

март 2025 год

№ 1 (95)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

75
лет
КДП



Знаменательные даты

**Рейтинг событий КДП
2020-2025**

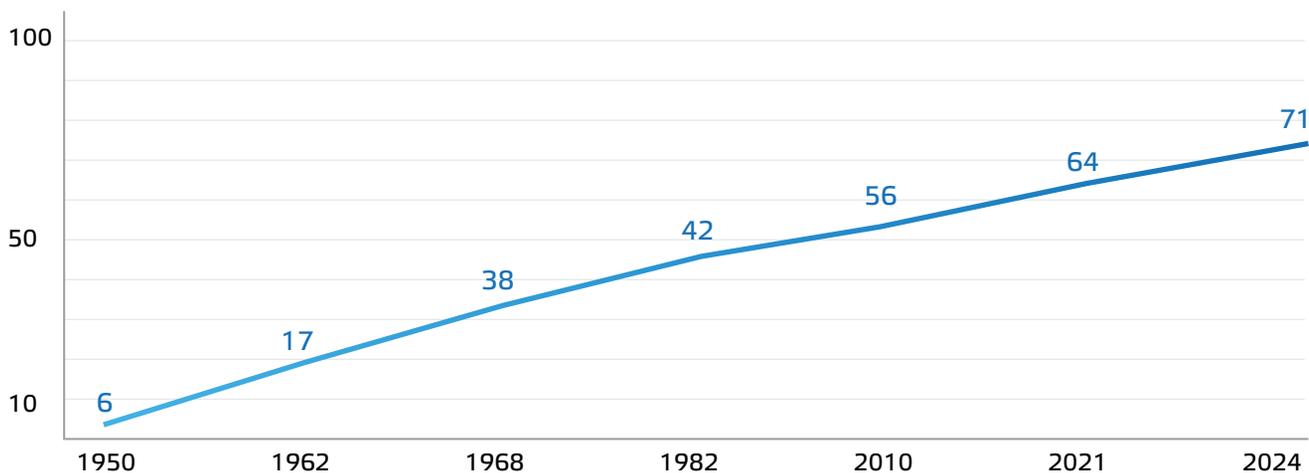
Портреты

Ирина Синицина
Валентина Мацынина

КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР В ЦИФРАХ

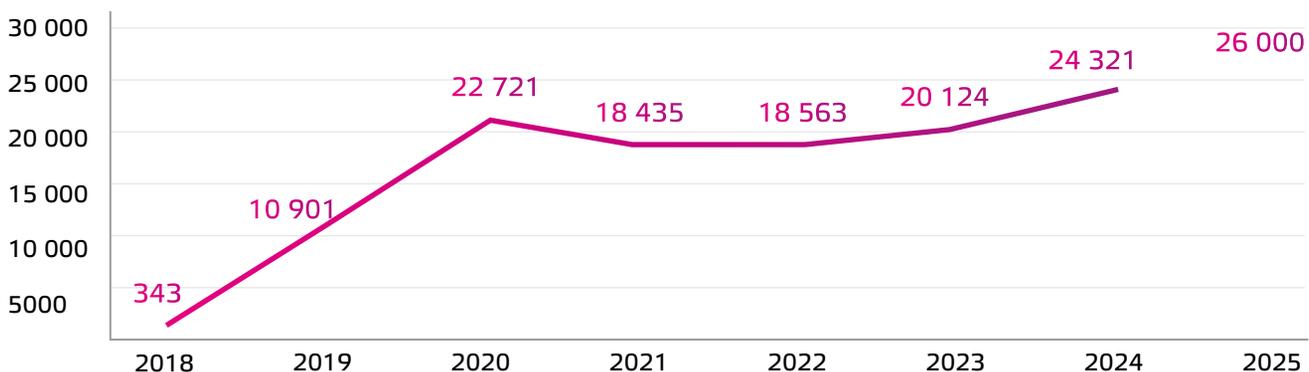
за 75 лет врачи поликлиники
выполнили 15,5 млн посещений,
приняли 5,5 млн пациентов –
это численность населения таких городов,
как Санкт-Петербург, Сидней и Сингапур.

КОЛИЧЕСТВО ПРОФИЛЕЙ ПРОВОДИМЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ



ТЕЛЕМЕДИЦИНА

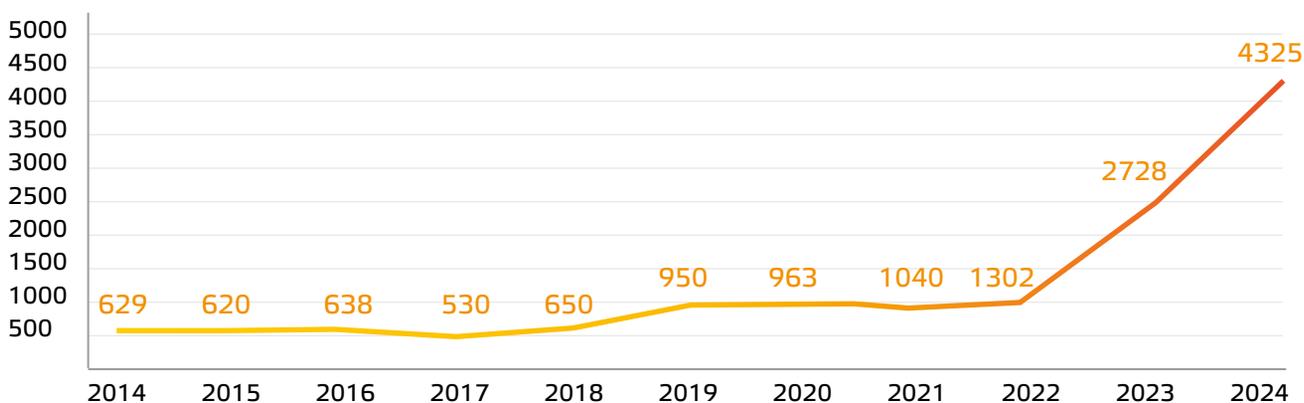
С июля 2018 г. проведено **115 255** телеконсультаций



К дистанционным консультациям
подключено **123** медучреждения

С заявками работают
130 врачей-специалистов

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР, КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ В ГОД



ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ

Название школы	Работает	Ответственный
Сахарный диабет	2001 г.	Л.Н. Боева
Сердечная недостаточность	2022 г.	Р.В. Хомченков
Ишемическая болезнь сердца	2023 г.	Р.В. Хомченков
Гипертоническая болезнь	2023 г.	Р.В. Хомченков
Болезнь Паркинсона	2022 г.	Т.В. Дунайцева
Нарушения липидного обмена	2022 г.	О.В. Марилловцева
Остеопороз	2015 г.	Е.П. Ключникова
Бронхиальная астма	2023 г.	Е.В. Николаенко
Рассеянный склероз	2024 г.	М.В. Аброськина
Борьба с табакокурением	2022 г.	А.Ю. Кропощина
Хронический лимфолейкоз	2024 г.	В.В. Галанин
Для пациентов с трансплантированными органами	2024 г.	С.В. Ивлиев

КРУГЛОСУТОЧНЫЙ КОНТАКТ-ЦЕНТР

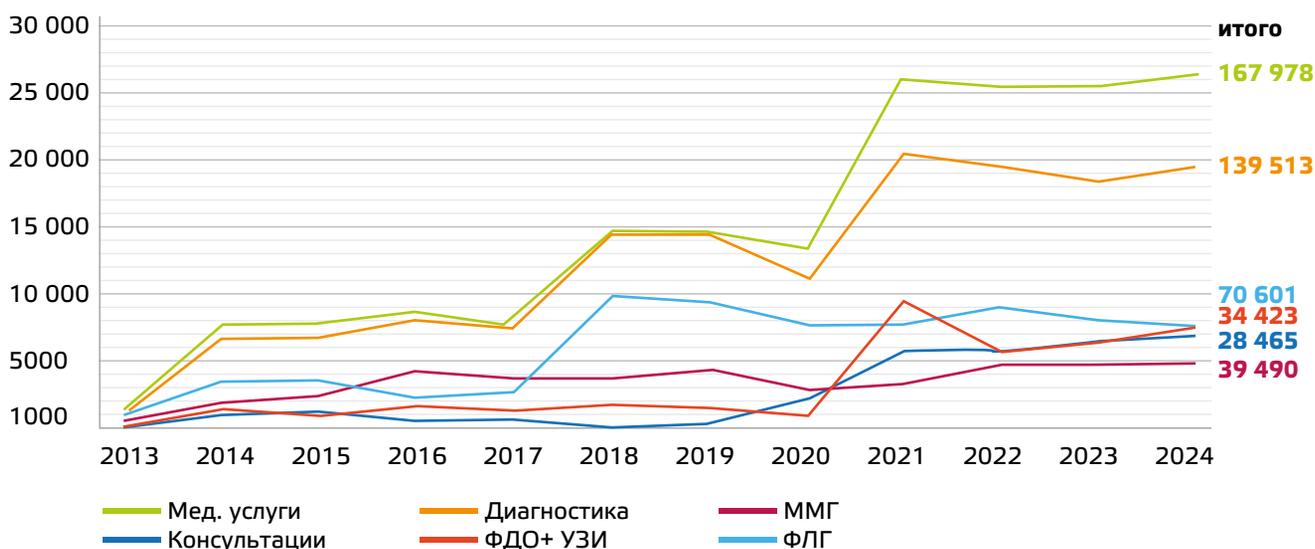
13 медрегистраторов.
Каждый медрегистратор ежедневно обрабатывает до 120 звонков, а всего поступает в сутки до 1,5 тысячи.

За 2024 г.:

- было принято входящих звонков **195 204**
- было сделано исходящих звонков **148 364**
- выдано справочной информации по **104 748** звонкам
- выдано информации о стационарном лечении родственников по **47 364** звонкам
- записано на прием в онкодиспансер **3 627** человек

МОБИЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Ежегодно 37 районов Красноярского края, более 110 населенных пунктов и 150 дней работы на выезде, не считая времени доезда
Расстояние между крайними точками маршрута составило 1368 км



От пионеров до современных технологий



Сегодня абсолютно каждый человек знает, что собой представляет аппарат УЗИ и для каких целей он используется. Однако всего полвека назад этот вид диагностической аппаратуры редко можно было встретить даже в самых продвинутых медицинских учреждениях. За 75 лет, прошедших с момента появления первых УЗИ-сканеров, такой вид аппаратуры сильно эволюционировал и стал применяться практически во всех отраслях медицины.



Сканеры 1949 года

Первый УЗИ-сканер мало чем напоминал современные эргономичные, мобильные ультразвуковые аппараты. Он представлял собой большой резервуар, наполненный жидкостью, куда помещался пациент. Для получения достоверных данных больной был вынужден долгое время сидеть неподвижно, пока аппарат проводит сканирование.



Такие сканеры в лечебных учреждениях практически не использовались – по большей части они применялись в НИИ.

Первые ультразвуковые приборы в Краевой клинической больнице были японского производства – основные ALOKA 500, ALOKA 630. Затем в 1997 году мы получили первый УЗИ-аппарат с цветным доплеровским картированием.

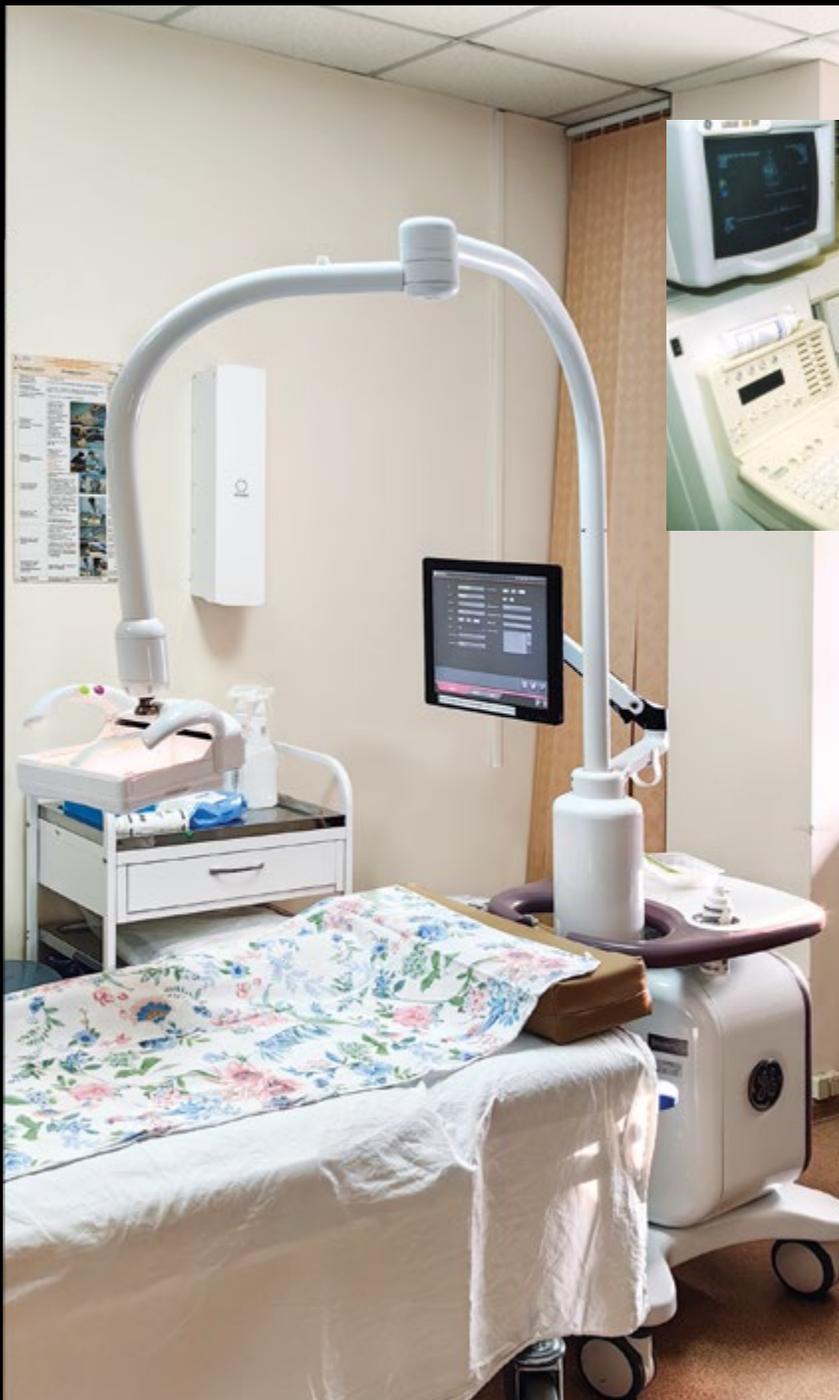


Л.А. Семенова – первый врач УЗД ККБ



Консилиум врачей поликлиники и отделения ультразвуковой диагностики

Современные сканеры оснащены продвинутым программным обеспечением, различными функциями и опциями, которые существенно упрощают рутинную работу врача-диагноста, при этом обеспечивают высочайшее качество визуализации и максимально точные диагностические данные.



С.И. Жестовская
работает на первом
в Красноярском крае
аппарате с цветным
доплеровским
картированием

Экспертный аппарат для 3D-сканирования молочных желез
GE Healthcare Invenia Abus, используемый в КДП ККБ

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

Допечатная подготовка, печать
ООО «Енисей»
660079, г. Красноярск
ул. 60 лет Октября, д.124К

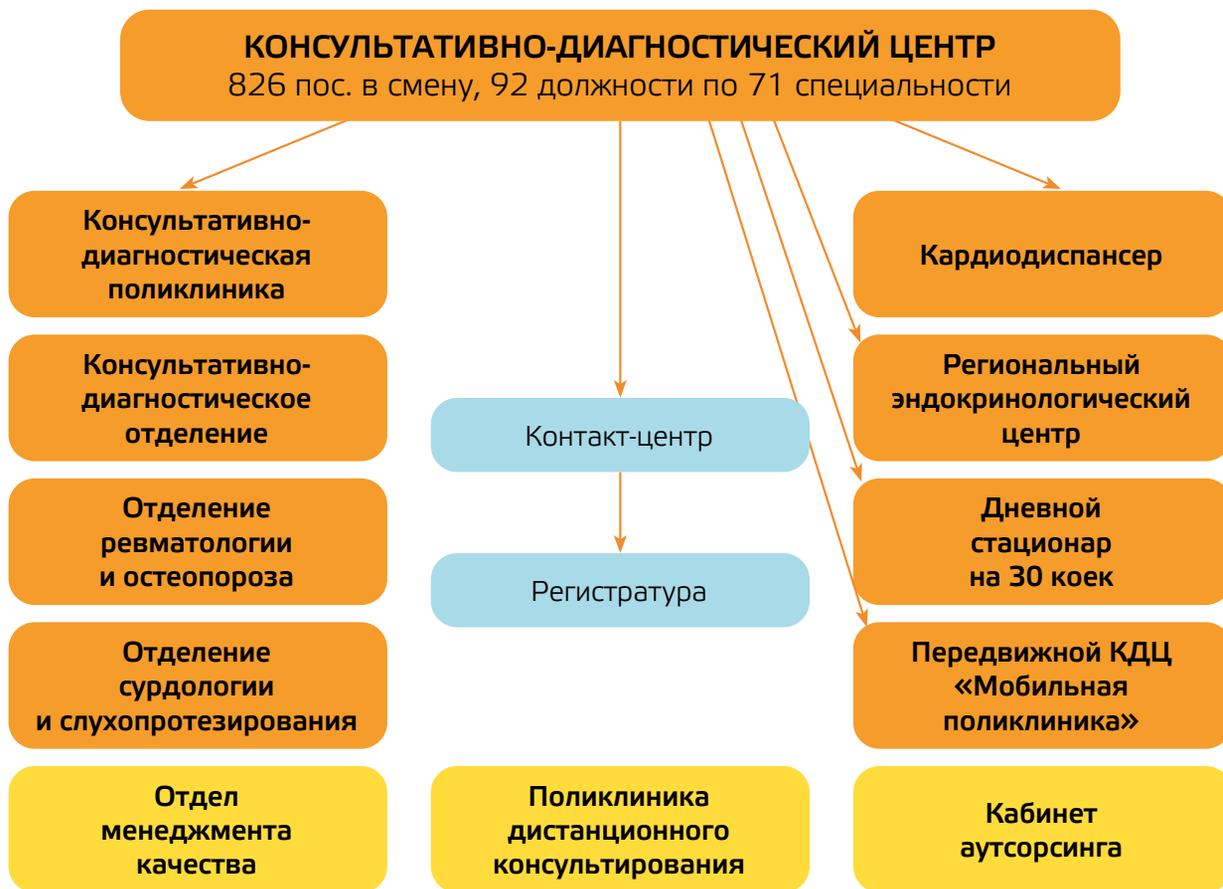
Тираж 999 экз. Март 2025 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 8 Поздравления с юбилеем**
- 10 Портрет |** Валентина Мацынина
- 12 Портрет |** Ирина Синицина
- 14 Оргздрав |** Онлайн-консультации
поликлиники
- 16 Опыт |** Возможности применения
генно-инженерной биологической
терапии в условиях оказания
медицинской помощи в дневном
стационаре на базе консультативно-
диагностического центра КГБУЗ
«ККБ»
- 22 Опыт |** Акромегалия в
Красноярском крае. Эффективность
терапевтического лечения
- 26 Опыт |** Применение
инкоботулотоксина типа А
у пациентов с сиалореей в рамках
кабинета экстрапирамидной
патологии Краевой клинической
больницы
- 29 Casus extraordinarius |** Редкие
курабельные заболевания в
практике врача-невролога: описание
клинических случаев
- 32 Casus extraordinarius |**
Успешное лечение тяжелой
гипертриглицеридемии
- 35 Знаменательные даты |** 75 лет
консультативно-диагностической
поликлинике
- 54 Рейтинг событий поликлиники
2020-2025**



**Всего работает в консультативно-диагностическом центре
358 человек**

ИЗ НИХ:

Высшая категория: врачи и медицинские сестры	81
Первая категория	6
Заслуженные врачи	2
Заслуженные работники здравоохранения	1
Отличники здравоохранения	1
Доктор медицинских наук	1
Кандидаты медицинских наук	16
Работают над диссертацией	3



**Егор
Евгеньевич
Корчагин,**
главный врач ККБ:

Уважаемые коллеги, дорогие сотрудники поликлиники, друзья!

От имени всей больницы и от себя лично поздравляю вас с 75-летним юбилеем нашей прославленной поликлиники!

Вы первыми встречаете людей, оказываете поддержку, даете надежду как пациентам, так и их близким. Ваша работа требует не только высоких знаний, но и огромного терпения, чуткости и отзывчивости. За эти годы вы доказали, что способны справляться с любыми задачами: внедрять новые технологии, повышать уровень обслуживания пациентов, справляться с эпидемиями. Вам удастся делать все это в условиях ограниченности ресурсов. Это заслуга каждого из вас – врачей, медсестер, санитаров, администраторов и всего персонала в целом.

С юбилеем, дорогие коллеги! Желаю процветания вашим семьям и спасибо за ваш труд!



**Ольга
Аркадьевна
Воронина,**
*заместитель
главного врача по
медицинской части:*

Дорогие коллеги!

Поздравляю всех с прекрасным юбилеем нашей поликлиники, с 75-летием! Возраст солидный, за время своего существования КДП накопила немало славных традиций и бесценный опыт. Здесь молодые специалисты становятся блестящими профессионалами, а опытные – имеют прекрасную возможность шлифовать свои знания и передавать их новым поколениям, навсегда вписывая свои имена в историю медицины.

Желаю всем быть здоровыми, успешными, отзывчивыми, оптимистичными, счастливыми и уважаемыми. Пусть наша поликлиника и дальше развивается, пусть в ней всегда будет светло и уютно, тепло и душевно!



**Валентина
Михайловна
Симакова,**
*заместитель главного
врача КГБУЗ «ККБ»
по поликлинической
работе:*

Дорогие коллеги!

Далеко не каждая организация, тем более ее подразделение, может похвастаться столь длительной и славной историей. Почетно и ответственно продолжать благородное дело наших предшественников – врачевание людских тел и душ. За 75 лет мы многого добились и многое успели. Успехи поликлиники – достижения всей больницы. Мы тесно взаимодействуем с клиническими и диагностическими отделениями, АСУ, ОМО, экономической и хозяйственной службами, эпидотделом, юристами и другими службами. Но еще больше нам предстоит сделать. Поздравляю вас с нашим юбилеем и желаю здоровья, счастья, развития на поприще медицины и бесконечной энергии, приносящей людям здоровье!



**Артем Сергеевич
Архипов,**
*заместитель
главного врача
КГБУЗ «ККБ» по
хирургии:*

Уважаемая Валентина Михайловна! Уважаемые сотрудники нашей поликлиники!

Примите самые добрые поздравления в связи с вашим знаменательным юбилеем! Этот юбилей – наш общий праздник, потому что от качества вашей работы напрямую зависит эффективность работы стационаров нашей клиники. Пусть ваш солидный юбилей станет точкой отсчета новых достижений, реализации всех намеченных планов и профессиональных задач.



**Игорь
Викторович
Чуваков,**
заместитель
главного врача по
организационно-
методической
работе:

От всей души поздравляю вас, дорогие коллеги, с юбилеем! Этот знаменательный день – не только повод вспомнить пройденный путь, но и возможность отметить ваш огромный вклад в здоровье и благополучие жителей Красноярского края. Ваша ежедневная работа, профессионализм и преданность делу спасают жизни, дают надежду и помогают тысячам пациентов. Пусть эта дата станет началом нового этапа развития, принесет еще больше успехов, инноваций и достижений. Желаем вам крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, благодарных пациентов и процветания на многие годы вперед!
С праздником!



**Екатерина
Вячеславовна
Михайлова,**
заместитель
главного врача по
кадрам:

Дорогие, коллеги!
С огромной радостью и теплом поздравляю вас с 75-летием поликлиники! Это не просто цифры, но и множество историй, которые вы создавали на протяжении всех этих лет. Вы стали настоящей опорой для медицинского сообщества, и ваш труд не оценим. Каждый из вас – не просто специалист, а человек, который с искренней заботой и вниманием относится к каждому пациенту. Вы создаете атмосферу доверия и тепла, и именно благодаря вам пациенты знают, что их здоровье в надежных руках. Желаю вам вдохновения и радости от вашей важной работы. Пусть каждый день приносит удовлетворение и гордость за то, что вы делаете.



**Светлана
Леонидовна
Нефедова,**
заместитель
главного врача
по работе с
сестринским
персоналом:

Сердечно поздравляю вас, уважаемые сотрудники КДП, с праздником! Эта веха – яркое свидетельство вашей многолетней работы, направленной на заботу о человеке. Наша поликлиника – не просто медицинское учреждение, не просто звено здравоохранения, а настоящий оплот надежды и помощи для тысяч пациентов. Каждый день вы доказываете, что профессионализм, человечность, ответственность – это основа настоящей медицины. Желаю вам комплаентных пациентов, сплоченного коллектива и неиссякаемого вдохновения для вашего важного труда! С юбилеем!



**Марина
Николаевна
Ларина,**
заместитель
главного врача по
клинико-экспертным
вопросам:

Уважаемые коллеги и друзья!
Хочу от всей души поздравить коллектив консультативно-диагностической поликлиники с юбилеем! Я работаю в этом замечательном коллективе с 1996 года, много разных событий произошло за этот период. Но неизменно остается одно: желание идти вперед, развиваться, осваивать все новые и новые грани успеха. А о вашем умении организовывать праздники, которые приносят огромную радость, ходят легенды!
Поздравляю вас с юбилеем нашей поликлиники. Всем желаю мира и здоровья, благополучия, невероятных сил и гениальных идей для упорной работы. Пусть каждый день для нас будет удачным, впереди ждут ясные и успешные дни. Будьте счастливы, друзья, любимы родными и сами любите близких. Ну и, конечно же, свою работу.

Валентина Мацынина

Врач-эндокринолог регионального эндокринологического центра КДП отмечает 30-летие с начала работы в ККБ, активно участвует в реорганизации структуры и продолжает изучение эндокринологии, теперь еще более глубоко.

Когда у вас появился интерес к медицине?

Он был всегда, сколько себя помню: с детства любила лечить кукол, медведей, «собирала анализы», «ставила уколы». В институт поступила с первого раза – это большая удача, так как вместе со мной в первый год из класса в медицинский поступили всего двое. Далее была замечательная пора погружения в профессию, узнавание огромного мира медицины, общение с интереснейшими людьми. Мои одноклассники все до сих пор работают. И возраст не помеха, когда любишь свое дело.

Помните свои ощущения от первого визита в институт?

Первый визит не остался в памяти, зато осталось чувство восхищения – учиться мне всегда нравилось, это было сложнее, чем в школе. Объем информации много, но главное было – понять, разобраться, найти логику, а не вызубрить предмет.

Где проходили интернатуру и ординатуру, по какой специальности?

Интернатура по терапии проходила в 1-й городской больнице. Большим учителем для меня стала Нина Францевна Бадер – мама нашего знаменитого гастроэнтеролога Нонны Николаевны Николаевой. Замечательный человек и врач, она рассказывала, как к пациентам ездила на лошади, как работали в войну.

Интернатура длилась полтора года, и после ее окончания я пришла работать в поликлинику на Мира, 46 подростковым терапевтом. Проработала там два с половиной года, потом в течение двух лет была ординатура по терапии, а дальше – два года работы в медучилище, где повышают квалификацию средние медработники. Там мне стало понятно: не хватает знаний и практики. И я пошла работать в Краевую больницу. Уже здесь заочно окончила аспирантуру, защитила кандидатскую диссертацию.

Как бы вы объяснили школьнику эндокринологию «на пальцах»?

Если коротко, то у нас есть три системы, которые руководят организмом: иммунная, нервная и эндокринная, за каждой своя зона ответственности, и каждая взаимодействует с другой. Далее бы шло объяснение, за какие функции отвечают эти системы и посредством чего организм выполняет это управление.

Если коротко, то у нас есть три системы, которые руководят организмом: иммунная, нервная и эндокринная, за каждой своя зона ответственности, и каждая взаимодействует с другой. Далее бы шло объяснение, за какие функции отвечают эти системы и посредством чего организм выполняет это управление.

Когда училась в институте, эндокринология была очень скромно представлена, всего недельный цикл. УЗИ не было, гормоны в Красноярске не определялись совсем. То есть мы ставили диагнозы и отслеживали динамику по косвенным признакам. Сейчас, конечно, и проще диагноз поставить, и интереснее лечить – благодаря наличию такого

Атмосфера в ККБ совсем иная, по сравнению с другими лечебными учреждениями – здесь всегда помогут, поделятся знаниями. Работа в команде дорогого стоит.

количества инструментов. Можно определить болезнь на ранних стадиях, когда у пациента еще не наступили катастрофические изменения.

А почему выбрали именно эндокринологию?

Это прекрасная специальность! В ней есть логика и красота, а главное – явно виден результат работы. Приведу пример: однажды пациентку лет сорока с синдромом Шмидта привел на прием муж, она была абсолютно вялая, апатичная, говорила очень медленно, слабо вовлекалась в беседу, на ней надето было бог знает что. А через некоторое время после терапии я встретила ее в коридоре поликлиники, и это был абсолютно другой человек – мне улыбалась шикарная женщина в шляпе, с красивым макияжем и огнем в глазах! Эндокринологи работают на перспективу.

Случался ли у вас когда-нибудь страх перед общением с пациентом – больные вашего профиля бывают очень непростыми с точки зрения когнитивности?

Я всегда боялась ошибиться, сделать что-то не так, а не общаться с пациентом. Подход можно найти к любому человеку, если приложить усилия.

**Почему остались работать все-таки в краевой?**

Совпало мое виденье на работу с тем духом, который витает здесь. Атмосфера в ККБ совсем иная, чем в других лечебных учреждениях, здесь всегда помогут, поделятся знаниями. Работа в команде дорогого стоит: коллеги-эндокринологи, хирурги-эндокринологи, нейрохирурги, врачи других специальностей – все руководствуются интересами пациента. Есть возможности диагностики и ле-

чения редкой и сложной эндокринной патологии, большой спектр диагностических мероприятий, все этапы помощи – от амбулаторного приема до проведения операции и дальнейшего наблюдения. У меня есть подруга, руководитель частной клиники, она периодически меня спрашивает: «Когда уйдешь из своей краевой, я жду тебя...» А я не хочу уходить, здесь я могу зайти в любой кабинет – и найти поддержку коллег.

Ирина Синицина

Медицинская сестра консультативно-диагностического отделения поликлиники активно участвует в разработке амбулаторных сестринских процессов и ежегодно радуется коллегам костюмированными предновогодними представлениями.

Сколько лет вы работаете в поликлинике, как попали сюда?

Именно в поликлинике работаю 31 год. С сентября 1993-го трудилась санитаркой в гастроэнтерологии. Год отработав, поступила в медучилище при УПК медработников. В декабре 1996-го окончила сестринское отделение и устроилась в поликлинику ККБ, стала работать с эндокринологом В.П. Мацыниной. С 2000-го продолжила работу – с гематологами и травматологами-ортопедами. С 2007-го стала принимать вместе с травматологами-артроскопистами А.А. Галовым и В.А. Вундером.

Есть ли разница в работе медсестры на разных специальностях?

Я бы сказала, что нет, мы же работаем в основном с рекомендациями врача, только в редких случаях где-то физическая помощь требуется. Медицинской работе меня в основном научили Валентина Петровна Мацынина, Галина Николаевна Азаренко, Елена Викторовна Мартынова и Александр Александрович Галов.

Что было самым сложным сначала?

В медицине вообще работать нелегко. Но сложнее всего вникнуть в работу, разобраться в назначениях врача, тем более что раньше не было компьютеров и все делалось вручную. А если честно, я очень люблю свою работу. Первая моя профессия была маляр-штукатур, но это совсем не мое, нашла себя в медицине, люблю общаться с коллегами, с пациентами.

К каждому пациенту можно найти подход?

Абсолютно ко всем. Бывает, конечно, раздражение внутри, когда доводится общаться со сложными пациентами, но я понимаю, что сама выбрала эту профессию, это мое дело.

Как вы считаете, знаний, которые вы приобрели в училище, достаточно, или можно было в рамках среднего специального образования получить

что-то еще полезное для работы?

Многому я научилась именно на практике, но эти навыки сложно почерпнуть в рамках училища: работа с пациентом, с документацией. Умение пришло больше в ходе взаимодействия с докторами.

А мануальные навыки легко давались?

В первое время руки тряслись, например, когда нужно было колоть вены, но с годами этот навык только совершенствуется.

Были ли неординарные случаи с пациентами в вашей практике?

В гематологии часто встречаются пациенты, которые ведут себя как дети – капризничают, плачут, это из-за особенностей заболеваний. Могут отрицать необходимость процедур, приходится успокаивать, настраивать на позитивный лад.

Краевая больница чем-то отличается от других медучреждений?

Конечно. Кроме прочих идейных отличий, важная особенность, что мы работаем по разработанным, утвержденным стандартам и инструкциям. Очень серьезно к этому подходим, сдаем зачеты, и это не может положительно не сказаться на результатах.

Приходилось бывать в роли наставника для молодых специалистов?

Было такое. Несколько человек, которые успешно работают сейчас, начинали трудиться под моей опекой, и я всегда готова помочь.

Как складывались ваши отношения с врачами?

Доброжелательно. Как пришла в организацию, так и по сей день хорошие отношения. Мое сестринское дело в том, чтобы выполнять рекомендации врача, он главный в данном процессе. Опять-таки хочу подчеркнуть мастерство и человечность наших докторов. Александр Александрович Галов – не только большой мастер,

Несколько человек, которые успешно работают сейчас, начинали трудиться под моей опекой, и я всегда готова помочь.

но и пример. От него я взяла терпение, выдержку, понимание, любовь и заботу о пациенте, способность внушить веру даже в тяжелых случаях.

Сегодня эра технологических изменений. Как к этому относитесь? Справляетесь?

Спокойно отношусь, если что-то не получается, мне всегда помогут – и коллеги, и специалисты АСУ.

Над чем сейчас работаете, есть ли какие-то новшества?

Недавно мы разрабатывали диспансерный учет для гематологических пациентов, комплексы исследований. Все шаблоны теперь есть в МИС, что ускоряет все процессы. Сейчас помогаем в проведении школ для пациентов, обзваниваем их, приглашаем на встречи, берем анализы, участвуем в подготовительных мероприятиях при госпитализации.

Если помечтать, какой хотели бы видеть поликлинику?

Чтобы было просторно и удобно в кабинетах, много воздуха. Чтобы стало комфортно и пациентам, и нашим сотрудникам. Думаю, когда у нас появится новая поликлиника, уровень удовлетворенности пациентов медпомощью вырастет сразу, а медики будут с еще большим удовольствием идти на работу.



Расстояния – не помеха

Развитие системы здравоохранения невозможно без информационных технологий. В КГБУЗ «ККБ» мы видим информатизацию как способ выстраивания процессов и решения актуальных проблем. В консультативно-диагностической поликлинике оно позволило организовать предварительную запись пациентов на консультацию, телемедицинское консультирование, эффективную систему оценки качества медицинской помощи, разработать программу плановой госпитализации пациентов в стационарные отделения.



Татьяна Пасечник,
заведующая консультативно-
диагностическим отделением КДЦ ККБ



Елизавета Бойцова,
врач-инфекционист консультативно-
диагностического отделения КДЦ ККБ

Дистанционная поликлиника

Одной из важных задач является отработка системы взаимодействия с медицинскими организациями края по вопросам преемственности в оказании медицинской помощи.

Причины создания проекта дистанционной поликлиники были связаны с рядом нерешенных проблем: очередь на запись к специалистам, отсутствие возможности полноценного контроля в период прохождения пациентами консультаций, недостаточная преемственность с медицинскими организациями (МО) края при оказании медицинской помощи, невозможность совместного обсуждения с лечащими врачами тактики лечения и, как следствие, недовольство и жалобы со стороны пациентов.

В 2003 году в Краевой клинической больнице впервые была применена инновационная на тот момент технология: медицинские организации края по электронной почте отправляли заявки на консультацию пациента, в ответ выдавался талон, где были указаны дата и время приема. Это позволило ликвидировать очереди за получением талона в регистратуре. В дальнейшем разрабатывались и постоянно совершенствовались методы дистанционного оказания медицинской помощи и обмена медицинской информацией между больницей и МО края. На замену почте появился сайт, потом система виртуальной поликлиники, которая позволяла специалистам поликлиники фильтровать пациентов и оказы-

вать офлайн-консультации; затем вторая версия виртуальной поликлиники, позволяющая составлять маршруты пациентов, и ее дальнейшая модернизация.

Дистанционная поликлиника работает в соответствии с приказами министерства образования Красноярского края №725 – орг. от 23.11.2015 с изменениями, 484 – орг. от 31.05.2018 и СТУ 14.1.–2023 «Порядок направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику КГБУЗ «ККБ» из медицинских организаций на оказание первичной специализированной медицинской помощи жителям Красноярского края».

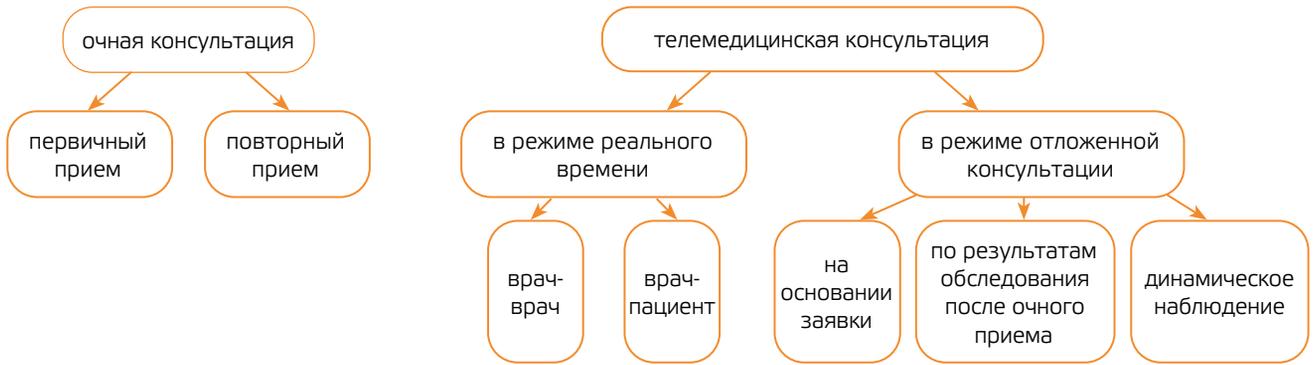
Функционально созданная дистанционная поликлиника решает задачи:

- определение обоснованности направления на консультацию и полноты обследования в МО прикрепления пациента;
- определение формы консультации (очная/отложенная/онлайн);
- оптимизации маршрута пациента при очном консультировании;
- формирования актуальной базы данных о пациентах и назначениях;
- создания условий для взаимодействия специалистов по конкретному пациенту;
- построения эффективной преемственности с медорганизациями края при оказании медицинской помощи;
- проведения методической работы со специалистами МО края.

Врачи по профилю (71 прием по ОМС) рассматривают в 100% направительную документацию. Ежемесячно с заявками работают более 80 специалистов, которые проводят свыше девяти тысяч консультаций по медицинской документации, поступающей на сайт заявок из 161-й медицинской организации края.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» в консультативно-диагностической поликлинике в настоящее время используются различные формы телемедицинских консультаций:

Виды консультаций



Специалистами нашей поликлиники первыми стали назначаться телеконсультации в отложенном режиме через сайт заявок – офлайн-консультации, а с 2023 года они формируются в МИС qMS, и в медицинские организации края направляется выписка.

С июня 2018-го через сайт заявок стали проводиться телеконсультации в режиме реального времени онлайн врач – врач-пациент.

Вначале данный вид медицинской помощи был негативно оценен всеми участниками: лечащим врачам необходимо было время на подготовку и участие в онлайн-консультации, что не предусмотрено расписанием их работы; консультанты больше доверяли очному осмотру; пациенты не понимали, каким образом можно провести консультацию на расстоянии. Коррективы в данный процесс внесла пандемия COVID-19 в 2020 году, когда в силу запретных мероприятий очных контактов впервые за годы существования поликлиники опустели ее коридоры. Оставался единственный способ оказания медицинской помощи – телемедицинское консультирование. Непосредственное общение лечащих врачей с консультантами является одной из действенных форм учебы и повышает квалификацию специалистов. Такой вид медицинской помощи положительно оценивается пациентами, так как

дальнейшая тактика его ведения обсуждается в присутствии пациента двумя специалистами, при этом экономятся финансовые средства, связанные с расходами на проезд и проживание при очном консультировании.

Организация поликлиники дистанционного консультирования позволила повысить доступность специализированной медицинской помощи населению края, оптимизировать консультативно-диагностический «маршрут пациента», снизить количество неэффективных посещений врачей-консультантов и прохождения диагностических исследований в КГБУЗ «ККБ».

Результаты:

- 100% пациентов получают заочную офлайн / онлайн консультацию
- для 30% пациентов заочно формируется маршрут в ККБ
- в 2,5 раза сокращено время очного обследования / лечения
- 13% пациентов не едут на очную консультацию в г. Красноярск
- 17% пациентов получают заочную онлайн-консультацию
- удовлетворенность пациентов повысилась с 58 до 94%

Количество телемедицинских консультаций имеет тенденцию к росту:

Показатель	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кол-во заявок	85 488	44 645	64 793	77 391	102 823	123 593
Онлайн-консультации	1663	13 129	11 154	9992	12 423	24 300
Отложенные консультации	9525	9176	7847	8472	8463	9100

Возможности применения генно-инженерной биологической терапии в условиях оказания медицинской помощи в дневном стационаре на базе консультативно-диагностического центра КГБУЗ «ККБ»

Е.П. Ключникова², М.В. Аброськина^{1,2}, О.В. Марилловцева², А.В. Масленников²

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

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

*«Все заболевания аутоиммунные,
пока не доказано обратное».*

Академик Е.Л. Насонов

Эра аутоиммунных заболеваний.

Аутоагрессия: игра против своих

Иммуновоспалительные заболевания на сегодняшний день относятся к числу распространенных и тяжелых недугов человека, их частота в популяции приближается к 10%. Человек несовершенен. Мы стареем, болеем, умираем. В древние времена ведущей причиной смерти были травмы, голод и дикие животные, в средние века – инфекции (чума, холера и др.), а в настоящее время, по данным ВОЗ, – онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Однако еще есть заболевания аутоиммунные, возможно, не столь смертельные, но куда сильнее бьющие по нам экономически. Это рассеянный склероз, системная красная волчанка или диабет 1-го типа, а также многие другие. Если рак и инсульты чаще всего встречаются у пожилых людей,

то аутоиммунные состояния обычно манифестируют у молодых людей трудоспособного возраста. К ним относится нарушение, сбой в собственной иммунной системе человека. Обычно в организм поступает какой-то антиген. На него вырабатываются антитела. Когда антиген исчезает, наступает выздоровление. При аутоиммунных заболеваниях этот процесс становится неконтролируемым. Антигена уже нет, но иммунная система начинает вырабатывать антитела, которые перестают узнавать свои клетки, ткани, и начинается атака собственных тканей. Это и называется аутоагрессией.

В частности, ковид тоже оказался аутоиммунным вирусом. Цитокиновый шторм, который развивается при тяжелой форме ковидной инфекции, очень похож на проявления системной красной волчанки высокой степени активности. Когда ковидные волны стихли, ученые

всего мира начали обследовать пациентов, выполнять лабораторные тесты, и оказалось, что у очень многих перенесших тяжелую форму коронавирусной инфекции выявляются десятки различных аутоантител. Научные публикации, основанные на практике миллионов пациентов, свидетельствуют о том, что количество случаев аутоиммунных заболеваний у людей, перенесших тяжелой или средней тяжести ковид, к сожалению, имеет тенденцию к увеличению.

В настоящее время уровень диагностики с полным арсеналом лабораторных и инструментальных методов обследования позволяет современному врачу выявлять заболевания на самых ранних стадиях. Однако просто поставить диагноз – это еще не все. Врачу важно иметь в своем арсенале возможность и опыт назначения эффективной терапии, которая предотвратит

появление функциональных нарушений и длительно сохранит высокое качество жизни пациента. Одним из таких эффективных методов лечения являются препараты генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ).

и сигналов воспалительного процесса, а также избирательность повреждающего действия на клетки-мишени при минимальном негативном влиянии на нормальные ткани и органы хозяина. Препараты данной группы относятся к

«ККБ». В настоящее время в условиях дневного стационара проводится терапия ГИБТ пациентам кардиологического, неврологического и ревматологического профиля.

Кардиология

Дислипидемия – один из основных факторов риска развития и неблагоприятного прогноза заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом, в связи с чем ее коррекция и достижение целевых показателей липидного спектра в зависимости от категории риска чрезвычайно важны. В 2020 году принят VII пересмотр отечественных рекомендаций по дислипидемиям. Основными предпосылками для принятия новых рекомендаций явились Европейские рекомендации 2019 года, отразившие принципиально новые позиции по целевым уровням липидов и липопротеидов крови, оценке сердечно-сосудистого риска, появились новые подходы к лечению дислипидемий, включая использование терапии ГИБТ – моноклональных антител к PCSK9; изменились подходы к терапии дислипидемий у разных категорий пациентов (лиц с сахарным диабетом – СД, семейной гиперхолестеринемией, пожилых, женщин и др.). В новых рекомендациях изменен целевой уровень показателей липидного спектра у разных категорий сердечно-сосудистого риска. Так, для категорий очень высокого риска установлено целевое значение <1,4 ммоль/л вместо 1,8 ммоль/л. Выделена категория экстремального риска, где целевой холестерин (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛНП) обозначен еще ниже – менее 1 ммоль/л. Введение более низких целевых

Принципиальным отличием ГИБТ от химиопрепаратов является возможность блокирования специфических путей и сигналов воспалительного процесса, а также избирательность повреждающего действия на клетки-мишени при минимальном негативном влиянии на нормальные ткани и органы хозяина.

Для того чтобы остановить процесс аутоагрессии, нужно не стимулировать иммунитет, а, наоборот, угнетать, подавлять его за счет иммуносупрессантов, генно-инженерных биологических препаратов, служащих основным звеном такой терапии. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) представляют собой биологически активные молекулы, созданные с помощью методов генной инженерии, и селективно действующие на звенья патогенеза определенного заболевания. К группе ГИБП относятся моноклональные антитела, ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО α), интерлейкины, рекомбинантные белки и др. Эти препараты широко распространены в онкологии, ревматологии, гематологии, гастроэнтерологии, однако в последнее время разработаны биологические препараты, применяющиеся и в кардиологии.

разряду дорогостоящих, и ранее была возможность их назначения только у пациентов в рамках льготного обеспечения, когда пациент уже имеет группу инвалидности. Однако в последние годы у врачей различных специальностей появилась возможность назначения ГИБТ и в рамках системы КСГ в условиях дневных и круглосуточных стационаров. Это принципиально важный момент: назначить эффективную терапию как можно раньше, не допуская необратимых функциональных нарушений. В течение последних 10 лет терапия с использованием ГИБТ в рамках КСГ при различных заболеваниях (гематология, ревматология, аллергология, неврология, гастроэнтерология) активно развивалась в условиях круглосуточного стационара КГБУЗ «ККБ». С 2022 года терапия с применением ГИБТ по системе КСГ появилась и при оказании специализированной медицинской помощи на амбулаторном этапе в условиях дневного стационара на базе консультативно-диагностического центра (КДЦ) КГБУЗ

Принципиальным отличием ГИБП от химиопрепаратов является возможность блокирования специфических путей

уровней ХС ЛНП и расширение групп пациентов, относящихся к категориям экстремального и очень высокого риска, предъявляет особые требования к гиполипидемической терапии. Изменение целевых уровней ХС ЛНП основывается на результатах, полученных в последних рандомизированных клинических исследованиях FOURIER и ODYSSEY-OUTCOMES. В этих исследованиях анализировался эффект подключения ингибиторов PCSK9 (алирокумаба и эволокумаба) к интенсивной терапии статинами больных с высоким сердечно-сосудистым риском и острым коронарным синдромом (ОКС). Исследования показали наряду с выраженным снижением ХС ЛНП (в ряде случаев до уровня ниже 1 ммоль/л) дополнительное снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений. Показано, что у каждого 5-го пациента, перенесшего инфаркт миокарда (ИМ), развивается неблагоприятное событие в течение ближайшего года. Примерно четверем из пяти пациентов с очень высоким риском, вероятно, потребуются комбинированная терапия ингибиторами PCSK9 (алирокумаб) для достижения целевых уровней, возможно, без этапа эзетимиба. Алирокумаб является полностью человеческим моноклональным антителом (иммуноглобулин G1), обладающим высоким сродством и специфичностью к PCSK9. Алирокумаб ингибирует связывание циркулирующего в крови PCSK9 с рецепторами ЛНП на поверхности гепатоцитов, что приводит к увеличению количества этих рецепторов и активному выведению циркулирующих ЛНП из системного кровотока.

С 2022 года в рамках оптими-

зации оказания специализированной медицинской помощи по профилю кардиология начат набор пациентов, наблюдающихся на амбулаторном этапе в кардиологическом диспансере на базе КДЦ ККБ, для лечения инновационным препаратом ГИБТ – ингибитор PCSK 9-Алирокумаб. Это пациенты с семейной гиперхолестеринемией, смешанной дислипидемией, имеющие неоптимальные параметры липидного профиля и в анамнезе сердечно-сосудистые катастрофы, пациенты с нарушением липидного обмена и не достижением целевых показателей липидного профиля на фоне стандартной терапии (статинов + эзетимиб), а также пациенты с непереносимостью статинов. На сегодняшний день в дневном стационаре такую терапию получают 120 человек. Частота введения препарата – раз в месяц, а число госпитализаций за 2024 год в ДС КДЦ составило более 1400. На фоне терапии в 90% случаев удается достигать целевых показателей липидограммы и тем самым снижать риски повторных сердечно-сосудистых событий, улучшать качество и продолжительность жизни пациентов.

Неврология

Применение таргетной высокоэффективной терапии является актуальным направлением современной неврологической помощи. Первый опыт лечения с применением моноклональных антител в Красноярском крае был получен у пациентов с рассеянным склерозом в 2014 году. Целью назначения моноклональных антител при рассеянном склерозе является предотвращение развития обострений и образования новых и/или актив-

ных очагов демиелинизации в головном или спинном мозге, замедление прогрессирования заболевания, сохранение или улучшение качества жизни пациентов. С июня 2023 года в КДО ККБ организован Центр рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний нервной системы (Центр РС и АИЗНС). На функциональной основе в состав Центра входят дневной стационар КДО ККБ и неврологическое отделение ККБ, где регулярно проводятся инфузии высокоэффективных препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (вЭПИТРС).



В июле 2022 года Минздравом РФ были приняты клинические рекомендации «Рассеянный склероз» ID 739, согласно которым применение моноклональных антител, таких как вЭПИТРС, рекомендовано в качестве препаратов последующего выбора в случае неэффективности или непереносимости препаратов первой линии либо в случае наличия

быстро прогрессирующего течения РС в качестве препаратов первого выбора. К данной группе ПИТРС относятся такие моноклональные антитела, как окрелизумаб, натализумаб, дивозилимаб и алемтузумаб.

В настоящее время в дневном стационаре КДО ККБ инфузии окрелизумаба получают 86 пациентов каждые 24 недели, инфузии натализумаба – 25 пациентов каждые 4 недели. С 2025 года планируется введение в клиническую практику нового вПИТРС из группы моноклональных антител – дивозилимаба. Ожидается, что лечение данным препаратом регулярно будут получать 27 больных каждые 24 недели. В неврологическом отделении ККБ в 2024 году одна пациентка получила терапию препаратом алемтузумаб в форме трех ежедневных инфузий.

Применение вышеуказанных препаратов в лечении больных с рассеянным склерозом позволяет объективно влиять на фенотип течения заболевания, пролонгировать период социальной и бытовой активности, сохранять возможности пациентов к деторождению.

Ревматология

Из воспалительных заболеваний суставов наиболее часто встречается ревматоидный артрит (РА). Так как это наиболее распространенное и инвалидизирующее заболевание, то ведению этих пациентов уделяется особое внимание.

В середине XX века возможностей для лечения РА было очень мало. Изначально применялись препараты золота. В 40-х годах прошлого века был синтезирован гормон коры надпочечников – корти-

зон. За открытие кортизона и применение его для лечения ревматоидного артрита американский врач Филип Хенч удостоен Нобелевской премии. Это было колоссальным достижением, и казалось, что назначение преднизолона решало все проблемы – сразу резкое уменьшение болей и воспаления. Но преднизолон оказался очень коварным препаратом. Выяснилось, что его применение сопровождается большим количеством побочных эффектов. Если бы их не было, то преднизолоном можно было бы длительно лечить очень многие заболевания. Далее появился метотрексат, который стал якорным препаратом – «золотым» стандартом для лечения этого недуга, однако и он часто является неэффективным в виде монотерапии.



В начале 2000 годов началась эра ГИБТ в ревматологии. В настоящее время в арсенале врача-ревматолога уже более 20 генно-инженерных биологических препаратов, которые лечат достаточно успешно, и более чем у 50% пациентов есть вероятность достижения ремиссии. Часть из этих лекарственных препаратов производится в Российской Фе-

дерации. Их получают тысячи пациентов с аутоиммунными заболеваниями, но потребность сохраняется. Лечение ревматоидного артрита очень эффективно, особенно при назначении современной терапии на ранних стадиях заболевания. По прогнозу ведущих врачей-ревматологов НИИ ревматологии им В.И. Насоновой около 15% пациентов с ревматоидным артритом нуждаются в такой терапии, а получают ее за счет бюджетных средств только 8–9% больных, и их количество все время увеличивается.

С 2023 года появилась возможность назначения препаратов ГИБТ по КСГ в условиях дневного стационара на базе КДП ККБ для пациентов с диагнозом «ревматоидный артрит». Больным проводится терапия

ингибитором интерлейкина 6 – раствором для подкожного введения олоклизумаб 64 мг. Режим введения – раз в две недели в первые 3–6 месяцев после инициации терапии, и далее пациент продолжает получать инъекции раз в месяц длительно. Основной набор пациентов осуществлялся постепенно в течение года. В настоящее время те-

рапию получают 102 человека с ревматоидным артритом. За 2024 год проведено 1358 госпитализаций пациентов с РА. На фоне терапии у 67% пациентов в течение первого года терапии достигнуты показатели индекса активности заболевания SDAI (Simplified Disease Activity Index) менее 3,3, что соответствует уровню полной ремиссии. У 28% пациентов показатель SDAI сохраняется на уровне 3,3-11 – стадия неполной ремиссии, соответствующего низкой активности заболевания. У 5% пациентов сохраняется средняя активность заболевания.

Особенно важным при ведении данной категории пациентов является динамическое наблюдение в условиях многопрофильного специализированного учреждения. Пациенты, получающие терапию ГИБТ, нуждаются в регулярном наблюдении врача-ревматолога с проведением мониторинга безопасности терапии и оценкой эффективности раз в шесть месяцев. У пациентов, получающих ГИБТ, значимо более высокие риски инфекций, и возможны побочные эффекты и осложнения, связанные непосредственно с терапией данными препаратами. В настоящее время у большинства пациентов, получающих ГИБТ по месту жительства, существует серьезная проблема в плане доступности для наблюдения в динамике у врача-специалиста. Регулярное динамическое наблюдение у специалистов ККБ позволяет минимизировать риски данной терапии.

Терапия остеопороза. С 2024 года в условиях дневного стационара появилась возможность лечения препаратами

ГИБТ и пациентов с тяжелыми формами остеопороза (множественные периферические переломы, компрессионные переломы позвонков, переломы трубчатых костей) – раствор для подкожного введения деносуаб 60 мг раз в шесть месяцев. Деносуаб – это полностью человеческое моноклональное антитело (IgG) к RANKL, которое связывает RANKL и препятствует взаимодействию с его рецептором на поверхности остеокластов. Деносуаб ингибирует созревание, выживание и активацию остеокластов, тем самым блокируя резорбцию кости. Препарат не имеет побочных эффектов, характерных для внутривенных бисфосфонатов, и может применяться у пациентов со значительно сниженной функцией почек. В настоящее время данный вид терапии в дневном стационаре на базе КДП ККБ получают 64 пациента.

Применение ГИБП позволяет снизить активность иммунопатологического процесса, добиться клинического эффекта и замедлить рентгенологическое и сосудистое прогрессирование даже у пациентов, устойчивых к предшествующей терапии стандартными базисными препаратами.

Сосудистая хирургия

Впервые в 2024 году в дневном стационаре пациентам с атеросклерозом артерий нижних конечностей начал применяться стимулятор пролиферации клеток эндотелия – дезоксирибонуклеиновая кислота плазмидная сверхскрученная rCMV-VEGF165 (неоваскулген, раствор для подкожного введения). Пре-

парат предназначен для лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК). Этот препарат также относится к классу генноинженерных биологических препаратов. Основной эффект – стимуляция ревазуляризации при окклюзионном поражении периферических артерий. Заболевание обусловлено атеросклеротическим поражением сосудов ног (сужение просвета сосудов и уменьшение их проходимости). В России им страдают около полутора миллионов человек. Ежегодно у 145 тысяч человек заболевание выявляется в тяжелой форме, грозящей необходимостью ампутации и в 25% случаев завершающейся летальным исходом – так называемая критическая ишемия нижних конечностей (КИНК). Неоваскулген – оригинальный инновационный, «первый в классе» препарат, который открывает новый подход в лечении ише-

мии. В основе механизма действия препарата эволюционно запрограммированный процесс образования и роста кровеносных сосудов. Данный механизм действия называют терапевтическим ангиогенезом.

Ампутация конечности выполняется каждый год 35-40 тысячам пациентов. Часть пациентов с КИНК – неоперабельные,

и для них применение данного препарата может стать основным методом лечения, который позволил бы существенно улучшить качество жизни, а также, по возможности, в дальнейшем избежать ампутации.

Движение вперед

В сегодняшних условиях дневного стационара на базе КДЦ КГБУЗ «ККБ» инновационные виды терапии с применением ГИБП суммарно получают 395 пациентов. Количество госпитализаций за 2024 год для этих пациентов составило более 3000, это около 70% от общего числа госпитализаций за год в дневной стационар на базе КДЦ. Данная ситуация

абсолютно обоснована и полностью соответствует современным задачам продвижения стационарзамещающих технологий при оказании специализированной медицинской помощи в МО третьего уровня.

В многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) по всему миру в настоящее время получено достаточно данных, свидетельствующих о том, что применение ГИБП позволяет снизить активность иммуннопатологического процесса, добиться клинического эффекта и замедлить рентгенологическое и сосудистое прогрессирование даже у пациентов, устойчивых к предшествующей терапии стандартными

базисными препаратами. Препараты данной группы признаются специалистами различных специальностей первыми в истории создания лекарств «болезнь-модифицирующими препаратами». Данный вид терапии позволяет существенно влиять на прогноз течения заболевания, предотвращает его прогрессирование и значительно улучшает качество жизни пациентов за счет ускорения наступления и продления ремиссии и увеличения продолжительности жизни.

Список литературы:

1. Портал «Научная Россия» (<https://scientificrussia.ru/>).
2. EMA. Guideline on similar biological medicinal products, 2005. Annex to guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues. Guidance on similar medicinal products containing somatropin, 2006. – Mode of access: <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/biosimilar/9452805en.pdf>. – Date of access: 10.08.2012.
3. Cubillos-Ruiz A., Guo T., Sokolovska A., Miller P.F., Collins J.J., Lu T.K. et al. Engineering living therapeutics with synthetic biology // *Nat. Rev. Drug Discov.* 2021. Vol. 20, N 12. P. 941-960.
4. Салугина С.О., Федоров Е.С. Генно-инженерные биологические препараты в лечении основных моногенных аутовоспалительных заболеваний: обзор литературы и клиническое наблюдение // *Современная ревматология.* № 6. С. 95-100.
5. Maier P., von Kalle C., Laufs S. et al. Retroviral vectors for gene therapy. *Future Microbiol.* 2010; 5(10): 1507–23.
6. Кухарчук В.В., Ежов М.В., Сергиенко И.В. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2020;1:7-40 [Kukharchuk VV, Ezhov MV, Sergienko IV, et al. Diagnostics and correction of lipid metabolism disorders in order to prevent and treat of atherosclerosis. Russian recommendations VII revision. *Atherosclerosis and Dyslipidemia.* 2020;1:7-40 (in Russian)]. DOI:10.34687/2219-8202.JAD.2020.01.0002
7. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88. DOI:10.1093/eurheartj/ehz455 3.
8. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Further Cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in Subjects with Elevated Risk (FOURIER) Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med.* 2017;376:1713-22. DOI:10.1056/NEJMoa1615664
9. Stock JK. Da Vinci study: change in approach to cholesterol management will be needed to reduce the implementation gap between guidelines and clinical practice in Europe. *Atherosclerosis.* 2020;314:74-6. DOI:10.1016/j.atherosclerosis.2020.09.023

Акромегалия в Красноярском крае. Эффективность терапевтического лечения

С.А. Догадин^{1,2}, Л.А. Лобынцева², Л.Н. Боева², О.В. Боровик², П.Г. Руденко²

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

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Акромегалия – тяжелое, медленно прогрессирующее нейроэндокринное заболевание, возникающее в результате избыточной секреции гормона роста (СТГ) у лиц с законченным физиологическим ростом. Основной причиной заболевания (более 98%) является опухоль гипофиза, продуцирующая СТГ (соматотропинома). Заболевание характеризуется патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением морфо-функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной систем, периферических эндокринных желез, различных видов метаболизма. Но если повышенная секреция СТГ появляется в детском или подростковом возрасте, когда эпифизарные зоны роста еще открыты, то происходит избыточный пропорциональный рост костей скелета в длину и увеличивается линейный рост пациента. Это заболевание получило название «гипофизарный гигантизм».

Избыточная секреция СТГ стимулирует продукцию печенью инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1, или соматомедин С). ИФР-1 является важнейшим эндокринным посредником действия СТГ. В периферических тканях именно ИФР-1 обеспечивает практически все физиологические эффекты соматотропного гормона. Поэтому клинические проявления акромегалии (рис. 1) обусловлены влиянием избытка СТГ и ИФР-1.

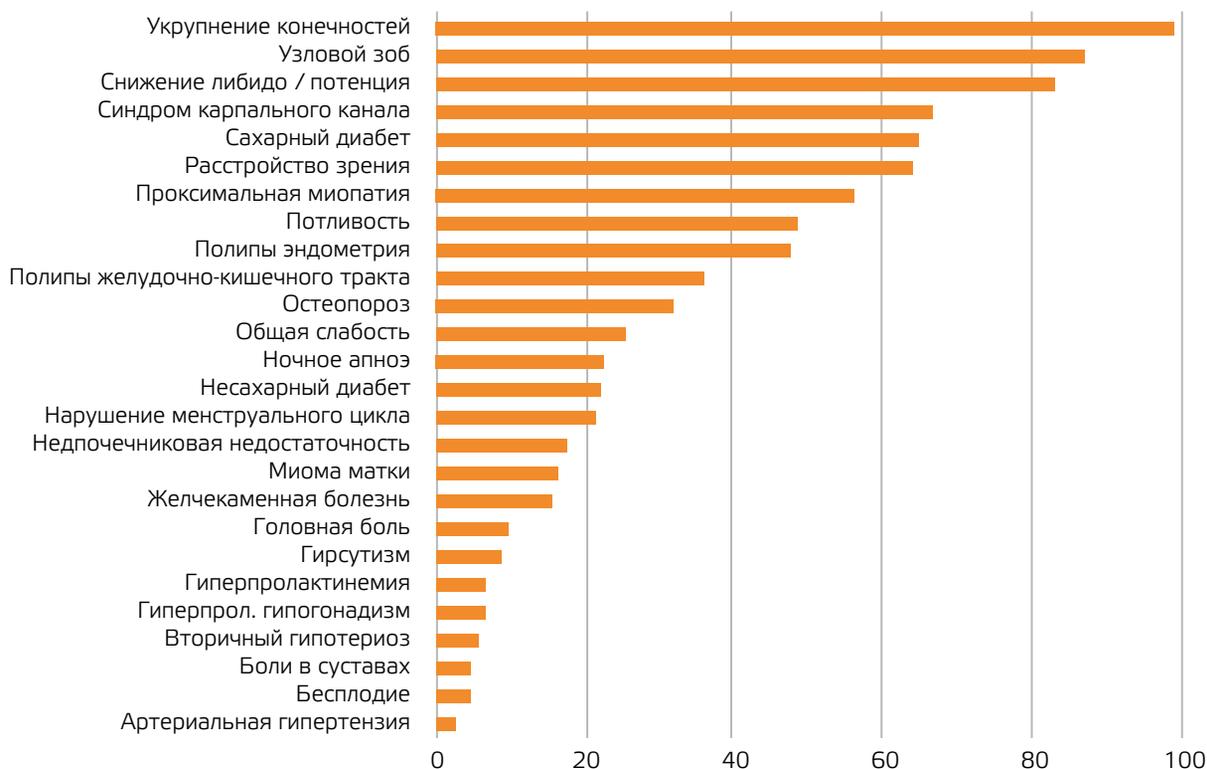


Рис. 1. Клинические особенности акромегалии по данным Красноярского краевого регистра

Секреция СТГ происходит периодически и подвергается циркадным изменениям, содержание в крови нестабильное. В то же время уровень ИФР-1 стабилен, отражает уровень секреции СТГ за прошедшие сутки. Поэтому исследование ИФР-1 в крови является основным методом лабораторной диагностики акромегалии и оценки эффективности лечения. Рассчитывается ИФР-1 индекс: соотношение уровня ИФР-1 к верхней границе нормы в соответствии с полом и возрастом.

Акромегалия является редким заболеванием. В Российской Федерации ее распространенность, по данным единого Российского регистра пациентов с опухолями гипоталамо-гипофизарной области (раздел акромегалии), варьирует от 2,8 до 8,7 случая на 100 000 населения. В Красноярском крае всего было зарегистрировано 223 случая акромегалии (7,8 на 100 000 жителей). Ежегодно регистрируется от 5 до 10 новых случаев заболевания. В настоящее время активно наблюдаются 138 человек. Соотношение мужчин и женщин – 1:2,5. Возраст на момент постановки диагноза – 35–55 лет. Общей проблемой остается поздняя диагностика акромегалии. По нашим данным, при диагностике заболевания макроаденома гипофиза выявлялась в 76% случаев, по данным Российского регистра – в 82%, по данным зарубежных наблюдений – в 77% случаев. Поэтому разрабатываются и начинают реализовываться национальные программы раннего выявления акромегалии.

Лечение этого заболевания направлено на нормализацию уровней ИФР-1 и СТГ, уменьшение объема опухоли, сокращение клинических проявлений, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Для достижения этих целей часто требуется мультимодальный терапевтический подход, включающий нейрохирургию, медикаментозную терапию и радиотерапию.

В крае высокоспециализированным центром для оказания помощи пациентам с акромегалией является Региональный эндокринологический центр ККБ (РЭЦ). В 2005 году с появлением возможности эффективного терапевтического лечения заболевания разработана маршрутизация лиц с подозрением на акромегалию в РЭЦ (рис. 2), в 2018 году – утвержден порядок направления. В ККБ в настоящее время имеются все возможности для верификации диагноза акромегалии, персонализации лечения и наблюдения.

Согласно международным консенсусам и отечественным клиническим рекомендациям первой линией лечения является трансназальная

транссфеноидальная аденомэктомия. Но ремиссия после хирургического лечения в специализированных центрах, по данным зарубежных авторов, может быть достигнута в 80–90% случаев микроаденом и примерно в 50–75% случаев макроаденом. В ККБ эндоназальные транссфеноидальные операции проводятся с 2008 года в отделении нейрохирургии №1. Выполнено 108 операций по поводу соматотропином, в том числе повторных. Отделение нейрохирургии №1 по возможности проведения повторных операций на гипофизе может являться экспертным.

Медикаментозная терапия рекомендуется пациентам, у которых не достигается биохимический контроль после операции, есть противопоказания к операции или которые отказываются от нее. Используются аналоги соматостатина пролонгированного действия 1-го поколения (октреотид, ланреотид), антагонисты рецепторов СТГ (пэгвисомант) и агонисты дофамина (каберголин). Аналоги соматостатина являются препаратами первой линии терапии. Они связываются с соматостатиновыми рецепторами на поверхности опухолевых клеток и подавляют секрецию СТГ. Октреотид для лечения акромегалии в Красноярском крае применяется с 2005 года, ланреотид активно – с 2019-го. При их неэффективности используются антагонисты рецепторов СТГ и агонисты дофамина. Пэгвисомант связывается с рецепторами гормона роста на поверхности клетки и блокирует их взаимодействие с эндогенным СТГ. Пэгвисомант начал нами применяться с 2021 года.

Для оценки эффективности лечения акромегалии нами проведен анализ результатов медикаментозного лечения у 91 пациента (17 мужчин и 74 женщины) с установленным диагнозом акромегалии. Все они находились под регулярным динамическим наблюдением в РЭЦ. Исследование выполнено в 2024 году. Средний возраст пациентов на момент последнего визита составил $60,3 \pm 1,3$ года (30–84). Нейрохирургическое лечение проведено 61 пациенту (67%), в том числе 10-ти (16,4%) – повторное, а также 14-ти пациентам (23%) проведена последующая лучевая терапия. Лучевая терапия как первая линия лечения (телегамматерапия) была у 5 (5,5%) человек. Длительность последующего наблюдения за этими пациентами – $27,3 \pm 3,4$ года (от 17 до 31). Причиной назначения медикаментозной терапии после хирургического лечения и/или лучевой терапии являлось отсутствие ремиссии заболевания.

Медикаментозную терапию как первую линию лечения получали 25 (27,5%) пациентов. Эффективность медикаментозного лечения

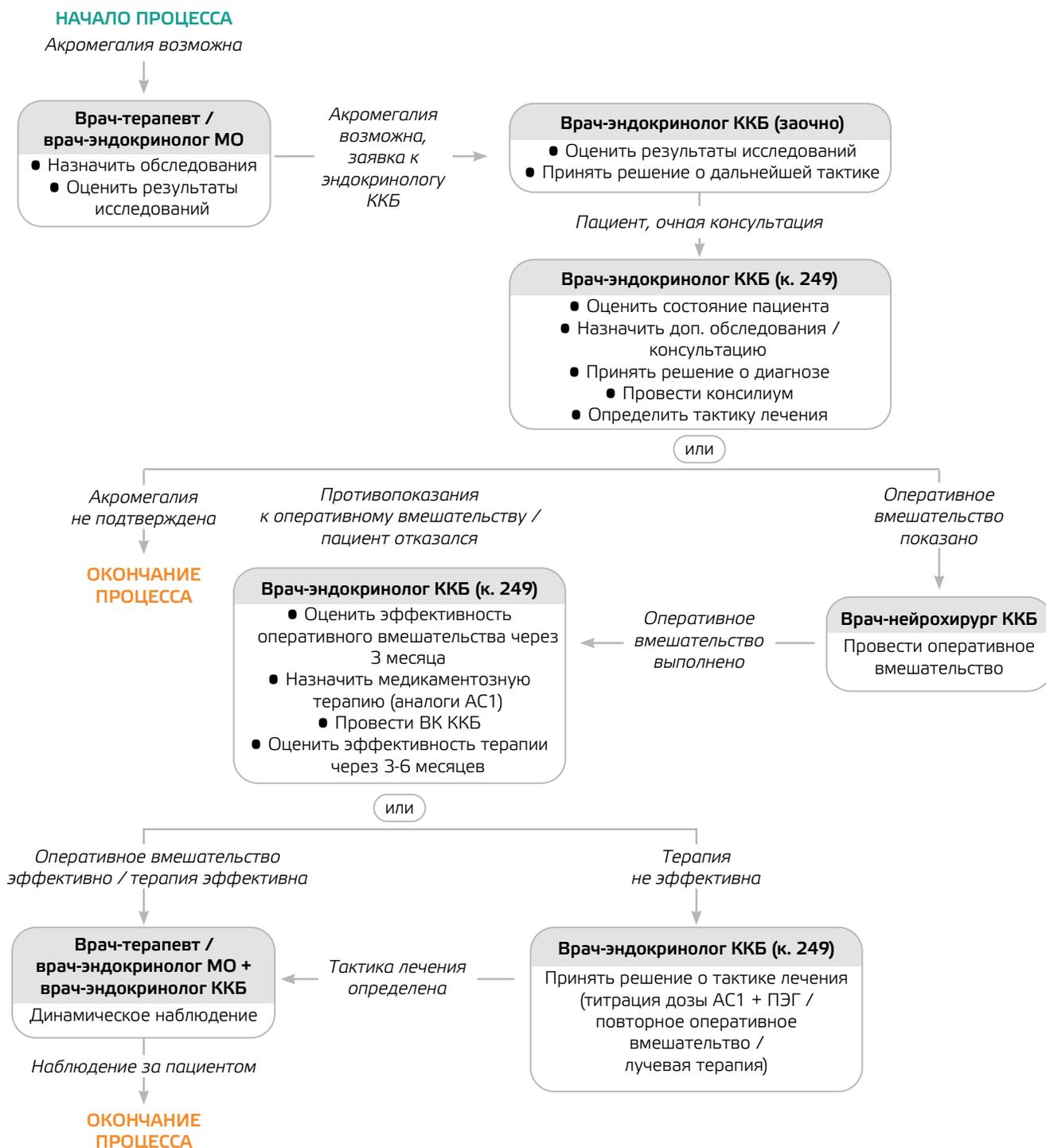


Рис. 2. Маршрутизация лиц с подозрением на акромегалию в РЭЦ

акромегалии основывалась на определении ИФР-1 с расчетом ИРФ-1 индекса. Индекс ≤ 1 свидетельствовал о полной ремиссии заболевания. Результаты: на момент последнего визита октреотид получали 69 пациентов (75,8%), четверо из них – в комбинации с пэгвисомантом. На монотерапии октреотидом ремиссия достигнута у 39 (60%) пациентов, в том числе

у 14 (36%) на дозе 20 мг/28 дн, у 25 (64%) – на дозе 40 мг/28 дн. Среди этих пациентов у 10 (26%) человек достигнута ремиссия на терапии октреотидом как первой линии лечения. На комбинированной терапии только у одного пациента достигнута ремиссия на начальной дозе пэгвисоманта 10 мг/сут. Терапию ланреотидом получает 21 пациент (23%), в том числе

шестеро – в комбинации с пэгвисомантом. Ремиссия на монотерапии ланреотидом достигнута у 12 человек (80%), у трех пациентов доза препарата составляла 120 мг/45 дн. Ремиссия на терапии ланреотидом, как первой линии лечения, отмечена у трех человек. На комбинированной терапии ремиссия отмечена у двоих пациентов с дозой пэгвисоманта 10 мг и 15 мг в сутки.

Таким образом, среди пациентов, получавших аналоги соматостатина в качестве монотерапии или в комбинации с пэгвисомантом на момент оценки, в группе на терапии октреотидом ремиссия акромегалии была достигнута у 40 (58%), в группе на ланреотиде ремиссия достигнута у 17 человек (81%). На монотерапии пэгвисомантом находился один пациент. Примечательно, что через 16 лет после установления диагноза акромегалии и длительного приема аналогов соматостатина в максимальных дозировках у этого пациента, при инициации лечения препаратом в дозе 10 мг/сут., была впервые достигнута полная ремиссия. В настоящее время доза пэгвисоманта составляет 15 мг/сут.

Медикаментозное лечение акромегалии с использованием аналогов соматостатина пролонгированного действия в качестве монотерапии

или в комбинации с антагонистом гормона роста пэгвисомантом позволило достичь полной ремиссии заболевания у 63% пациентов.

По данным литературы, нормализацию уровня ИФР-1 на лечении аналогами соматостатина достигают от 30 до 55% пациентов с акромегалией. Появление возможности начать использование антагониста рецепторов СТГ (пэгвисоманта) в качестве комбинированной или монотерапии позволило увеличить долю пациентов, достигших полной ремиссии заболевания.

Заключение

В крае специализированная помощь пациентам с акромегалией осуществляется в РЭЦ ККБ. Разработана маршрутизация лиц с подозрением на акромегалию и утвержден порядок направления пациентов с аденомами гипофиза (медицинские организации края – КГБУЗ «Краевая клиническая больница»). В ККБ в настоящее время имеются все возможности для верификации диагноза акромегалии, ее осложнений, терапевтического и хирургического лечения. В РЭЦ ККБ осуществляется медикаментозное лечение, динамическое наблюдение, ведется регистр акромегалии в крае.

Список литературы:

1. Белая Ж.Е., Голоунина О.О., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Исаков М.А., Луценко А.С., Алексеева Т.М., Зенкова Т.С., Пржиялковская Е.Г., Панюшкина Г.М., Илюхина О.Б., Иванова Е.И., Кришталь Е.А., Вачугова А.А., Пигарова Е.А., Дзеранова Л.К., Марова Е.И., Арапова С.Д., Мамедова Е.О., Гребенникова Т.А., Анциферов М.Б., Древаль А.В., Дедов И.И. Эпидемиология, клинические проявления и эффективность различных методов лечения акромегалии по данным единого российского регистра опухолей гипоталамо-гипофизарной системы // Проблемы эндокринологии. –2020. – Т. 66. – №1.
2. Дедов И.И., Молитвослова Н.Н., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и методам лечения акромегалии // Проблемы эндокринологии. 2013. Т. 59. №6.
3. Giustina A., Biermasz N., Casanueva F.F., Fleseriu M., Mortini P., Strasburger C., van der Lely A.J., Wass J., Melmed S. Acromegaly Consensus Group Consensus on criteria for acromegaly diagnosis and remission // Pituitary. 2024 Feb; 27(1):7-22.
4. Догадин С.А., Дудина М.А., Лобынцева Л.А., Гайдук К.К., Михуткина С.В. Клинические особенности акромегалии по данным Красноярского краевого регистра // Сибирское медицинское обозрение – 2011. – Т. 69, №3. – С. 74-77.
5. Arnardóttir S., Järås J., Burman P, et al. Long-term outcomes of patients with acromegaly: a report from the Swedish Pituitary Register// Eur J Endocrinol. 2022 Feb 1; 186(3):329-339.
6. Пронин В.С., Анциферов М.Б., Алексеева Т.М., Потешкин Ю.Е., Мартынова Е.Ю., Чуброва Н.А., Жеребчикова К.Ю., Ионова О.А. Селективный скрининг пациентов с ассоциированными соматическими заболеваниями как метод раннего выявления акромегалии // Проблемы эндокринологии. – 2021. – Т. 67. – №1.
7. Andrea Giustina A., Barkhoudarian G., Beckers A., et al. Multidisciplinary management of acromegaly: A consensus // Rev. Endocr. Metab. Disord. 2020 Sep 10; 21(4):667–678.

Опыт применения инкоботулотоксина типа А у пациентов с сиалореей в рамках кабинета экстрапирамидной патологии Краевой клинической больницы

Т.В. Дунайцева², Е.М. Зубрицкая¹, М.А. Храмченко²

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

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Введение

Сиалорея (гиперсаливация), или повышенное слюноотделение, представляет собой важную медико-социальную проблему, поскольку приводит к клиническим и социальным осложнениям, таким как повреждение кожи и слизистой оболочки полости рта, присоединение вторичной инфекции, появление неприятного запаха, нарушение социального функционирования, что, в свою очередь, ведет к значительному снижению качества жизни пациентов [1].

В ряде случаев сиалорея может приводить и к жизнеугрожающим осложнениям, например, к аспирационной пневмонии. Патологическая гиперсаливация может быть связана как с местными причинами (воспалительные заболевания, анатомические особенности ротовой полости), так и с системными (заболевания нервной системы, воздействие некоторых токсинов, лекарственных средств и инфекций), а также быть результатом либо избыточной секреции слюнных желез, либо нарушений акта глотания [1].

В клинической практике невролога сиалорея наиболее часто встречается при нейродегенеративных заболеваниях, таких как болезнь Паркинсона (БП), мультисистемная атрофия (МСА), боковой амиотрофический склероз (БАС). Кроме того, может отмечаться у пациентов, имеющих детский церебральный паралич (ДЦП), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или черепно-мозговую травму (ЧМТ) [2,3,4,5,6].

Согласно литературным данным, сиалорея

встречается у 10-84% пациентов с БП, у 75% – с МСА, у 50% – с БАС, у 37-58% – с ДЦП, у 51-64% – с ОНМК, также страдают сиалореей 30-50% пациентов с тяжелой степенью ЧМТ [5,6].

Холинергические препараты или препараты, обладающие антихолинергическим эффектом, способствуют снижению влияния парасимпатической нервной системы на работу слюнных желез, тем самым уменьшая продукцию слюны. Однако системное влияние препаратов, а также наличие большого количества противопоказаний и побочных эффектов значительно ограничивают применение медикаментозной терапии в коррекции гиперсаливации [2].

В настоящее время наибольшее распространение для коррекции избыточного слюноотечения получили инъекции препарата ботулотоксина в слюнные железы. Методика заключается во введении 60 ЕД в околоушные слюнные железы и 40 ЕД в поднижнечелюстные слюнные железы инкоботулотоксина А под контролем УЗИ навигации [2].

Препарат ботулотоксина блокирует высвобождение ацетилхолина в синаптическую щель из парасимпатических терминалей, нарушая образование везикул и их высвобождение в синаптическую щель. Эффект начинает развиваться через 48-72 часа, достигая максималь-

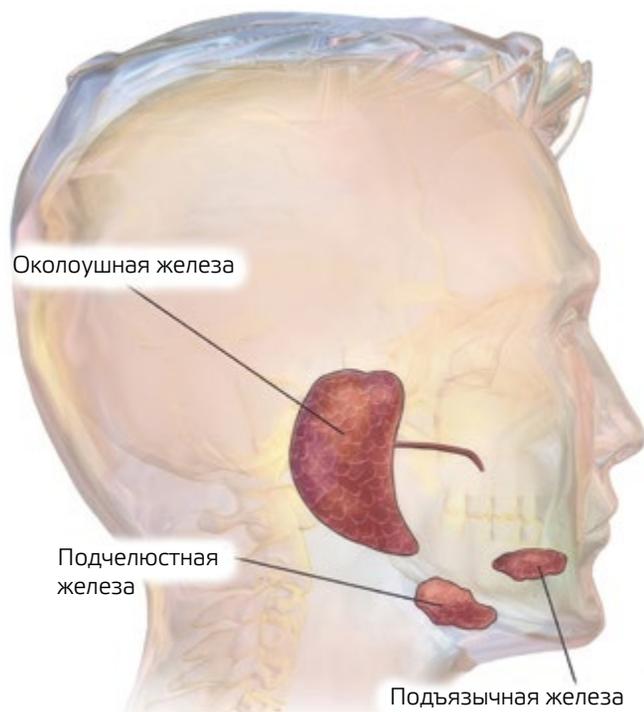


Рис.1. Слюнные железы

ного эффекта через две недели от момента постановки препарата. Продолжительность в среднем составляет 20 недель, после чего рекомендуется повторное проведение ботулинотерапии.

Основная часть

В Красноярском крае специалисты кабинета экстрапирамидной патологии Краевой клинической больницы с 2022 года одними из первых стали применять ботулопротеин типа А для коррекции сиалореи в рамках системы

обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день 36 пациентов с сиалореей получают ботулинотерапию, из них 20 человек (55,5%) с установленным диагнозом БП, четверо (11%) – с БАС, трое пациентов (8,3%) – с МСА, один пациент (2,8%) – с деменцией с тельцами Леви, один пациент (2,8%) – с прогрессирующим надъядерным параличом, по два человека (5,6%) – с ДЦП и с остаточными явлениями после ОНМК в вертебро-базиллярном бассейне в виде бульбарного синдрома, по одному (2,8%) – с последствиями закрытой ЧМТ и последствиями перенесенного клещевого энцефалита.

Для оценки выраженности гиперсаливации всем пациентам были проведены визуально-аналоговая шкала (ВАШС) сиалореи, шкала оценки степени слюнотечения (The Drooling Impact Scale, DIS) [8]. Для проведения ботулинотерапии был применен инкоботулотоксин типа А по стандартной схеме (60 ЕД в околоушные слюнные железы, 40 ЕД в поднижнечелюстные слюнные железы). Инъекции выполнялись в стандартных точках под контролем УЗИ.

Шкалирование гиперсаливации проводилось пациентам перед постановкой ботулинотерапии и через две недели после инъекций. До проведения ботулинотерапии пациенты в среднем имели показатели по шкале DIS 57,5 [52; 66,25], по шкале ВАШС – 6 [5;7]. Через две недели после первой сессии ботулинотерапии по стандартной схеме показатели по шкале DIS в среднем составили 33 [25,5; 45,25] балла, по шкале ВАШС – 3 [2;4] балла.

При этом отличный результат (уменьшение показателя по шкале DIS на 20 и более баллов) был достигнут у 23 пациентов (63,9%), хороший

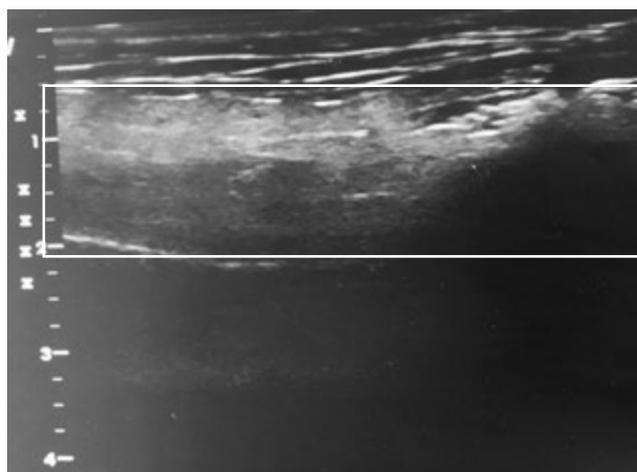


Рис. 2. Околоушная слюнная железа

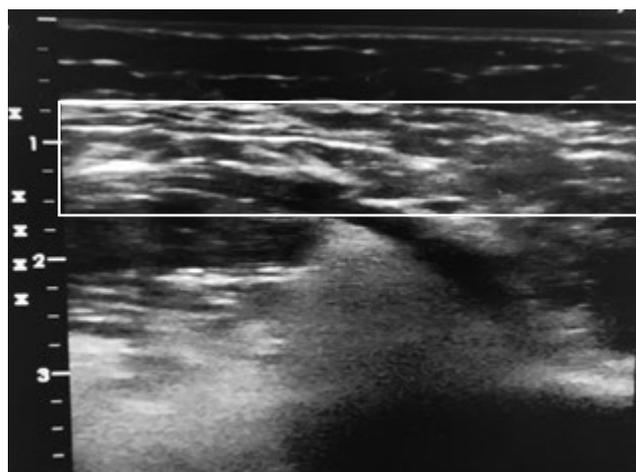


Рис. 3. Поднижнечелюстная слюнная железа

результат (уменьшение показателя по шкале DIS в интервале от 10 до 20 баллов) – у семи пациентов (19,4%), неудовлетворительный (разница показателей по шкале DIS менее 10 баллов от исходного уровня) наблюдался у шести пациентов (16,7%). Продолжительность положительного эффекта после первого введения инкоботулотоксина типа А составила в среднем 13,5 [12;16] недели.

После второго курса инъекций ботулопротеина типа А по стандартной схеме через две недели показатели по шкале DIS в среднем составили 24 [19,5; 34,75] балла, по шкале ВАШС – 2 [1;3] балла. Отличный результат после ботулинотерапии был отмечен у 32-х пациентов (88,9%), хороший результат – у четырех (11,1%). Неудовлетворительный результат после второй ботулинотерапии не был отмечен ни у одного из пациентов. Продолжительность положительного эффекта после второй инъекции инкоботулотоксина типа А в среднем составила 18 [15;20] недель. Стоит отметить, что ни у одного из пациентов не отмечалось развития побочных и аллергических реакций на введение ботулопротеина типа А за все курсы терапии.

Заключение

Коррекция сиалореи с использованием ботулинического токсина – инкоботулотоксина типа А – на сегодняшний день является наиболее эффективным и безопасным способом, имеющим минимальное системное влияние на организм.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности лечения у пациентов с различными заболеваниями нервной системы по используемым оценочным шкалам: визуально-аналоговой шкале (ВАШС) сиалореи и шкале оценки степени слюнотечения (The Drooling Impact Scale, DIS). При этом повторные курсы ботулинотерапии показали достоверно лучшие результаты в коррекции патологического состояния. Этот метод может быть применен под УЗИ-навигацией квалифицированными специалистами как в амбулаторных условиях, так и в условиях круглосуточного стационара.

Список литературы:

1. Захаров Д.В., Кокарева Д.Д. Сиалорея как мультидисциплинарная проблема. Обзор возможных причин и терапевтических решений. Нервные болезни. 2023;1: 32-28. DOI: 10.24412/2226-0757-2023-12842.
2. Аббасов Ф.А., Юсупова М.М., Бриль Е.В. Слюнотечение при болезни Паркинсона и подходы к его коррекции. Медицинский алфавит. 2022(1):35-41. DOI: 10.33667/2078-5631-2022-1-35-41.
3. Рушкевич Ю.Н., Черненко Н.И., Лихачев С.А. Опыт применения ботулотоксина группы А при сиалорее у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2018; 8(2):231-239.
4. Куренков А.Л., Кузенкова Л.М., Черников В.В., Бурсагова Б.И., Нежелская А.А., Артеменко А.Р. Применение IncobotulinumtoxinA для лечения сиалореи у пациентов с детским церебральным параличом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(4):52-59. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-52-59.
5. Иллариошкин С.Н. Механизмы развития сиалореи при неврологической патологии. Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. 2023;1:2-7. DOI: 10.24412/2226-079X-2023-12851.
6. Дынин П.С. Поражение пищеварительной и мочеполовой системы при синуклеинопатиях. Известия Российской военно-медицинской академии. 2020; 39(53-3): 56-57.
7. Маслова Н.А. Возможности применения ботулинического токсина типа А в паллиативной практике. Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2020;1(6):10-15.
8. Иволгин А.Ф., Авсейцева Т.Ю., Куренков А.Л., Артеменко А.Р., Мазур А.С. Лечение сиалореи у взрослых и детей с применением ботулинического токсина типа А. Неврологический журнал имени Л.О. Бадаляна. 2023; 4(4):200-207. DOI: 10.46563/2686-8997-2023-4-4-200-207.

Редкие курабельные заболевания в практике врача-невролога: описание клинических случаев

Е.А. Ермилов², Н.В. Исаева^{1,2}, Э.Д. Гасымлы², М.В. Аброськина^{1,2}, М.И. Северина²

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

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Редкие (орфанные) заболевания представляют собой уникальную группу нозологий, характеризующуюся низкой распространенностью (не более 10 случаев на 100 тысяч населения) и низким процентом выявляемости ввиду недостаточной настороженности врачей [1]. Своевременная диагностика редкого заболевания сказывается на эффективности терапевтических мероприятий, а неверно поставленный диагноз может привести к необратимым последствиям [2,3]. В статье приводятся два клинических случая: спинальная мышечная атрофия III типа и нейрофиброматоз I типа, которые были верифицированы после длительного диагностического поиска и ошибочных диагнозов. Каждый из этих случаев иллюстрирует важность ранней диагностики и возможности патогенетической терапии, которая способна существенно улучшить прогноз для пациентов.

Введение

Редкие нервно-мышечные заболевания встречаются с частотой менее 10 случаев на 100 тысяч населения, что делает их важной проблемой для современной медицины [1]. В практике врача-невролога такие заболевания, как спинальная мышечная атрофия (СМА) и нейрофиброматоз, могут долгое время оставаться нераспознанными из-за схожести симптомов с другими, более распространенными патологиями [2,3,4,5]. Современные методы генетической и ферментной диагностики позволяют вовремя выявить эти заболевания и назначить патогенетическое лечение, способное замедлить прогрессирование болезни и улучшить качество жизни пациентов. Представляем читателям два клинических случая редких заболеваний, которые демонстрируют трудности и успехи диагностики и лечения в неврологической практике.

● Клинический случай 1

Пациентка П. 18-ти лет обратилась в консультативно-диагностическую поликлинику ККБ в начале

2024 года. Жалобы на слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, сложности при вставании из положения сидя, невозможность подняться по лестнице выше второго этажа. Цель обращения к неврологу – переосвидетельствование МСЭ в связи с переходом во взрослую лечебную сеть.

Считает себя больной с начальной школы, примерно с 7 лет, когда родители стали отмечать затруднения при беге, низкую физическую активность дочери. Неоднократно проходила обследования в детской краевой больнице, где ей установлен диагноз «миодистрофия Эрба-Рота». В дальнейшем отмечалось неуклонное прогрессирование заболевания с затруднением ходьбы, но при этом пациентка могла медленно преодолевать расстояния около километра, так как жила в деревне.

При осмотре в неврологическом статусе обращал на себя внимание умеренный периферический парез в руках, выраженный проксимальный парез в ногах, использование приемов Говерса, невозможность встать без опоры из положения сидя на полу, дрожание пальцев рук в позе Ромберга. Когнитивные, координаторные и чувствительные нарушения отсутствовали. На рисунке 1 продемонстрирован классический прием Говерса, с помощью которого пациентка встает из положения сидя.

С учетом характерной клинической картины девушке сразу было назначено генетическое тестирование для исключения спинальной мышечной атрофии.

Методом сухого пятна крови провели анализ на наличие экзона 7 генов SMN1 и SMN2. Результат MLPA показал отсутствие сигнала, соответствующего экзону 7 гена SMN1, что характерно для спинальной мышечной атрофии 5q. Подтверждающим тестом стал анализ числа копий генов SMN методом MLPA, выявивший 0 копий экзона 7 гена SMN1 и 4 копии экзона 7 гена SMN2.

Таким образом, используя только методы генетического анализа, без использования иных лабораторных и инструментальных методов обследо-



Рис.1.
Приемы Говерса у
пациентки со спинальной
мышечной атрофией

ния, удалось установить окончательный диагноз: «проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q III тип (болезнь Кугельберга-Веландер) с подтвержденной делецией 7 экзона SMN1, 4 копиями 7 SMN2, с умеренным проксимальным тетрапарезом, более выраженным в ногах, амиотрофическим и астеническим синдромом, умеренным нарушением функции ходьбы и самообслуживания».

Выводы

Спинальная мышечная атрофия (СМА) – это тяжелое аутосомно-рецессивное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся прогрессирующими симптомами вялого паралича и мышечной атрофии вследствие дегенерации α -мотонейронов передних рогов спинного мозга. Распространенность СМА составляет 5,5 на 100 тыс. населения. Заболеваемость среди живорожденных детей – 1:11 000 человек [6].

Выделяют 0, I, II, III и IV типы СМА. СМА III типа (болезнь Кугельберга – Веландера) начинается в возрасте 2–17 лет и в большинстве случаев прогрессирует медленно, а при естественном течении приводит к инвалидизации и смертельному исходу [7]. Многие пациенты длительное время наблюдаются с неверным диагнозом и не получают патогенетическую терапию, которая способна изменить вектор заболевания. Шпилюкова Ю.А. и соавт (2022 г.) из ФГБНУ «Научный центр неврологии» провели исследование, в котором показали, какие некорректные диагнозы выставляются пациентам с СМА чаще всего [8]. Среди них такие заболевания, как миопатия, сколиоз, болезнь двигательного нейрона, полиневропатия, болезнь Фридрейха, последствия прививки, ДЦП и т.д. Неверно поставленный диагноз во всех случаях отдалил сроки получения патогенетической терапии.

Особенность данного клинического случая – сохранность многих моторных функций у пациентки, в том числе возможности к самостоятельному передвижению несмотря на поздний срок диа-

гностики заболевания и начала патогенетической терапии.

● Клинический случай 2

Пациентка К. 22-х лет обратилась в 2023 году с жалобами на похудение, слабость рук и ног, плохой сон, подкожные образования мягко-эластичной консистенции в области поясницы, на руках и ногах, голове, животе, грудной клетке, а также множественные пятна цвета «кофе с молоком».

Пигментные пятна начали появляться в младенчестве. По этому поводу обращались к дерматологу и наблюдались с диагнозом «ксантомадоз». В 2017 году появилось образование молочных желез, по поводу чего девушка обследовалась у гинекологов и онкологов с диагнозом «доброкачественная фибро-кистозная мастопатия». В 2019 году по направлению онколога получила консультацию врача-генетика в медико-генетическом центре, там впервые был установлен диагноз «нейрофиброматоз».

Спустя 3 года пациентке выполнили МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (рис. 2), которая выявила многочисленные разнокалибер-



Рис. 2. МРТ пояснично-крестцового отдела пациентки с нейрофиброматозом I типа.

ные образования (нейрофибромы) в межпозвоночных отверстиях в паравертебральных мягких тканях, с распространением по ходу спинномозговых нервов, поясничных и крестцовых сплетений.

МРТ головного мозга показала объемные образования в области базальных структур с обеих сторон (структурно могут соответствовать нейрофиброматозу I-го типа).

При осмотре у пациентки были обнаружены множественные пятна светло-коричневого цвета («кофе с молоком») разного диаметра и формы, множественные подкожные нейрофибромы по ходу нервных окончаний, большая плексиформная нейрофиброма в пояснично-крестцовой области справа с захватом области правой ягодицы. Плексиформная нейрофиброма, которая увеличивалась и распространялась по ходу поясничного и крестцового сплетения, была признана неоперабельной, в связи с чем возникла необходимость быстро решить вопрос о патогенетической терапии, чтобы не допустить глубокой инвалидизации.

Генетическое тестирование подтвердило протяженную дупликацию гена NF1, ответственную за развитие нейрофиброматоза I типа. После генетической верификации пациентке было одобрено патогенетическое лечение, которое она получает и сейчас. Наблюдается положительный эффект

в виде уменьшения объема визуализируемых участков нейрофибромы.

Считается, что плексиформные нейрофибромы склонны к росту в детском и подростковом возрасте, а во взрослом возрасте они стабильны [9]. При этом описаны редкие случаи роста нейрофибром и в более взрослом возрасте [10]. Исследования эффективности патогенетической терапии у пациентов с нейрофиброматозом и плексиформными нейрофибромами крайне ограничены, однако представляют большой интерес для научного сообщества. Нуерг Ким и соавт (2024 г.) продемонстрировали эффективность терапии на 30-ти взрослых пациентах при ее относительной безопасности [11].

Выводы

Описанные клинические случаи демонстрируют, что редкие заболевания, такие как СМА и нейрофиброматоз I типа, могут долгое время оставаться нераспознанными, что ухудшает прогноз для пациентов. Однако современные методы лабораторной и генетической диагностики позволяют вовремя выявить эти патологии и назначить патогенетическую терапию, которая существенно улучшает исходы. Ранняя диагностика и лечение играют ключевую роль в изменении течения заболевания и повышении качества жизни пациентов.

Список литературы:

1. Селиверстов Ю.А., Ключников С.А., Иллариошкин С.Н. Спинальные мышечные атрофии: понятие, дифференциальная диагностика, перспективы лечения //Нервные болезни. – 2015. – №3. – С. 9-17.
2. Шнайдер Н.А., Горелов А.И. Нейрофиброматоз первого типа (болезнь Реклингхаузена) //Сибирское медицинское обозрение. – 2007. – Т. 44. – №3. – С. 91-95.
3. Васильева Т.П. и др. Распространенность и вопросы диагностики редких (орфанных) заболеваний среди детского населения Российской Федерации //Педиатрия. – 2020. – Т. 99. – №4.
4. Бокова Т.А., Чибрина Е.В. Дефицит лизосомной кислой липазы – орфанное заболевание в практике педиатра // РМЖ. – 2021. – Т. 29. – № 4. – С. 31-34.
5. Бугун О.В. и др. Наследственные болезни обмена: аминокислотопатии, органические ацидемии, дефекты митохондриального β-окисления. Краткий обзор //Acta biomedica scientifica. – 2021. – Т. 6. – №5. – С. 112-125.
6. Ахьямова М.А., Шагина О.А., Поляков А.В. Факторы, модифицирующие течение спинальной мышечной атрофии 5q //Нервно-мышечные болезни. – 2023. – Т. 13. – №4. – С. 62-73.
7. Быков Ю.Н. и др. Клинический случай болезни Кугельберга-Веландера (спинальной мышечной атрофии III типа) //Байкальский медицинский журнал. – 2024. – Т. 3. – №1.
8. Шпилюкова Ю.А., Иллариошкин С.Н. Спинальная мышечная атрофия у взрослых: проблемы ранней диагностики //Нервно-мышечные болезни. – 2022. – Т. 12. – № 4. – С. 37-45.
9. Бондаренко М.В. и др. Неоперабельные плексиформные нейрофибромы у детей с нейрофиброматозом I типа: новые возможности диагностики и терапии (обзор литературы с собственными клиническими наблюдениями) // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2022. – №2. – С. 73-81.
10. Ly K.I. et al. Ten-year follow-up of internal neurofibroma growth behavior in adult patients with neurofibromatosis type 1 using whole-body MRI //Neurology. – 2023. – Т. 100. – №7. – С. e661-e670.
11. Kim H. et al. Safety and efficacy of selumetinib in pediatric and adult patients with neurofibromatosis type 1 and plexiform neurofibroma //Neuro-Oncology. – 2024. – С. noae121.

Успешное лечение тяжелой гипертриглицеридемии

О.В. Мариловцева, Р.В. Хомченков, А.В. Масленников, К.А. Линева, А.М. Безлепкина

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Введение

Первые десятилетия XXI века связаны с большими успехами в лечении и профилактике атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ). Эти успехи были достигнуты благодаря широкому применению статинов и иных лекарственных препаратов, снижающих уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), которые играют главную роль в прогрессировании атеросклеротического процесса. Однако, несмотря на достижение оптимальных значений холестерина (ХС) ЛПНП, у многих пациентов сохраняется высокий остаточный (резидуальный) сердечно-сосудистый риск (ССР), связанный с целым рядом иных факторов, влияющих на развитие и прогрессирование атеросклероза. К таким факторам относятся курение, неконтролируемая артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД), гиперлиппротеинемия (а), гипертриглицеридемия (ГТГ).

Атерогенная дислипидемия – особый вид дислипидемии, характеризующийся повышением уровня триглицеридов, снижением концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и увеличением мелких плотных частиц липопротеидов низкой плотности (мпЛПНП). Все эти компоненты независимо атерогенны и, как правило, встречаются у больных сахарным диабетом II типа.

Исследование, проведенное среди взрослого населения США, показало, что у 55% страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, 62% страдающих сахарным диабетом и 87% имеющих метаболический синдром значения концентраций атерогенных параметров были неоптимальными. Эти группы пациентов изначально имеют более высокий риск ослож-

нений со стороны сердечно-сосудистой системы, и поэтому едва ли могут позволить еще неоткорректированные модифицируемые параметры. Кроме того, клиническое значение ГТГ определяется ее ролью 3-й по частоте причины развития острого панкреатита. В качестве новых биомаркеров, вносящих вклад в прогнозирование течения атеросклероза, липопротеиды, богатые ТГ, становятся приоритетными терапевтическими мишенями, воздействие на которые призвано дополнить результаты достижения оптимальных уровней ХС ЛПНП у лиц с высоким риском АССЗ.

Клиническое наблюдение

Пациентка Л. 1970 года рождения была направлена на консультацию липидолога в связи с неконтролируемыми показателями липидного профиля в ноябре 2023 года.

Из анамнеза: с 2004 года – артериальная гипертензия с максимальными значениями АД до 210\110 мм рт. ст. В 2004 году перенесла ОНМК по ишемическому типу. Клиника стенокардии не прослеживается. ОИМ в анамнезе отрицает. Коронароангиография ранее не проводилась. Регулярно принимает аторвастатин 40 мг/сут., лозартан 50 мг/сут., ацетилсалициловую кислоту 75 мг/сут. На фоне терапии целевой уровень АД достигнут. Не курит.

При осмотре: рост 162 см, вес 69 кг, ОТ 91 см, избыточная масса тела (ИМТ 26,3 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски и влажности, высыпаний нет. Грудная клетка визуально не изменена, аускультативно дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений – 17 в минуту.

Ритм правильный, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений – 68 в минуту. АД 112/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, при пальпации – безболезненная. Физиологические отправления в норме. Отеков нижних конечностей нет.

Данные лабораторных и инструментальных методов диагностики от 13.11.2023 г: глюкоза – 11,6 ммоль/л, **ХС – 22,68 ммоль/л, триглицериды – 29,29 ммоль/л, ЛПОНП – 13,44 ммоль/л, ХСЛПНП – 3,36 ммоль/л**, креатинин – 61 мкмоль/л, мочевины – 6,6 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 10 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АлТ) – 18 Ед/л. В лабораторном контроле описан хилез плазмы.

Электрокардиография: синусовый ритм с ЧСС – 66 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Эхокардиография: конечно – диастолический размер левого желудочка 4,7 мм, левое предсердие – 3,5 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 10 мм, толщина задней стенки левого желудочка – 10 мм, фракция выброса левого желудочка – 68%, нарушения локальной сократимости, клапанной патологии не выявлено.

При ультразвуковом дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей признаков атеросклероза не выявлено.

Консультация эндокринолога: сахарный диабет II типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина – менее 7,5%. Даны рекомендации по сахароснижающей терапии.

В ходе консультации *липидолога* проведена беседа с акцентом на тех факторах образа жизни, которые усугубляют ГТГ и СД II типа: избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание с преобладанием насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов.

Кроме рекомендаций, относящихся к образу жизни (гипокалорийный рацион питания с ограничением жиров и легкоусвояемых углеводов, контроль массы тела, физические тренировки), пациентке была скорректирована *гиполипидемическая терапия* (фиксированная комбинация розувастатин 40 мг + эзетимиб 10 мг/сут, фенофибрат 145 мг/сут, омега 3 полиненасыщенные жирные кислоты – 2 г/2 раза в день).

Российские клинические рекомендации по нарушениям липидного обмена, опубликованные в 2023 году, пациентам высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска при ГТГ предписывают в качестве гиполипидемической терапии первой линии назначение статинов, а в дальнейшем, при сохраняющемся на фоне статинотерапии уровне ТГ выше 2,3 ммоль/л, – добавление фенофибрата. При тяжелой ГТГ (ТГ более 5 ммоль/л) рекомендовано сразу назначать комбинацию



фенофибрата и омега 3 ПНЖК, при этом стоит отметить, что все известные липидснижающие препараты (статины, эзетимиб, ингибиторы PCSK9, препараты малой интерферирующей малой РНК, фибраты, омега 3 ПНЖК), в разной степени влияют на уровень ТГ. Влияние на уровень ТГ препаратов, снижающих ЛПНП, таких как статины, эзетимиб, ингибиторы PCSK9, миРНК, обычно весьма умеренное – до 5-15%, в то время как фибраты, омега 3 ПНЖК оказывают более выраженное влияние на ТГ, снижая концентрацию на 25-45%.

При повторном визите через 6 недель после скорректированной терапии (согласно клиническим рекомендациям по Нарушениям ли-

пидного обмена от 2023 года) лабораторные показатели были следующими: **общий ХС – 20,57 ммоль/л, ТГ – 27,9 ммоль/л, ЛПОНП – 12,8 ммоль/л, ЛПНП – 2,31 ммоль/л, АсТ – 23,1 Ед/л, АлТ – 18,5 Ед/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 62 ммоль/л.**

На приеме у липидолога в сентябре 2024 года после получения результатов лабораторных показателей (на фоне терапии розувастатин – 40 мг/сут, эзетимиб – 10 мг/сут, фенофибрат – 145 мг/сут): **общий ХС – 25,8 ммоль/л, ТГ – 23,8 ммоль/л, ЛПОНП – 10,9 ммоль/л, ЛПНП – 7,6 ммоль/л**, было принято решение об инициации процедуры каскадной плазмофльтрации!



В августе 2024 года в кардиореанимационном отделении ККБ появилась уникальная возможность: помогать пациентам с тяжелыми нарушениями липидного обмена проведением процедуры *каскадной плазмофльтрации*. Аппарат для каскадной плазмофльтрации имеет 2 фильтра. На первом этапе процедуры происходит разделение форменных элементов крови от плазмы крови. Далее плазма с помощью системы насосов проходит через второй фильтр, в котором происходит непосредственное очищение крови от атерогенных частиц. В последующем плазма, соединяясь с кровью, возвращается пациенту.

В ноябре 2024 года пациентка получила консультацию липидолога после проведения 2-х сеансов каскадной плазмофльтрации. Получены следующие лабораторные результаты: **общий ХС – 3,6 ммоль/л, ТГ – 4,13 ммоль/л, ЛПОНП – 1,89 ммоль/л, ЛПНП – 0,68 ммоль/л.**

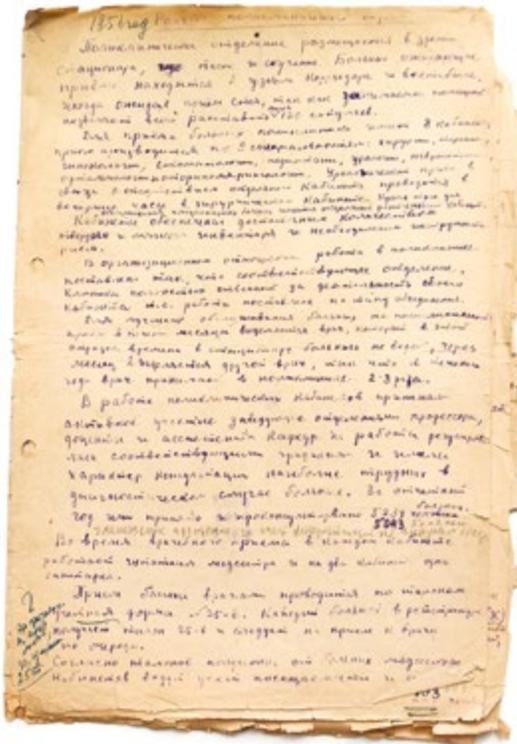
Заключение

Данное клиническое наблюдение позволяет с большой долей уверенности утверждать, что введение процедуры каскадной плазмофльтрации для пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена, в частности – тяжелой гипертриглицеридемии, позволяет достигать прекрасных результатов в нормализации показателей липидного профиля.



консультативно-диагностическая поликлиника КГБУЗ «ККБ»

Консультативно-диагностический центр ККБ является крупнейшим подразделением больницы и ведущим звеном амбулаторно-поликлинической службы Красноярского края. С каждым годом перед поликлиникой ставились новые задачи, которые в конечном итоге были направлены на реализацию одной цели: удовлетворение потребности населения края в качественной первичной специализированной медицинской помощи. Сегодня поликлиника – это консультативно-диагностический центр с большим количеством подразделений, но основным остается консультативно-диагностическая поликлиника.



Итого: 195

Наименование кабинета	Всего посещений	в среднем в год	в год	в год
Кабинет	11500			13
Неврологический	10000	47,53	61	4
Лечебно-диагностический	10000	3,8	3,8	47
Лечебно-диагностический	10000	2,4	2,4	30
Неврологический	10000	1,7	2,1	16
Лечебно-диагностический	10000	1,3	5,2	45
Лечебно-диагностический	10000	5,6	4,8	57
Неврологический	10000	4,1	37,57	45
Лечебно-диагностический	10000	3,7	4,0	19
Лечебно-диагностический	10000	2,3	3,9	41

195

Рукописный отчет о работе поликлинического отделения, 1956 год.

Консультативно-диагностическая поликлиника

В соответствии с Приказом Минздрава СССР №114 от 28 февраля 1948 года в больнице было организовано поликлиническое отделение с шестью кабинетами. Поликлиника разместилась в здании стационара (легочный корпус). Поначалу прием вели шесть специалистов: хирург, гинеколог, те-

рапевт, офтальмолог, отоларинголог и невролог. Для амбулаторных больных имелся отдельный рентгеновский кабинет. Приезжали пациенты по направлениям лечащих врачей из городских и районных больниц. Записывались на прием самостоятельно – в кабинете врача или в регистратуре. После консультации и обследований врачи поликлиники принимали решение о госпитализации в Краевую клиническую больницу.



1962 г.

Основателем поликлинической службы был Василий Афанасьевич Бекешев. Работу врачей на приеме организовали так, что соответствующее отделение клиники отвечало за работу своего кабинета. На поликлинический прием на месяц выделялся врач отделения. По графику на приеме по 2-3 месяца в году работали практические врачи, заведующие отделениями, профессора, доценты и ассистенты кафедр мединститута. Условия для ожидающих консультаций были спартанские. Пациенты ютились в коридоре и вестибюле, часто даже некуда было присесть – в тесном помещении было всего сто стульев. Только в 1962 году поликлиника отметила свое первое новоселье. На месте картофельного поля для больницы построили второй лечебный корпус – терапевтический, в котором для поликлиники выделили 19 кабинетов с отдельным входом. Прием вели 16 узких специалистов. В отдельных кабинетах хирурга, лор-врача и офтальмолога стали проводить амбулаторные операции.

В том же году были открыты кабинет кардиографии, два рентгенологических кабинета, кабинет функциональной диагностики и два процедурных кабинета. Клиническая и биохимическая лаборатории занимали семь кабинетов в правом крыле, а физиотерапевтическое отделение – девять кабинетов.

В 1975 году поликлиника официально принимала уже 350 человек в день, правда, по факту их бывало до 685. В периоды каникул и вовсе доходило



Коллектив поликлиники, 1960-е годы



В.А. Бекешев в своем кабинете



Врач-невролог за работой, 1960-е годы

до тысячи посещений. Консультации проводились по 42 специальностям. Для удобства пациентов в 1980 году был организован прием больных в субботние дни.

Большой вклад в организацию работы поликлиники внесли ее руководители Вера Акимовна Иваненко, Галина Илларионовна Тимошенко, Галина Анатольевна Агаханова и Оксана Юрьевна Мартынова. Многие годы отдали работе в больнице замечательные врачи Г. И. Солдатова, Н. И. Осипова, З. Д. Банникова, Г. С. Чехотовская, Т. С. Басалаева, Р. А. Жукова, медицинские сестры М. А. Федосова, В. И. Сенькова, Н. А. Малкина, Л. А. Гашевская, Л. А. Жустарева, Л. А. Воронкова, В. Н. Дударева, медрегистратор Л. А. Дроздова, Н. Г. Клюкач, санитарки Н. Д. Бяхова, О. В. Головкина, З. Г. Сучкова, Г. П. Великжанина, А. О. Юшкова.

В 1989 году терапевтические отделения переехали в новый девятиэтажный корпус. После ремонта и реконструкции поликлиника заняла все трехэтажное здание и увеличила консультативные приемы до 46 специальностей.

В «перестроечные» годы, трудные для системы рос-



Поликлиника, 2009 г.



Поликлиника, 2010 г.

сийского здравоохранения, возросло количество пациентов, приезжающих в краевую больницу без направлений, без проведенных по месту жительства обследований. Как следствие, возросли сроки ожидания приема и нагрузка на врачей. Задачи обеспечения доступности медицинской помощи в первую очередь предстояло решить новому заместителю главного врача по поликлинической работе Валентине Симаковой, которая «приняла» подразделение в 1990 году.

Сотрудники поликлиники не остались в стороне, когда в 2020 году разразилась всемирная пандемия COVID-19. Медики КДП работали во всех



Сотрудники поликлиники в ковидном госпитале, лето 2021 г.

госпиталях, развернутых ККБ, включая выездные. Врач-инфекционист Елизавета Борисовна Бойцова получила из рук губернатора орден Пирогова за организацию работы приемного отделения Базового инфекционного госпиталя ККБ, начиная с момента подготовки его открытия. Молодому врачу выпало нелегкое испытание налаживать работу одного из самых ответственных и тяжелых участков нового подразделения, создавать и вводить новые регламенты, формулировать и внедрять принципы работы приемных отделений в условиях пандемии и в пиковые подъемы количества заболевших. Старшая медицинская сестра мобильной поликлиники Мария Николаевна Плеханова удостоилась памятной медали «За заслуги в борьбе с пандемией COVID-19», проявив выдержку и организаторские способности. После окончания борьбы с пандемией КДП ожидают новые вызовы. Так, в марте 2025-го в консультативно-диагностической поликлинике организовали самое крупное отделение – консультативно-диагностическое, в котором ведется 52 вида узкоспециализированных приемов. С открытием узкопрофильных кабинетов улучшается качество оказываемой помощи, специалисты отделения после консультации пациентов проводят динамическое наблюдение по сложным нозологиям, при необходимости корректируют лечение.

В консультативно-диагностической поликлинике ежегодно происходят изменения, направленные на улучшение качества оказания специализиро-



Елизавета Бойцова получает орден Пирогова из рук Александра Усса

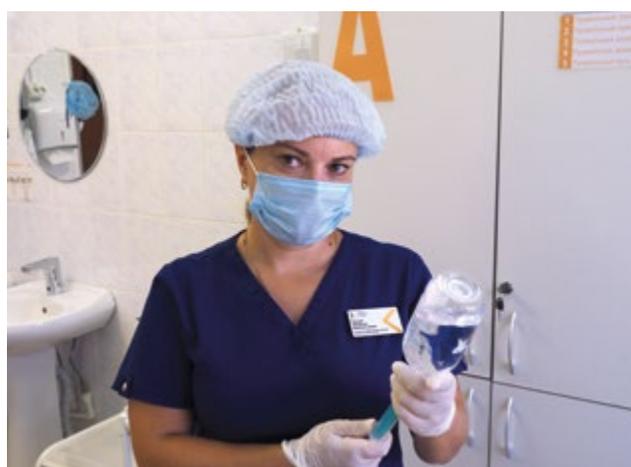
ванной медицинской помощи пациентам. Активно внедряются современные информационные технологии, что обеспечивает постоянное улучшение доступности и качества оказания медицинской помощи населению: созданы контакт-центр и сестринские посты совместно с АСУ, внедрена программа «АСУ-плановая госпитализация», разработана система кейс-менеджмента, активно внедряются и расширяются телемедицинские технологии. Это позволяет оптимизировать работу поликлиники, снижать сроки ожидания консультаций, повышать качество медицинской помощи и уровень удовлетворенности пациентов.



Дневной стационар

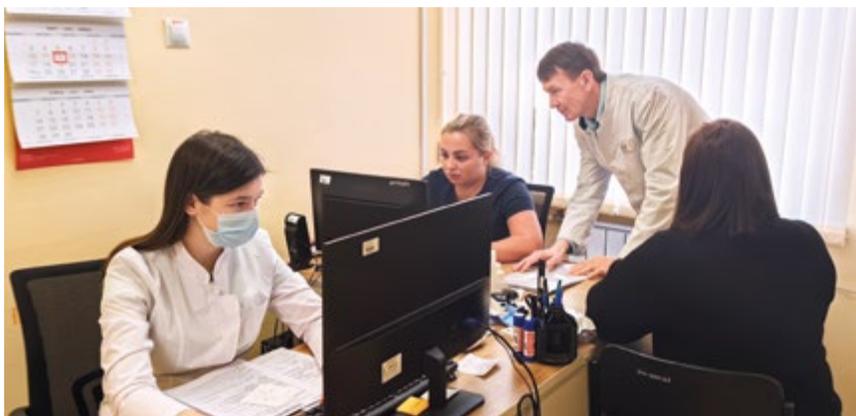
В 1999 году управлением здравоохранения администрации Красноярского края был издан приказ «О внедрении в медицинские учреждения стационарзамещающих технологий оказания медицинской помощи», суть которого актуальна и сегодня. В апреле 2003-го при КДП открылся дневной стационар со специализированными койками на 15 мест, который сразу же начал работать в две смены. Потoki пациентов формируют врачи консультативного приема по профилям: терапевтический (кардиология, пульмонология, аллергология, гастроэнтерология, эндокринология), неврологический, лор, андрологический, инфекционный и урологический. Работа дневного стационара с использованием ресурсосберегающих медицинских технологий диагностики, лечения и реабилитации востребована и эффективна.

Первой заведующей дневным стационаром стала эндокринолог Татьяна Александровна Зайцева. Затем, с 2009 года, руководство взяла на себя



Старшая медицинская сестра дневного стационара Наталья Пушко

Мargarита Анатольевна Чухрова, а в 2022-м ей на смену пришел врач-кардиолог Александр Витальевич Масленников. В этом же году в коллектив были приняты молодые доктора: врач-терапевт



Дневной стационар. Рабочий процесс, 2025 г.

Ю.О. Слабнина, врач-эндокринолог К.А. Даньшина, врачи-неврологи А.А. Усольцева А.А. и И.А. Казадаева, зарекомендовавшие себя как профессионально грамотные, инициативные, перспективные специалисты.

В течение 2022 года были пересмотрены основные направления деятельности и перспективы развития дневного стационара: внесены изменения в штатное расписание, сформулированы основные показания и противопоказания для госпитализации пациентов, в лицензируемые виды медицинской деятельности заявлена кардиология, отделение оснащено медицинским оборудованием и мебелью. Учитывая изменившуюся категорию госпитализируемых пациентов, сформировали потребность в дополнительном приобретении медикаментов и медицинских расходных материалов. Совместно со специалистами отдела АСУ проведена работа по совершенствованию электронного документооборота.

При взаимодействии с профильными специалистами Краевой клинической больницы впервые в 2022 году в дневном стационаре внедрены современные направления деятельности:

1. Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов пациентов с нарушением липидного обмена; пациентов с хроническими демиелинизирующими заболеваниями; программная терапия генно-инженерными биологическими препаратами пациентов ревматологического профиля.
2. Терапия пациентов с остеопорозом антирезорптивными препаратами.
3. Госпитализация в дневной стационар пациентов с заболеваниями толстой кишки, требующими проведения колоноскопии с анестезиологическим пособием.
4. Пульс-терапия глюкокортикоидами пациентам с эндокринной офтальмопатией.
5. Процедуры эксфузии крови с заместительным

введением кристаллоидов пациентам с вторичной полицитемией.

В 2022 году была осуществлена 1331 госпитализация, увеличился оборот койки (38,1) и функция койки (198,8), сократилась средняя длительность пребывания больного на койке (5,2 дня).

Впервые в дневном стационаре начато лечение пациентов с нарушением липидного обмена препаратом группы малой интерферирующей рибонуклеиновой кислоты (ми РНК). Пациентам с демиелинизирующими заболеваниями начал применяться препарат из группы моноклональных антител – натализумаб. Начата госпитализация пациентов с хронической сердечной недостаточностью, в том числе для подбора антикоагулянтной терапии пациентам с протезированными клапанами сердца, наличием тромбов в полостях сердца, а также перед плановыми оперативными вмешательствами пациентов, находящихся на антикоагулянтной терапии.

В 2023 году количество госпитализаций увеличилось до 2919, оборот койки возрос до 83,4, функция койки – до 258,7, а также сократилась средняя длительность пребывания больного на койке – 3,1 дня. С открытием эндоскопического центра возросло количество госпитализаций для проведения колоноскопии с медикаментозной седацией, внедряются новые методы лечения с применением генно-инженерных препаратов пациентам с остеопорозом, нарушением кровообращения сосудов конечностей – терапия стимулятором пролиферации клеток эндотелия, способствующего ревазуляризации при окклюзионном поражении периферических артерий, а также лечение с применением методов афереза – каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция.

В 2024 году была организована работа по лицензированию медицинской деятельности по профилю «аллергология и иммунология», пересмотрено штатное расписание дневного стационара – дополнительно введено 0,5 должности врача-невролога, а с учетом перспективы открытия эндоскопического центра дополнительно введены шесть должностей, три – врачей-терапевтов и три должности среднего медицинского персонала.

В настоящее время разработан и внедряется механизм динамического дистанционного наблюдения с использованием телемедицинских технологий за пациентами, получающими ГИБТ.



Международный сертификат
Служб профилактики повторных
переломов



Коллектив отделения в Международный день профилактики остеопороза,
2024 г.

Отделение ревматологии и остеопороза

В 2009 году в составе консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «ККБ» в соответствии с приказом №213 от 07.04.2009 г. был организован Краевой центр профилактики и лечения остеопороза, руководителем которого назначили врача-ревматолога к.м.н. Елену Петровну Ключникову. Коллектив на тот момент состоял из ревматолога, эндокринолога, ортопеда и гинеколога-эндокринолога. Началась активная работа по выявлению и лечению пациентов с остеопорозом в Красноярском крае. Постоянно проводилась методическая работа с медучреждениями края: выездные планерки, круглые столы, конференции. Подразделение активно развивалось, расширяя свои функции. В процессе работы стало понятно, что имеется острый дефицит оказания медицинской помощи населению по профилю «ревматология». В 2014 году, учитывая высокую потребность в ревматологической помощи, произошло преобразование подразделения в отделение ревматологии и остеопороза.

Коллектив отделения активно расширялся. Врачи-терапевты в процессе работы проходили профессиональную переподготовку и становились ревматологами (к.м.н. О.З. Алтунина, к.м.н. С.А. Быкова, к.м.н. Е.В. Капустина, а также О.А. Егорова, Д.Н. Машинец и Т.Н. Почикаева). В 2013 году в коллектив пришла врач-эндокринолог к.м.н. Лариса Николаевна Боева.

Врачи отделения работают при ежедневном взаимодействии с врачами-рентгенологами А.Г. Пушиной и Н.В. Федоровой. Важными членами ко-

манды являются уникальные специалисты по проведению остеоденситометрии: рентген-лаборант Е.А. Безлуценко и О.В. Кожарова.

Так как постановка диагноза часто требует исключения большого круга заболеваний, врачи отделения находятся в тесном контакте со всеми специалистами больницы. Ревматологические пациенты, с учетом многообразия проявлений и полиморфизма течения болезни, – одна из самых тяжелых для диагностики и ведения категорий больных. Неотъемлемой частью работы отделения являются междисциплинарные консилиумы, куда приглашаются ведущие специалисты края, обсуждаются диагностически неясные, сложные коморбидные пациенты, которые проходят обследования на амбулаторном этапе.

На сегодняшний день в отделении ведут прием семь врачей-ревматологов и четыре врача-терапевта. Из них три кандидата медицинских наук, два врача высшей категории. В штате отделения работают эндокринолог, гинеколог-эндокринолог, травматолог-ортопед. В 2024 году были проведены консультации более 14 тысячам пациентов. С 2023 года появилась возможность назначения препаратов ГИБТ по КСГ в условиях дневного стационара на базе КДП ККБ для пациентов с диагнозом «ревматоидный артрит». В настоящее время терапию получают 102 пациента с таким диагнозом. В 2024 году также осуществлено 1358 госпитализаций пациентов с ревматоидным артритом в дневной стационар КДЦ ККБ.

С 2024 года введена терапия ГИБП пациентам с тяжелыми формами остеопороза (множественные переломы, компрессионные переломы позвонков,

переломы трубчатых костей). Важным аспектом наблюдения пациентов с диагнозом «остеопороз» является профилактика повторных переломов. С 2016 года в отделении ведется активная работа по организации и продвижению службы профилактики повторных переломов (СПП). Куратором и идейным вдохновителем этого блока является врач-эндокринолог к.м.н. Л.Н. Боева.

В 2019 году отделение ревматологии и остеопороза, после нескольких этапов регистрации, было официально внесено в международный перечень Системы лучших служб в профилактике вторичных переломов с присвоением «бронзового уровня».

Особое внимание уделяется пациентам, поступающим в стационар с переломом проксимального отдела бедренной кости. На 57-е сутки после эндопротезирования пациенту проводится консультация специалиста по остеопорозу и назначается базисная терапия генно-инженерным биологическим препаратом с выраженным антирезорбтивным действием (раствор деносумаб

60 мг подкожно). Такая тактика позволяет начать своевременную базисную терапию ОП наиболее тяжелой категории пациентов, что в перспективе будет значимо влиять на показатель смертности в течение первого года после травмы.

В отделении активно проводится организационно-методическая работа. Совместно с сотрудниками кафедр КрасГМУ регулярно организуются круглые столы, выездные семинары, вебинары для врачей первичного звена. С 2022 года проводится цикл НМО по вопросам диагностики и ведения пациентов с остеопорозом для врачей первичного звена. За четыре года сертификаты получили 78 специалистов. Врачи отделения участвуют во всероссийских научных исследованиях: «Прометей», «ОСТЕОСКРИН», «ГЛЮКОСТ», «КРИСТАЛЛ». На базе отделения ведется активная научная деятельность – выполняется докторская диссертация.

На регулярной основе врачами отделения проводятся школы для пациентов, где ежегодно проходят обучение более 200 пациентов.



Отделение сурдологии и слухопротезирования

Сурдологический кабинет работает на базе Краевой клинической больницы с 1968 года. На протяжении всех этих лет здесь оказывалась сурдологическая помощь всем возрастным категориям пациентов. Одной из главных задач было выявление патологии слуха у детей и определение дальнейшей тактики лечения. В этот период активно развивалось направление диагностики слуха с помощью проведения тональной пороговой аудиометрии.

В 1970 году в штате сурдологического кабинета появляются врач – оториноларинголог-сурдолог и медицинская сестра аудиометрист. С конца 70-х годов на базе поликлиники ККБ выделяются дополнительные площади, приобретается современное диагностическое оборудование, начинают работать слухопротезист и логопед, в штате появляется должность врача-невропатолога. Это означало, что подход в диагностике патологии слуха приобрел комплексный и углубленный характер.

После открытия в 1992 году краевого детского сурдологического центра в кабинете ведется прием только взрослых пациентов. В 1994 году сурдологическая служба начинает проводить подбор и сервисное обслуживание слуховых ап-



Врач – отоларинголог-сурдолог за работой, 1960-е годы

паратов. А в 2000-м кабинет реорганизован в отделение сурдологии и слухопротезирования.

В связи с открытием центра профессиональной патологии на базе Краевой клинической больницы в 1990 году при активном участии заведующих О.Н. Захаринской и О.К. Кромм проводится активная работа по обследованию пациентов «шумовых» профессий, выявление пациентов со стойкими нарушениями слуха и в дальнейшем проведение экспертизы связи заболевания с профессией, а также выездная работа для проведения медицинских осмотров работников предприятий края.



Сурдологи за работой, 1970-е

В 2006 году заведующей отделением сурдологии и слухопротезирования стала Лариса Николаевна Карпенко, при содействии которой в практику активно стали внедряться объективные методы исследования слуха.

С 2010 года используется простой, но в то же время диагностически точный метод исследования слуха: отоакустическая эмиссия (ОАЭ). В 2015-м появляется аппарат КСВП (коротколатентных слуховых вызванных потенциалов), который ориентирован в большей степени на пациентов, работающих в шумовых условиях, для уточнения степени нарушения слуха и объективитизации порогов слуха. Эти методы признаются «золотым стандартом» и внесены в клинические рекомендации для оказания медицинской помощи пациентам с сенсоневральной тугоухостью.

С 2006-го по 2012 год Центр сурдологии и слухопротезирования принимал участие в федеральной программе по подбору, настройке и выдаче льготных слуховых аппаратов, проводи-



Н.А. Александрова, заведующая отделением сурдологии и слухопротезирования



С.П. Щетина, врач-сурдолог



О.С. Зазыба, врач-сурдолог



Д.А. Шмакова, врач-сурдолог

лась активная выездная работа в районы края. В 2018 году заведующей отделением Нелли Александровны Александровой сформирован стандарт оказания медицинской помощи пациентам с острой сенсоневральной тугоухостью.

На сегодняшний день прием взрослого населения Красноярского края ведут три сурдолога-оториноларинголога, имеющие высшую квалификационную категорию. Для проведения аудиометрии, основного метода исследования слуха, есть два оснащенных аудиометрических кабинета. Оборудование ежегодно проходит поверку и калибровку, что позволяет ауди-

ометристам Н.А. Малкиной, Л.А. Сидоровой и О.А. Ляшенко максимально точно проводить исследования. В год аудиометрическое исследование проходят свыше 10 000 пациентов.

При проведении консультативно-диагностического приема врачам С.П. Щетининой и О.С. Забыбо помогают медицинские сестры высшей категории: О.Р. Рахматулина и М.К. Рассказчикова. Много лет в отделении трудится дефектолог Т.И. Колесникова, которая проводит занятия с пациентами, имеющими нарушения речи, обследует и дает рекомендации призывникам, помогает пациентам адаптироваться к слуховым

аппаратам. Для наиболее эффективной коррекции нарушения слуха в отделении помогает сурдоакустик А.А. Кривцова.

Ежедневно в отделение обращаются пациенты для подбора слухового аппарата и получения заключения о нужде в нем. В 2024 году проведено более 390 медицинских комиссий и выдано 390 заключений для получения слухового аппарата.



Коллектив отделения, 2023 г.

К

Кардиологический диспансер

Ввиду высокой смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации за последние годы коренным образом поменялась система оказания амбулаторной кардиологической помощи населению. Реализуются новые подходы к диагностике и лечению пациентов с кардиологической патологией. Внедряются новые схемы маршрутизации пациентов, позволяющие качественно повысить эффективность организации и оказания медицинской помощи страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Красноярский край не стал исключением.

В июне 2021 года в структуре КГБУЗ «Краевая клиническая больница» был организован амбулаторный кардиологический диспансер, который вошел в региональный сосудистый центр и разместился в консультативно-диагностической поликлинике

ККБ. Целью работы кардиологического диспансера является снижение смертности от болезней системы кровообращения в группе пациентов высокого риска и сокращение числа сердечно-сосудистых событий с острыми формами ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней в группе динамического наблюдения за счет повышения эффективности вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- организация этапного динамического наблюдения больных группы высокого сердечно-сосудистого риска;
- снижение смертности больных с тяжелой сердечной недостаточностью;
- улучшение качества диспансерного наблюдения больных группы высокого сердечно-сосудистого риска в первичном звене.



Коллектив кардиодиспансера, 2025 г.

Ежегодно в амбулаторном кардиологическом диспансере получают медицинскую помощь, предусмотренную государственными стандартами, более 35 тысяч пациентов, в том числе граждане из других регионов РФ.

Структура кардиологического диспансера включает в себя кабинеты общего кардиологического приема и кабинеты специализированного приема по направлениям хронической сердечной недостаточности (ХСН), аритмологии, высокого сердечно-сосудистого риска, атеросклероза и нарушения липидного обмена. Кардиодиспансер взаимодействует с врачами смежных специальностей по направлениям профилактики ОНМК, кардиохирургии, сосудистой хирургии, функциональной диагностики. Работу в амбулаторном кардиодиспансере осуществляют 14 врачей-кардиологов и шесть универсальных медицинских сестер.

С июня 2021 года в структуре кардиологического диспансера работает кабинет высокого сердечно-сосудистого риска (КВССР), специалистами которого осуществляется этапное динамическое наблюдение за пациентами, подбор и коррекция терапии согласно клиническим рекомендациям с оценкой ее эффективности. Кроме того, ведется отбор пациентов на высокоспециализированную помощь, проводится кардиомониторинг на платформе региональной телемедицинской системы, что позволяет оценить оказание помощи в онлайн-режиме, проводить коррекцию терапии и обследования.

С сентября 2022 года начато тиражирование технологий кабинета высокого сердечно-сосудистого риска на межрайонные центры.

В октябре 2022-го в структуре кардиодиспансера

организован кабинет атеросклероза и нарушений липидного обмена. Актуальность создания такого кабинета связана с отсутствием системы профилактического выявления тяжелых нарушений липидного обмена. В результате чего диагностирование происходило на поздних стадиях, с недостаточной эффективностью проводимой липидснижающей терапии и недостижением пациентами

с очень высоким сердечно-сосудистым риском целевых уровней холестерина ХЛ-ЛПНП.

Кабинет профилактики хронической сердечной недостаточности появился в структуре кардиологического диспансера в ноябре 2022-го. Его цель – снижение смертности и частоты госпитализаций от сердечно-сосудистых заболеваний в группе динамического наблюдения пациентов с ХСН.

В мае 2023 года специалистами кардиодиспансера и дневного стационара при КДП ККБ внедрены инновационные методы лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов из группы ингибиторов PCSK9 для пациентов с семейной гиперхолестеринемией и экстремально высоким сердечно-сосудистым риском. В октябре этого же года впервые в СФО было внедрено использование группы препаратов малой интерферирующей рибонуклеиновой кислоты (ми РНК) инклизан, 284 мг в лечении пациентов с нарушением липидного обмена. С февраля 2024 года применяются новые методики и технологии оказания медицинской помощи с использованием методов афереза у кардиологических пациентов, направленных на лечение нарушений липидного обмена. Продолжилось внедрение стационарзамещающих технологий: проведение амбулаторной коронарографии (КАГ) в условиях дневного стационара, что позволило сократить сроки оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи кардиологическим больным, снизить финансовые затраты благодаря отсутствию необходимости пребывания пациентов на койке стационара.

В ноябре 2023-го начали проводиться школы здоровья для пациентов и их родственников по направлению ХСН, АГ, дислипидемии. А уже в

декабре специалистами КГБУЗ «ККБ» разработан региональный порядок оказания медицинской помощи пациентам с ХСН на территории Красноярского края. Внедренная стандартизация позволила сформировать единые подходы в оказании медицинской помощи пациентам с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний. Тогда же для эффективного управления процессами оказания медицинской помощи пациентам с ХСН разработан и внедрен региональный регистр для больных с ХСН на платформе региональной телемедицинской системы (РТС) и информационной системы МИС qMS.



Р.В. Хомченков, руководитель кардиодиспансера, проводит планерку с коллегами

2024 год ознаменовался запуском системы динамического наблюдения с внедрением чек-листа телефонного опроса пациентов с сердечной недостаточностью, внедрением технологии каскадной плазмофильтрации для пациентов с нарушениями липидного обмена, организационно-методическим сопровождением кабинетов профилактики ХСН КВССР в межрайонных центрах, помощью по диагностике и лечению пациентов с тяжелыми формами сердечной недостаточности, обучением на рабочем месте в кардиологическом диспансере специалистов первичного звена.



Р.В. Хомченков, руководитель кардиодиспансера, проводит планерку с коллегами



Региональный эндокринологический центр

В 1993 году на базе ККБ создан краевой эндокринологический центр. В его состав вошли: консультативно-диагностическое подразделение, гормональный отдел в составе лабораторно-диагностического отделения, терапевтическое и хирургическое отделения, а также организационно-методический отдел. Возглавил работу центра доктор медицинских наук, профессор Сергей Анатольевич Догадин. Главной задачей центра была и остается организация специализированной эндокринологической помощи жителям края.

С 2005 года эндокринологический центр участвует в создании Российского регистра опухолей гипоталамо-гипофизарной области. За вклад в развитие регистра врачи Л.А. Лобынцева и Л.Н. Боева награждены почетными грамотами Российской ассоциации эндокринологов.

Большое внимание уделяется консультативной и организационно-методической работе. В составе мобильной поликлиники врачи-эндокринологи выезжают в медицинские организации края, в том числе в удаленные районы. В 2024 году специалисты посетили 26 районов края.

Врачи эндокринологического центра ведут активную научно-исследовательскую работу. Ежегодно публикуются работы в сборниках научных трудов, материалах конференций, в центральных профильных журналах. В рецензируемых отечественных и зарубежных медицинских журналах было опубликовано более 100 статей. Сотрудники центра принимают участие в краевых научно-практических конференциях, представляют доклады на всероссийских и зарубежных съездах. На базе эндокринологического центра выполнено семь кандидатских и две докторских диссертации. В 2011 году С.А. Догадин стал лауреатом премии

лучшим врачам России «Призвание» в номинации «За создание нового направления в медицине».

С 2021 года в лечении больных акромегалией применяется блокатор рецепторов гормона роста – препарат пэгвисомант. В лечение больных сахарным диабетом внедрена помповая инсулинотерапия на базе стационарного эндокринологического отделения. Совместно с нейрохирургами ККБ в 2023 году внедрен хирургический метод лечения офтальмопатии. В 2024-м – наложение разгрузочной повязки total contact cast больным сахарным диабетом.

В 2023 году в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» произошли реорганизация краевого эндокринологического центра и создание регионального эндокринологического центра. Руководителем центра является кандидат медицинских наук Лариса Николаевна Боева.

В структуре центра имеется отделение амбулаторной эндокринологической помощи, кабинеты офтальмолога, диабетической стопы, школа для пациентов с сахарным диабетом, амбулаторное обучение в которой является частью интегрирующего комплексного лечебного процесса, обеспечивает пациентов знаниями и навыками, способствующими достижению конкретных терапевтических целей. Занятия проводятся в очном и дистанционном формате по гибкому графику.

В сентябре 2024 года состоялся II Конгресс эндокринологов СФО, посвященный 70-летию эндокринологической службы Красноярского края. В рамках участия в конгрессе делегация НМИЦ эндокринологии во главе с директором членом-корреспондентом РАН, профессором Натальей Георгиевной Мокрышевой посетила региональный эндокринологический центр и ознакомилась с его работой. Работа центра, организация маршрутизации пациентов с эндокринной патологией получила положительную оценку.

Сегодня в составе Регионального эндокринологического центра работают врачи-эндокринологи: к.м.н. Лариса Николаевна Боева, к.м.н. Валентина Петровна Мацынина, к.м.н. Татьяна Валерьевна Шелковникова, Людмила Александровна Лобынцева, Людмила Леонидовна Казанцева, Алена Анатольевна Хлебникова, Ксения Александровна Даньшина, Полина Сергеевна Гаушкина, Егор Мухамбетович Нурмуханов; гинеколог-эндокринолог Евгения Петровна Жидкова; врачи-хирурги Сергей Яковлевич Петров и Сергей Иванович Пронь; врач-методист Елена Иннокентьевна Машукова, в кабинете диабетической стопы прием ведет Сергей



Руководитель центра Л.Н. Боева, профессор С.А. Догадин и Н.Г. Мокрышева, директор НМИЦ эндокринологии

Яковлевич Петров; в кабинете офтальмолога – врачи Жанна Рафаэлевна Кочова и Ольга Игоревна Лохман. Занятия в школе для больных сахарным диабетом проводят Татьяна Тимофеевна Коновалова и Полина Сергеевна Гаушкина.

Медицинские сестры центра участвуют в оказании медицинской и профилактической помощи пациентам с эндокринными заболеваниями, это Елена Ивановна Иванова, Елена Ильинична Толмеева, Анастасия Владимировна Сараева, Тамара Викторовна Самарцева, Олеся Игоревна Липишанова, Елена Михайловна Валинская.

Эндокринология является интенсивно развивающейся наукой, современные разработки открывают новые возможности, и сотрудники Регионального эндокринологического центра успешно решают задачи по диагностике, лечению и профилактике широкого спектра эндокринных заболеваний.



Коллектив эндокринологического центра



Автопоезд мобильной поликлиники, 2024 г.

Мобильная поликлиника

В октябре 2013 года в рамках федеральной программы диспансеризации КГБУЗ «ККБ» получила передвижной медицинский комплекс (ПМК), состоящий из маммографа, флюорографа и кабинетов приема специалистов в прицепах. Было проведено брендинг ПМК и дано ему название: передвижной консультативно-диагностический центр «Мобильная поликлиника». Заведующим передвижным консультативно-диагностическим центром стал врач-терапевт Андрей Дмитриевич Мельгунов, который взял на свои плечи все сложности организации столь неординарной работы специального подразделения и по сей день управляет ею.

Основной упор в первые годы шел на диагностические исследования: маммографию, флюорографию, УЗИ внутренних органов, функциональную диагностику. Также проводились консультации узких специалистов: кардиолога, невролога, эндокринолога.

Первый недельный выезд был осуществлен морозным утром 11 декабря 2013 года в село Зыково Березовского района. И там мы уже на практике отработали многие вопросы развертывания комплекса и организации работы по оказанию медицинской помощи населению.

В первый год работы (2014-й) мы

посетили 14 районов (36 населенных пунктов). Прежде всего выбирали районы, в которых отсутствовали маммографы. Ежегодно количество посещенных территорий увеличивается. С 2021-го мы каждый год посещаем до 37 районов Красноярского края, более 110 населенных пунктов, фиксируется 150 дней работы на выезде, не считая времени доезда.

В сентябре 2019-го все передвижные медицинские комплексы края были объединены в автопоезд «Здоровье» под патронажем губернатора. Мы получили стимул к дальнейшему развитию и увеличили спектр оказываемой медицинской помощи.



Первый выезд



Мобильная поликлиника во время пандемии COVID-19

Первый выезд мультидисциплинарного передвижного консультативно-диагностического центра «Автопоезд «Здоровье» состоялся в октябре 2019-го в Канскую группу районов, Абанский и Дзержинский, совместно с КГБУЗ «Центр охраны материнства и детства» и КГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». В составе бригады находились кардиолог, невролог, эндокринолог, детский хирург, детский невролог, гериатр.

Во время пандемии COVID-19 в марте 2020 года в связи с распространением заболевания командировки были прекращены. Для повышения безопасности персонала и пациентов КАМАЗы, прицепы и палатки мобильной поликлиники с кабинетами приема были перепрофилированы в пункт первичной сортировки инфекционных пациентов с разделением потоков на плановый и экстренный. С июня 2020-го оставили один прицеп. С ноября 2020-го по март 2021-го второй прицеп был развернут возле инфекционного госпиталя КГБУЗ «БСМП» для консультации пациентов «зеленой» зоны.

С сентября 2020 года на фоне улучшившейся эпидемиологической обстановки была возобнов-



лена выездная работа, командировки продолжались, и первоначальный план выездов на 2020 год был выполнен. Для этого были организованы дополнительные командировки, в которых заведующий мобильной поликлиникой Андрей Дмитриевич Мельгунов и инженер Николай Валерьевич Харин проводили по три недели в месяц, бригады докторов менялись еженедельно.

В августе 2020-го в рамках Федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» поступили новые передвижные медицинские комплексы повышенной проходимости. Кардиомобиль (кабинет кардиолога и кабинет функциональной диагностики) 6x6, передвижной маммограф 4x4, передвижной флюорограф 4x4, что помогло значительно увели-

чить ареал работы мобильной поликлиники, был организован выезд в Северо-Енисейский район.



Рейс в с. Тюхтет

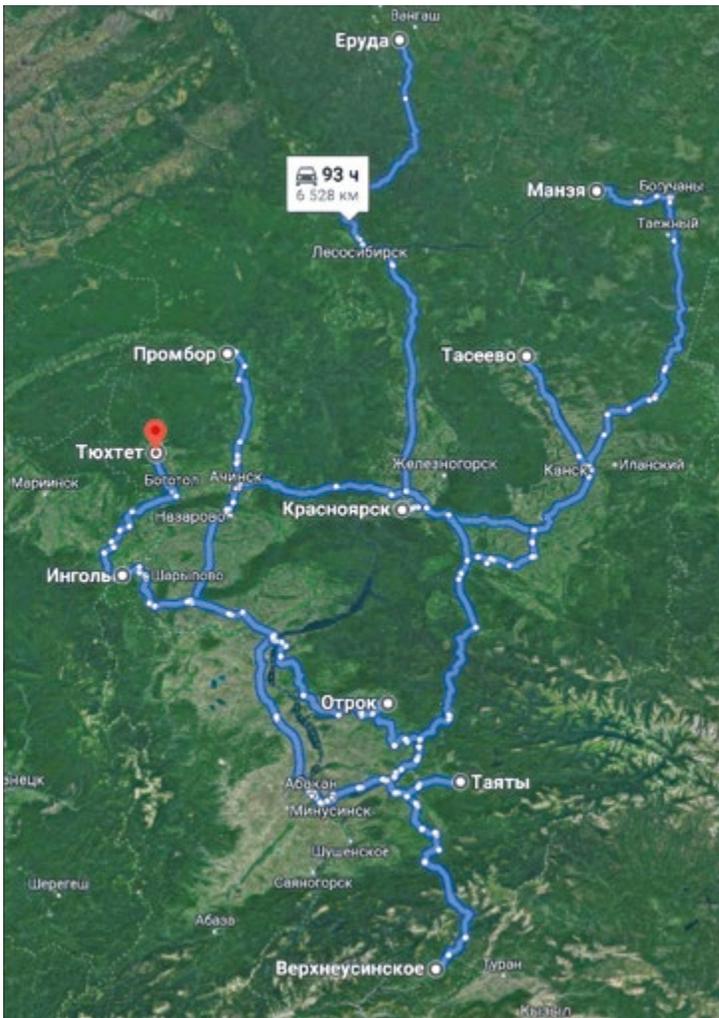
В 2024 году специалисты мобильной поликлиники посетили 35 районов: Богучанская группа районов (Богучанский, Мотыгинский), Восточная группа районов (Абанский, Дзержинский, Ирбейский, Нижнеингашский, Тасеевский),

Западная группа районов (Бирлюсский, Боготольский, Большеулуйский, Тюхтетский, Козульский, Назаровский, Ужурский). Лесосибирская группа районов (Енисейский, Казачинский, Северо-Енисейский, Пировский, а также г. Лесосибирск). Центральная группа районов (Большемуртинский, Емельяновский, Манский, Новоселовский, Партизанский, Саянский, Сухобузимский, Уярский, а также пгт. Кедровый). Южная группа районов (Ермаковский, Идринский, Краснотуранский, Курагинский, Каратузский, Шушенский, Минусинский).



Мобильная поликлиника в пгт. Большая Мурта

Расстояние между крайними точками маршрута составило 1368 км.



консультации смежных специалистов, и доктора практически всегда идут навстречу, даже если у них не хватает сил и времени.

С 2017 года мобильная поликлиника помогает отделению профпатологии в проведении медосмотров и предоставляет свой флюорограф и рентгенлаборанта на 3 месяца в рп. Еруда, для обследования порядка 5-6 тысяч работников.

В 2024 году мы участвовали в диспансеризации организованных коллективов на территории Красноярска (КГБУЗ «ГКМБ-4» на ул. Кутузова, 71).

Сегодня консультативно-диагностическая мощность мобильной поликлиники составляет: УЗИ, ФДО – 25-50 исследований в день; маммография – 35-40 пациентов в день, флюорография – 60-120 пациентов в день, консультации специалистов – 17-27 в день.

Основными целями и задачами являются: повышение доступности и качества медпомощи; повышение продолжительности и качества жизни населения, совершенствование системы оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению; помощь в проведении диспансеризации; работа с диспансерными группами, отбор пациентов на высокотехнологичные методы диагностики и лечения; онкоскрининг; снижение количества запущенных пациентов. По данным ТФОМС, 85,3% пациентов, осмотренных мобильной поликлиникой, входят в диспансерные группы.

Организация работы начинается с анализа показателей заболеваемости и смертности населения – так мы выбираем районы, которые необходимо посетить в первую очередь. Всегда бывают тяжелые «дополнительные» пациенты, которым требуется ЭХО-КГ, УЗДС сосудов,



Регистратура поликлиники, 1990-е годы

Контакт-центр

Восприятие пациентами медицинской организации начинается с первого контакта с ее сотрудниками. Для кого-то он возникает еще до первого очного визита в поликлинику или больницу.

В 2003 году в ККБ была внедрена система электронной записи пациентов на прием в консультативно-диагностическую поликлинику (КДП). На специально созданном сайте врачи-консультанты по 71 специализированному приему рассматривают заявки от лечащих врачей медицинских организаций Красноярского края, при необходимости уточняют детали, отправляют заявку на доработку, в итоге утверждают прием или телемедицинскую консультацию. Регистратор или автоматический помощник выдает талон. Пациент по месту жительства («прикрепления») получает талон, приходит в назначенное время к указанным кабинетам, не посещая регистратуры.

Приказом главного врача больницы в январе 2016 года утверждено создание контакт-центра – структурного подразделения регистратуры консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «ККБ».

Основной его задачей определена организация те-

лефонного взаимодействия с гражданами и специалистами медицинских организаций региона, направленная на улучшение качества информирования пациентов о работе Краевой клинической больницы, повышение доступности медицинской помощи за счет снижения количества несостоявшихся посещений и госпитализаций.

Кроме персонального сопровождения пациентов, к функциональным обязанностям сотрудников контакт-центра постепенно добавлялись ответы на входящие звонки горячей линии, сопровождение плановой госпитализации в отделения больницы (получение подтверждения госпитализации, напоминание требований перед госпитализацией), получение подтверждения на проведение диагностических исследований (ФГДС, ФКС, МРТ), выяснение причин неявки пациента на прием к врачу-консультанту для проведения анализа потерь рабочего времени, опрос пациентов после выписки из стационара.

Контакт-центр поликлиники дает возможность оперативно принимать все входящие звонки; информировать пациентов о порядке обращения за медицинской помощью; напоминать им о плановой госпитализации, записи к врачу или на инструментальные обследования и правилах под-

готовки к ним; оповещать пациентов о переносе даты и (или) времени консультативного приема или дополнительного обследования; проводить телефонные опросы после выписки из стационара для изучения мнения пациентов. По данным результатов опросов, большинству пациентов (90%), ответивших на звонок специалиста контакт-центра, нравится, что после посещения клиники им позвонили с целью узнать мнение о пребывании в ККБ.

Вскоре, в 2017-2018 годах, операторы контакт-центра и сотрудники регистратуры дистанционно прошли шестимесячное обучение и получили статус медицинских регистраторов. С введением в клинику системы менеджмента качества (СМК) основные процессы регистратуры и контакт-центра стандартизированы.

Совместными усилиями сотрудников регистратуры, контакт-центра и отдела СМК разработаны стандарты учреждения (СТУ) и рабочие инструкции (РИ). Удобным инструментом для медицинских регистраторов стали специальные алгоритмы, правила, действия для работы, чек-листы и базовые сценарии телефонных разговоров, на которые они ориентируются.

Персональный учет пациентов, которым в клинике в результате проведения гистологического исследования подтвержден онкологический процесс, позволяет оперативно и в соответствии с требованиями нормативных документов формировать маршрут к врачу-онкологу. Старшему регистратору контакт-центра доверен «вторичный» контроль учета оповещения данной категории пациентов и запроса талона в краевой онкологический диспансер. Ежедневно от 7 до 15 пациентов получают талон на прием врача-онколога.

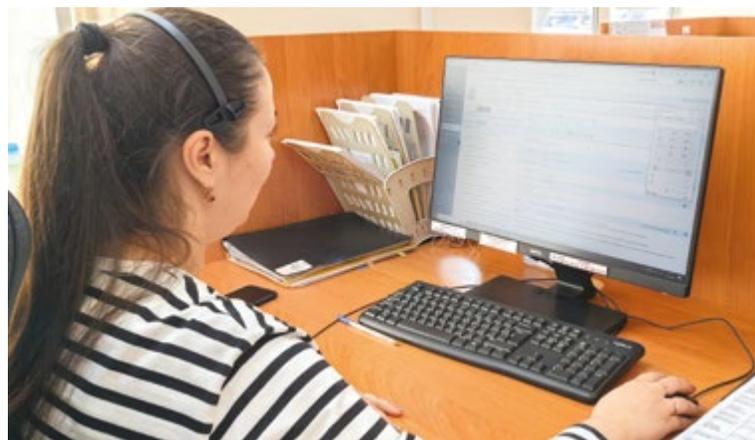
Параллельно с ростом задач подразделения происходит расширение штатов. К 2020 году в контакт-центре работали уже шесть сотрудников, с февраля 2023 года введен круглосуточный режим работы.

В помощь медицинским регистраторам контакт-центра приобретены и поочередно введены в работу два автоматических помощника, обеспечивающих максимальный обзвон пациентов, которым по заявке из медицинской организации и талону, выданному КДП, назначен консультативный прием врача.

Сегодня в штат подразделения входят 13 специалистов, в вечерне-ночное время, выходные и праздничные дни работают хорошо подготовленные операторы. Подготовка вновь принятых

сотрудников поручена наставникам и проходит в дневное время в соответствии с требованиями СТУ 6.1-2017 «Система наставничества КГБУЗ «ККБ».

Не менее двух раз в год медицинские регистраторы контакт-центра и регистратуры посещают психологические групповые тренинги с возможностью индивидуального консультирования. Сотрудники познают и укрепляют знания правил эффективного общения по телефону, находят новые способы донесения информации до пациента (родственника), учатся формированию полноценного ответа на заданные вопросы, позитивному впечатлению от каждого разговора, удовлетворенности от речевого взаимодействия.



Т. Хорошая, регистратор контакт-центра

В контакт-центре размещено 12 рабочих мест, оборудованных специальными столами с шумоизоляционными перегородками с трех сторон, рабочими креслами, компьютером, аудиогарнитурой. Информация для работы используется с сайта больницы.

Достоверный метод оценки качества работы сотрудника контакт-центра – прослушать записанный разговор медицинского регистратора и автоматического помощника. Для объективной оценки старший медицинский регистратор контакт-центра ежедневно в соответствии с действующим графиком делает случайную выборку от 3 до 6 принятых входящих звонков, в том числе обязательно прослушивает входящие разговоры продолжительностью свыше четырех минут. Оформляет чек-лист, проводит анализ, оперативно корректирует ситуацию. Оценка качества разговора – повод оперативно выявить «слабые места» и предупредить повторение!

Сохранить и приумножить имидж клиники – цель коллектива контакт-центра и регистратуры ККБ.



Занятие по коммуникации, 2023 г.

Психологическая служба поликлиники

На постоянной основе психолог в консультативно-диагностическом отделении стал работать с февраля 2023 года. Основная задача – психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников КДП ККБ через психологическое просвещение, профилактику профессионального выгорания и развитие мягких навыков Soft Skills.

В 2023 году медицинские регистраторы контакт-центра и регистратуры прошли обучение по профилактике стресса, эмоционального выгорания и обучению способам саморегуляции. На портале для сотрудников КДП запущены постоянные рубрики: «Афоризм по понедельникам» и «Сказкотерапия». Также было организовано обучение совместно со Сбером по теме «Телемедицина». Кроме того, 122 врача КДП приняли участие в тренинге «Эффективные навыки общения с пациентами».

Сотрудники могут обратиться к психологу по личным вопросам. Основные темы на индивидуальных консультациях – взаимоотношение с детьми, адаптация в новой должности, супружеские отношения, психологическое выгорание на рабочем месте.

Осенью 2024 года для медицинского персонала открылась библиотека в кабинете психолога.



Занятие по способам саморегуляции, 2023 г.



Занятие по командообразованию, 2023 г.

Каждый сотрудник может взять книги домой и почитать их в уютной обстановке. Руководители отделений могут повысить свой управленческий потенциал через прочтение литературы по управлению персоналом.

Также в прошлом году в ряды коллектива КДП

пришли новые врачи, для них проведены занятия по адаптации, на которых обсуждались способы и виды адаптации, какие существуют социальные стереотипы при вхождении в коллектив и как эффективно с этим справляться.

В разработке психологической службы КДП находится несколько специальных программ для разных категорий сотрудников. Такие программы помогут справиться с негативными ситуациями и сделать работу продуктивнее и легче.



Занятие по командообразованию, 2023 г.



Занятие с использованием метода психофизиологической саморегуляции «Ключ» Хасая Алиева, 2024 г.

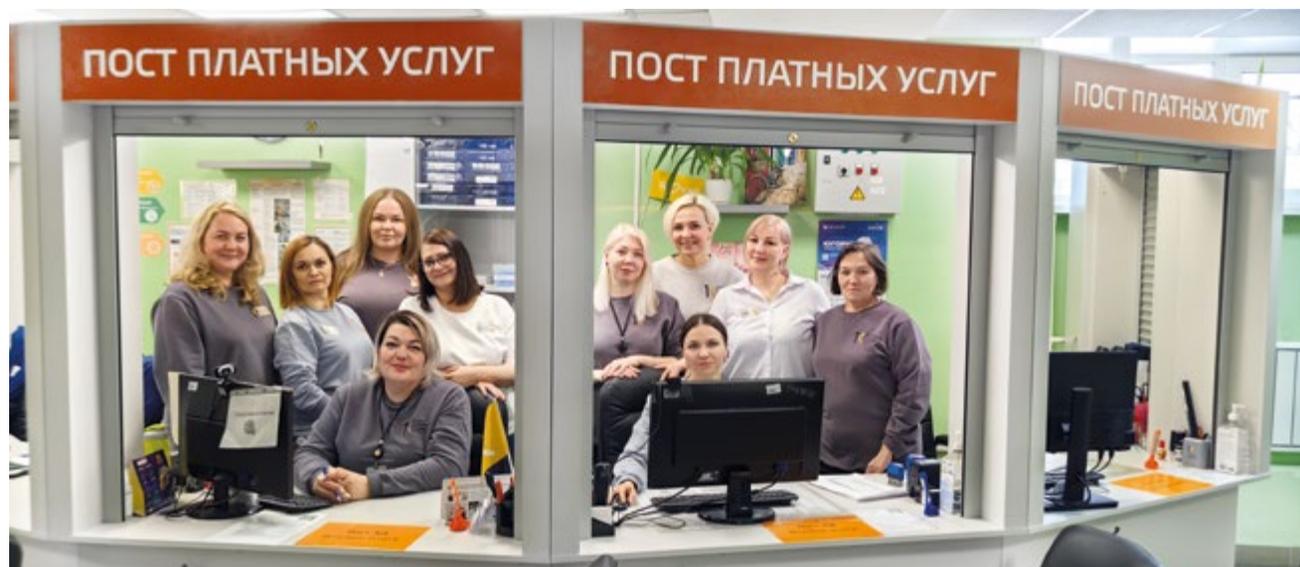


Отдел развития платных услуг

В сложные для российского здравоохранения времена, 90-е годы прошлого столетия, многие медучреждения были вынуждены начать оказание платных услуг для пополнения бюджета. Во второй половине десятилетия в ККБ стали принимать пациентов по программе ДМС и на платной основе. Сначала в профильных отделениях были открыты сервисные палаты для платных пациентов, а в 2016 году начало работать стационарное платное отделение. Но для того чтобы пациенты могли воспользоваться платными ста-

ционарными услугами, в первую очередь они, разумеется, приходили к врачам поликлиники на платные консультации и диагностику.

Сегодня такие пациенты попадают в заботливые руки администраторов и менеджеров ОРПУ, которые первыми встречают и маршрутизируют их. В составе отдела трудятся семь администраторов-кассиров, занимающихся амбулаторными пациентами, три менеджера – специалисты по стационарной помощи, а также медицинская сестра.



Коллектив отдела, 2025 г.

РЕЙТИНГ СОБЫТИЙ 2020-2025 гг.

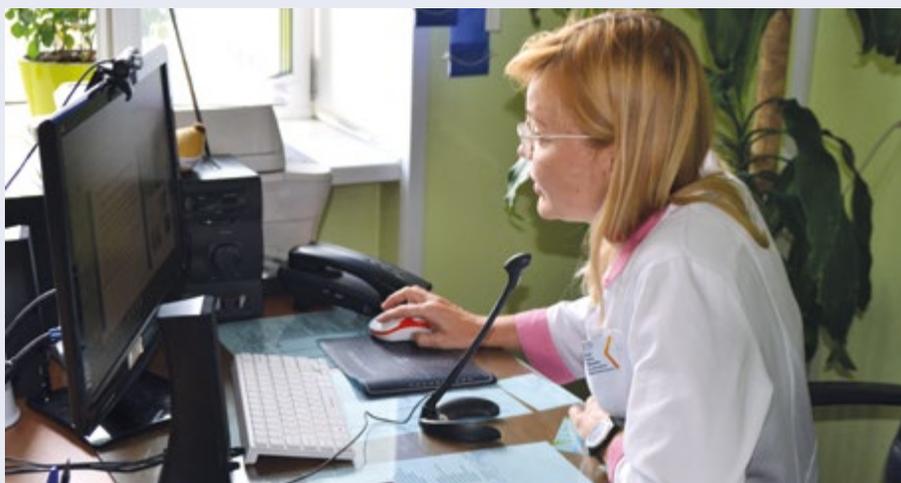
В апреле 2020 года вышел 76-й номер журнала «Первая Краевая», посвященный 70-летнему юбилею консультативно-диагностической поликлиники Краевой клинической больницы. Прошло 5 лет. За минувший период коллективом проделана большая работа. Сегодня это консультативно-диагностический центр, в который входит не только поликлиника, но и кардиодиспансер, региональный эндокринный центр, дневной стационар, КДЦ «Мобильная поликлиника». Все эти годы коллектив выполнял основную задачу: повышение доступности и качества оказания первичной специализированной медицинской помощи.

За 75 лет врачи поликлиники выполнили 15,5 миллиона посещений, приняли 5,5 миллиона пациентов, это сопоставимо с численностью населения таких стран, как Грузия, Финляндия, Словакия. Теоретически каждый взрослый житель Красноярского края за эти годы побывал в нашей поликлинике более шести раз.

**2020
ГОД**

2020-й – год пандемии COVID-19. Из-за ограничительных мероприятий не проводилось очного консультирования пациентов, впервые за много лет опустели коридоры поликлиники. В силу сложившихся условий получило развитие оказание медицинской помощи в формате телемедицинского консультирования, число телеконсультаций возросло в 2024 году до 24,3 тысячи.

Одной из главных задач этого периода было мониторинг состояния сотрудников больницы, проведение профилактических мероприятий, выявление и лечение больных.



2021
ГОД

Пройдена сертификация по методическим рекомендациям Росздравнадзора.

Продолжилось развитие узкоспециализированной МП. Создано новое подразделение: кардиологический диспансер с открытием приема пациентов высокого сердечного риска, ХСН, нарушением липидного обмена.

В рамках общебольничного перехода на электронный документооборот перешли на электронную амбулаторную карту. Все врачи стали подписывать медицинские документы электронными цифровыми подписями.



Контакт-центр из поликлинического стал круглосуточным общебольничным.

2022
ГОД

Произошли значительные изменения в структуре пациентов дневного стационара. Появились современные технологии лечения генно-инженерными таргетными препаратами кардиологических, ревматологических пациентов, а также больных с рассеянным склерозом.

Много внимания было уделено хирургической безопасности пациентов. Внедрена эффективная система оценки предоперационных рисков. Разработан чек-лист осмотра пациентов перед плановым оперативным вмешательством, позволяющий определять возможность проведения оперативного лечения с учетом соматической патологии. На основании заключения терапевта с учетом объема и возможных осложнений при операции хирург определяет возможность оперативного вмешательства у конкретного пациента.



2022
ГОД

Продолжался процесс совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, оценка качества консультаций введена в МИС qMS.

Совершенствуются сестринские процессы – разработана и внедрена сестринская история болезни.

Усилилась работа с пациентами по профилактике хронических заболеваний. Продолжается работа школы для пациентов с сахарным диабетом, организованы школы для пациентов с бронхиальной астмой, хронической сердечной недостаточностью, рассеянным склерозом. График размещен на сайте больницы. Начата разработка системы анализа приверженности пациентов к лечению. Разрабатываются памятки для пациентов по профилактике хронических заболеваний, здоровому образу жизни, информация размещается на сайте КГБУЗ «ККБ».

Кардиологами разработан первый локальный протокол по ГБ в соответствии с клиническими рекомендациями.



2023
ГОД

Результаты диагностических исследований, выписки из амбулаторных карт пациентов стали вноситься в систему электронных медицинских данных РФ (СЭМД).

В рамках СМК проводится стандартизация процессов. Там, где есть изменения в процессах, перерабатываются на СТУ, РИ, порядки.

В штатное расписание поликлиники введена должность психолога. Работа такого специалиста способствует снижению профессионального выгорания медицинских работников. Результатом стало снижение числа конфликтных ситуаций.

Начата работа по безопасности и эффективности назначения пациенту лекарственной терапии. Как и для стационарных пациентов, в поликлинике внедряется система электронного клинического фармаколога, позволяющая снизить частоту нерациональных и неэффективных комбинаций лекарственных препаратов, которые назначаются пациенту одним или несколькими консультантами.



2023
ГОД

Организован кабинет неотложной медицинской помощи, фельдшер которого взяла на себя большую часть случаев оказания неотложной помощи, освободив для плановой работы врачей, и обучение сердечно-легочной реанимации сотрудников поликлиники.

Создан Центр рассеянного склероза

Медицинские сестры поликлиники заняли 1-е место в общебольничном квизе медсестер.

Личный кабинет пациента внесен в систему электронных государственных услуг, что дало возможность диалога с больными. Новый личный кабинет расширил возможности пациентов: в нем фиксируются результаты диагностических исследований, выписки из стационарных отделений, заключения специалистов, информация по профилактике имеющихся хронических заболеваний, даты проведения школ для пациентов и др.



2024
ГОД

Создан региональный эндокринологический центр. В соответствии с национальной программой разработан порядок оказания медицинской помощи медицинскими организациями края при сахарном диабете.

Внедряются информационные технологии в процесс динамического наблюдения пациентов с тяжелыми формами заболеваний. Проводится работа по учету пациентов, оценка их состояния при наблюдении в различные периоды, анализ эффективности динамического наблюдения фиксируется в МИС qMS.

Проводится работа по увеличению объемов медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.



С учетом масштабов края выездная работа КДЦ «Мобильная поликлиника» утвердила себя как эффективная и востребованная населением края медицинская помощь. Только в 2024 году было проведено 21 484 консультации и обследования, эта цифра сопоставима со взрослым населением Шарыпово.

Наши специалисты активно занимаются научно-исследовательской и образовательной деятельностью. Только за 2024 год было сделано 19 докладов на всероссийских конгрессах, 11 – на межрегиональных конференциях, провели 33 лекции.





Коллектив КДЦ, 2025 год