сложными процессами, было трудно?

Конечно, объем информации, которую нужно было изучить, огромен. В первое время я не могла понять, как ЖКО относится к медицине (желудочно-кишечное отделение, а не жилищно-коммунальный отдел). Когда пришла старшим экономистом, начальник планового отдела Мария Петровна Россихина сказала: «Теперь Вы в медицине, и Вам предстоит большое самообразование. Вы не имеете права сказать, что не знаете ответа на заданный вопрос, можете лишь взять паузу на его изучение!» С тех пор моими настольными книгами на многие годы стали «Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения», год выпуска – 1986-й; справочник о продолжительности рабочего дня и отпусках работников здравоохранения – 1969 год выпуска; список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда 1976 года выпуска, а также множество приказов по оплате труда. Часть нормативов выходила из обращения и заменялась другими, но эти документы считались основой для разработки и детализации новых, современных.

В СССР была плановая экономика, сегодня мы живем в условиях рыночной. В чем, на Ваш взгляд экономиста, преимущества и недостатки советской медицины и сегодняшней?

Раньше деньги мы получали из краевого бюджета – источник финансирования был один. Ну а коль скоро у нас поменялось устройство государства, то в здравоохранении, как части госаппарата, тоже произошли глобальные изменения. Когда было принято решение о создании ФОМС для аккумуляции средств для здравоохранения, это было очень важно в реалиях создающегося нового государства. Сегодня источники финансирования делятся на ОМС, бюджет, в условиях рынка появились новые источники – ДМС и оказание платных услуг населению.

В чем сложность сегодняшней экономики нашей больницы?

Во-первых, многопрофильность и разнообразие оказываемой помощи. Во-вторых, затратность некоторых видов помощи – например, таких как гнойная хирургия, ожоговое отделение, где сложно прогнозируемые больные – с точки зрения их количества, сроков поступления, выздоровления, появления осложнений. Мы понимаем, что занятость койки в отделении должна составлять порядка 330-ти дней в году, а составить такой план, скажем, для ожогового отделения крайне сложно, пациенты поступают туда эпизодически, но бывает, что сразу в большом количестве – мы все помним техногенные ЧП с десятками пострадавших.

В-третьих, у нас обширная параклиническая база, которая требует больших расходов на высокотехнологичные расходники и аппаратуру, часть которых закупается за рубежом. С вводом нового корпуса заметно увеличились расходы на текущее содержание больницы – появились новые инженерные системы, которых раньше просто не было: сбор и утилизация отходов, принципиально новая вентиляция, современная прачечная с бельепроводом, пневмопочта и другие. Эти нововведения нужны – они позволяют повысить качество, безопасность медпомощи, уплотнить драгоценное время. Но тут важно, что мы стараемся оптимизировать процессы. У нас своя сильная инженерная служба, которая может оперативно отремонтировать технику и оборудо-

дование, за счет чего мы выигрываем и в деньгах, и во времени, исключая длительный простой оборудования.

Оказание платных медуслуг в госучреждении – нужно ли это развивать сегодня?

Обязательно! С введением в 1993 году страховой медицины мы уже понимали, что нужны дополнительные средства на обновление материально-технической базы, а выделяемого государством порой недостаточно, для того чтобы делать это наилучшим образом. Поскольку появились частные клиники, нам понадобились дополнительные средства на создание конкурентоспособных условий оплаты труда наших медиков. И сегодня этот вопрос не потерял актуальности.

Что еще сегодня является самой актуальной повесткой для планово-экономического отдела?

В рамках реализации стратегического плана развития ККБ у нас открылось огромное поле для деятельности. Для выстраивания долгосрочной стратегии требуется всеобъемлющий анализ доходов и расходов – чтобы максимально эффективно использовать имеющиеся коечные мощности, исключить нерациональные и неэффективные расходы, привести штатное расписание структурных подразделений в соответствие с порядками оказания медицинской помощи или содержать имеющийся штат за счет объема и развития платных услуг.

Для этого нужно вести персонифицированный учет по каждому пациенту, сопоставлять его с тарифами и клиническими рекомендациями. Врачи и заведующие отделениями в этой истории – очень важные действующие лица, непосредственно влияющие на экономику не только своих отделений, но и больницы в целом. Выполнять объемные планы – это только одна сторона медали, заведующие должны осознавать экономические эффекты от своих действий.

Я искренне верю, что у нашей больницы большой потенциал для дальнейшего развития, мы не раз доказывали свою «боеготовность» в сотрудничестве медиков, экономистов, вспомогательных служб – взять хотя бы период пандемии, когда мы делали то, что поначалу казалось невозможным. И, конечно, я очень уважаю наш коллектив, благодарна каждому за профессионализм.

Я искренне верю, что у нашей больницы большой потенциал для дальнейшего развития, мы не раз доказывали свою «боеготовность» в сотрудничестве медиков, экономистов, вспомогательных служб.





VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации»

Присоединяйтесь к нам, в течение двух дней будут представлены лучшие практики работы медицинских организаций! Ведущие специалисты представят достижения в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Документация по учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ:

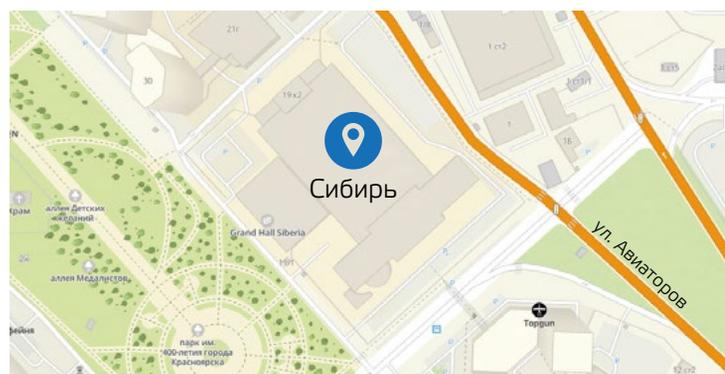
- Обмен практическим опытом в области менеджмента качества между медицинскими организациями.
- Современные подходы в управлении персоналом. Поддержка, мотивация и вовлечение персонала.
- Региональный опыт внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора.
- Опыт проблем и путей решения при сертификации по требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора в стационарах и поликлиниках.
- Внедрение человекоцентричного подхода в деятельности медицинской организации.
- Вовлечение семей и родственников в процесс лечения.
- Совершенствование сестринского процесса, эффективные технологии в работе медицинских сестер.
- Эффективные внутренние коммуникации в организации.
- Цифровая трансформация многопрофильной клиники и т.д.

Заполнить заявку на участие можно на сайте medgorod.ru

ДАТА И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Конференция будет проходить в очном формате
18-19 сентября 2024 года

по адресу:
**г. Красноярск,
ул. Авиаторов, 19,
МВДЦ «Сибирь»**



ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

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

2024

18-19 сентября 2024 года

Организационный комитет:

ПРЕДСЕДАТЕЛИ

Говорушкина Наталия Станиславовна	и.о. министра здравоохранения Красноярского края
Корчагин Егор Евгеньевич	главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

СОСТАВ ОРГКОМИТЕТА

Украинцев Александр Анатольевич	заместитель министра здравоохранения Красноярского края
Швабский Олег Рудольфович	заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
Головина Наталья Ивановна	заведующая отделом контроля качества оказания медицинской помощи, представитель руководства по качеству КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Чуваков Игорь Викторович	заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Дранишников Сергей Владимирович	консультант по СМК КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Частухина Елена Ивановна	и.о. заместителя главного врача по финансово-экономической деятельности КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Николаева Надежда Михайловна	начальник отдела системы менеджмента качества КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Черкашин Олег Андреевич	руководитель центра информационного и документального обеспечения КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Головач Сергей Александрович	начальник пресс-службы КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Арбатская Евгения Михайловна	корреспондент пресс-службы и редакции журнала «Первая Краевая»

ПРОГРАММА

09:00-09:45	Регистрация участников, приветственный кофе-брейк
09:45	Открытие конференции
12:20–13:05 15:35-16:20	Кофе-брейк
18:25	Завершение первого дня конференции

18 сентября 2024

БОЛЬШОЙ ЗАЛ

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

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

№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
09:00-09:45 Приветственный кофе-брейк				
1	9:45-9:50	Котюков Михаил Михайлович	Приветственное слово	Губернатор Красноярского края
2	9:50-9:55	Говорушкина Наталья Станиславовна	Приветственное слово	И.о. министра здравоохранения Красноярского края, заместитель министра здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск
3	9:55-10:15	Корчагин Егор Евгеньевич	Стратегическое планирование в медицинской организации как основа для перемен	Главный врач, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск
10:15-10:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
4	10:20-11:00	Пленарная дискуссия «Безопасное здравоохранение»		Модератор: Корчагин Е.Е. Участники-эксперты: О.Р. Швабский, Н.С. Говорушкина, Р.М. Калибатов
5	11:00-11:20	Швабский Олег Рудольфович	Вовлечение пациентов и членов семьи в обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности	Заместитель генерального директора, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва
11:20-11:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
6	11:30-11:50	Калибатов Рустам Михайлович	Региональный опыт внедрения системы менеджмента качества в МО Кабардино-Балкарской Республики	Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, Кабардино-Балкария
11:50-11:55 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
7	11:55-12:15	Гаврилов Илья Александрович	Образовательная программа «Безопасность в медицине» и формирование отраслевого кадрового резерва Республики Татарстан	Заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань
12:15-12:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
12:20-13:05 Кофе-брейк				

8	13:05-13:25	Ананьев Дмитрий Павлович	Программа СКАТ (Стратегия Контроля антимикробной Терапии) при оказании медицинской помощи в стационаре	Заместитель главного врача по медицинской части (по хирургии), к.м.н., Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой», г. Москва
13:25-13:30 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
9	13:30-13:50	Каримова Резида Билиновна	Роль главного врача. Внутренний мониторинг. Показатели	Главный врач, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «Медси 2», г. Москва
13:50-13:55 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
10	13:55-14:15	Бехтев Алексей Геннадьевич	Финансовая устойчивость медицинской организации	Заместитель генерального директора ФМБА России, г. Москва
14:15-14:20 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
11	14:20-14:40	Матыцин Никита Олегович	Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности. Перспективы развития проекта	Председатель Совета Благотворительного Фонда «Безопасное здравоохранение», доцент кафедры инновационных технологий управления здравоохранения ФНМО МИ РУДН, к.м.н., г. Москва
14:40-14:45 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
12	14:45-15:05	Россейкин Евгений Владимирович	Есть только путь к хирургической безопасности!	Главный врач, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Хабаровск
15:05-15:10 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
13	15:10-15:30	Янин Вадим Николаевич	Преодоление страхов при подготовке к сертификации по Практическим рекомендациям Росздравнадзора	Главный врач Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства, г. Красноярск
15:30-15:35 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
15:35-16:20 Кофе-брейк				
14	16:20-16:40	Авзалов Мурад Разилович	Внедрение региональной системы менеджмента качества в МО	Главный врач, Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова, г. Уфа
16:40-16:45 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
15	16:45-17:05	Панина Ольга Викторовна	Порядок управления лекарственными средствами, медицинскими изделиями по системе «Канбан». Автоматизация процесса	Заведующий аптекой – провизор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой», г. Москва
		Васин Алексей Игоревич		Начальник вычислительного центра, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой», г. Москва
17:05-17:10 Обсуждение. Ответы на вопросы.				

16	17:10-17:30	Ковалишена Ольга Васильевна	ИСМП как нежелательное событие	Заведующая кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
17:30-17:35 Обсуждение. Ответы на вопросы.				
17	17:35-17:55	Гончар Игорь Викторович	Опыт привлечения иностранных архитектурных компаний при проектировании больниц. Актуальные примеры и практические кейсы	Старший менеджер, медицинский инжиниринг, консалтинговая практика Филипс в России и Центральной Азии, г. Москва
17:55-18:00 Обсуждение. Ответы на вопросы.				

ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ КОНФЕРЕНЦИИ

19 сентября 2024

09:00-09:55		Приветственный кофе-брейк			
18:00		Завершение конференции			
ЗАЛ 1		ЗАЛ 2		ЗАЛ 3	
10:00-11:40	Современные технологии в управлении персоналом Модератор: Михайлова Е.В.	10:00-11:40	Хирургическая безопасность Модераторы: Архипов А.С., Россейкин Е.В., Быков А.С.	10:00-11:40	Жалоба как подарок Модераторы: Бортникова П.В, Добривская Ю.Р.
10:00-11:40	Разбор кейса «Путь новичка»: анализ ошибок и успешных решений в найме и адаптации Михайлова Екатерина Вячеславовна, заместитель главного врача по кадрам КГБУЗ «ККБ» Кравчук Надежда, менеджер по персоналу КГБУЗ «ККБ» Аленченко Оксана, психолог КГБУЗ «ККБ», Старшая медицинская сестра	10:00-10:15	СМК в применении к патологиям – первые результаты по кишечной непроходимости, проблемы многих регионов Слабнин Станислав Геннадьевич, заведующий хирургическим отделением №1, в том числе осуществляющим трансплантацию органов и тканей, г. Красноярск	10:00-10:20	О чем молчат пациенты. Рациональный подход к жалобам и претензиям Добривская Юлия Ростиславовна, врач, сертифицированный бизнес-тренер международной школы ICBT и профессиональный коуч, специалист по управлению и профессиональной коммуникации в медицинском бизнесе. Бренд консалтинговая группа ROST MED, г. Москва
		10:15-10:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.	10:20-10:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.
		10:20-10:35	Как порядок в переводах пациентов помогает избежать возвратов в реанимацию Джумабаев Роман Адамбаевич, эксперт – лидер мнения Благотворительного фонда «Безопасное здравоохранение», р. Татарстан	10:25-10:45	Жалобы как ценность ценностей врача Тарбастаев Алексей Григорьевич, к.м.н. по специальности организация здравоохранения, медицинская социология. Руководитель сектора исследований и разработки отраслевых образовательных программ в социальной сфере университета управления Правительства Москвы им. Ю.М. Лужкова, г. Москва
		10:35-10:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	10:45-10:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.

ЗАЛ 1		ЗАЛ 2		ЗАЛ 3	
		10:40-10:55	Хирургическая безопасность. Наш опыт внедрения Орлов Игорь Николаевич, заместитель главного врача по медицинской части, к.м.н., ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург	10:50-11:10	Опыт работы отдела по работе с обращениями граждан: трудности и победы Бортникова Полина Владимировна, заведующая отделом по работе с обращениями граждан КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск
11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы	10:55-11:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.	11:10-11:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.
		11:00-11:15	Маленькие, но самые важные – маркировка и другие элементы хирургической безопасности у детей Чубко Давид Марленович, зав. хирургическим отделением КГБУЗ КККЦОМД, г. Красноярск	11:15-11:35	Жалоба – инструмент улучшения качества оказания медицинской помощи Журавлев Максим Олегович, заведующий хирургическим отделением, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4», г. Красноярск
		11:15-11:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
		11:20-11:35	Человекоцентричность в акушерстве: мать или ребенок? Быков Аким Семенович, руководитель регионального центра компетенции ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург		
		11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.
11:40-12:00		Перерыв			
12:00-14:40	Пациентоцентричность в сестринском уходе Модераторы: Нефедова С.Л., Плечинта С.И., Караулова, Е.О. Давлетшина Г.А.	12:00-15:55	Цифровые технологии – роль в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи (При поддержке благотворительного фонда «Безопасное здравоохранение») Модераторы: Матыцин Н.О., Черкашин О.А.	12:00-15:15	Менеджмент качества в районных и межрайонных больницах Шавалиев Р.Ф., Калибатов Р.М.
12:00-12:45	Путь пациента. Страхи и потребности. На реальных событиях. Нефедова Светлана Леонидовна, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом – главная сестра КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	12:00-12:20	От пациентоцентричности к человекоцентричности Черкашин Олег Андреевич, начальник отдела АСУ, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	12:00-12:20	Сертификация межрайонной больницы. Это реально Хачетлова Фатима Анатольевна, главный врач, ГБУЗ «Межрайонная многопрофильная больница», г. Нарткала, Кабардино-Балкария
		12:20-12:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.	12:20-12:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.
		12:25-12:45	Обеспечение бесперебойной работы в условиях угроз информационной безопасности Черниченко Никита Сергеевич, инженер по защите информации, Служба безопасности КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	12:25-12:45	Создание команды и внедрение системы качества и безопасности. Наш опыт. Безруких Марина Владимировна, главный врач, КГБУЗ «Богучанская РБ», г. Красноярск
12:45-12:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.	12:45-12:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.	12:45-12:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.

ЗАЛ 1		ЗАЛ 2		ЗАЛ 3	
12:25-14:00		Обед			
14:00-14:20	<p>Реализация проекта «Универсальная мед.сестра/акушерка в ГБУЗ СО ЕКПЦ» Муканова Александра Вадимовна – специалист РКЦ ГБУЗ СО ЕКПЦ, г. Екатеринбург</p>	14:00-14:20	<p>ИИ для проверки медицинских карт и помощник для врачей при принятии решений Дмитрий Владимирович Фомин – основатель сети «Клиника Фомина», г. Москва</p>	14:00-14:20	<p>Внедрение СМК в регионе. Опыт Татарстана Гаянова Лилия Анасовна, ведущий специалист, ведущий аудитор отдела стандартизации и контроля качества, ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Татарстан</p>
14:20-14:50	Обсуждение. Ответы на вопросы. Завершение сессии.	14:20-14:25	Обсуждение. Ответы на вопросы. Завершение сессии.	14:20-14:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.
		14:25-14:45	<p>Современные методы информатизации процессов Жук Вадим Сергеевич, медицинский советник СП.АРМ, заместитель главного врача по кардиологии Клиники Пирогова, г. Москва</p>	14:25-14:45	<p>Внедрение ПР РЗН в условиях дефицита. Как справиться? Всё возможно. Тогузаева Залина Хадисовна, главный врач, г. Нальчик, село Хасанья, ГБУЗ «Городская клиническая больница № 2», Кабардино-Балкария</p>
		14:45-14:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.	14:45-14:50	Обсуждение. Ответы на вопросы. Завершение сессии.
		14:50-15:10	<p>Экспертная система проверки лекарственных назначений, аналитическая платформа BI и другие эффективные цифровые технологии Галанина Елена Владимировна. – заместитель директора по качеству АО «Медицина», г. Москва</p>	14:50-15:10	<p>Опыт отработки методики оказания помощи при шоке Гришанова Татьяна Григорьевна, руководитель отдела СМК, ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург</p>
		15:10-15:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.	15:10-15:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.
		15:15-15:35	<p>Как помогает ИИ в рутинной практической работе врачам (рентгенология, ЭКГ и другие направления применения ИИ) Горелик Надежда Викторовна, заместитель главного врача по внутреннему контролю качества, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «Медси 2», г. Москва</p>		
		15:35-15:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
14:50-16:05	<p>Коммуникации – важный аспект в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности Модераторы: Воронина О.А., Джумабаев Р.А., Авзалов М.Р., Янин В.Н.</p>	15:55-17:20	<p>Лекарственная безопасность. Медицинские изделия Модераторы: Звегинцева А.А., Курц Е.М.</p>	15:20-17:35	<p>Эпидемиологическая безопасность. Модераторы: Ковалишена О. В., Маркова О. П.</p>
14:50-15:10	<p>Презентация видеосюжетов на тему (7-8 мин) Обсуждение сюжетов с экспертами (8 мин)</p>	15:55-16:10	<p>Роль клинического фармаколога в системе менеджмента качества в медицинской организации стационарного типа Федоренко Анастасия Сергеевна, к.м.н., доцент, заместитель главного врача по лечебной работе, заведующая отделением клинической фармакологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург</p>	15:20-15:40	<p>Эпидемиологическая безопасность в медицинской организации в аспекте командной работы Маркова Оксана Петровна, доцент кафедры гигиены, экологии и эпидемиологии ФГБОУ ВО ТюмГМУ, главный внештатный специалист-эпидемиолог Департамента здравоохранения Тюменской области, к.м.н., г. Тюмень</p>

ЗАЛ 1		ЗАЛ 2		ЗАЛ 3	
15:10-15:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.	16:10-16:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.	15:40-15:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.
15:15-15:35	Эффективная передача информации между стационарами при переводе пациента Кулова Динара Тагирьяновна к.м.н., заместитель главного врача РКБ им Г.Г. Куватова, главный внештатный специалист МЗ РБ по развитию системы менеджмента качества, Татарстан	16:15-16:35	Опыт применения цифровых инструментов для управления нежелательными событиями, связанными с использованием медицинских изделий Устюгова Лидия Владимировна, инженер отдела сервисного обслуживания и ремонта медицинского оборудования, ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Татарстан	15:45-16:05	Опыт организации системы эпидемиологической безопасности в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина Иванова Елена Борисовна, заведующая эпидемиологическим отделением ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина», врач-эпидемиолог высшей квалификационной категории, врач-дезинфектолог, г. Мурманск
15:35-15:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	16:35-16:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	16:05-16:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.
15:40-16:00	Информирование и эффективная коммуникация с пациентом при принятии решения об оперативном лечении/ метод лечения Джумабаев Роман Адамбаевич, эксперт – лидер мнения Благотворительного фонда «Безопасное здравоохранение», Татарстан	16:40-16:55	Анализ эффективности применения лекарственных препаратов как реализация приказа № 785н: практический кейс Сивова Евгения Николаевна, заместитель главного врача по медицинской части, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4», г. Красноярск	16:10-16:40	Основные принципы диагностики и лечения имплантат-ассоциированной инфекции у пациентов травматолого-ортопедического профиля Божкова Светлана Анатольевна, заведующая отделением клинической фармакологии, ФГБУ «НМИЦ ТО им Р.Р. Вредена», профессор, г. Санкт-Петербург
16:00-16:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.	16:55-17:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.	16:40-16:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.
16:05-16:25	Критические результаты Гарбузова Ольга Геннадьевна, руководитель группы менеджмента качества, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой», г. Москва	17:00-17:15	Лекарственная безопасность. Подходы и разработка для предотвращения ошибок Альбина Айратовна Звегинцева, заведующая отделом клинической фармакологии, врач – клинический фармаколог, Татарстан	16:45-17:05	Инсорсинг в учреждении как элемент качества дезинфекционных мероприятий Караулова Евгения Олеговна, главная медицинская сестра, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны
				17:05-17:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.
16:25-16:30	Обсуждение. Ответы на вопросы.	17:15-17:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.	17:10-17:30	Микробиологический мониторинг как обязательный элемент системы эпидемиологической безопасности в многопрофильном стационаре Батечко Юрий Анатольевич, руководитель Центра инфекционного контроля, г. Мурманск
				17:30-17:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.
17:40-18:00	ЗАВЕРШЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ				

Об организации работы центра дистанционного ЭКГ-консультирования КГБУЗ «ККБ» в рамках помощи пациентам с острым коронарным синдромом

Е.В. Самохвалов, главный внештатный специалист МЗ КК по ОКС, заведующий кардиологическим отделением №4

В.А. Музалевская, врач-кардиолог КГБУЗ «ККБ»

А.А. Харибян, врач организационно-методического отдела КГБУЗ «ККБ»

С позиции современных рекомендаций по лечению острого коронарного синдрома (ОКС), интегральным моментом в успешном лечении является этап своевременной диагностики. Отсчет временных интервалов при ОКС четко привязан ко времени правильной интерпретации электрокардиографии (ЭКГ), которая, в свою очередь, является ведущим неинвазивным методом диагностики ОКС.

Правильная оценка позволяет принять решение о возможности проведения тромболитической терапии (ТЛТ) или чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при ОКС с подъемом сегмента ST(ОКСбпST) и стратифицировать первичный риск при ОКСбпST.

Что дает своевременное восстановление кровотока (реперфузия миокарда) при ОКС?

- Ограничение зоны некроза (меньший размер инфаркта)
- Снижение вероятности развития осложнений:
 - фатальных аритмий (ЖТ и ФЖ)
 - сердечной недостаточности (включая кардиогенный шок)
- разрыва миокарда



СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ

ЖТ – желудочковая тахикардия,
ФЖ – фибрилляция желудочков

К сожалению, опыт прошлых лет показал, что обеспечить первичный контакт пациента с врачом, специализированным по кардиологии, на этапе скорой медицинской помощи (СМП) невозможно. Это касается любого региона.

С этих позиций на региональном уровне мы стали изучать опыт ряда зарубежных стран, в которых длительный период существуют системы дистанционного консультирования на этапе СМП. Результаты работы региональных систем, включающих дистанционное ЭКГ-консультирование, показали оптимальное использование тромболитической терапии (ТЛТ) и сокращение времени ишемии миокарда.

Такой элемент системы в структуре региональной сети ОКС позволяет обеспечить соблюдение рекомендаций с первого этапа оказания помощи и повысить доступность специализированной медицинской помощи в самых отдаленных уголках Красноярского края.

История создания кабинета дистанционного ЭКГ-консультирования

По инициативе заместителя министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попова и главного врача ККБ Е.Е. Корчагина в рамках федерального проекта все районы края, включая районы Севера, должны быть обеспечены электрокардиографами с функцией передачи данных ЭКГ по GPS-каналу в созданный на базе ККБ центр дистанционного ЭКГ-консультирования.

В январе 2013 года был создан первый кабинет дистанционного ЭКГ-консультирования. Он

появился на 8-м этаже в отделении функциональной диагностики. Первыми сотрудниками стали врачи-кардиологи: А.А. Авдюшенко, В.А. Музалевская, Г.А. Чеколаева, О.С. Пивоварова, В.В. Домбради, В.М. Шумский, Т.Г. Пшенко.

С целью непрерывного приема данных с мобильных станций в ККБ функционировали восемь рабочих станций. Это позволило одновременно принимать такое количество.

При одновременной передаче нескольких ЭКГ программное обеспечение автоматически перераспределяет сигнал между свободными рабочими станциями. Поскольку ожидание повторной передачи данных ЭКГ может увеличить время ишемии миокарда, такой формат полностью исключает потерю данных во время передачи. Оборудование для дистанционной передачи данных работает в 54-х территориях Красноярского края и распределено следующим образом:

- бригады СМП оснащены ЭКГ-аппаратами (Валента) в количестве 226 единиц, что составляет более 95% от всех бригад СМП;
- 96 ЭКГ-аппаратов (Cardiojet) базируется в приемных покоях районных больниц (на территориях с отсутствием в штате врача-кардиолога или врача функциональной диагностики).



Рис 1. ЭКГ-аппарат с функцией дистанционной передачи данных (Валента)



С февраля 2013 года система работает в круглосуточном режиме. Время обратной связи, даже при пиковой нагрузке на станции, не превышает 5 минут. При работе в обычном формате оно сокращается до 1 минуты. За сутки врачи-кардиологи консультируют в среднем 100-140 электрокардиограмм.

Задачи центра дистанционного ЭКГ-консультирования:

- совершенствование возможностей ранней диагностики ОКС, в первую очередь ИМпST;
- расширение реперфузионной активности;
- оптимизация проводимой ТЛТ (в четко обозначенной целевой группе больных);
- улучшение исходов в лечении больных с жизнеугрожающими нарушениями ритма/проводимости;
- маршрутизация больного на догоспитальном этапе.

Следующей главой развития дистанционного ЭКГ-консультирования было внедрение в 2013 году, совместно с Красноярским краевым информационно-аналитическим центром региональной телемедицинской системы, в рамках которой осуществляется дополнительный кардиомониторинг пациентов с ОКС, **ежедневных видеоконференций в формате клинического консилиума.**

Все это было создано для координации работы и оценки правильности выбранной тактики ведения пациентов с ОКС в составе с главным внештатным специалистом МЗ КК по ОКС, заведующим кардиологическим отделением №4 ККБ Е.В. Самохваловым (либо его дублером), заведующим



отделением анестезиологии и реанимации №2 К.А. Линевым, заведующим отделением РХМДЛ Н.В. Литвинюком. Ежедневно в будние дни в 8:30 проводятся видеоконференции в формате клинического консилиума с ЧКВ-центрами города и края, в которых участвуют дежурные кардиологи, рентген-хирурги, реаниматологи, представители администрации учреждения.

Задачи, которые выполняет консилиум:

- проводится обсуждение диагнозов поступивших больных;
- согласовываются тактики их ведения;
- обсуждаются летальные исходы;
- контролируются отказы в госпитализации.

Рекомендации заведующего кардиологическим отделением вносятся в региональную телемедицинскую систему врачом-методистом, закрепленным за РСЦ КГБУЗ «ККБ». Врач-методист ежедневно отслеживает корректное выполнение внесения данных в систему РТС и выполнение ранее направленных рекомендаций.

Для контроля оказания помощи внедрена ранее используемая СМП система «АДИС», посредством которой возможно отслеживание всех вызовов СМП с диагнозами «ОКС», оказанной помощи и дальнейшей маршрутизации пациента. Вышеуказанные функции выполняет врач-методист А.А. Харикян.

Расширение штата и увеличение количества станций

С 2015 года штат сотрудников начал увеличиваться. В состав центра ЭКГ-консультирования вошли: Ю.Ю. Столбиков, А.С. Устинов, Н.А. Мамедова, Г.С. Бабаева, Н.С. Ефремов, А.Е. Веселов, Д.В. Бессонов, М.А. Шпеттер.

В рамках расширения штата центр теле-ЭКГ переехал на 7-й этаж кардиологического отделения №4, что позволило увеличить количество станций расшифровки ЭКГ до 12, таким образом, количество расшифрованных ЭКГ возросло с 1890 до 2960.

С каждым годом количество медицинских организаций, обеспеченных аппаратами записи ЭКГ, становится все больше. В 2018 году компания «Ванкорнефть» заключила договор о передаче данных с месторождений в центр теле-ЭКГ.

Результаты

Итак, каких же количественных и качественных показателей удалось достичь за 11 лет работы центра дистанционного ЭКГ-консультирования. В течение 11 лет постепенно происходит увеличение объемов работы (Табл. 1).

Таблица 1. Количественные индикаторы работы центра ЭКГ-консультирования

Годы	Всего ЭКГ	Нарушения ритма и проводимости	ОКС	Рекомендовано ТЛТ	Проведено ТЛТ
2013	20048	1855	973	224	187
2014	21607	2710	1172	387	365
2015	26351	3340	1295	386	381
2016	24671	4525	1260	351	302
2017	30376	7019	1386	244	194
2018	27660	6085	1192	231	207
2019	22589	5138	1412	363	344
2020	23714	5453	1586	393	368
2021	22736	4791	1826	337	325
2022	22680	4675	2063	348	329
2023	30266	5059	1492	557	536

Результаты отражают стойкое снижение частоты ОКС и применяемости ТЛТ. Динамику показателей мы связываем в первую очередь с совершенствованием диагностических возможностей, контролируемых кардиомониторингом (уменьшается гипердиагностика ОКС), и увеличением доли больных, направленных на пЧКВ в рядом расположенные инвазивные центры (снижение частоты ТЛТ). Существенно снизилась доля госпитальной ТЛТ при общем снижении числа ТЛТ. Если пациенту,

которому была показана ТЛТ на догоспитальном этапе, но по какой-то причине не проведена, в системе мониторинга такой случай поступает на особый контроль, в учреждение направляется запрос с последующим разбором на селекторе.

Также проведенный анализ времени от момента поступления в МО до ЧКВ показал, что отмечается снижение времени в среднем на 1,05 минуты. (Табл. 2).

Таблица 2. Время от момента поступления в МО до ЧКВ

Канск	2023 год (с 06.2023 г.)	Канск	2024 год
	Время дверь-баллон		Время дверь-баллон
среднее	22 июня	среднее	21 марта
Лесосибирск	2023 год (с 06.2023 г.)	Лесосибирск	2024 год
	Время дверь-баллон		Время дверь-баллон
среднее	26.58	среднее	20.97
Минусинск	2023 год (с 06.2023 г.)	Минусинск	2024 год
	Время дверь-баллон		Время дверь-баллон
среднее	24.45	среднее	20.47
Ачинск	2023 год (с 06.2023 г.)	Ачинск	2024 год
	Время дверь-баллон		Время дверь-баллон
среднее	24.684	среднее	2024 год
Норильск	2023 год (с 06.2023 г.)	Норильск	2024 год
	Время дверь-баллон		Время дверь-баллон
среднее	22.62	среднее	21.32

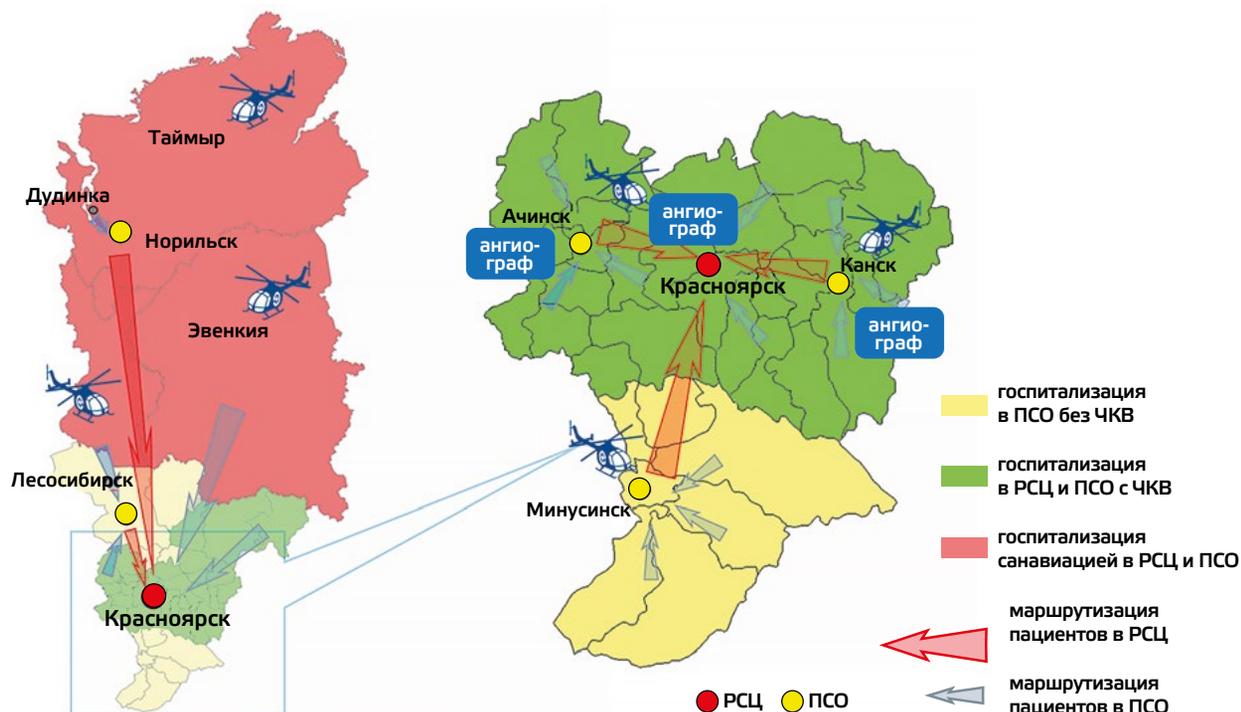


Рис. 2. Схема маршрутизации пациентов с БСК – 2018 год

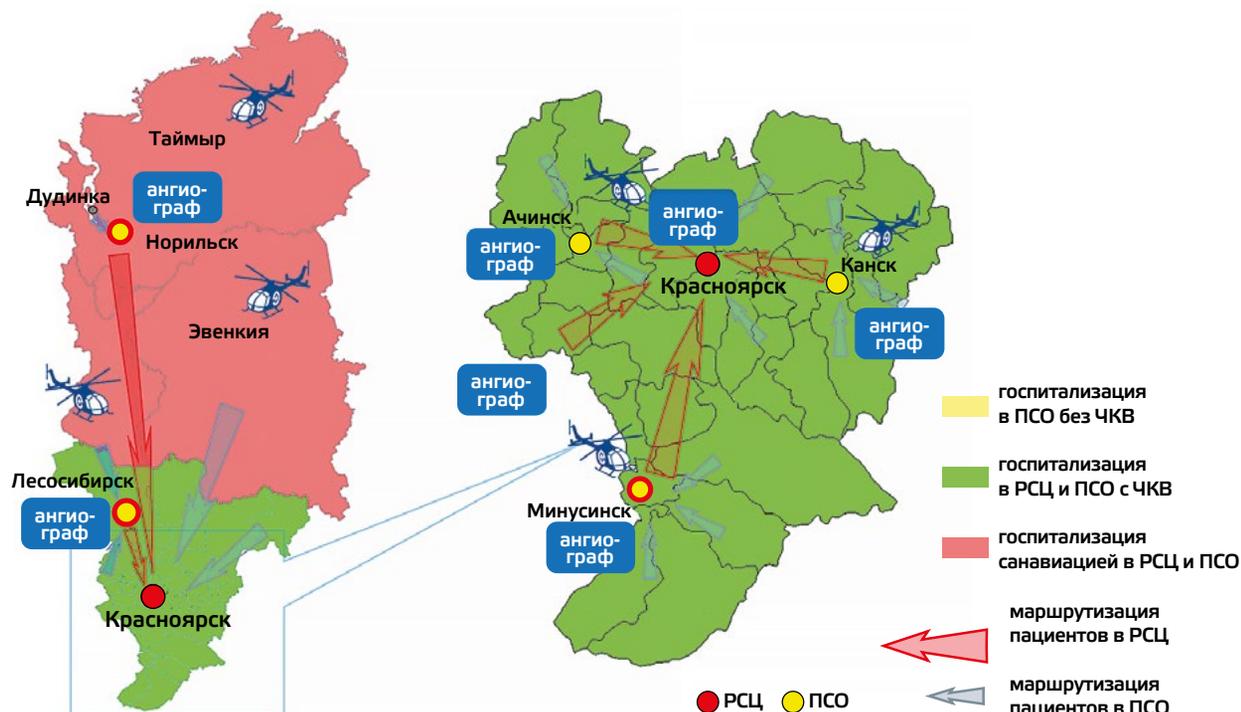


Рис. 3. Схема маршрутизации пациентов с БСК – 2024 год

После внедрения кардиомониторинга мы отметили, что лечебным учреждениям края пришлось соответствовать материально-технической базе лечения больных с ОКС, для чего стали активнее закупаться лабораторные реактивы для определения МВ-КФК, высокочувствительных тропонинов, биохимических анализов кро-

ви. Это позволило улучшить показатели выявляемости острого инфаркта миокарда. Данному факту способствовали как дистанционная передача ЭКГ, так и оценка динамики кардиоспецифических ферментов в системе кардиомониторинга: 95% больных высокого риска поступают в центры ЧКВ.

Реализация модели сосудистых центров в условиях большой территории

А.В. Протопопов, П.Г. Шнякин, С.А. Устюгов, Е.В. Самохвалов, Н.В. Хало, Н.В. Литвинюк, Р.В. Хомченков.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

Блезни системы кровообращения остаются ведущей причиной смерти взрослого населения в РФ. Несмотря на то, что в последние два десятилетия наблюдается тенденция к снижению смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярной патологии, достигнутые показатели еще далеки от целевых.

Приказом Минздравсоцразвития России №748 от 19 декабря 2008 г. в России была запущена федеральная программа по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Красноярский край одним из первых вступил в эту программу, а также стал участником программы Stent for life Европейского кардиологического общества.

За это время на территории края было открыто 12 сосудистых центров, из них девять инвазивных. Внедрены все современные методы диагностики и лечения болезней системы кровообращения, выстроена трехуровневая система

реабилитации сосудистых больных.

Учитывая протяженность территории края и неравномерную заселенность, для оптимизации и координации работы были внедрены разные элементы телемедицины, позволяющие круглосуточно консультировать пациентов, оценивать результаты их исследований, включая компьютерные томограммы и электрокардиограммы. В круглосуточном режиме работают онлайн-мониторинги больных с ОКС и ОНМК, развивается теле-ПСО. Создана сеть кабинетов профилактики инсульта, открыт кардиодиспансер. Все это позволило достичь устойчивого снижения смертности и госпитальной летальности от БСК за период 2008–2023 гг.

Строгое соблюдение маршрутизации пациентов в регионе, а также следование стандартам и клиническим рекомендациям на всех этапах оказания помощи позволили достичь устойчивого снижения смертности и госпитальной летальности от БСК в 2008–2023 гг.

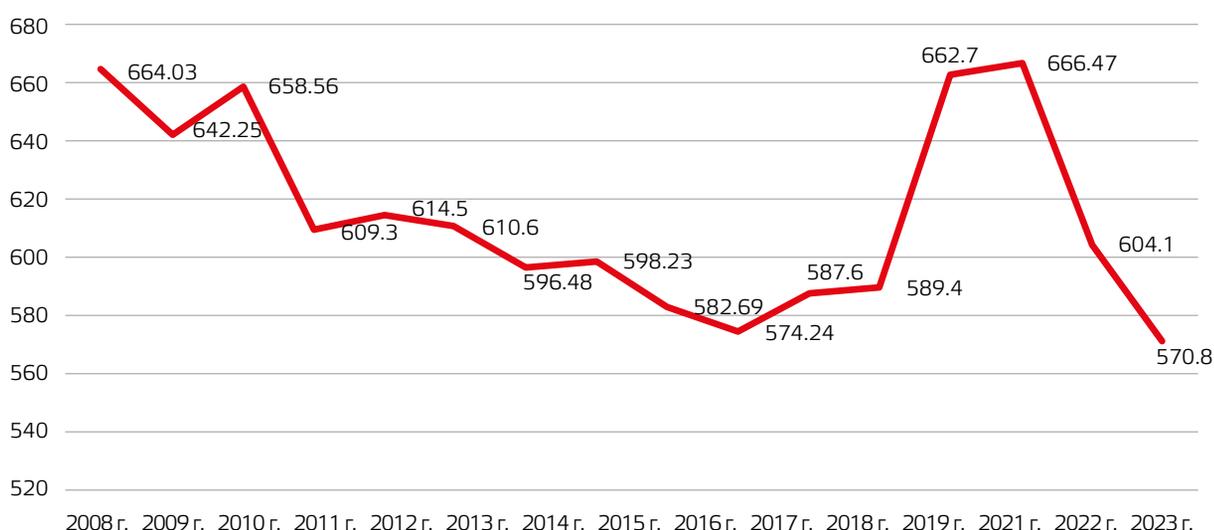


Рис. 1. Смертность от болезней системы кровообращения в Красноярском крае на 100 тыс. населения (2008–2023 гг.)

Как видно из данных, представленных на графике, с 2008 по 2023 год отмечается снижение общей смертности от БСК – с 664 до 570 человек на 100 тысяч населения в год. Резкое повышение смертности в 2020–2021 гг. обусловлено пандемией новой коронавирусной инфекции, когда показатели смертности достигли уровня запущенной сосудистой программы в Красноярском крае (2008 г.). Важно, что уже в 2023-м, через два года

после окончания пандемии, удалось достичь самого низкого уровня смертности от БСК за 15 лет. Смертность от ИБС на протяжении шести лет (2015–2020 гг.) находилась на плато в пределах 370–380 человек на 100 тысяч населения края в год. Во время пандемии этот показатель повысился до 420, но уже в 2023-м снизился до 350 на 100 тыс. населения в год.

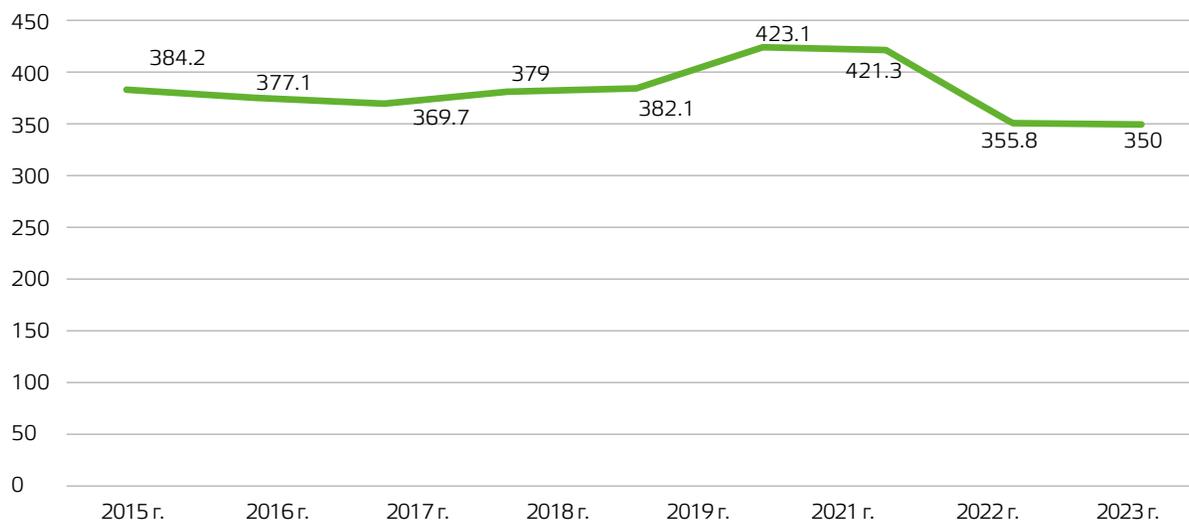


Рис. 2. Смертность от ишемической болезни сердца в Красноярском крае на 100 тыс. населения (2015–2023 гг.)

Смертность от цереброваскулярной патологии имела тенденцию к снижению в период 2015–2020 гг. со 170 до 145 человек на 100 тыс. населения в год. В период пандемии достигла показателя 167–170 человек на 100 тыс. населения в год, но уже в 2022-м снизилась до 146 на 100 тыс. насе-

ления. Небольшой рост смертности в 2023 году в большей степени обусловлен вопросами правильной кодировки причин смерти (рис. 3). Так, смертность от ОНМК снизилась со 105 человек на 100 тыс. населения в 2020 году до 74 на 100 тыс. населения в 2023-м.

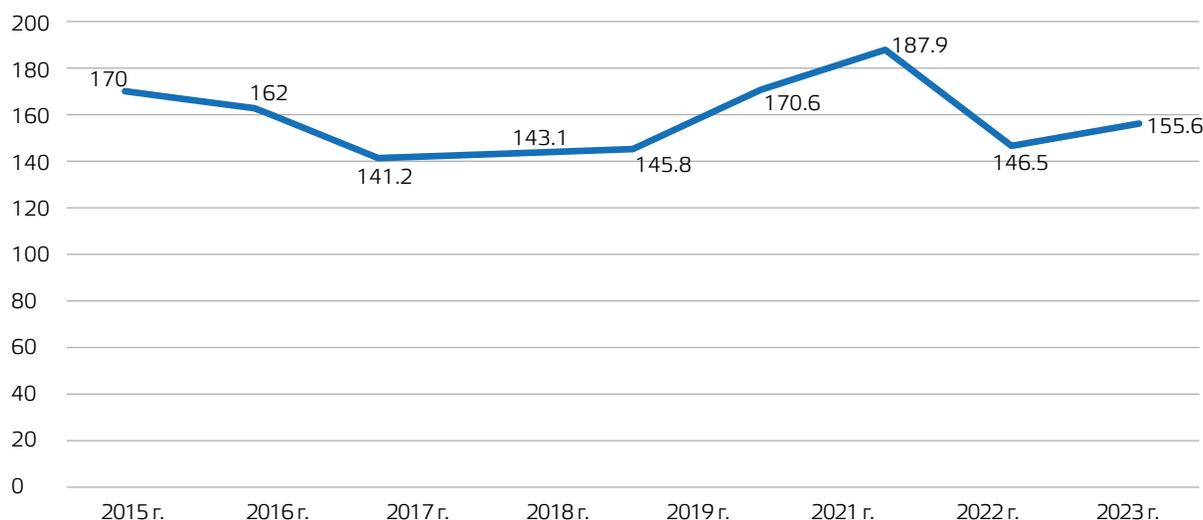


Рис. 3. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в Красноярском крае на 100 тыс. населения (2015–2023 гг.)

Показатели госпитальной летальности от инфаркта миокарда отражают этапы внедрения в крае фармако-инвазивной стратегии. С 2015 года отмечается значительное снижение летальности

с колебаниями на уровне 13,5–14%, с повышением в период ковида до 15% и с последующим рекордным снижением до 12,5% в 2022 году и 10,8% – в 2023-м.

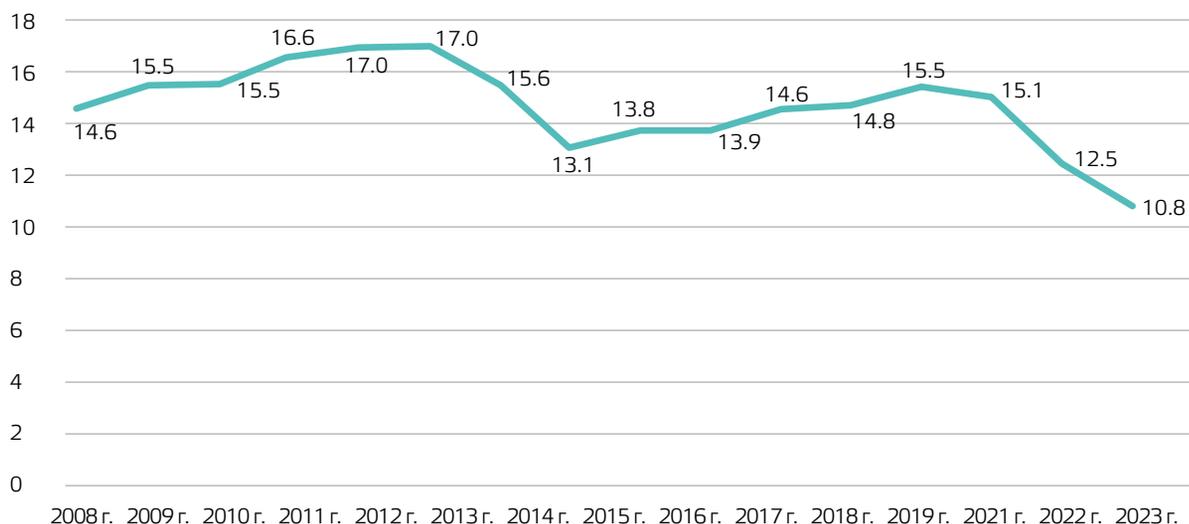


Рис. 4. Госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда в Красноярском крае, % (2008–2023 гг.)

Госпитальная летальность от инсульта длительное время находилась на уровне 20% с повышением на период ковида до 23%. В 2023 году достигнуты самые низкие показатели летальности

от инсульта – 13,9% за все время сосудистой программы, что соответствует целевому показателю летальности от инсульта – ниже 14%.

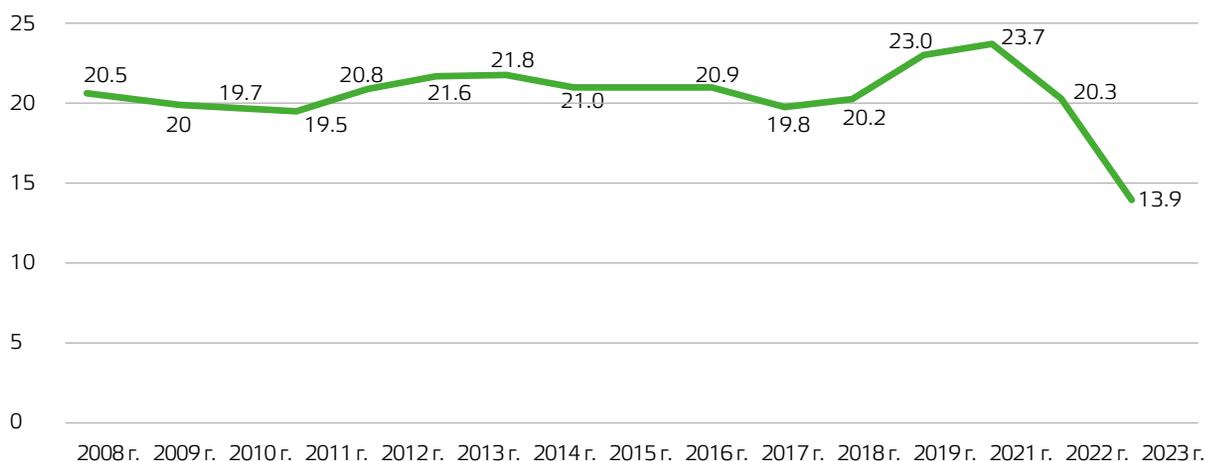


Рис. 5. Госпитальная летальность от инсульта в Красноярском крае, % (2008–2023 гг.)

Таким образом, разноплановая системная работа по организации помощи пациентам с инфарктом миокарда и инсультом в Красноярском крае привела к планомерному снижению смертности и

летальности от болезней системы кровообращения, с ухудшением показателей в период пандемии и стремительным их восстановлением и улучшением в первые два года после завершения пандемии.

«Ситуационное лидерство» – тренинг управленческих компетенций как часть программы внутреннего обучения сотрудников Краевой клинической больницы



Оксана Аленченко, психолог ККБ

— Как организовано обучение внутри больницы для сотрудников?

— Внутри больницы обучение организовано на основании практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности в медицинской деятельности.

Раздел, посвященный системе управления работниками в медицинской организации, включает в себя важность вовлечения руководителей и их заместителей в работу по внедрению технологий управления сотрудниками, наличие и исполнение порядка наставничества, а также предоставление психологической поддержки. В связи с этим нами разработаны и внедрены несколько программ для внутреннего обучения сотрудников: «Наставничество», «Профилактика эмоционального выгорания», «Ситуационное лидерство» и другие. Каждая программа реализована в очно-заочном формате, когда часть материала сотрудники изучают онлайн – на корпоративном портале, а для практической отработки встречаемся очно. После прохождения курса среди обучающихся проводится тест для контроля уровня понимания изученного.

Выбор темы и разработка программы основываются на потребности – какие существуют сложности в организации и какое обучение нам позволит решить их. Обучение планируется на год для каждой категории сотрудников: руководители, врачи, младший и средний медицинский персонал, специалисты. Охват получается, конечно, не 100%, но так как мы работаем в условиях ограниченных ресурсов (тренерский состав, время сотрудников, помещения для проведения тренингов), то результат достойный.

– Чему можно научить руководителя, если он уже 20 лет в своей должности?

– Начнем с того, что культура обучения в России начала формироваться недавно – в последнем десятилетии XX века, и пришла она к нам из Соединенных Штатов Америки, где сама идея создания обучающих организаций зародилась в 1970-х годах. Теперь же она постепенно набирает популярность в России. Отвечая на вопрос, чему можно научить руководителя, могу сказать: пожалуй, всему, а именно – развитию стратегического и аналитического мышления, способности видеть и управлять процессами, пониманию и нахождению подхода к сотрудникам, верно определять мотивацию, ставить задачи и контролировать, а также многому другому, это зависит от тех компетенций, которые данному руководителю нужны на его рабочем месте. Поэтому длительный опыт руководства, безусловно, формирует свое понимание и умение руководить людьми. У кого-то это эффективный способ, наработанный годами, и, как правило, такие руководители умеют самообразовываться, читают литературу, обмениваются опытом, ищут ответы на свои вопросы разными доступными способами. А есть те, кого назначили на должность, а учатся они уже по ходу – пробуя, ошибаясь. Такой разный уровень образованности и опыта порождает порой

Я убеждена, что функция академических знаний в том, чтобы расширять мировоззрение, и тогда человек находит смыслы и мотивацию к саморазвитию.



нему отношение, и начинает саботировать процессы и настраивать коллектив против. Руководитель обращает всю свою энергию и внимание на этого сотрудника. Почему так происходит? Руководитель не понимает, что делать с таким сотрудником. Что с ним происходит на самом деле: его навыки еще не развиты до уровня профессионализма, и он не может быть полностью самостоятельным и свободным, а потому совершает ошибки, и, если нет помощи и поддержки, его настрой на работу снижается, сотрудник погружается в негативное состояние, ощущает себя неуверенно, а чтобы скрыть ошибки, начинает защищаться в виде раздражения, опоздания и отстранения либо конфликтовать, когда с него начинают спрашивать.

Сотрудник попал в демотивацию. На уровне физиологии это объяснимо: человек испытывает страх. Но когда нет поддержки, сложно с этим чувством совладать, и агрессия или раздражение – это способ скрыть свой страх. Что может сделать руководитель? Использовать стиль воздействия под названием «наставниче-

ский», когда сотрудника нужно обучать и поддерживать. Если это не может делать руководитель, тогда эту задачу нужно делегировать сотруднику, который в этом вопросе профессионал. Понимание механизмов формирования поведения сотрудников, знание того, как определить уровень сотрудника и выбрать правильный стиль, позволяет не только решать конфликты, выстраивать коммуникацию внутри отделения и с пациентами, но и формировать сильную команду. Это не значит, что проблем не станет, но их можно решать быстро и эффективно, с минимальными затратами, что, в свою очередь, уберечь руководителя от усталости, раздражительности и профессионального выгорания.

– С какими сложностями вы столкнулись в обучении руководителей и как это удалось или не удалось решить?

– Сложность в том, что культура обучения еще формируется, и в связи с этим у руководителей возникает сопротивление учиться чему-то новому, для них это очень уязвимое место, они

воспринимают это как то, что если мне надо учиться, то значит, мной не довольны, мой профессионализм подвергается сомнению. Но не все руководители так мыслят. Из опыта скажу, что при формировании группы половина руководителей приходит самостоятельно, для другой же половины нужна дополнительная мотивация – например, приказ главного врача. Мы сейчас работаем над тем, чтобы сформировать такую культуру, когда люди сами захотят учиться и будут сами открыто заявлять свою потребность. Хотя и такие примеры тоже уже есть. Я уверена, что мы сформируем эту культуру, это лишь вопрос времени.

– Как измерить результаты вашего обучения и определить, что руководители приобрели навыки на этом тренинге?

– Если по-честному, то измерить сложно. Да, можно пройти тест на 90%, но это не гаранти-

рует, что руководитель применяет полученные знания на практике, хотя и будет показателем усвоения материала. Можно спросить самих руководителей, как они оценивают полученные знания: понравилось / не понравилось, полезными ли были знания, удалось ли применить их на практике. Оценка, конечно, субъективная. Но можно заметить и снижение конфликтов, и уменьшение текучести персонала. Я убеждена, что функция академических знаний в том, чтобы расширять мировоззрение, и тогда человек находит смыслы и мотивацию к саморазвитию. Наш формат обучения как раз на это направлен и дает возможность попробовать, а как еще можно быть руководителем с такими знаниями. Использование и применение знаний – это уже ответственность самого человека. Одни сразу применяют полученные знания, другим нужно время и ошибки, пройти свой путь становления как эффективного руководителя.

К

Программа онлайн-обучения «Ситуационное лидерство по К. Бланшару»

Этот курс – не руководство, как достичь высоких целей, это курс про то, как создать процесс достижения значимых результатов при действии с уважением, заботой и честностью ради благополучия всех участников. Знание и обладание четырьмя стилями управления необходимы для создания высокоэффективной организации.

Для кого:

- Для руководителей
- Для специалистов проектной деятельности
- Для тех, кто развивает и управляет командным взаимодействием

Цели тренинга:

- Повысить эффективность управления и влияния на сотрудников
- Формирование команды
- Развитие потенциала сотрудников
- Повышение уровня компетентности руководителей в управлении мотивацией и командным поведением сотрудников
- Вовлечение команды в развитие организации
- Предотвращение конфликтных ситуаций

Задачи тренинга:

- Изучить стили лидерства (директивный, обучающий, поддерживающий, делегирующий)
- Научить оценивать ситуацию и готовность сотрудников справляться с задачей/работой
- Научиться выбирать и гибко использовать стили лидерства под каждый уровень развития сотрудника

Механика. Весь материал тренинга разделен на 4 онлайн-модуля длительностью 3 часа.

Каждый онлайн-модуль состоит из теоретической части и практического задания.

Задания будут как в парах, так и индивидуально. Тренинг предполагает выполнять домашнее задание без отрыва от работы для использования и внедрения в рабочие процессы изученных технологий.

Материал тренинга выдается участникам на руки.

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Ситуационное лидерство I: общее понятие, что такое наделение властью, как пробудить силы и способности людей. Три навыка ситуационного лидера: оценка, гибкость, партнерство. Три ключа к наделению властью: предоставление информации для каждого, создание автономии с помощью границ, создание самоуправляемых людей.
2. Развитие лидерских качеств путем обучения. Создание заинтересованной рабочей атмосферы, где важно учитывать способности и индивидуальные особенности людей. Четыре уровня развития сотрудника D1-D4: новичок-энтузиаст, разочарованный ученик, осторожный исполнитель, профессионал.
3. Ситуационное лидерство II: эффективное лидерство – это путь изменений. Стили лидерства S1-S4: директивный, наставнический, поддерживающий, делегирующий. Люди могут и хотят развиваться, используйте для каждой ситуации свой стиль лидерства.
4. Согласование стиля лидерства с уровнем развития сотрудника. Партнерство как неформальная система управления: постановка задач SMART и обратная связь BOFF. Как сформировать эффективную команду через индивидуальный подход к каждому.

Даты и время проведения:

- **26.09.2024. 14:00–17:00**
1 тема: «Ситуационное лидерство I: три навыка лидера».
- **03.10.2024. 14:00–17:00**
2 тема: «Четыре уровня развития сотрудника D1-D4».
- **10.10.2024. 14:00–17:00**
3 тема: «Ситуационное лидерство II: стили управления S1-S4».
- **17.10.2024. 14:00–17:00**
4 тема «Постановка задач SMART и обратная связь».

Формат курса: онлайн-обучение.

Ведущая курса: Оксана Сергеевна Аленченко, психолог Краевой клинической больницы, клинический психолог, бизнес-тренер (опыт работы 16 лет с руководителями бизнеса), коуч ISF, действительный член ОППЛ, финалист конкурса бизнес-тренеров Сбербанк России, 2010 г., автор статей журнала «Здравоохранение», издательского дома «Акцион Медицина».

Подробности и стоимость участия по телефону **226-98-90**, Центр компетенций ККБ.

Подбор кадров: как провести собеседование, которое усилит вашу команду



Надежда Кравчук,
менеджер по персоналу ККБ

На сегодняшний день мы наблюдаем кадровый дефицит во многих сферах, и здравоохранение не стало исключением. В условиях сильнейшей конкуренции за квалифицированные кадры еще более остро встает вопрос поиска персонала и выстраивания системы поиска и подбора персонала в партнерском подходе.

Когда кандидат приходит к нам на собеседование, кажется, что мы на этой встрече «главные», ведь это он в поиске, ему нужна работа. Но на деле важно помнить, что не только мы выбираем кандидата, но и он выбирает нас как работодателя. Поэтому собеседование – это диалог, когда мы выбираем и нас выбирают: кандидату нужна работа, а нам нужен квалифицированный сотрудник. Тем более что сегодня скорее кандидат в более выигрышной позиции – у него предложений зачастую больше, чем у нас откликов. Поэтому от того, как пройдет встреча с соиска-

Собеседование – это диалог, когда мы выбираем и нас выбирают: кандидату нужна работа, а нам нужен квалифицированный сотрудник.

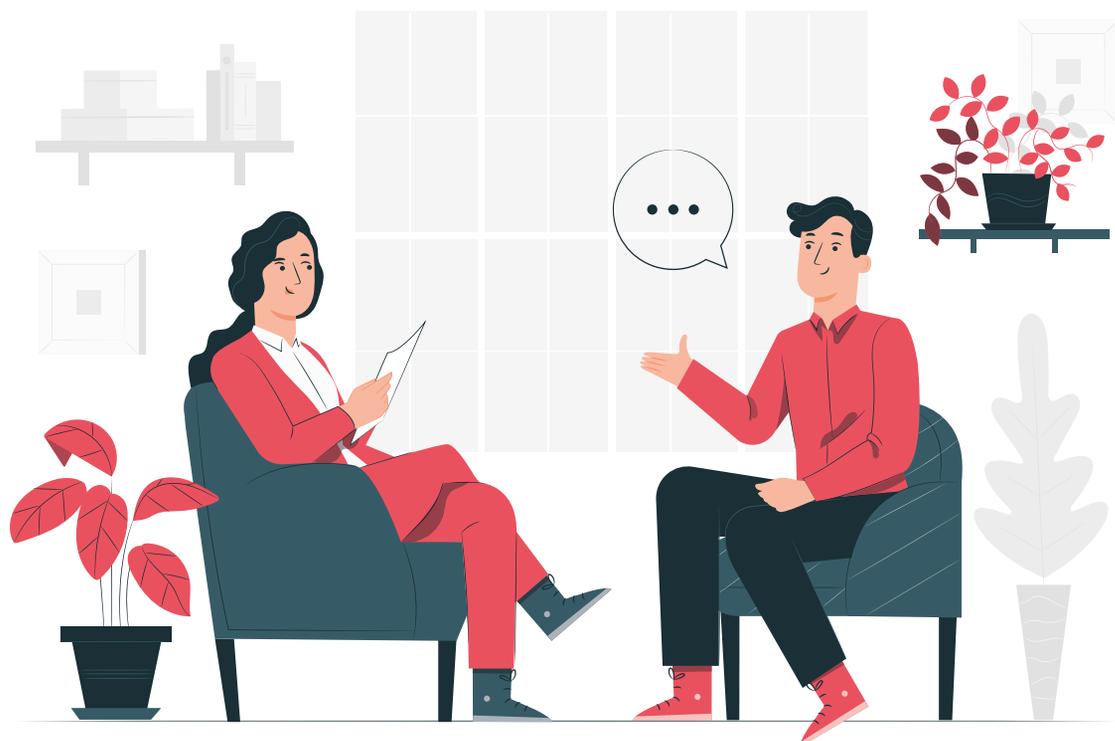
телем (собеседование), зависит многое: какое впечатление сложится о работодателе, будет ли он готов работать с нами, порекомендует ли друзьям и знакомым (причем даже в случае отказа) или, наоборот, отговорит откликаться на наши вакансии. Человечность важна не только в отношении пациента, но и в отношении кандидатов и персонала. Поэтому сегодня поговорим о том, как найти сотрудника, который усилит команду, и как провести собеседование экологично и приятно для соискателя и полезно для работодателя.

Кто нам нужен?

В самом начале поиска мы должны определиться, какого специалиста мы ищем. Для этого важно составить профиль кандидата. Профиль кандидата – это набор требований к профессиональным навыкам и личностным качествам, необходимым для выполнения работы в должности, на которую мы ищем специалиста.

Хороший профиль включает в себя:

- формальные требования (образование, аккредитация, опыт);
- профессиональные компетенции (профессиональные знания, умения, навыки, необходимые для выполнения рабочих задач);
- личностные качества (особенности характера, которые проявляются в устойчивом способе



поведения кандидата, а также качества, не относящиеся напрямую к профессиональным, но влияющие на качество выполнения задач);

- список задач (перечень рабочих задач, которые должен будет выполнять сотрудник).

Когда мы формируем профиль, он должен отвечать на вопросы: «Кого мы ищем? Какой он – наш будущий сотрудник?» – и быть понятным всем участникам процесса. От того, как тщательно мы сформировали профиль, будет зависеть результат.

Когда мы говорим: «Мы ищем медицинскую сестру» – каждый представляет себе свой образ: кто-то операционную, кто-то палатную, кто-то физиотерапевтическую и др. И у каждого из нас будет свое представление и свой набор компетенций и личностных качеств, которые мы бы хотели видеть у нашего кандидата. Поэтому важно определиться с ключевыми характеристиками, которые критично важны, и прописать желаемые, которые «здорово, если есть», но не критично, если нет.

Где искать?

После того, как мы сформировали профиль, приступаем к поиску. Инструменты поиска можно выбирать в зависимости от финансовых возможностей организации, категории вакансии и задач.

Например, **собственная база данных кандидатов**, если она ведется достаточно долго и регулярно, существенно экономит время и не требует больших финансовых вложений. Ее по-

полнение можно автоматизировать, что тоже является несомненным плюсом. Однако существует риск быстрого устаревания данных (кандидат из резерва может быть уже не в поиске работы), а также резерв пополняется неравномерно по категориям персонала (например, много резюме юристов, но только три медсестры).

Объявления в печатных СМИ на сегодняшний день более эффективны для поиска кандидатов на рабочие специальности. Преимущества этого инструмента – в охвате определенной географической территории, где проживают потенциальные соискатели. Однако этот метод имеет высокую стоимость и не дает гарантии, что вакансия достигнет целевой аудитории – в эпоху интернета печатные издания теряют популярность и актуальность среди кандидатов.

Интернет-ресурсы (рабочие сайты, соцсети, группы в мессенджерах и др.) дают возможность более гибкого планирования расходов, большой охват аудитории (в том числе выход на другие регионы, если вы готовы предложить релокационный пакет); позволяют выйти на более мотивированных к поиску работы кандидатов. Базы данных рабочих сайтов обычно регулярно обновляются и имеют актуальный статус соискателя (в поиске, открыт к предложениям, не ищет работу). Из минусов – неравномерный охват категорий персонала (резюме специалистов необходимого нам направления может быть немного), не всегда информация является достоверной (требуется проверка и подтверждение указанного образования и опыта), не всегда резюме и отклики на вакансии соответствуют требованиям.

Рекомендации, как правило, чаще дают нужный результат и «попадают точно в цель». Этот инструмент не требует финансовых вложений, кандидаты по рекомендации часто более мотивированы и лояльны к компании. Однако такой поиск может занять длительное время, а также есть риск получить в сотрудники «хорошего человека», но не профессионала.

Прямой поиск позволяет выйти непосредственно на нужных кандидатов и сформировать базу контактов среди целевой аудитории, однако у этого метода есть ограничения по этическим соображениям, и он требует больших финансовых вложений, особенно если привлекать профессиональных хедхантеров.

Кадровое агентство часто предоставляет гарантии и бесплатную замену кандидатов, есть возможность через них работать сразу со всеми инструментами одновременно. Однако требуется время на выстраивание процесса взаимодействия с агентством, а также относительно большой бюджет на оплату его услуг.

Профессиональные конференции, выставки, ярмарки вакансий дают возможность непосредственного контакта с целевой аудиторией, однако формат мероприятия не всегда позволяет оценить кандидата, эти инструменты тоже требуют финансовых вложений и не подходят для срочного поиска (обычно мероприятия проходят один или два раза в год).

Взаимодействие с учебными заведениями позитивно влияет на бренд работодателя, позволяет выбрать лучших выпускников и на выходе получить сотрудников, разделяющих ценности компании и знакомых с корпоративной культурой и правилами работы в больнице. Этот метод – долгосрочные и рискованные инвестиции без гарантий отдачи (выпускник, несмотря на вложенные нами в его обучение силы, время и деньги, может предпочесть другое медучреждение или переехать в другой город).

Собеседование. Как расположить к себе кандидата

Найдя подходящих под требования вакансии кандидатов, приступаем к проведению бесе-

дований (или интервью). Структура интервью содержит в себе пять этапов:

1 этап. Определение цели и подготовка к интервью

К собеседованию тоже необходимо подготовиться, и не только кандидату, но и нам. Определиться с целью, еще раз проверить профиль, составить список вопросов, которые важно задать на встрече. Целями собеседования могут быть:

1. заполнение открытой вакансии;
2. формирование внутреннего (например, на руководящие должности) или внешнего кадрового резерва;
3. формирование индивидуальной карьерной стратегии сотрудника;
4. отбор в программу обучения;
5. увольнение (выходное интервью).

2 этап. Встреча, знакомство и установление контакта. Начало интервью

Один из самых важных этапов в структуре, так как от этого зависит, насколько искренним и честным будет с нами кандидат, а соответственно, насколько точно мы сможем оценить его личностные и профессиональные компетенции и понять, насколько он нам подходит. Мы в ККБ уделяем установлению контакта отдельное внимание и не начинаем собеседование «с порога». Мы понимаем, что для соискателя собеседование с работодателем – это всегда волнительное мероприятие, даже если он профессионал и уверен в себе. Тем более мы не знаем, как кандидат добрался, что могло произойти до встречи, поэтому всегда даем несколько минут для того, что-

бы переключиться, «выдохнуть» и настроиться.

После приветствия и знакомства – пока кандидат заполняет согласие на обработку персональных данных, пока мы проверяем диплом об образовании и другие документы – можем перекинуться парой фраз о том, как кандидат добрался, легко ли нашел

нас, каков его настрой и т.д. Это позволяет расслабиться, установить контакт и снять напряжение. Еще один важный прием, которым мы пользуемся для снятия тревоги и напряжения у соискателей, – «вводная фраза» (рассказать кандидату ход интервью, то есть что его ждет).

Пример фразы:

«Иван, предлагаю наше знакомство построить следующим образом: вы расскажете немного о себе, я задам уточняющие вопросы, если это по-

Мы в ККБ уделяем установлению контакта отдельное внимание и не начинаем собеседование «с порога».

требуется, затем расскажу о нашей вакансии и отвечу на ваши вопросы. В конце встречи договоримся о сроках обратной связи и дальнейших действиях. Как вам такой план?»

После получения согласия от кандидата можно плавно и «безболезненно» переходить к третьему этапу интервью: вопросам в различных техниках.

3 этап. Техники интервью и анализ ответов кандидата

На сегодняшний день есть четыре наиболее распространенных типа собеседований:

- **Свободное интервью.** Предлагаем кандидату в свободной форме рассказать о себе, своих достижениях, жизни. Так как в этом формате нет рамок и ограничений, кандидат может рассказать о себе более развернуто. Однако выбирая свободное интервью, важно учитывать, что кандидат может быть не готов к самопрезентации и может упустить, не рассказать то, что важно для нас. И в этом случае руководителю (рекрутеру, интервьюеру) важно быть предельно сосредоточенным, чтобы уловить необходимую информацию, а также быть готовым задать уточняющие вопросы по ходу либо перейти к другому виду интервью (если кандидат не готов к самопрезентации).
- **Биографическое.** Исследование прошлого опыта и фактов из жизни соискателя на основе его резюме (образование, опыт работы, мотивация, критерии выбора нового места работы, ожидания и др.).
- **Кейс-интервью** (ситуационное интервью). Это искусственно смоделированная рабочая ситуация, типичная для данной позиции (гипотетически – как кандидат бы отреагировал, поступил в обозначенной ситуации?). Такой формат помогает изучить логику действий кандидата, оценить его потенциал, стрессоустойчивость и обучаемость, а также понять мотивацию, этические установки и жизненные приоритеты.
- **Интервью по компетенциям.** Одна из самых надежных и точных методик оценки кандидата. Оно представляет собой структурированную серию вопросов о прошлом опыте кандидата для получения реальных поведенческих примеров по определенным компетенциям, которые необходимы для выполнения работы. Оценка по компетенциям помогает сместить акцент с достижений кандидата на то, как и почему он его достиг.

В своей работе мы чаще используем смешанный

тип: микс свободного, кейс-интервью и интервью по компетенциям. Большая часть вопросов относится к компетенциям соискателя. Остановимся чуть подробнее на этой модели интервью. Для начала разберемся в терминологии.

Что такое компетенции?

Компетенции – это поведенческие проявления личностных и деловых характеристик, которые помогают успешнее других справляться с работой. Они выявляются, исходя из реального прошлого опыта кандидата, его поступков, навыков, умений и ценностных установок. Для того чтобы оценить компетенцию, нам необходимо ее прописать – понять, что мы оцениваем и как поймем, что эта компетенция у кандидата развита. Компетенция состоит из трех компонентов: название, определение, перечень поведенческих проявлений. Например, компетенция «обучаемость»:

Название: обучаемость.

Определение: способность усваивать новые знания и применять их на практике.

Поведенческие проявления: стремится к получению новых знаний; быстро усваивает новые факты, информацию; связывает новые знания с ранее приобретенными; использует новые знания и навыки на практике, в работе.

Важно спрашивать кандидата не только о его позитивном опыте, но и о тех трудностях, с которыми он столкнулся.

Если у нас есть понятные, четко прописанные компетенции, нам будет легко оценить кандидата. В этом нам помогут модели **STAR** и **PARLA**. Модели представляют собой инструмент оценки компетенций с логикой вопросов по принципу воронки, где каждый последующий вопрос вытекает из предыдущего.

В модели STAR вопросы задаются в следующем порядке:

- **Situation** – о конкретной ситуации из прошлого опыта кандидата.
- **Target** – о стоявшей перед кандидатом цели/задаче.
- **Action** – о предпринятых кандидатом действиях для решения задачи.
- **Result** – о достигнутом результате.

В модели PARLA порядок будет таким:

- **Problem** – о конкретной проблемной ситуации из прошлого опыта кандидата.
- **Action** – о предпринятых кандидатом действиях для решения проблемы.

- Result – о достижении результата и трудностях, с которыми столкнулся.
- Learned – о том, чему научился на примере данной ситуации.
- Applied – о сделанных выводах и применении полученного опыта впоследствии.

Например:

- Р. «Расскажите о ситуации, когда вы не рассчитали время на выполнение задачи и нарушили сроки».
- А. «Что вы предприняли, чтобы разрешить ситуацию со сроками?»
- Р. «К какому результату пришли в итоге?» / «К чему это привело?»
- Л. «Какие выводы вы сделали из этой ситуации?» / «Чему научила вас эта ситуация?» / «Что дал вам этот опыт?»
- А. «Как вы применили полученный опыт?» / «Как поступили в следующий раз в аналогичной ситуации?»

Для разных компетенций будет отличаться только первый вопрос – о проблеме, а вот вопросы о действии, результате, выводах и применении опыта будут одинаковыми. Важно спрашивать кандидата не только о его позитивном опыте, но и о тех трудностях, с которыми он столкнулся.

В интервью по компетенциям не существует однозначно правильных и неправильных ответов. Важно оценить его мышление, причины сложившейся ситуации, как кандидат ведет себя в сложных и стрессовых ситуациях. Как применяет полученный опыт. Анализирует ли свои ошибки и промахи, стремится ли расти над собой и т.д. Например, кандидат рассказал, что нарушил сроки при выполнении назначения врача, это минус для навыка планирования рабочего времени. Но честно признался в этом врачу и профессионально объяснил ситуацию, предложил варианты решения. В итоге ситуация оказалась не критичной – назначение было выполнено с задержкой в семь минут. Это плюс к честности и навыку разрешения сложных ситуаций. При этом в разговоре с врачом кандидат объяснил и причину задержки: пациенту в отделении стало плохо и ему пришлось проводить СЛР. А это еще и плюс к стрессоустойчивости, самообладанию и расстановке приоритетов.

Важно оценить не один конкретный ответ кандидата, а его опыт, навыки, знания, компетенции в целом.

4 этап. Презентация вакансии. Работа с возражениями и ответы на вопросы кандидата

Итак, мы задали все интересующие нас вопросы и составили свое мнение о кандидате. На предыдущем этапе мы выяснили, что важно для

соискателя. Мотивация и ожидания кандидата – очень важный аспект, который нельзя упустить. Чем больше совпадений между ожиданиями кандидатов и ценностями учреждения, тем выше вероятность правильного выбора человеком работы, а работодателем – сотрудника.

Презентуя вакансию, важно быть честными: не приукрашивать, скрывая сложности, но и не запугивать. Рассказать, какие задачи ждут кандидата, наши ожидания от него, какие условия мы готовы предложить и дать возможность задать интересующие вопросы.

Важно спросить, есть ли у соискателя другие предложения и к чему он склоняется, на каком месте наше предложение среди прочих? Что вызывает сомнения? И сразу обсудить это «на берегу».

5 этап. Принятие решения и завершение интервью. Обратная связь кандидату

В конце интервью мы благодарим кандидата за уделенное время и озвучиваем решение. Если у нас несколько кандидатов или мы не готовы принять решение по кандидату в моменте, важно обговорить сроки обратной связи и придерживаться договоренностей. Даже если решение по кандидату – отказ, важно в обозначенные сроки вернуться к нему с обратной связью и корректно озвучить решение.

Пример фразы:

«Мария, добрый день! Как и договаривались, возвращаюсь с обратной связью по итогам нашей встречи. Наше знакомство оставило позитивное впечатление, было приятно общаться и узнать больше про ваши планы на будущее и текущий опыт.

К сожалению, на сегодняшний день мы приняли решение в пользу другого, более опытного кандидата.

Однако я предлагаю оставаться на связи на случай возможного сотрудничества в будущем. Мы оставим ваше резюме в нашей базе, чтобы иметь возможность повторно с вами связаться при появлении другой соответствующей вакансии. Вы не против? (Ожидаем ответа.) Благодарим за время, которое вы уделили знакомству с нами и нашей вакансией.

Были очень рады знакомству! Хорошего дня!»

Возможно, сегодня нашелся более опытный кандидат, но спустя время, в случае необходимости, мы можем вернуться к этой кандидатуре и стать коллегами. Нет плохих или хороших кандидатов. Есть те, кто нам подходит, и те, кто нам сейчас не подходит.

Иммунитет у пациенток с послеродовым эндометритом: о чем надо знать и чего бояться

Д.Е. Галкина¹, Д.В. Окладников¹, Е.В. Окладникова¹, Е.Н. Бочанова¹, Т.А. Макаренко¹, И.П. Искра², Ж.В. Бохина³, Е.В. Дударовская³.

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

2 Центральная научно-исследовательская лаборатория Красноярского государственного медицинского университета

3 КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

На сегодняшний день гнойно-воспалительные заболевания послеродового периода (ГВПЗ) не имеют тенденцию к снижению и в общей структуре осложнений пуэрперия могут достигать 18-20% [1]. Лидирующую позицию среди ГВПЗ занимает послеродовый эндометрит, причем в группах риска после абдоминальных родов его частота может достигать 25%, а в случае экстренного оперативного родоразрешения – 45% [1].

В связи с тенденцией к увеличению процента выполнения абдоминального родоразрешения кесарево сечение (КС) является определяющим фактором риска повышения частоты ГВПЗ. Несмотря на совершенствование методик, внедрение превентивных методов антибиотикопрофилактики и применение современного шовного материала само по себе оперативное вмешательство со вскрытием полости матки является уже заведомо контаминированным. Так, по данным ряда авторов, в 25% КС выполняется необоснованно, что в последующем формирует рубец на матке, а это, в свою очередь, является не всегда обоснованным показанием к оперативному родоразрешению [2].

Одним из самых грозных осложнений абдоминальных родов является акушерский перитонит и сепсис. Несмотря на то, что частота таких осложнений не превышает 2%, именно на эти случаи приходится максимальное количество летальных исходов (в 15-40%) [3].

Несомненно, своевременная диагностика и вовремя начатая терапия – залог благополучного исхода с возможным сохранением репродуктив-

ной функции таких больных при наличии условий: верифицированный и санированный первичный очаг инфекции (матка), непрогрессирующая полиорганная недостаточность, отсутствие клиники шока, наличие эффекта от системной консервативной терапии [4].

Однако следует понимать, что тяжесть ГВПЗ, а также тяжелых септических осложнений напрямую зависит не только от общесоматического состояния больной, хирургической ситуации, но и от состояния как локального, так и системного иммунитета родильницы [5, 6].

С ранних сроков беременности происходит увеличение числа фагоцитов (гранулоцитов и моноцитов), усиление фагоцитоза, генерации активных форм кислорода (АФК) [6, 7]. При возникновении риска инфекционного осложнения активируются полиморфноядерные фагоциты, которые используют сходные с макрофагами механизмы бактерицидного действия с увеличением связывания и поглощения микроорганизмов в присутствии опсонизирующих факторов (антител и фрагментов комплемента) [8-10].

Таким образом, поддержание иммунологического баланса за счет взаимодействия макроорганизма беременной, плода, плаценты и компонентов врожденного и адаптивного иммунитета обеспечивает устойчивость к инфекционным агентам на протяжении не только всей беременности, родов, но и всего послеродового периода.

Ввиду актуальности вопросов своевременной диагностики, лечения и профилактики послеродовых

гнойно-воспалительных осложнений, в особенности тяжелых септических форм, целью исследования стало – изучение особенностей системного иммунитета у женщин с ПЭ.

Материалы и методы: на клинических базах Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого в период с 2021-го по 2023 год был произведен проспективный анализ показателей системного иммунитета в венозной крови 180-ти пациенток позднего послеродового периода. Из них – 50 женщин с неосложненным течением пуэрперия, 80 – с послеродовым эндометритом средней степени тяжести, из которых 50 – с ПЭ и сопутствующими вирусными инфекциями и 30 – с ПЭ без сопутствующей вирусной нагрузки (рис. 1). Разделение групп проведено после получения резуль-

татов анализов ПЦР на определение вирусов папилломы человека (ВПЧ), простого герпеса (ВПГ) 1-го, 2-го и 6-го типов, Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловируса (ЦМВ).

Работа выполнена на базе центральной научно-исследовательской лаборатории Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого в рамках государственного задания НИОКТР в ЕГИСУ № 122040600142-6 по теме «Новые стандарты лечения гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний матки с применением микробиологического тестирования актуальных возбудителей» сроком реализации в период с 2022-го по 2024 год. Статистический анализ произведен классическими методами с использованием программы IBM SPSS Statistics.



Определение следующих иммунологических показателей:

- Лейкоциты, $10^9/л$
- Лимфоциты, %
- CD3+45+Т-лимфоциты, %
- CD3-CD19 В-лимфоциты, %
- CD3+CD4+ Т-хелперы, %
- CD3+CD8+ Цитотоксические лимфоциты, %
- CD3-CD16+56 NK-лимфоциты, %
- CD3-CD8+ Активированные NK-лимфоциты, %
- CD3+CD16+56 Т-NK клетки, %
- T-reg
- B-reg
- B-memory
- ИРИ, безразмерная единица
- СРБ, мг/л
- IG M, г/л
- IG A, г/л
- IG G, г/л
- ФИ
- ФЧ
- ЧФН

Рис. 1. Дизайн исследования (СР – самопроизвольные роды, КС – кесарево сечение, ПЭ – послеродовой эндометрит)

Иммунологические исследования проводились на цитофлуориметре Cytomics FC 500 с источником излучения в виде аргонового лазера с длиной волны 488 нм и твердотельным лазером с длиной волны 633 нм, а также на биохимическом анализаторе Sapphire 400 (рис. 2, 3).



Рис. 2. Cytomics FC 500



Рис. 3. Биохимический анализатор Sapphire 400

При анализе полученных данных было отмечено, что у пациенток с ПЭ в отличие от группы здоровых родильниц статистически значимо имели место следующие различия в полученных результатах: высокие значения лейкоцитов, нейтрофилов и СРБ ($p < 0,05$).

При оценке инфекционных агентов было отмечено, что в группе женщин с ПЭ как после СР, так и после КС (по сравнению с группой здоровых родильниц) отмечается более высокая частота вируса простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов (63/80 – 78,8% и 59/80 – 73,8% соответственно), а также вируса папилломы человека (ВПЧ) (14/80 – 17,5% и 22/80 – 27,5% соответственно), при этом в 75% случаев была диагностирована его клинически значимая концентрация: 104 b и более lg копий ДНК/10⁵ эпит. клеток (рис. 4).

При этом следует отметить, что в группе женщин после абдоминального родоразрешения в 5% случаев показанием к КС было обострение генитального герпеса (2/40). При анализе данных анамнеза у родильниц с ЦМВ (3/40), по данным ПЦР, ранее уже диагностировался данный вирус, а беременность в 1/21 (4,8%) осложнилась маловодием и в 2/21 (9,5%) – многоводием. У одной пациентки после КС и ПЭ имелось указание на наличие ВИЧ и хронического вирусного гепатита С.

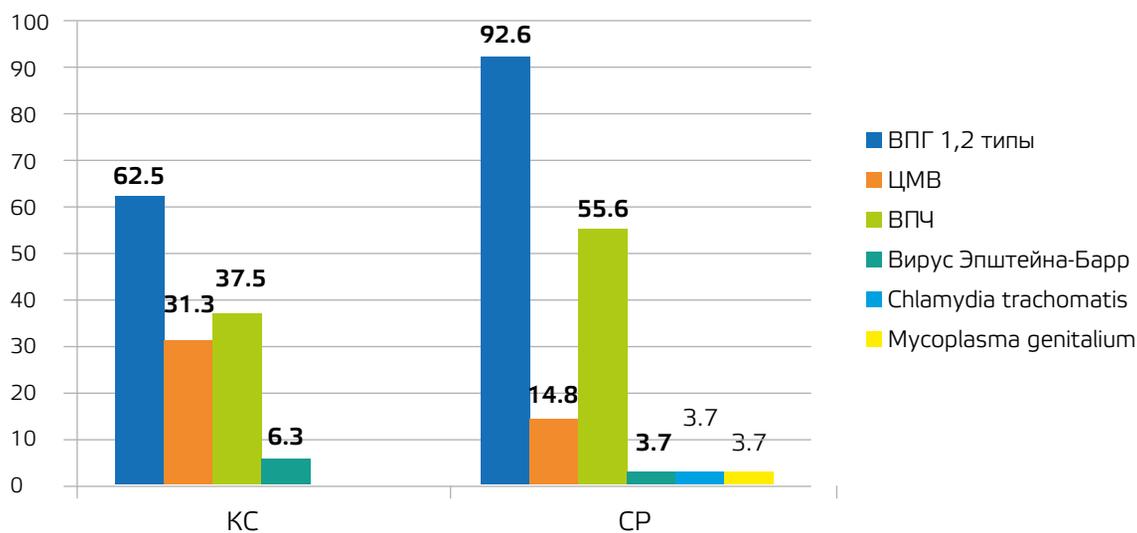


Рис. 4. Структура инфекций у женщин с ПЭ после КС и СР, %

При анализе полученных данных было отмечено, что у пациенток с ПЭ, в отличие от группы здоровых родильниц, статистически значимо имели место следующие различия в полученных результа-

тах: высокие значения лейкоцитов, нейтрофилов и СРБ ($p < 0,05$).

Однако следует отметить, что наличие вирусных инфекций значимо влияет на показатели иммуно-

граммы. Так, в группе родильниц с ПЭ сочетанной этиологии, в отличие от родильниц с ПЭ только бактериальной этиологии, был повышен процент лимфоцитов, CD3+45+Т-лимфоцитов, CD3+CD8+ цитотоксических лимфоцитов, CD3-CD16+56 НК-лимфоцитов. При оценке показателей гуморального иммунитета в группе родильниц с ПЭ смешанной этиологии отмечаются несколько повышенные значения ИG G (18,7 (8,68; 21,39) г/л), тогда как у пациенток с ПЭ бактериальной этиологии – более высокие значения ИG M (3,56 (2,31; 5,56) г/л). Также обращает на себя внимание тот факт, что метод родоразрешения вносит определенные коррективы в работу клеточного и гуморального иммунитета. Так, у родильниц с ПЭ смешанной этиологии после абдоминальных родов (в отличие от подгруппы пациенток с ПЭ после СР) определяются более высокие показатели лейкоцитов, % лимфоцитов, % CD3+45+Т-лимфоцитов, % CD3-CD16+56 НК-лимфоцитов, CD3+CD8+ цитотоксических лимфоцитов, более высокий показатель СРБ ($p < 0,05$).

В группе родильниц с ПЭ бактериальной этиологии в подгруппе после операции КС в сравнении с подгруппой родильниц после СР отмечаются несколько большие значения лейкоцитов ($p < 0,05$).

Выводы: следует сделать вывод о том, что смешанный характер микробного и вирусного спектра послеродового эндометрита вовлекает в воспалительный процесс значимо большее количество звеньев адаптивного и врожденного иммунитета, чем

при чисто бактериальной этиологии. Однако влияние бактериальных эндотоксинов вызывает более выраженные изменения в иммунном статусе, особенно за счет лейкоцитоза, лимфопении, снижения количества Т-хелперов при преобладающих значениях цитотоксических лимфоцитов.

Также является неоспоримым тот факт, что оперативное родоразрешение вносит определенный вклад в работу как адаптивного, так и врожденного иммунитета за счет как повышения, так и снижения параметров клеточного иммунитета, что, несомненно, влияет на течение и прогноз гнойно-воспалительных и септических осложнений пуэрперия.

Таким образом, у женщин с ПЭ отмечается угнетение компонентов врожденного иммунитета за счет снижения НК-клеток, при этом следует отметить, что содержание лимфоцитов у такой группы больных повышено, в том числе за счет В-звена и Т-хелперов.

Сохраняющийся вторичный транзиторный иммунодефицит в первые десять суток послеродового периода, углубление иммунодепрессии родильниц на фоне гнойно-септических заболеваний свидетельствуют о необходимости мобилизации у них защитных сил организма не только за счет направленного действия на определенные звенья иммунной системы, но и с помощью коррекции отклонений в общей системе гомеостаза.

Список литературы

1. Маркова К.Л., Зементова М.С., Вашукова Е.С., Перевязкина М.А., Сельков С.А., Соколов Д.И. МикроРНК внеклеточных везикул как биомаркеры и регуляторы патологических и физиологических процессов. Медицинская иммунология. 2024. Т. 26. № 1. с. 7-26.
2. Михайлова В.А., Давыдова А.А., Баженов Д.О., Беспалова О.Н., Онохина Я.С., Зементова М.С., Сельков С.А., Коган И.Ю., Соколов Д.И. НК-Клетки и клетки трофобласта: механизмы взаиморегуляции и их роль в репродуктивном процессе. Санкт-Петербург, 2023.
3. Гребенкина П.В., Сельков С.А., Краева Л.А., Соколов Д.И. Взаимодействие бактерий группы ESKAPE и НК-клеток: взаимная регуляция и роль в развитии репродуктивных патологий. Инфекция и иммунитет. 2023. Т. 13. № 4. с. 609-626.
4. Тыщук Е.В., Михайлова В.А., Сельков С.А., Соколов Д.И. Естественные киллеры: происхождение, фенотип, функции. Медицинская иммунология. 2021. Т. 23. № 6. с. 1207-1228.
5. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Айламазян Э.К., Коган И.Ю. Молекулярные механизмы циклической трансформации эндометрия // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. – № 1. – с. 5-12. <https://doi.org/10.17816/JOWD6815-12>
6. Айламазян Э.К., Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Коган И.Ю., Ярмолинская М.И., Цыпурдеева А.А., Родичкина В.Р., Кветной И.М. Новые подходы к оценке эндометриальной дисфункции © Э.К. Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 3. – с. 8–15. doi: 10.17816/JOWD6638-15
7. Davey M.S., Willcox C.R., Hunter S., et al. Vδ2+ T cells – Two subsets for the price of one. Front Immunol. 2018; 9:2106. doi: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02106>
8. Erkers T., Stikvoort A., Uhlin M. Lymphocytes in placental tissues: Immune regulation and translational possibilities for immunotherapy. Stem Cells Int. 2017; 2017:5738371. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/5738371>
9. Zeng W., Liu Z., Liu X., et al. Distinct Transcriptional and Alternative Splicing Signatures of Decidual CD4+ T Cells in Early Human Pregnancy. Front Immunol. 2017; 8:682. doi: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00682>
10. Liu J., Hao S., Chen X., et al. Human placental trophoblast cells contribute to maternal-fetal tolerance through expressing IL-35 and mediating iTREG conversion. Nat Commun. 2019; 10(1):4601. doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-12484-z>

Туляремия: сложности диагностики

О.Н. Захаринская, А.В. Галиулина, И.В. Демко, Е.П. Тихонова, Н.Ю. Павлова, Е.Б. Бойцова, А.И. Горбань.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», отделение профессиональной патологии

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Общие сведения

Туляремия – природно-очаговая острая бактериальная инфекция, протекающая с лихорадочным синдромом, специфическим лимфаденитом и полиморфными проявлениями, обусловленными входными воротами.

В России относится к особо опасным инфекциям. Восприимчивость человека составляет практически 100%.

Этиология: возбудителем туляремии является аэробная грамотрицательная палочка *Francisella tularensis*.

Резервуаром инфекции и его источником служат дикие грызуны, птицы, некоторые млекопитающие (зайцевидные, собаки, овцы и другие). Наибольший вклад в распространение инфекции вносят грызуны (полевка, ондатра и другие).

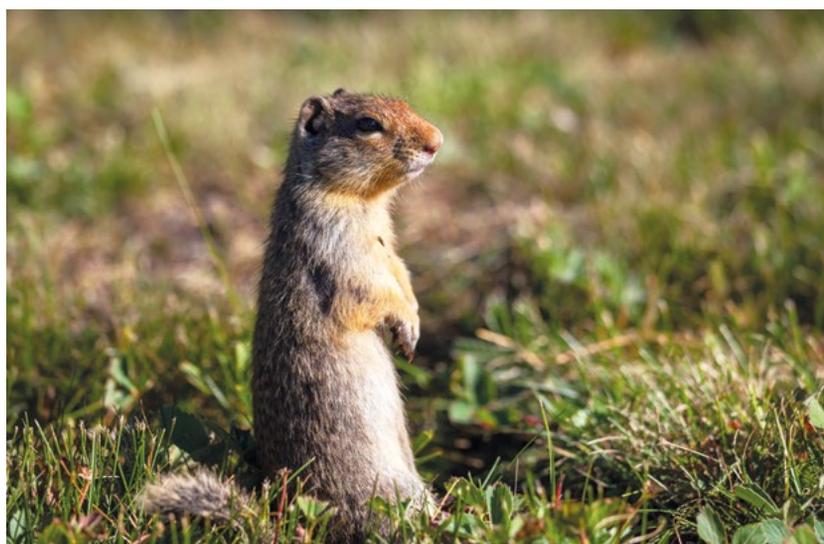
Распространение в России в основном охватывает две обширные территории: северо-запад, юг, юго-восток европейской части страны. Находится в пределах Западной Сибири, охватывая Западно-Сибирскую равнину, предгорья Алтая и Кузнецкого Алатау.

Пути передачи

- От больного человека к здоровому туляремия не передается!
- Среди животных – трансмиссивный путь (клещи, комары, блохи).
- Заражение человека происходит от животного.
- Контактный (через поврежденные и неповрежденные кожные и слизистые покровы при соприкосновении с больными или павшими грызунами и зайцами).
- Фекально-оральный (при употреблении в пищу продуктов питания и воды, зараженных возбудителем туляремии от больных грызунов).
- Аэрогенный (воздушно-пылевой) – при вдыхании аэрозолей, образующихся при переработке зерна, перекладки сена, контаминированных от больных грызунов.
- Трансмиссивный (в результате укусов инфицированными комарами, клещами, слепнями).

Клиническая картина заболевания

- Инкубационный период – от нескольких часов до 21 дня (в среднем от 3-7 дней).
- Характерно острое начало заболевания.



Резервуаром инфекции и его источником служат дикие грызуны, птицы, некоторые млекопитающие (зайцевидные, собаки, овцы и другие).

Основные клинические проявления:

- Лихорадка до 38-40 градусов Цельсия (чаще всего ремиттирующая, но может быть и постоянной, интермиттирующей или волнообразной (две-три волны), продолжительность может колебаться от недели до двух-трех месяцев, но обычно составляет две-три недели).
- Интоксикация (слабость, боли в мышцах, головная боль).
- Регионарная лимфаденопатия (увеличенный лимфоузел носит название бубона).

Клинические формы туляремии

Разнообразие клинических форм туляремии связано со способом заражения.

- **Бубонная форма** – входными воротами инфекции служат кожные покровы: лимфаденит (поражение подмышечных, паховых, бедренных лимфоузлов).
- **Язвенно-бубонная форма** развивается при трансмиссивном заражении с формированием в месте внедрения микроорганизмов язвы.
- **Глазобубонная форма** – проникновение возбудителя через конъюнктиву – конъюнктивит.
- **Ангинозно-бубонная форма** – воротами инфекции служит слизистая глотки, заражение происходит посредством употребления зараженных пищевых продуктов и воды – ангина с некрозом миндалин.
- **Абдоминальная форма** – поражение лимфатических узлов брыжейки кишечника.
- **Легочная форма** туляремии (развивающаяся при вдыхании пыли, содержащей бактерии) – очаговая пневмония, осложняется бронхоэктазами, плевритом, формированием абсцессов, каверн, вплоть до легочной гангрены.
- **Генерализованная форма** – сепсис.

Лабораторная диагностика

- **Клинический анализ крови** – в начале болезни лейкопения, а затем лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом формулы крови, значительная токсическая зернистость нейтрофилов, моноцитоз, лимфоцитоз, повышение маркеров воспаления – СОЭ, СРБ.
- **Серологическая диагностика** – ИФА крови на антитела классов М и G, РА (титр 1:160 и выше), РМА и РПГА имеет значение – четырехкратное нарастание титра в парных сыворотках.
- **ПЦР-диагностика** отделяемого кожной язвы, содержимого лимфоузлов при пункции, мокроты при кашле, мазков с конъюнктивы, из ротоглотки, испражнений и крови (метод позволяет выявить возбудителя).
- **Бактериологическое исследование** – посев

отделяемого язв, бубонов, мокроты, кала и крови для выявления возбудителя.

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент З., 65 лет, проживает в Богучанском районе Красноярского края. В настоящее время не работает, пенсионер. Увлекается охотой, рыбалкой. Из анамнеза известно, что за две недели до заболевания был на охоте, убил зайца, снял шкуру голыми руками, мясо всей семьей употребили в пищу. Заболел остро с подъема температуры тела до 40 °С, с ознобом, непрекращающейся икотой, слабостью, потливостью, однократно была рвота съеденной пищей, беспокоили боли приступообразного характера в области пупка.

В течение трех суток самостоятельно принимал жаропонижающие препараты с временным положительным эффектом, затем обратился в фельдшерский здравпункт по месту жительства, был госпитализирован в терапевтическое отделение Богучанской районной больницы. При обследовании лабораторно был выявлен лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, п/я 20), повышение СОЭ до 45 мм/ч, повышение СРБ до 73 г/л, в анализе кала на скрытую кровь обнаружена кровь. По УЗИ ОБП и почек патологии не выявлено, ФГС показала атрофический гастрит, дуоденит, недостаточность кардии. По УЗИ подмышечных лимфоузлов выявлено очаговое образование левого подмышечного лимфоузла диаметром 8,2 мм. Проводилась антибактериальная терапия (цефтриаксон, меропенем), лечение спазмолитиками, инфузионная терапия, симптоматическая терапия (нестероидные противовоспалительные средства). На фоне терапии сохранялись лихорадка, икота. Пациент был направлен в КГБУЗ «ККБ» для уточнения диагноза.

В условиях приемного отделения ККБ проведено лабораторное обследование, которое выявило повышение острофазовых показателей – СОЭ 46 мм/час, С-реактивный белок (СРБ) 185.80 > мг/л, увеличение печеночных трансаминаз до 3-4 норм (АЛТ 122.3 Ед/л, АСТ 84.8 Ед/л, ГГТ 92 Ед/л, умеренный лейкоцитоз ($11 \times 10^9/\text{л}$)).

При проведении МСКТ ОГК, УЗИ ОБП и плевральных полостей, ЭХО-КГ патологии не выявлено. Диагноз был не ясен, и больного госпитализировали в отделение профпатологии для уточнения.

При осмотре обращали на себя внимание: бледность кожных покровов, слева в подмышечной области лимфоузел до 1,5 см в диаметре, не спаянный с окружающими тканями. Язык был обложен желтым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в области пупка. Печень по краю реберной

дуги. Селезенка не увеличена.

С учетом клинической картины заболевания, данных эпидемиологического анамнеза, объективного осмотра, клинико-лабораторных методов обследования выделены основные клинические синдромы: лихорадка, диспептический синдром (икота, рвота в начале болезни, боли в животе около пупка), астенический синдром, лимфаденопатия, синдром острофазовых воспалительных изменений, цитолиз).

Был очерчен круг дифференциальной диагностики в плане возможных инфекционных, паразитарных заболеваний (гепатиты, ВИЧ, описторхоз, бруцеллез, брюшной тиф, ЦМВ, трихинеллез, инфекции, передаваемые иксодовыми клещами), воспалительных заболеваний (болезнь Крона? НЯК?), онкопроцесса (желудочно-кишечный тракт), специфического процесса (туберкулез кишечника?), лимфопролиферативных заболеваний, диффузного заболевания соединительной ткани.

Лабораторно в динамике сохранялась нейтропения 1.50 тыс., моноцитоз 1.13 тыс., повышение острофазовых показателей – СОЭ 39 мм/час, СРБ 123.00 мг/л, цитолиз – АЛТ 101.9 Ед/л, АСТ 44.6 Ед/л, ГГТ 71 Ед/л.

Серологические исследования А/Т к ВИЧ, гепатитам В и С, вирусу клещевого энцефалита, боррелиям, токсоплазме показали отрицательные результаты, реакция Хеддельсона тоже отрицательная. При бактериологических исследованиях возбудителей сальмонеллеза дизентерии не выявлено, посев крови на стерильность, кровь на тифы, паратифы дали отрицательные результаты. Кал на яйца глистов многократно был отрицательным. Кал на скрытую кровь тоже дал отрицательные результаты.

По данным клинико-инструментальных методов исследования, в ходе УЗИ кишечника выявлены незначительные признаки илеита за счет слизисто-подслизистого слоя, другие органы брюшной полости, забрюшинного пространства – без особенностей. Изменений со стороны периферических лимфоузлов не выявлено.

Пациент получил консультацию специалистов: проктолога, гематолога, гастроэнтеролога – патологии не выявлено, данных по специфическому процессу в кишечнике, воспалительным заболеваниям кишечника, системному заболеванию соединительной ткани, онкопроцессу не обнаружено.

С учетом эпиданамнеза пациент был проконсультирован врачом-инфекционистом, рекомендовано продолжить поиск инфекционной причины заболевания (токсоплазмоз, анаплазмоз, риккетсиоз, псевдотуберкулез, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, Зика, туляремия), были взяты анализы на эти инфекции.

В результате получен положительный результат антител к возбудителю туляремии – титр 1/1280 (величина допустимого уровня – отсутствие).

Проведен консилиум под председательством зав. кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО профессора, д.м.н. И.В. Демко при участии зав. кафедрой инфекционных болезней с курсом эпидемиологии профессора, д.м.н. Е.П. Тихоновой, доцента кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО к.м.н. Н.Ю. Павловой, врача-инфекциониста КГБУЗ «ККБ» Е.Б. Бойцовой, врача-эпидемиолога КГБУЗ «ККБ» А.И. Горбань.

Учитывая эпидемиологические данные (разделывал дикого зайца за две недели до появления лихорадки), клиническую картину (лихорадка до 39 °С, слабость на фоне лихорадки, лимфаденопатия), данные лабораторных методов исследования (в анамнезе лейкоцитоз (мах до 11.08 тыс., повышение СОЭ (мах до 52 мм/час), нейтропения 1.50 тыс., моноцитоз 1.13 тыс., СРБ (мах до 169 мг/дл), положительный результат РНГА крови на туляремию в титре 1:1280), установлен диагноз: туляремия, кишечная форма, затяжное течение, средней степени тяжести.

Лечение (антибактериальная терапия – доксицилин в дозе 200 мг в сутки в течение 10 дней, гепатопротекторы, симптоматическая терапия) показало положительную клинико-лабораторную динамику в виде нормализации температуры тела, нормализации маркеров воспаления, отсутствия диспептических проявлений.

При исследовании парных сывороток в динамике (через 10 дней) – титр 1/640.

Пациент был выписан под наблюдение врача-инфекциониста по месту жительства.

● КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

Пациент П., 71 год, проживает в Балахтинском районе Красноярского края. Работает охранником техники в поле. Занимается охотой и рыбалкой.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что за две недели до болезни был на охоте, убил двух уток, мясо всей семьей употребили в пищу; ходил за черемшой, снимал с себя клещей (одного раздавил), в доме есть мыши (кошка давила, брал руками).

Заболел остро с подъема температуры тела до 38,6 °С, с ознобом, потливостью, болями в крупных суставах. Прием НПВС, парацетамола приносил временный эффект. Госпитализирован в терапевтическое отделение Балахтинской районной больницы для уточнения диагноза.

Лабораторно отмечалось повышение маркеров воспаления. С учетом эпиданамнеза в ЦРБ было

проведено иммунологическое обследование в плане клещевого энцефалита, которое показало: а/т IgM отрицательно, IgG – 982 (пациент регулярно прививается, последний раз – весной 2023 года).

В стационаре получал антибактериальную терапию (ципрофлоксацин, цефтриаксон), системные глюкокортикостероиды (дексаметазон), НПВС с положительным эффектом.

При этом прослеживалась цикличность лихорадки – при выписке температура тела в течение нескольких суток была в пределах нормальных показателей, а затем вновь повысилась до фебрильных цифр.

В связи с отсутствием стойкого эффекта от лечения и сохраняющейся лихорадкой, нарастающим астеническим синдромом был доставлен в приемное отделение КГБУЗ «ККБ». Мужчину госпитализировали в отделение профпатологии для уточнения диагноза.

После сбора анамнеза, объективного осмотра выделены следующие синдромы: лихорадочный, суставной, астенический, синдром острофазовых воспалительных изменений.

Учитывая эпиданамнез и информацию о появлении в Красноярском крае очагов туляремии, при поступлении пациент сразу же получил консультацию врача-инфекциониста.

Получен положительный результат на антитела к возбудителю туляремии – титр 1/160 (величина допустимого уровня – отсутствие).

Согласно эпидемиологическим данным (разделял диких уток за две недели до появления лихорадки, имел контакт с полевыми мышами), клинической картине (лихорадка до 38,9 °С, слабость на фоне лихорадки, суставной синдром), данным лабораторных методов исследования (в анамнезе лейкоцитоз, повышение СОЭ, СРБ, положительный результат РНГА крови на туляремию в титре

1:160) установлен диагноз: туляремия, генерализованная форма, затяжное течение.

На фоне проведения этиотропной терапии (доксциклин в таблетках – 200 мг в сутки в течение 10 дней) наблюдалась положительная клинико-лабораторная динамика в виде стойкой нормализации температуры тела.

При исследовании парных сывороток в динамике через 10 дней отмечено снижение титра до 1/80. Пациент выписан под наблюдение врача-инфекциониста по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом того, что за последние 10 лет на территории Красноярского края не было зафиксировано ни одного случая туляремии, в настоящее время у врачей практически отсутствует настороженность в плане диагностики этого заболевания. Туляремия – инфекция, относящаяся к особо опасным в России, может проявиться в разнообразных клинических формах, которые зависят от вирулентности штамма, инфекционной дозы, путей передачи, степени системного вовлечения и иммунного статуса заболевшего человека, что значительно затрудняет диагностику и может быть неправильно интерпретировано лечащим врачом с точки зрения постановки диагноза и дальнейшего лечения. Именно поэтому туляремия, как и другие инфекции, определенно должна занимать свое место в ряду заболеваний, которые необходимо учитывать в кругу дифференциальной диагностики в случаях неспецифической лихорадки и лимфаденопатии.

Хотелось бы обратить внимание на необходимость правильного и тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, а также анамнеза жизни и анамнеза заболевания для более точной и быстрой диагностики.

Список литературы

1. Кудрявцева Т.Ю., Попов В.П., Мокриевич А.Н., Холин А.В., Мазепа А.В., Куликалова Е.С., Транквилевский Д.В., Храмов М.В., Дятлов И.А. Эпизоотолого-эпидемиологическая ситуация по туляремии на территории Российской Федерации в 2019 г. и прогноз на 2020 г., С. 1-31.
2. Кудрявцева Т.Ю., Мокриевич А.Н. Инфекция и иммунитет. Туляремия в мире. 2021 г. С. 249-263
3. Ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. Инфекционные болезни: национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
4. Ред. В.И. Лучшева, С.Н. Жарова. Инфекционные болезни. Курс лекций / Под. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. – 312 с.
5. Ираклионина Н.С., Сысуев Е.Б., Мась Е.С. Природные очаги опасных и особо опасных возбудителей инфекционных заболеваний. Туляремия // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 118-119
6. Ред. Н.Ю. Ющука, Ю.Я. Венгерова. Инфекционные болезни: учебник / Под – 2-е издание переработанное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 г.
7. Дмитриева Г.М., Орешкина Н.Д., Кострыкина Т.В., Чепижко Т.Г. Национальные приоритеты России // Эпидемиологическая и эпизоотическая ситуация по туляремии в Красноярском крае, 2017 г. С. 90-93

35
лет

отделению ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Первые эндокринологи краевой больницы в 1960-е вели прием в поликлинике и занимались главной проблемой Красноярского края – эндемическим зобом. Эпидемию зоба удалось ликвидировать в 1970-е с помощью организации потребления населением йодированной соли, выпечки йодированного хлеба, бесплатного распространения антиструмина в организациях и учебных заведениях. Но работы для эндокринологов не убавилось – развитие медицинской науки дало шанс на излечение пациентам с большим спектром эндокринологических болезней.



Э.Л. Рохлина

Первые 10 эндокринологических коек были открыты в 1965 году в кардиологии. Через три года, согласно потребности, их число выросло до 24. Руководила эндокринной службой в больнице Этель Львовна Рохлина. Под руководством Юлии Ивановны Дубовцевой с 1968 года в больнице работал Краевой противозобный диспансер. Организация самостоятельного отделения на 40 коек проходила в 1989 году.



Этиль Львовна Рохлина, Валентина Васильевна Алексеева, Альбина Григорьевна Шуманова



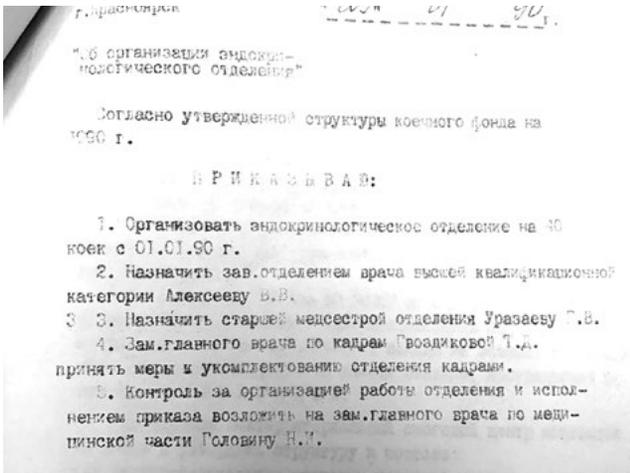
Э.Л. Рохлина, И.М. Кац. Коллектив эндокринного отделения, 1970-е



Эндокринологическая терапия, 1970-е



Слева И.М. Кацс, справа Э.Л. Рохлина, 1970-е



Приказ об эндокринном отелении 1990 г.



Галина Семеновна Чехотовская, хирург-эндокринолог отделения с сентября 1957 г.



Первый главный эндокринолог края, главный врач Краевого противозобного диспансера (1961-1988) Юлия Ивановна Дубовцева



Ирина Максимовна Кацс, ординатор

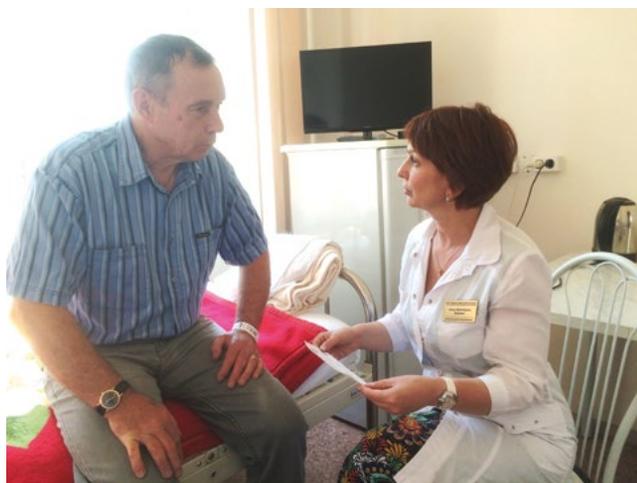


И.М. Кацс, А.М. Курляндский, В.В. Алексеева

Оно стартовало в своей деятельности с 1 января следующего года под управлением Валентины Васильевны Алексеевой. Старшей медицинской сестрой отделения назначили Галину Виловну Уразаеву. А в 1993-м был организован Краевой эндокринологический центр, которым долгое время руководил главный внештатный эндокринолог края профессор Сергей Анатольевич Догадин. Се-

годня это делает Лариса Николаевна Боева. Центр создавался на базе краевой больницы, стал опорной площадкой для организации разноплановой помощи пациентам огромного региона и объединил консультативный прием эндокринологов, стационарную эндокринологическую терапию и хирургию, а позже – и гормональную лабораторию. С 2000 года отделением заведует заслуженный врач РФ Ольга Викторовна Боровик.

С открытием в 1996 году гормональной лаборатории, введением в практику МСКТ и МРТ гипофиза и надпочечников стало проще диагностировать опухоли, и в целом диагностика стала точнее и



Заведующая отделением Ольга Викторовна Боровик

быстрее. В 1998 году на базе Краевого эндокринологического центра открылся кабинет для пациентов с диабетической стопой, в котором уже долгое время трудится врач-хирург Сергей Яковлевич Петров. В 2001 году создана школа сахарного диабета для просвещения и обучения пациентов основам правильной организации жизни при такой патологии. Первым преподавателем школы в здании поликлиники стала Ангелина Николаевна Самотесова. А кабинет стационара, открытый в 2002-м, возглавила к.м.н. Галина Павловна Лака. Затем здесь начала преподавание Татьяна Тимофеевна Коновалова, которая впоследствии перешла в кабинет КДП. Сегодняшнюю стационарную школу диабета представляет молодой доктор – эндокринолог Маргарита Владимировна Хаернасова. Значение работы таких школ, как и просветительской деятельности в СМИ и социальных медиа, сложно переоценить – в России практически каждый третий взрослый человек имеет нарушения углеводного обмена в том или ином варианте.



Научный куратор эндокринологического отделения профессор С.А. Догадин

Если в 1960-е в структуре эндокринных патологий доминировала патология щитовидной железы, то в 1970-е на первый план вышел сахарный диабет. Открытый в начале XX века инсулин в те времена представлял вытяжку из поджелудочной железы животных. В 1980-х появился синтезированный препарат, были изобретены шприцы-ручки и помпы, стали разрабатываться лекарства против гипергликемии разных групп и механизмов действия.

В начале 1990-х была открыта структура гормона роста, и красноярские эндокринологи вторыми в России стали лечить синтезированным препаратом гипофизарный нанизм. Благодаря этому сегодня крайне редко можно встретить карликов – взрослых с аномально низким ростом.

Сегодня 30-коечное отделение эндокринологии пролечивает в год чуть менее 1000 пациентов с различными эндокринопатиями. Основную долю составляют больные сахарным диабетом 1-го и 2-го типов. Особое место в практике занимают беременные пациентки с диабетом и больные с эндокринопатией, у которых теперь возможно применение хирургических методов лечения в нейрохирургическом отделении ККБ. Примечательно, что современные технологии позволили большому пулу пациентов с эндокринной патологией наблюдаться и обследоваться амбулаторно.

В последние годы широко применяется непрерывный мониторинг глюкозы, что позволяет лучше



Эндокринологическое терапевтическое отделение. Слева направо: сидят О.В. Боровик (заведующая), Г.В. Уразаева (старшая медсестра); стоят: М.И. Новых, И.Н. Коваленко

контролировать углеводный обмен и достигать компенсации сахарного диабета. Кроме того, в отделении проводится установка инсулиновых помп.

Коллектив отделения принимает активное участие в научных изысканиях совместно с кафедрой эндокринных болезней КрасГМУ и представляет работы в печати и на региональных и федеральных конференциях. Сотрудники создали ряд СТУ учреждения для поддержания общих принципов качества и безопасности медицинской помощи, которых придерживается больница.



Лечебно-диагностическое отделение эндокринологического центра. Слева направо: Т.В. Шелковникова, В.П. Мацынина, С.Я. Петров, Л.Н. Боева, С.А. Догадин, Л.Л. Казанцева, Е.И. Машукова, О.А. Трыкова, Л.А. Лобынцева

Все эти годы в отделении работала врач-эндокринолог отличник здравоохранения Маргарита Ивановна Новых. В одно время с ней пришла доктор Ирина Николаевна Коваленко. Опытные специалисты стали соратниками и наставниками для молодежи: Екатерины Николаевны Гаталюк, дублера заведующего, и Марины

Владимировны Родичевой. В период пандемии плечом к плечу в инфекционном госпитале сражались за здоровье пациентов и врачи, и медицинские сестры, среди которых старшая медсестра, работающая в отделении более 10-ти лет, Мария Витальевна Булденкова.



Коллектив эндокринного отделения, 2024 г.

35
лет

ДНЕВНОМУ СТАЦИОНАРУ ОТДЕЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКО- ГО ГЕМОДИАЛИЗА

Более 100 лет назад учеными-медиками были сделаны первые попытки создания аппарата гемодиализа, а к середине XX века аппарат для временного замещения выделительной функции почек стал буднями терапии. В настоящее же время в мире ведутся работы по выращиванию почек в генетически модифицированных организмах для пересадки человеку.

История диализа в Красноярске началась в 1963 году, когда бригада наших сотрудников направилась на обучение в Москву, в больницу им. С.П. Боткина. В ее составе были хирург-уролог Г.Н. Толстихин, врач-терапевт А.Ф. Грицан, врач – лаборант-биохимик Т.А. Кулакова и инженер В.Ф. Довгань. В 1964-1965 годах шло оснащение лаборатории искусственной почки. А первый сеанс гемодиализа проведен в ноябре 1965-го. Аппараты АИП-60 и «Диахрон» были гораздо примитивнее сегодняшних, врачи могли помочь только пациентам с острой почечной недостаточностью. По сути, лаборатория работала как токсикологический центр. В то время частыми причинами отказа почек считались сепсис (в том числе при криминальных абортах), отравление суррогатным алкоголем и лекарствами. Опытные сотрудники могут помнить случай, когда в ККБ поступили семеро работников аэропорта, употребившие антифриз. Двоих, самых тяжелых, подключили к аппарату искусственной почки, их удалось спасти, а те, кто остались без диализа, погибли.

В 1960-е диализ проводили так: выделялись бедренная вена и артерия, в них вставляли канюли, через которые проходил забор и возврат крови. По завершении шестичасового сеанса канюли извлекались, вена перевязывалась, на артерию накладывался сосудистый шов. При следующем сеансе вена обрезалась, укорачивалась, поэтому вен на ноге хватало максимум на 6-8 сеансов.

Подготовка к сеансу длилась более 2-х часов: из пластин собирался диализатор, вручную готовился диализный раствор – санитарка размешивала соль в 120-литровом сосуде. В качестве



1986 г.



полупроницаемой мембраны использовался купрофан, затем целлофан. С 1970-х аппаратура стала совершеннее, а кроме того, был изобретен



1987 г.



АИП-08 ст. медсестра А.И. Ермакова и врач Ю.И. Гринштейн



Врач И.А. Калюжный накладывает артерио-венозный шунт



О.Д. Иссерсон



Л.И. Атохина и старшая медсестра Н.К. Глинченко

артериовенозный шунт – конструкция из двух тонкостенных тefлоновых канюль, имплантированных в лучевую артерию и подкожную вену нижней части предплечья, соединенных гибкой трубкой. Изобретение постоянного сосудистого доступа послужило толчком к развитию хронического гемодиализа.

пластиковой трубки, который мог функционировать месяцами и даже годами. Поэтому в отделении появились первые пациенты с терминальной хронической почечной недостаточностью. Это был настоящий прорыв. Пациенты получали четыре сеанса в неделю по четыре часа, находясь в отделении месяцами. Именно они стали первыми кандидатами на трансплантацию почки.

С 1968 по 1993 год лабораторию «Искусственная почка», а затем отделение гемодиализа возглавлял И.А. Калюжный, старшей медсестрой лаборатории, а затем и отделения, с 1969 по 1999 год, была А.И. Ермакова. В 1981-м из отделения на кафедру внутренних болезней №2 КрасГМИ ушел Ю.И. Гринштейн, а на его место пришла Т.В. Казаченок. В 1984 году из отделения на должность заместителя главврача по лечебной части перешла Н.И. Головина, и в отделение пришел И.В. Кульга, который по сию пору является заведующим отделением хронического гемодиализа.



Отделение хронического гемодиализа, 1981 г.

Со второй половины 1970-х в качестве постоянного доступа стали формировать артериовенозную фистулу – анастомоз без



Диализный зал, 1980-е



Плазмаферезный зал



Отделение искусственной почки, 1999 г.

В эти же годы в отделении стартовал плазмаферез, который помогал тысячам больных с ревматологической, неврологической, аллергологической патологией получить стойкую ремиссию заболевания. Процедура проводилась в специальном плазмаферезном зале до 2010 года.

К середине 1980-х уже 15 пациентов находились на хроническом гемодиализе, их состояние позволяло принимать процедуры амбулаторно. А с запуском в эксплуатацию в 1989 году главного корпуса больницы было открыто новое отделение хронического гемодиализа. В 1991-м наш диализ вышел на новый уровень – в отделении появилось шесть аппаратов «Фрезениус-2008». Дефицитные аппараты достались ККБ благодаря заведующему отделением Ивану Алексеевичу Калюжному, он убедил Крайздрав, что аппараты нужно отдать взрослой больнице, а не детской, поскольку охрана материнства и детства в приоритете, Краевой детской больнице технику довезут. Так и получилось. Позже ККБ отдала подаренный М.С. Годенко аппарат в детскую больницу вдобавок к имеющимся.

«Фрезениусы» требовали очищенной воды, поэтому в отделении появилась станция водоочист-



Палата хронического гемодиализа, 1990 г.

ки. В новых аппаратах применялись не пластинчатые многоразовые диализаторы, а капиллярные одноразовые. В 1994 году было развернуто пять коек дневного стационара для амбулаторного диализа. Количество больных к 2002 году достигло 68, появился первый пациент, проживший на диализе 10 лет! Во второй половине 2000-х проведена окончательная замена всех аппаратов на «Фрезениус-4008».

Совершенствовались и сосудистые доступы – стала применяться катетеризация центральных вен двухпросветным катетером, который позволил увеличить выживаемость пациентов при отсутствии постоянного сосудистого доступа для гемодиализа. Сегодня в отделении проводится более 600 операций по формированию и реконструкции артериовенозных фистул, с применением передовых технологий (имплантация со-



Сотрудники отделения хронического гемодиализа, 1998 г.



С 1993 года отделением заведует И.В. Кульга



Хирурги К.В. Заброда, А.В. Шерстнев при установке катетера для перитонеального диализа



Диализный зал, начало 2010-х годов



Эндоскопическая установка перитонеального катетера

судистых протезов, эндоваскулярная коррекция дисфункции сосудистого доступа).

Поскольку в Красноярске резко увеличилось количество диализных пациентов, в 2012 году был запущен отдельный диализный центр и открылись межрайонные центры в Канске, Ачинске, Минусинске, Лесосибирске. Сейчас в Красноярском крае действует 18 амбулаторных диализных центров, где проходят лечение более 1000 пациентов.

Сегодня в отделении амбулаторного дневного стационара гемодиализа наблюдаются пациенты, находящиеся на программном гемодиализе, перитонеальном диализе, с трансплантированной почкой, большинство из которых прооперированы в ККБ. Перитонеальный диализ позволяет использовать брюшину как естественную мембрану и часто делается в домашних условиях, сохраняет качество жизни пациентов.

В 2020-2022 годах, во время пандемии ковида, на базе БИГ Краевой клинической больницы был развернут кабинет гемодиализа. Вначале на двух, затем на шести гемодиализных аппаратах. Режим работы на пиках инфекции – 3-4 смены в сутки. По маршрутизации министерства здравоохранения Красноярского края в БИГ ККБ переводились пациенты на хроническом программном гемодиализе.

В настоящее время дневной стационар оснащен современными аппаратами гемодиализа, современной системой водоподготовки, центральной системой раздачи диализного концентрата, новыми удобными диализными креслами.



Василий Зуенко
**«Лечащий врач. Портрет Людмилы
Григорьевны Куловой»**

1985 г., холст, масло. Дальневосточный художественный музей

Уроженец Полтавской области после войны остался работать в Хабаровском издательстве до 1955 года. Художник-график Василий Зуенко проиллюстрировал более тридцати книжных изданий. Особый талант мастера проявился в живописном портрете. Его пронзительность, умение почувствовать суть человека помогали избегать поверхностных характеристик. В каждом образе – индивидуальная судьба. Художник никогда не использовал примелькавшиеся штампы, поэтому ему удалось создать цельные образы людей разных профессий: рыбаков и писателей, художников и моряков, врачей и охотников.