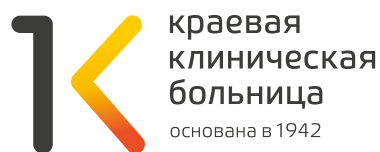


сентябрь 2025 год

№ 3 (97)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ



Издание Красноярской краевой
клинической больницы

IX

ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

КАЧЕСТВО
БЕЗОПАСНОСТЬ

**Стандарты общения в приемном
отделении стационара как важная
часть оказания медицинской помощи**

**Сложные вопросы фиксации
и оценки хирургических осложнений**

Портреты

Ярослав и Анастасия
Марунич

Иван и Кристина Блау



краевая
клиническая
больница

основана в 1942

НАША МИССИЯ:

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



13 специализированных
центров

60 стационарных
отделений



1123 специализи-
рованные койки

112 реанимационных
коек

7 отделений
анестезиологии-
реанимации



ВСЕГО СОТРУДНИКОВ

876 врачей

1457 медицинских
сестер

677 младшего
мед. персонала

734 немедицинских
работника

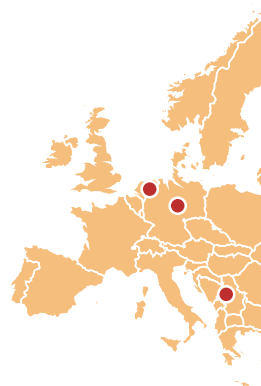


12,47 га
площадь
земельного
участка

13 зданий

4 сооружения

142285 м²
общая
площадь
зданий



НАС ПОСЕТИЛИ ДЕЛЕГАЦИИ
ИЗ РАЗНЫХ ГОРОДОВ

42 делегации
в 2024 году

322 делегации
всего



в 2024 году:

275 257

амбулаторных
пациентов

48 116

стационарных
пациентов

29 492

операции

6 086

ВМП



Красноярск ⇄ Хатанга

3700 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Дудинка

3726 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Норильск

3421 км, 7,25 часа

Красноярск ⇄ Игарка

2655 км, 6,4 часа

Красноярск ⇄ Ванавара

1572 км, 4,1 часа

Красноярск ⇄ Богучаны

878 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Енисейск

557 км, 2,4 часа



Норильск ⇄ Диксон

1168 км, 6,32 часа

Красноярск ⇄ Лесосибирск

568 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Минусинск

691 км, 3,5 часа

Красноярск ⇄ Ачинск

398 км, 2,35 часа

Красноярск ⇄ Канск

444 км, 2,5 часа

расстояние и время указаны
из расчета пути в обе стороны

САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ

Медицинская помощь
из Красноярска
в отдаленные районы края



профессионализм
человечность
ответственность

Оптика в помощь

В Средневековье представления о свете были тесно связаны с религиозными верованиями. Ученые того времени часто обращались к идеям древних философов, таких как Аристотель, Евклид и Птолемей, чьи труды считались авторитетными источниками знания. Например, Евклид разработал геометрические принципы оптики, а Птолемей изучал рефракцию света.

Очки появились в Европе в конце XIII века и использовались чаще монахами и учеными для чтения книг и написания манускриптов. Это изобретение стало важным шагом в развитии оптической науки, как и изготовление зеркал, которое достигло значительного прогресса к XV веку. Отражающая способность помогла медикам Средневековья создать инструменты для осмотра труднодоступных частей тела, художникам – усовершенствовать изображения, а астрономам – приблизиться к созданию телескопа.

Камера-обскура была известна еще древним китайцам и арабским ученым, однако именно в эпоху Ренессанса она стала широко использоваться художниками. Принцип работы камеры-обскуры заключается в том, что свет про-

ходит через небольшое отверстие и создает перевернутое изображение на противоположной стене. Этот эффект позволяет получать точные контуры объектов, что было полезно для художников, стремящихся к реализму в своих работах.

Леонардо да Винчи проявлял большой интерес к строению глаза и законам оптики. Он отверг идею о том, что зрение осуществляется путем испускания лучей из глаза, предложив вместо этого концепцию пассивного восприятия света. Кроме того, Леонардо подробно исследовал явление воздушной перспективы, которое объясняет изменение цветов предметов на больших расстояниях. Эти идеи нашли отражение в его картинах, особенно в пейзажах, где дальние объекты кажутся менее яркими и приобретают голубоватый оттенок.



Портрет кардинала Гуго де Сен-Шера, написан Томмазо да Модена в 1352 году. Это самое раннее изображение человека в очках

Беременность длиною в десятилетия



В культуре Марокко существует поверье о «спящем младенце». Согласно ему, если ребенок не рождается в положенный срок, то он остается в утробе матери на всю жизнь и охраняет ее честь. В 1955 году беременная гражданка Марокко Захра Абуталиб отказалась от медицинского вмешательства и проносила ребенка в течение 46 лет. Лишь на 75-м году жизни она обратилась за помощью в больницу, когда боли в животе стали невыносимыми. Во время операции врачи извлекли из ее маточной трубы окаменевший плод.

Редчайшее состояние, известное как «литопедион», – окаменевший плод, который погиб внутри матки или в брюшной полости. Если размер погибшего эмбриона превышает способность материнского организма к резорбции, запускается защитный механизм – кальцификация. Организм стремится предотвратить развитие инфекции и покрывает плод слоем кальция. Этот феномен наблюдается преимущественно при внематочных беременностях.

Термин «литопедион» впервые появился в медицинском лексиконе в XI веке благодаря арабскому врачу Абуль-Касиму аль-Захрави. За последующие столетия специалисты зафиксировали лишь несколько сотен подобных случаев.



Обычно диагностика проводится случайно при выполнении ультразвукового исследования или рентгенографии, поскольку симптомы литопедиона часто отсутствуют либо слабо выражены. Лечение предполагает оперативное удаление кальцинированного образования, которое обычно проходит успешно и не вызывает осложнений.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Сентябрь 2025 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 2, 4** **Ценный кадр**
- 8** **Новости**
- 10** **Портрет** | Ярослав и Анастасия Марунич
- 12** **Портрет** | Иван и Кристина Блау
- 14** **Программа IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации»**
- 25** **Оргздрав** | Стандарты общения в приемном отделении стационара как важная часть оказания медицинской помощи
- 30** **Опыт** | Сложные вопросы фиксации и оценки хирургических осложнений
- 33** **Оргздрав** | Проблематика обработки персональных данных в учреждении здравоохранения
- 38** **Casus extraordinarius** | Клинический случай глютенковой энтеропатии у пациентки с болезнью Крона
- 43** **Casus extraordinarius** | Гиперчувствительный пневмонит: опасность, скрытая в увлажнителе воздуха
- 46** **Партнерская страничка** | Организация медицинской реабилитации детей в КГБУЗ «КГДБ №8» в 2023-2024 годах
- 49** **Партнерская страничка** | Болезни сердца: заболеваемость, инвалидность, современные аспекты реабилитации
- 55** **Знаменательные даты** | 25 лет Центру сурдологии и слухопротезирования: история развития и современные достижения

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Наш курс остается прежним: от реагирования – к управлению качеством. Для этого в номере собраны рабочие инструменты и способы, где мы сверяем стандарты.

Главный ориентир – IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации». Это место, где мы говорим не о теории, а о реальных процессах.

Внутри – концентрат прикладного: секция про роль цифровых технологий в качестве и безопасности, блок о применении ИИ, панель «Спасибо за жалобу!» как инструкция по работе с обратной

связью, а также разбор «Безопасности в каждой таблетке». Все это – готовые модули для локальных планов улучшений.

Далее в программе – об управлении нежелательными событиями, о МИС как среде для практических разработок, о микробиологическом мониторинге и аналитике AMRcloud, это тот самый «технический слой», без которого стандарты не становятся желанной рутинной.

До встречи на конференции!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Иногда, чтобы разглядеть главное, достаточно сменить фокус. Этот номер – про внимание к деталям, из которых складывает-

ся качество: слово, жест, точный алгоритм, верный стандарт.

Начнем с человеческого – со слова. В «Оргздраве» вы найдете практику про то, как стандарт общения в приемном отделении влияет на безопасность и доверие («слово лечит» – не метафора, а технология).

Дальше – проблематика обработки персональных данных в лечебных учреждениях, статья четко отвечает на вопросы о том, что можно и чего нельзя использовать для передачи данных. Как всегда,

в номере интересные клинические случаи – о гиперчувствительном пневмоните и глютенной энтеропатии. Не оставляйте без внимания материалы коллег: «Организация медицинской реабилитации детей в КГБУЗ «КГДБ №8» и «Болезни сердца: заболеваемость, инвалидность, современные аспекты реабилитации» от ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.

Хорошего чтения. Берегите внимание – самый точный инструмент качества, держите фокус на главном.

1 Пациенты с пересаженными органами сыграли в футбол с врачами-трансплантологами



Красноярской краевой клинической больницы, пациенты после трансплантации органов, команды из Березовской районной больницы, КрасГМУ, Красноярского краевого онкологического диспансера.

Матчи дружбы «Врачи и пациенты – вместе» активно начали проводиться в разных городах России с 2023 года. Цель таких турниров – повышение осведомленности общества о донорстве органов, развитие отечественной трансплантологии, а также демонстрация

Турнир по мини-футболу «Врачи и пациенты – вместе», состоявшийся в Красноярске, приурочен ко Всемирному дню донорства органов, который отмечается 13 августа.

Этот турнир смело можно назвать уникальным, ведь когда обычные люди, не медики, узнают, что в футбол играют те, кто перенес трансплантацию органов, у многих возникает искреннее недоумение.

В воскресенье, 3 августа, на футбольном поле стадиона «Рассвет» встретились команды врачей

возможностей пациентов, перенесших пересадку органов. Для людей, прошедших трансплантацию, уже сама возможность вернуться на спортивную площадку – важная часть новой жизни, а встреча с врачами на поле, а не в больнице мотивирует и пациентов, и врачей, которые видят результаты своей работы: жизнерадостных, здоровых людей.

В 2024 году в Краевой клинической больнице сделали 50 операций по пересадке печени, почек и сердца, в ближайшей перспективе планируется выйти на 100 операций в год.



2 Краевая больница готова к открытию гематологического центра

Решение о централизации оказания медицинской помощи пациентам гематологического профиля на базе ККБ было принято решением министерства здравоохранения Красноярского края в соответствии с рекомендациями Национального гематологического центра. С 1 сентября 2025 года в краевой больнице на плановые показатели работы вышло специализированное отделение гематологии для лечения пациентов с лимфомами.

Елена Мартынова, заведующая отделением гематологии и химиотерапии №2 КГБУЗ «ККБ», отмечает: «Теперь все пациенты данного профиля будут лечиться в одном месте – в отделении

гематологии №2 ККБ. Диагностика заболеваний проводится на базе краевого онкоцентра и краевой больницы. Краевой онкоцентр принимает пациентов для проведения диагностической биопсии, а при подтверждении диагноза лимфопролиферативного заболевания пациент направляется для лечения к нам».

В рамках централизации гематологической помощи населению края в ККБ второй год действует дневной стационар для пациентов, которым необходимо введение препаратов под контролем медицинского персонала, но не тре-

буется круглосуточной госпитализации. Открытие дневного стационара гематологического профиля позволит значительно увеличить количество пациентов, получающих необходимую помощь, при этом высвободив койки круглосуточного стационара для лечения более тяжелых категорий больных. В дневной стационар пациент приходит в назначенное время, после осмотра врачом ему вводят необходимые препараты. Процедура может занимать от нескольких минут до нескольких часов. После повторного врачебного осмотра пациент отправляется домой.

3 В Краевой клинической больнице внедрен искусственный интеллект для раннего выявления кровотечений и для экспертизы качества амбулаторного приема



ИИ-агент помогает врачам своевременно выявлять и предотвращать внутренние кровотечения у пациентов. Это первый опыт в регионе, когда искусственный интеллект применяется в режиме реального времени для повышения безопасности лечения.

Система ежедневно анализирует лабораторные показатели (гемоглобин и гематокрит), фиксирует их динамику и сопоставляет с медицинской документацией: листами назначений, протоколами операций и манипуляций, дневниками наблюдений. При выявлении признаков возможного кровотечения ИИ формирует аналитическую справку, где отражаются предполагаемый очаг и причина, рекомендации по дополнительным обследованиям, план действий и превентивные меры. Если врач еще не отметил кровотечение в запи-

сках, система направляет экстренное уведомление лечащему врачу и заведующему отделением. Это позволяет не пропустить опасное осложнение и оперативно принять меры.

Новый инструмент дает медицинскому персоналу:

- возможность быстрее реагировать на изменения в состоянии пациентов;
- готовый аналитический отчет, который экономит время;
- дополнительный уровень контроля и защиты от человеческого фактора.

При этом важно подчеркнуть: ИИ не заменяет врача. Его задача – подсказать, обратить внимание и напомнить о возможных рисках. Все решения о лечении принимаются лечащим врачом с учетом индивидуальных особенностей пациента. Алгоритм применяется в тех отделениях, где риск кровотечений наиболее актуален. Другой алгоритм создан на основе экспертного промта, имитирующего работу врача с многолетним стажем контроля качества медицинской помощи. Система оценивает приемы по 14 критериям: от жалоб и анамнеза до корректности диагноза, назначения терапии и рекомендаций по профилактике. Каждый пункт получает балльную оценку, фиксируются замечания и критические ошибки, формируется итоговый процент качества. Такой подход позволяет объективизировать экспертизу, ускорить процесс анализа и повысить прозрачность выводов.

Проект уже показал эффективность: искусственный интеллект помогает врачам выявлять слабые места в ведении документации, поддерживать соблюдение клинических стандартов и повышать безопасность пациентов.

Ярослав и Анастасия Марунич

Семья Маруничей за два года работы в ККБ стала известной практически всем сотрудникам больницы – супруги не только принимают активное участие в корпоративной жизни, но и сами инициатируют мероприятия.

И, конечно, успешно помогают пациентам: Ярослав в качестве врача-трансфузиолога, а Анастасия – врача-реабилитолога.

Как вы познакомились?

Ярослав: Мы с Настей вместе учились на лечебном факультете КрасГМУ, только на разных потоках. Впервые я увидел ее на втором курсе на занятиях по физиологии. Она мне сразу понравилась.

Анастасия: А он мне нет (смеется). Он был худой, коротко стрижен. Мне такие не нравились.

Ярослав: Но потом через пару лет я оброс, отъехал и понравился ей.

Анастасия: На четвертом курсе мы отмечали успешную сдачу экзамена по оперативной хирургии и оказались в одной большой студенческой компании. И с того дня мы вместе.

Ярослав: В конце четвертого курса я сделал Насте предложение прямо на крыльце главного корпуса нашего родного университета, и, естественно, она с огромной радостью согласилась. А когда мы учились на пятом курсе, у нас родился сын Костик. Жизнь закипела еще сильнее: учебники, тетради, пеленки, работа и т.д.

Конечно было нелегко,
но, оборачиваясь назад,
понимаем, что получили
хороший опыт и закалку

Что было после окончания университета?

Анастасия: По целевому направлению мы поехали в Игарку в интернатуру по терапии. Проработали там год.

Ярослав: Потом Норильск. Оба устроились терапевтами в приемное отделение Городской больницы №1, в микрорайоне Оганер. Как говорится, «на передовую». Тяжелые пациенты, сложные диагностические случаи, разнообразие клинических ситуаций! Конечно было нелегко, но, оборачиваясь назад, понимаем, что получили хороший опыт и закалку.

Сегодня ни один из вас не работает терапевтом, что было дальше?

Анастасия: В 2012 году у нас родилась дочь Алиса. И после декретного отпуска я переучилась на врача-физиотерапевта.

Ярослав: А меня в 2013 году, в связи с дефицитом специалистов в Норильске, отправили в интернатуру по эндокринологии в Краевую клиническую больницу. Вот так я и стал терапевтом-эндокринологом. Сказать честно, на тот момент, будучи на учебе в Красноярске, я даже подумать не мог, что когда-то стану работать в ККБ.

Анастасия: В 2017 году мы решили кардинально все изменить и переехали в Железнодорожск. Я стала работать врачом-реабилитологом в КБ-51.

Ярослав: А я устроился в гемодиализный центр на Никитина и освоил новую специальность нефролога. Вот так и работали до 2023 года, пока вновь не решились на основательные изменения. Пришли на собеседование в Краевую больницу, и все получилось, нас обоих взяли. Настю врачом-реабилитологом, а я переучился на врача-трансфузиолога. Вот такие приключения и авантюризм.

Если сравнивать вас как врачей, в чем ваша общность и различия?

Ярослав: Думаю, быстрота реакции и собранность в критической ситуации – это про меня, а у Насти – высокий уровень эмпатии, такой глубокий психологический подход к пациентам, ее очень любят. А в целом мы оба довольно сильно ориентированы на контакт с пациентом, нам важна его личность – по-моему, это не только просто по-человечески хорошо, но и с точки зрения комплаентности правильно. Врач и пациент должны действовать заодно в лечении.

У вас двое больших детей, расскажите о них.

Анастасия: Сыну Косте 17 лет, Алисе – 13. Костя – серебряный призер края по кикбоксингу, также увлекается хоккеем с шайбой и футболом. Алиса занимается народными танцами. Мы активная семья, и это относится не только к нам, но и к детям (смеется).

Мы постоянно видим вас в различных творческих и спортивных проектах. Как вам удается совмещать это все с работой?

Анастасия: Мы сами в шоке! Действительно, за время работы в Краевой больнице приняли участие в передаче «Поле чудес» на Первом канале, в игре «100 к 1» на телеканале «Россия». Этой весной оба участвовали в первом в Красноярске медицинском стендап-шоу «Смехотерапия». В июне удалось организовать чемпионат по миниволею в Железногорске совместно с инициативными ребятами Горно-химического комбината, где ККБ впервые приняла участие и представила сразу три команды. Получился очень яркий и запоминающийся турнир!

Ярослав: А мне еще удалось принять участие в чемпионате России по хоккею с шайбой среди врачей (кубок Гиппократ в Сочи), в чемпионате России по футболу среди врачей, который проходил в Москве. Очень много лет я не выступал на сцене... А этой весной мне удалось осуществить свое желание – исполнить на сцене под гитару военную песню на фестивале в честь 80-летия Великой Победы в КрасГМУ. Конечно, все переплетается: дежурства, тренировки, репетиции... Но, как говорится, «потом будет что вспомнить».

Анастасия: У медиков есть такое: работа, работа, работа! А как же колесо жизненного баланса?! Как же радость в семье, хобби, развлечения, спорт? Мы стараемся не делать одно в ущерб другому. И еще – нужно поддерживать друг друга, и все получится!



Иван и Кристина Блау

Хирург из четвертого поколения династии врачей и терапевт, которая пришла в профессию в самый пик пандемии, воспитывают двоих детей, развивают мастерство и получают удовольствие от всех сфер своей жизни.

Скажите, как вы познакомились?

Кристина: Я, будучи студенткой пятого курса лечфака, в сентябре 2017 года пришла работать медсестрой в Краевую клиническую больницу, в хирургию №1, куда меня долго уговаривали. А вообще, я должна была пойти работать в детскую больницу, так как планировала быть акушером-гинекологом. И вот примерно через месяц после начала работы сижу я грустная и уставшая на посту, тут приходит молодой доктор – Иван Викторович. Я подумала: симпатичный.

Иван: Я к этому моменту уже лет восемь работал здесь, с 2005-го. Пришел санитаром в отделение гемодиализа, потом медбратом в реанимации работал, интернатуру прошел при больнице, потом хирургом в приемном отделении, затем в первую хирургию устроился. Момент первого знакомства четко не помню. Могу сказать, что первое впечатление о Кристине было хорошее, очень светлое, она сразу мне понравилась.

Кристина, а какие у вас были первые впечатления, когда зашли в больницу?

Кристина: Здесь сразу было абсолютно комфортно, как дома. У меня вообще очень дружеские отношения в коллективе складываются всегда.

Иван, вы из хирургической династии, это накладывало какой-то определенный отпечаток ответственности?

Иван: Сначала да, но потом пришло осознание того, что я не должен равняться на своих предков, это их личные заслуги. Меня, конечно, бывало, сравнивали: у тебя такой дед, такой отец! Но я живу свою жизнь. Понятное дело, что спрос с меня был всегда больше, но я не заикливался.

Учились хорошо?

Иван: В целом хорошо, но тройки были. Не отрицаю, что школьное разгильдяйство присутствовало.

А выбор профессии все равно произошел под влиянием династии?

Иван: Я в этой больнице, можно сказать, вырос. Всегда хотел походить на

деда, он, Юрий Иванович, был для меня всегда очень авторитетным человеком. Было сразу видно, как к нему и к бабушке Раисе Георгиевне относились люди – с огромным уважением. Потом отец здесь работал. А поскольку дома была обширная медицинская библиотека, то учился читать на такой литературе, а не на сказках. Дома постоянно обсуждались медицинские проблемы, клинические случаи – все это витало в воздухе.

И в вашем вокабуляре наверняка были какие-нибудь словечки, которые вызывали удивление у сверстников?

Иван: Да, и не только у сверстников, даже моя родня до сих пор рассказывает такую историю: когда мы жили в Минусинске (отец попал по распределению туда после интернатуры), я нашел у папы книгу – то ли по кардиохирургии, то ли по сосудистой хирургии, выискал какой-то редко употребляемый термин. И когда папа пришел с работы с дежурства, я к нему сразу: «Что такое?» Отец попытался объяснить, но мне его объяснения не показались убедительными. Я дождался, когда дед прилетит по санзаданию в Минусинск, и уже к нему с этим же вопросом. Он был удивлен, ведь мне в тот момент было года четыре-пять.

Поступали легко?

Иван: Я бы так не сказал, все-таки между обычным школьным уровнем обучения и необходимым для поступления в медвуз есть большая разница, пришлось серьезно готовиться.

Кристина: А я поступила легко, я «ботаник», экзамены на пятёрки всегда сдавала.

У вас есть дети?

Кристина: Да, двое – Арсению 6 лет, Майе год. Сын заявляет, что будет кардиохирургом (смеется). Дома есть настоящие хирургические инструменты, они порой с Ваней ими зашивают игрушки. У нас видео есть, он там Мишку «оперирует» и бинтует. Однажды принес инструменты в садик, воспитатели были рады.

В стационаре ты можешь увидеть плоды своего труда: пациент поступил в одном состоянии, выписывается с улучшением – результаты налицо

**А семейные хобби?**

Кристина: Дача. Мы все любим природу, и дача дает возможность отвлечься от суеты, ведь любая больница – это всегда напряженная работа большого количества людей.

Кристина, вы всегда были стационарным терапевтом, а хотели бы поработать поликлиническим?

Кристина: Стационар – это мое. Здесь у меня большое пространство – как в смысле физическом, так и в смысле возможности для клинических действий: могу собрать консилиум, проконсультироваться с коллегами, привлечь диагностические мощности, есть время подумать. В поликлинике ты ограничен временными рамками и возможностями. В стационаре ты можешь увидеть плоды своего труда: пациент поступил в одном состоянии, выписывается с улучшением – результаты налицо. Очень сочувствую амбулаторным врачам, крайне трудная работа.

У вас есть такие пациенты, которые вам чем-то особенно запомнились?

Кристина: Вспоминаются двое ковидных пациентов. У меня же получилось так, что я только-только стала врачом, и грянула пандемия. Вы же помните, была такая ситуация, что пульмонологами на время становились разные врачи. Моим большим учителем в пульмонологии, да и вообще в медицине, стала Ирина Сергеевна Красовская – мой первый клинический руководитель и моя первая заведующая в красной зоне. Это было

в 2021-м, поступили двое тяжелых пациентов – дочь и 90-летний отец. Пришлось очень серьезно за них побороться, связываться с Москвой, заказывать дефицитный сурфактант. А спустя время мы получили запись со словами благодарности от Никиты Джигурды, он оказался их знакомым. Мы и сегодня общаемся с этими пациентами. И еще одного пациента с ковидом вспоминаю, его я вела уже под руководством Ольги Викторовны Боровик. С КТ-3 дедушка, тоже под 90 лет. Его дочка активно участвовала в лечении, боролась за отца, и мы его тоже вытащили. Он каждый день делает зарядку и, говорит, вспоминает меня.

Скажите, как вы относитесь к тому, что в вашей профессии нужно постоянно учиться?

Кристина: Я очень люблю это. Мне даже порой не хватает вебинаров, лекций.

Иван: В принципе, я тоже люблю, понимаю, что это неотъемлемая часть профессии, и уж коль ты хочешь быть крепким хирургом, то сегодня без, например, эндоскопической техники никуда.

Кристина: Да любит он учиться. Каждый раз, когда удастся поехать на семинар или конференцию, приезжает такой заряженный, глаза горят! Дома смотрит вебинары – все в порядке с обучением.

Вы можете назвать себя счастливыми людьми как на работе, так и дома?

Иван: Да, вполне. Однозначно.

Кристина: У нас полное взаимопонимание, гармония.



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

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

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ:

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



ФГБУ
«Национальный институт качества»
Росздравнадзора

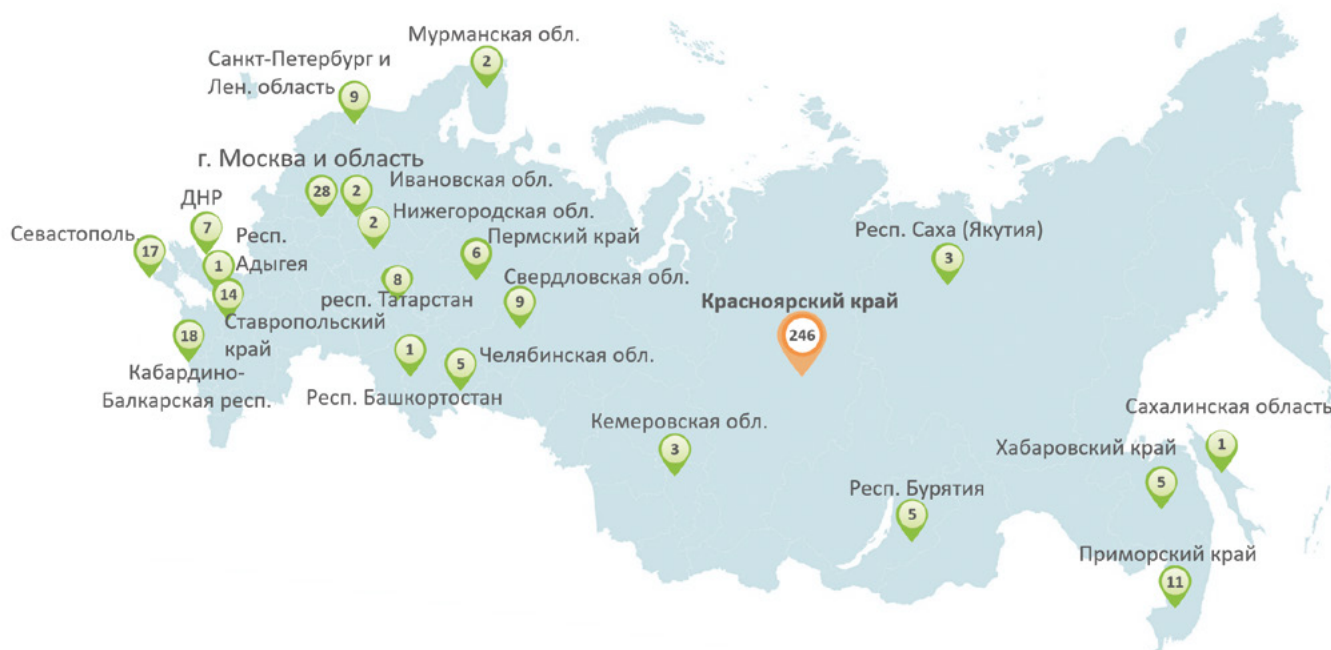


ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

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

2025

17-18 сентября 2025 года



Организационный комитет:

ПРЕДСЕДАТЕЛИ

Медведев Алексей Михайлович	заместитель председателя Правительства Красноярского края
Белоусова Юлия Борисовна	и.о. министра здравоохранения Красноярского края
Корчагин Егор Евгеньевич	главный врач КГБУЗ ККБ

СОСТАВ ОРГКОМИТЕТА

Чуваков Игорь Викторович	заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ ККБ
Дранишников Сергей Владимирович	консультант по СМК КГБУЗ ККБ
Головина Наталья Ивановна	заведующая отделом контроля качества оказания медицинской помощи, представитель руководства по качеству КГБУЗ ККБ
Петенёв Данил Игоревич	заместитель главного врача по финансово-экономической деятельности КГБУЗ ККБ
Николаева Надежда Михайловна	начальник отдела системы менеджмента качества КГБУЗ ККБ
Черкашин Олег Андреевич	руководитель центра информационного и документального обеспечения КГБУЗ ККБ
Прокина Лариса Николаевна	начальник отдела учета внебюджетных средств
Головач Сергей Александрович	начальник пресс-службы и редакции журнала «Первая краевая», КГБУЗ ККБ
Арбатская Евгения Михайловна	начальник отдела развития платных услуг
Мишанева Ирина Александровна	документовед пресс-службы и редакции журнала «Первая краевая», КГБУЗ ККБ

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

17 сентября 2025

09:00-09:45	Регистрация участников
09:45	Открытие конференции
09:00-09:45 12:00-12:45	Кофе-брейк
18:00	Завершение первого дня конференции

БОЛЬШОЙ КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ 1 (450 мест)**I. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОПРОСЫ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА**

Модераторы: Корчагин Егор Евгеньевич, Калибатов Рустам Михайлович				
№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
09:00-09:45 Приветственный кофе-брейк				
1	9:45-9:48	Котюков Михаил Михайлович	Приветственное слово	Губернатор Красноярского края
2	9:48-9:50	Медведев Алексей Михайлович	Приветственное слово	Заместитель председателя Правительства Красноярского края
3	9:50-9:55	Белоусова Юлия Борисовна	Приветственное слово	И.о. министра здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск
4	9:55-10:15	Шешко Елена Леонидовна	От контроля к управлению. Что мы ожидаем от больниц в рамках внедрения системы менеджмента качества	Заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва
10:15-10:20 Обсуждение. Ответы на вопросы				
5	10:20-10:40	Калибатов Рустам Михайлович	Роль министра здравоохранения в развитии регионального проекта по внедрению менеджмента качества. Важные аспекты поддержки медицинских организаций. Мотивация. Финансирование. Признание	Министр здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики
10:40-10:45 Обсуждение. Ответы на вопросы				
6	10:45-11:05	Корчагин Егор Евгеньевич	Региональный проект по внедрению системы менеджмента качества в медицинских организациях Красноярского края	Главный врач КГБУЗ ККБ, к.м.н., главный внештатный специалист по качеству МЗ КК, г. Красноярск
11:05-11:10 Обсуждение. Ответы на вопросы				
7	11:10-11:30	Тарасюк Евгений Сергеевич	Тиражирование лучших практик. Как реализовать это в своей клинике. Роль главного врача	Главный врач ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск
11:30-11:35 Обсуждение. Ответы на вопросы				
8	11:35-11:55	Печерей Иван Олегович	Претензионная работа с жалобами пациентов в медицинской организации	к.м.н., доцент, медицинский юрист, г. Москва
11:55-12:00 Обсуждение. Ответы на вопросы				
12:00-12:45 Кофе-брейк				
8	12:50-13:50	ДИАЛОГ ЭКСПЕРТОВ «2 на 2». Модератор: Швабский О.Р., эксперт по качеству		
8.1	12:50-13:20	Создание / внедрение системы менеджмента качества: дополнительные расходы или выгода? ● Калибатов Р.М., министр здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики ● Мухамадеев М.Ф., главный врач, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны ● Белоусова Ю.Б., и.о. министра здравоохранения Красноярского края ● Рахманкулова О.Ш., начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела		
8.2	13:20-13:50	Стандартизация клинических решений ● Радомир Бошкович, генеральный директор органа по оценке соответствия ICI (Дубай, ОАЭ), директор проектов ООО «Международный инновационный консалтинг» (Россия) и ALLAGES LLC (Сербия) ● Россейкин Е.В., главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ, г. Хабаровск ● Архипов А.С., заместитель главного врача по хирургии КГБУЗ «ККБ» ● Кеоссян В.Т., заведующий отделением микрохирургии		

17 сентября 2025

БОЛЬШОЙ КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ 1 (450 мест)		МАЛЫЙ ЗАЛ 2 (110 мест)		ЗАЛ «ТЕЗИС» (70 мест)	
14:00-17:00	Современные технологии в управлении персоналом. Модераторы: Михайлова Екатерина Вячеславовна, Корчагин Егор Евгеньевич	14:00-17:00	От сердца к сердцу: новые горизонты сестринского дела. Модераторы: Нефедова Светлана Леонидовна, Плечинта Светлана Игоревна, Игнатович Юлия Сергеевна	14:00-17:00	PROкачество: инструменты, решения, эффективность. Модераторы: Дранишников Сергей Владимирович, Азербайева Айжан Жунускановна
14:00-14:20	Современные тренды и тенденции в сфере HR. Михайлова Екатерина Вячеславовна , заместитель главного врача по кадрам КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	14:00-14:20	«Увидеть человека в пациенте», Караулова Евгения Олеговна , главная медицинская сестра БСМП, г. Набережные Челны, Нефедова Светлана Леонидовна , заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом – главная медицинская сестра, КГБУЗ ККБ, г. Красноярск	14:00-14:20	Как сделать успешной центральную районную больницу. Камилов Аделъ Ильдарович , главный врач ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ», Республика Коми, г. Усинск
14:20-14:25	Обсуждение. Ответы на вопросы	14:20-14:25	Обсуждение. Ответы на вопросы	14:20-14:25	Обсуждение. Ответы на вопросы
14:25-14:45	Статистика по трудоустройству медработников в РФ и по округам. Тенденции выбора работодателя и причины смены работы. Даниил Кравец , эксперт по работе с государственными компаниями «HeadHunter», г. Красноярск	14:25-14:45	Совершенствование сестринского ухода. Как создать замотивированную команду? Тихонова Светлана Николаевна , главная медицинская сестра Федерального кардиодиспансера, г. Хабаровск	14:25-14:45	Применение бережливых инструментов в улучшении процессов. Тихомирова Ирина Сергеевна , ведущий менеджер по развитию производства, Роскосмос, г. Железногорск
14:45-14:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	14:45-15:30	Пациентоориентированность – новый стандарт качества и безопасности в медицине. Игнатович Юлия Сергеевна , медицинская сестра ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ», наставник по пациентоориентированности, тренер тренингов для медицинского персонала, член Ассоциации медицинских сестер, г. Москва	14:45-14:50	Обсуждение. Ответы на вопросы
14:50-15:10	Новые кадры – новое поколение: синергия опыта и инноваций в борьбе с кадровым дефицитом здравоохранения. Готовы ли вы воспитать будущее отрасли? Павлов Ростислав Владимирович , и.о. главного врача Гатчинской клинической межрайонной больницы, г. Гатчина			14:50-15:10	Как подружиться стандартизация и цифровизация в решении задач клиники. Азеев Дмитрий Валентинович , руководитель отдела системы менеджмента качества, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства», г. Москва. Стеколыщикова Дарья Алексеевна , начальник отдела стандартизации процессов, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства», г. Москва
15:10-15:15	Обсуждение. Ответы на вопросы			15:10-15:15	Обсуждение. Ответы на вопросы

15:15-15:35	Управление изменениями в медицинской организации. Коучинг как культурный код организации. Гигель Лариса Яковлевна , психолог регионального центра компетенций ГБУЗ СО «ЕКПЦ», г. Екатеринбург	15:30-15:40	Опыт работы кабинета симуляционного обучения многопрофильного стационара. Ягушевская Ольга Леонидовна , медицинская сестра ГАУЗ «ОКБ №3», г. Челябинск	15:15-15:35	Обезбумаживание процессов многопрофильной больницы. Гостищев Роман Витальевич , заместитель главного врача по организационно-методической работе, и.о. заместителя заведующего филиалом ЧЛГ для ВВ, ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Первая Градская больница, г. Москва
15:35-15:40	Обсуждение. Ответы на вопросы			15:35-15:40	Обсуждение. Ответы на вопросы
15:40-16:30	Кофе-брейк				
16:30-17:40	Интерактивная дискуссия, где эксперты в управлении персоналом разберут реальные hr-кейсы медицинских организаций. Участники смогут услышать разные подходы в решении проблем. Модератор: Михайлова Е.В. , заместитель главного врача по кадрам КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	16:30-16:50	Инновационные подходы для формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского колледжа. Гасимова Венера Рифкатовна , заведующая отделением комплектования, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Казанский медицинский колледж», Республика Татарстан, г. Казань	16:30-16:50	Инновации и современные технологии в системе управления качеством. Опыт ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Гаянова Лилия Анасовна , ведущий специалист, ведущий аудитор отдела стандартизации и контроля качества ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан», г. Казань
		16:50-16:55	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:50-16:55	Обсуждение. Ответы на вопросы
		16:55-17:15	Врачи не Боги, но ангелы есть. Сестринский уход. Плечинта Светлана Игоревна , специалист регионального центра компетенции ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург	16:55-17:15	Не просто больница, а «доброе место»: как СМК создает среду, где дети меньше боятся лечиться. Гупалова Любовь Николаевна , начальник отдела СМК, КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», г. Красноярск
		17:15-17:20	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:15-17:20	Обсуждение. Ответы на вопросы
		17:20-17:40	Практикум. Гусева Оксана Геннадьевна , психолог отдела кадров КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	17:20-17:40	Опыт построения производственной системы. Боброва Екатерина Александровна , директор Департамента клиентского сервиса и производственной системы ООО «Клиника Будь здоров», г. Москва
17:40-17:45	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:40-17:45	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:40-17:45	Обсуждение. Ответы на вопросы
17:45	Окончание первого дня конференции				

18 сентября 2025

09:00-09:55, 12:05-13:00, 15:05-15:50

Кофе-брейк

19:10

Завершение конференции

БОЛЬШОЙ КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ 1 (450 мест)		МАЛЫЙ ЗАЛ 2 (110 мест)		ЗАЛ «ТЕЗИС» (70 мест)	
10:00-12:00	Качество без компромиссов: роль МИС и цифровых сервисов в системе менеджмента качества в медицинской организации. Секция 1. Как МИС меняет подходы к управлению качеством: успешные практики. Модераторы: Мартынов Александр Васильевич, Чесноков Александр Александрович, Черкашин Олег Андреевич	10:00-12:00	Нулевой вред: миф или реальность в хирургии? Модераторы: Архипов Артем Сергеевич, Башинский Олег Андреевич, Швабский Олег Рудольфович	10:00-12:00	Безопасность нового уровня: когда каждая деталь имеет значение. Модераторы: Радомир Бошковиц, Евгений Князев
10:00-10:02	Приветственное слово. Корчагин Егор Евгеньевич , главный врач КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	10:00-10:02	Внедрение современных стандартов безопасности в операционном отделении.	10:00-10:02	Безопасность среды. Быстрое воплощение идей в реальность и решения, приносящие большую пользу.
10:02-10:05	Приветственное слово. Мартынов Александр Васильевич , генеральный директор компании «СП. АРМ», г. Санкт-Петербург				
10:05-10:08	Приветственное слово. Чесноков Александр Александрович , руководитель группы рынка, компания «СП.АРМ», г. Санкт-Петербург				
10:08-10:10	Приветственное слово. Потылицин Антон Николаевич , заместитель начальника по информационным технологиям КМИАЦ Красноярского края				
10:10-10:30	«Цифровой контур здравоохранения края – настоящее и будущее». Потылицин Антон Николаевич , заместитель начальника по информационным технологиям КМИАЦ Красноярского края	10:20-10:25	Обсуждение. Ответы на вопросы	10:20-10:25	Обсуждение. Ответы на вопросы
10:30-10:50	Трансформация изнутри: как стандарты HIMSS перестраивают клинические процессы и культуру работы медицинской организации. Бахтин Михаил Юрьевич , помощник директора по медицинским информационным технологиям ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России, г. Санкт-Петербург	10:25-10:45	Снижение рисков и осложнений при оказании медицинской помощи в травматологическом центре. Башинский Олег Андреевич , главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» МЗ РФ, г. Курган	10:25-10:45	Контроль деятельности работников организаций пищевой промышленности. Дроздов Александр Викторович , эксперт по системам менеджмента качества, г. Москва

10:50-11:10	Инструменты для принятия врачебных решений как возможности интеллектуального развития МИС. Габбасова Ляля Адыгамовна , заместитель директора по общим вопросам, Университетская клиника МНОИ МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва	10:45-10:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	10:45-11:05	Бережливые технологии в безопасности среды. Сотникова Марина Валерьевна , руководитель центра, региональный Центр компетенций по внедрению технологий бережливого производства в отрасли здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск
		10:50-11:10	Применение подхода TWI при обучении ординаторов. Тогузаева Залина Хадисовна , главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Нальчик, село Хасанья, Кабардино-Балкарская Республика		11:05-11:15
		11:10-11:15	Обсуждение. Ответы на вопросы		
11:10-11:30	Корпоративная медицина. Домашенко Максим Алексеевич , главный врач, АНО «ЦКМСЧ» г. Магнитогорск	11:15-11:35	Безопасно ли «Безопасное акушерство?» Быков Аким Семенович , руководитель регионального центра компетенции ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург	11:15-11:35	Безопасная клиника: как создать среду без риска для пациентов и персонала. Гаврилов Илья Александрович , заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань
		11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы	11:35-11:40	Обсуждение. Ответы на вопросы
11:30-11:50	Цифровые помощники врача. Федосеев Марк Степанович , директор по развитию бизнеса ООО «РТМИС», г. Москва	11:40-12:00	Хирургическая безопасность. Каримова Резида Билимовна , главный врач, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «Медси 2», г. Москва	11:40-12:00	Энергетическая безопасность медицинской организации. Сергеев Александр Федорович , начальник энергетической службы, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск
11:50-12:05	Обсуждение всех докладов. Ответы на вопросы	12:00-12:05	Обсуждение. Ответы на вопросы	12:00-12:05	Обсуждение. Ответы на вопросы
12:05-13:00 Кофе-брейк					
13:00-15:05	Цифровые технологии – роль в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи. Секция 2. Роль искусственного интеллекта в трансформации подходов к качеству: цифровые решения для медицинских организаций. Модераторы: Черкашин Олег Андреевич, Бахтин Михаил Юрьевич, Матыцин Никита Олегович	13:00-15:05	Безопасность в каждой таблетке: как избежать фатальных ошибок. Модераторы: Омеляновский Виталий Владимирович, Корчагин Егор Евгеньевич	13:00-15:05	«Спасибо за жалобу! Инструкция по применению». Модераторы: Бортникова Полина Владимировна, Тарбастаев Алексей Григорьевич
13:00-13:02	Вступительное слово. Черкашин Олег Андреевич , руководитель центра информационного и документального обеспечения КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	13:00-13:20	Оценка технологий здравоохранения как инструмент повышения эффективности медицинской помощи. Омеляновский Виталий Владимирович , д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи» МЗ РФ, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения РМАНПО, г. Москва	13:00-13:20	О чем спрашивать пациентов, чтобы понять, чего им хватает или не хватает при оказании медицинской помощи. Тарбастаев Алексей Григорьевич , социолог здравоохранения, врач, к.м.н. по специальности «Организация здравоохранения, медицинская социология». Разработчик образовательных программ MBA в области устойчивого развития клиник, ведущий эксперт-практик консалтинговой группы ROST MED, г. Москва
13:02-13:22	Киберпомощник в белом халате: доведение врача до диагноза. Жук Вадим Сергеевич , руководитель медико-аналитического отдела, медицинский советник, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург				
13:22-13:27	Обсуждение. Ответы на вопросы	13:20-13:25	Обсуждение. Ответы на вопросы	13:20-13:25	Обсуждение. Ответы на вопросы

13:27-13:47	Комплексное развитие организации с ИИ: как технологии меняют жизнь клиники. Черкашин Олег Андреевич , руководитель центра информационного и документального обеспечения КГБУЗ «ККБ»	13:25-13:45	Фармакология и скальпель: единое целое на пути к лечению ран. Громова Галина Александровна , врач клинической фармакологии первой категории ГБУЗ Республики Карелия «Республиканский онкологический диспансер», г. Петрозаводск	13:25-13:45	Управление жалобами. Таут Диляра Фаязовна , эксперт по качеству и безопасности медицинской деятельности, ФГБУ «НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», г. Москва
13:47-13:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	13:45-13:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.	13:45-13:50	Обсуждение. Ответы на вопросы
13:50-14:10	Экспертизы ЭМК через искусственный интеллект. Ермилов Евгений Александрович , врач-невролог, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	13:50-14:10	Практический опыт организации безопасного обращения лекарственных средств в условиях амбулаторного центра диализа. Юрьева Ольга Владимировна , заместитель руководителя отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, заместитель руководителя Центра компетенции в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности на базе Обособленного подразделения №1, г. Санкт-Петербург, ООО «Б.Браун Авитум Руссланд Клиникс», эксперт Института качества Росздравнадзора, г. Санкт-Петербург	13:50-14:10	Быть публичным, открытым, популярным, благодарным и не сесть. Грязева Ульяна Владимировна , адвокат Адвокатской палаты Красноярского края, г. Красноярск
14:10-14:15	Обсуждение. Ответы на вопросы	14:10-14:15	Обсуждение. Ответы на вопросы	14:10-14:15	Обсуждение. Ответы на вопросы
14:15-14:35	«ИИ как ассистент клинического фармаколога: опыт внедрения в практику многопрофильного стационара». Прибыткова Ольга Владимировна , к.м.н., зав. отделением клинической фармакологии ГАУЗ «Областная клиническая больница №3», г. Челябинск	14:15-14:35	Лечебный процесс в соответствии с клиническими рекомендациями. Взгляд клинического фармаколога. Федоренко Анастасия Сергеевна , к.м.н., доцент, зам. главного врача по лечебной работе, зав. отделением клинической фармакологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, доцент кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) МЗ РФ	14:15-14:35	Система событий, как инструмент для создания клиентского сервиса. Солок Валерия Анатольевна , основатель сети клиник ПреАмбула, г. Москва
14:35-14:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	14:35-14:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.	14:35-14:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.
14:40-15:00	Развитие медицинского ИИ. Опыт Сбера. Ночёвкин Евгений Викторович , руководитель направления. Центр индустрии здоровья ПАО «Сбербанк»	14:40-15:00	ИИ и компьютерные программы – поддержка в лекарственной безопасности. Курац Евгения Михайловна , заведующая отделением клинической фармакологии КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск	14:40-15:00	Эффективные форматы медицинского видеоконтента. Бондарева Алена Александровна , специалист отдела кадров по связям с общественностью КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника №4», г. Красноярск

15:00-15:05	Обсуждение. Ответы на вопросы	15:00-15:05	Обсуждение. Ответы на вопросы	15:00-15:05	Обсуждение. Ответы на вопросы
15:05-15:50	Кофе-брейк				
15:50-18:25	Управление нежелательными событиями. Модераторы: Швабский Олег Рудольфович, Азербайева Айжан Жунускановна	15:50-18:25	3 секция. Как превратить МИС в эффективного помощника? Модератор: Чесноков Александр Александрович	15:50-18:25	Эпидемиологическая безопасность. Модераторы: Гаврилюк Алина Игоревна, Смирнова Светлана Сергеевна, Камшилова Вера Владимировна
15:50-16:10	«Когда что-то пошло не так: как мы выявляем, разбираем и предупреждаем ошибки». Иванова Анастасия Анатольевна , исполнительный директор сети «Клиника Фомина», г. Москва	15:50-15:55	Вступительное слово. Чесноков Александр Александрович , руководитель группы рынка, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург	15:50-16:10	Преаналитический этап микробиологических исследований: от мечты к реальности. Камшилова Вера Владимировна , к.б.н., заведующая бактериологической лабораторией КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича», главный внештатный специалист МЗ РФ по медицинской микробиологии Красноярского края, г. Красноярск
16:10-16:15	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:15-16:20	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:10-16:15	Обсуждение. Ответы на вопросы
16:15-16:35	Когда разбор нежелательного события в хирургии – увлекательное занятие. Мухаммадеев Марат Фанисович , главный врач, ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны	16:20-16:40	Переход от «внедрили» к «используем». Зачем нужна современная МИС? Конодо Денис Владимирович , руководитель региональных проектов, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург	16:15-16:35	Заключение микробиологического исследования. Где найти важную информацию. «Чтение антибиотикораммы. Наш опыт». Метелева Мария Александровна , врач-бактериолог бактериологического отдела клинко-диагностической лаборатории КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск
16:35-16:40	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:40-16:45	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:35-16:40	Обсуждение. Ответы на вопросы
16:40-17:00	Управление операционными рисками. Арановский Дмитрий Алексеевич , директор центра развития и управления эффективностью. Сибирского банка ПАО «Сбербанк», г. Новосибирск	16:45-17:05	Обучение сотрудников медицинских организаций работе в МИС: инструменты и подходы. Кильчевская Инна Александровна , руководитель отдела обучения, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург	16:40-17:00	Молекулярно-биологические исследования в подсистеме эпидемиологической диагностики ИСМП: значение, возможности, перспективы использования. Смирнова Светлана Сергеевна , ведущий сотрудник, руководитель Урало-Сибирского НМЦ по профилактике ИСМП ФБУН ФНИИВИ «ВИРОМ», Роспотребнадзора, к.м.н., г. Екатеринбург
17:00-17:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.	17:05-17:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.	17:00-17:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.

17:05-17:25	Трансформация к подходу учета нежелательных событий и повышение культуры безопасности в ООО «Клиника «Будь здоров». Сыртланова Эльза Раифовна , руководитель проектов системы менеджмента качества, ООО «Клиника «Будь здоров», г. Москва Литвинов Кирилл Владимирович , заместитель главного врача по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, ООО «Клиника «Будь здоров», г. Москва Боброва Екатерина Александровна , директор Департамента клиентского сервиса и производственной системы ООО «Клиника «Будь здоров», г. Москва	17:10-17:30	Прикладная разработка в МИС. Кларк Матвей , ведущий специалист по информационным системам, Hadassah Medical Moscow, г. Москва	17:05-17:25	Организация микробиологического мониторинга в условиях онкологического диспансера: планирование, управленческие решения, первые решения. Шелковникова Екатерина Владимировна , заведующая отделом СМК, КГБУЗ «КККОД им. А.И. Крыжановского»
17:25-17:30	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:30-17:35	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:25-17:30	Обсуждение. Ответы на вопросы
17:30-17:50	Роль главного врача при внедрении системы управления нежелательными событиями. Каримова Резида Билиновна , главный врач, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «Медси 2», г. Москва	17:35-17:55	СЭМДы. Кузнецова Милена , системный аналитик, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург	17:30-17:50	Опыт ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Барнаул) в использовании программы AMRcloud для оценки возбудителей перипротезной инфекции. Леонова Наталья Дмитриевна , врач-эпидемиолог, ФГБУ «ФЦТиОиЭ», г. Барнаул
17:50-17:55	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:55-18:00	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:50-17:55	Обсуждение. Ответы на вопросы
17:55-18:15	Человеческий фактор vs системные ошибки: кто виноват в медицинских инцидентах? Азербаета Айжан Жунускановна , официальный представитель АСQH на территории России, генеральный директор «Sankarai: Медконсалтинг», к.м.н., МВА, г. Москва	18:00-18:20	МИС qMS: инновационные технологии в руках врача. Донцова Елена Юрьевна , руководитель методического отдела, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург	17:55-18:15	Диагностика ИСМП на примере нозокомиальных пневмоний. Гаврилюк Алина Игоревна , заведующая эпидемиологическим отделом, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск
18:15-18:20	Обсуждение. Ответы на вопросы	18:20-18:25	Обсуждение. Ответы на вопросы	18:15-18:20	Обсуждение. Ответы на вопросы
18:20-18:45	Дискуссия «Управление нежелательными событиями». Модератор: Швабский Олег Рудольфович Участники: Бошкович Радомир, Князев Евгений Геннадьевич, Корчагин Егор Евгеньевич, Матыцин Никита Олегович, Мухаммадеев Марат Фанисович	18:25-18:45	Организация и проведение профилактических мероприятий в медицинской системе «qMS». Кичеева Ирина Анатольевна , системный аналитик, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург		
18:45-18:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	18:45-18:50	Обсуждение. Ответы на вопросы		
18:50-19:10	Завершение конференции				

Стандарты общения в приемном отделении стационара как важная часть оказания медицинской помощи



Андрей Александрович Газенкампф,
к.м.н., доцент, заведующий стационарным
отделением скорой медицинской помощи
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»,
г. Красноярск,
e-mail: gasenkampf_md@mail.ru



Егор Евгеньевич Корчагин,
к.м.н., главный врач КГБУЗ
«Краевая клиническая больница»,
г. Красноярск,
e-mail: eekor@mail.ru



Актуальность темы

Вопросу коммуникации медицинского сообщества и пациентов в современной литературе уделяется большое внимание. Известное выражение «слово лечит» имеет реальное практическое обоснование. Уважение, доверие и эмпатия имеют решающее значение для общения между врачом и пациентом, снижают уровень недовольства, способствуют лучшему выполнению врачебных рекомендаций. Кроме того, это влияет на решения, которые пациенты принимают в отношении своего лечения [1, 2].

В построении диалога с пациентом или его родственником (представителем, сопровождающим и пр.) различные авторы выделяют несколько основных проблем [3]:

- **Ошибочный выбор приоритетной темы.** Мы часто даем много информации вместо одной-двух ключевых позиций. Это мешает собеседнику, не являющемуся специалистом в теме обсуждения, уловить суть проблемы.

Уважение, доверие и эмпатия имеют решающее значение для общения между врачом и пациентом

- **Неуместное использование терминов и формулировок.** Не нужно забывать, что собеседник не владеет профессиональным лексиконом. Важно уметь строить диалог на доступном пациенту уровне.

• **Отсутствие консенсуса и партнерства между врачом и пациентом.** Ключевое значение имеет первоначальная позиция медицинского работника в диалоге. Если пациент чувствует со стороны медицинского работника недовольство, раздражение,

агрессию, эти эмоции возвращаются нам, возведенные в степень. То же самое и в обратной ситуации: если мы транслируем желание помочь, построить продуктивный контакт, то пациенты и их родственники с удвоенной силой будут помогать нам в этом.

- **Скомканный финал общения.** Очень важный аспект. В любом разговоре лучше всего запоминается его окончание. Именно с тем, что пациент или его родственник услышит от нас последним, он останется в своих мыслях. Как раз эту информацию он будет так или иначе

интерпретировать. Поэтому так важно, чтобы последние наши слова были четкими, выверенными, доступными для понимания и несли основную мысль всего предшествующего диалога.

Необходимо понимать, что общение с пациентом не сводится исключительно к разговору с врачом. На различных этапах оказания медицинской помощи с пациентами, их родственниками, сопровождающими и т.д. коммуницирует большое количество сотрудников медицинской организации – от охранника на входе в клинику до санитаря в оперблоке. И, без преувеличения, каждая фраза, каждая эмоция, транслируемая сотрудником клиники, может иметь значимый эффект на весь процесс лечения.

Отдельного внимания требует вопрос общения с пациентами и их родственниками в приемном отделении (ПО). Как правило, это экстренные обращения, связанные с высоким уровнем стресса, что увеличивает риск возникновения конфликтных ситуаций. Кроме того, это место первого контакта пациента с медицинской организацией, от которого во многом зависит общее представление о клинике, формируется уровень доверия всему персоналу.

В этом аспекте имеют значение как уровень эмпатии сотрудников ПО, так и стандартизация различных вариантов общения.

Стандартизация процесса

При подготовке формализованных фраз необходима серьезная работа специалиста по вербальному общению [4]. Форма вопроса должна быть направлена на получение необходимой информации в четкой формулировке, без необходимости дополнительных уточнений, так как фактор времени крайне важен.

Краевая клиническая больница Красноярского края – одна из первых в России медицинских организаций, кто встал на путь стандартизации своей деятельности [5]. Этот процесс не обошел стороной и коммуникативные аспекты медицинской помощи.

В качестве документального закрепления порядков и алгоритмов в нашей организации используется «Стандарт учреждения» (СТУ), включающий в себя: описание процессов в виде квалиграмм, рабочие инструкции, дополнительные материалы, необходимые для оказания медицинской помощи.

На первом этапе создания любого СТУ формируется рабочая группа. Важно, что любой СТУ разрабатывается непосредственными участниками процесса – теми, кто знает, как все происходит

сейчас, и представляет, как должно быть в идеальной ситуации. Создание неработающего, далекого от реальности, СТУ не только бесполезно, но и может приносить ощутимый вред для организации.

В контексте темы общения с пациентом, его законными представителями, сопровождающими в приемном отделении, состав такой группы должен быть следующий:

- заведующий отделением;
- представитель администрации, курирующий работу ПО;
- психолог – штатный (предпочтительно!) или привлеченный извне;
- сотрудники отделения, непосредственно контактирующие с пациентами (родственниками, сопровождающими) на различных этапах. Они могут выполнять роль консультантов при обсуждении конкретных вопросов. Важно помнить, что это не только врачи, но и прежде всего медицинские регистраторы, средний, младший медицинский персонал и др.;
- возможно участие представителей смежных служб (диагностические службы, врачи-консультанты, охрана, уборщики и пр.). Опять же, их привлечение требуется при обсуждении конкретных вопросов.

Изучение собственных проблем

Для создания рабочего, а не формального документа необходимо понимать основные проблемные точки в обсуждаемом процессе.

В контексте вопроса коммуникации, в поиске ключевых проблем мы используем несколько источников:

- **Жалобы (внешние и внутренние) в адрес ПО.** Касательно любых вопросов. Важно понимать, что наибольшее количество жалоб пациентов и их родственников возникает по причине дефекта коммуникации.
- **Инциденты, зарегистрированные по работе ПО.** В нашей клинике развит институт фиксации инцидентов, в том числе связанных с проблемами общения как между различными службами, так и с пациентами или их родственниками. Часто это позволяет выявить проблему, которую «принято замалчивать» по разным причинам.
- **Благодарности в адрес ПО.** Знать свои сильные стороны тоже полезно. Это позволяет использовать опыт конкретных сотрудников в выстраивании общения, а также строить часть процесса стандартизации вокруг какого-либо уже успешно функционирующего элемента.

Кроме изучения внутренней ситуации, важно

Наличие
формализованных
фраз помогает, прежде
всего сотруднику,
правильно донести
необходимую
информацию, экономит
время пациента,
снижает вероятность
недопонимания
со стороны пациентов
и их родственников



понимать, что происходит за пределами вашей организации.

Безусловным плюсом в проработке стандарта будет пример других учреждений. Хороший опыт – обращение в качестве пациента в различные как государственные, так и частные учреждения. Частная медицина, не секрет, более пациентоориентирована, но и сами пациенты иначе относятся к персоналу и всему процессу лечения в учреждении, в котором они непосредственно платят за оказание услуг. (Это, кстати, любопытный парадокс – пациент менее конфликтен, когда находится в платной клинике. Далее в статье будут разобраны основные примеры конфликтных ситуаций. В частной медицине они встречаются значительно реже. С чем это связано? С тем, что пациент четко понимает, за что он платит, и не требует большего? Тема, интересная для обсуждения, но за рамками данной статьи.)

Наблюдая за общением с пациентами в частных клиниках, необходимо понять – что из увиденного можно перенести в вашу клинику, работающую, скорее всего, в совершенно другом режиме, в других условиях, возможно, с другим контингентом пациентов.

Посещение бюджетных учреждений – хороший взгляд со стороны на собственные процессы. Кроме того, поиск «лайфхаков» при решении проблем, схожих с вашими.

Еще один прием анализа текущей ситуации в ПО – «тайный покупатель». Мы общаемся со всеми коллегами, кто, по какой-то причине, обращался в ПО. Они замечают много интересного, хотя не

всегда говорят об этом, соблюдая определенную корпоративную этику.

Возможно попросить знакомого вам человека обратиться, например, с жалобами на кашель или боль в животе, фиксируя при этом обозначенные заранее моменты (фразы, которые будут говорить ваши сотрудники, эмоциональную составляющую разговоров, поведение сотрудников в отношении других коллег и пр.).

Подобный анализ изнутри чаще неприятен – он выводит наружу те, казалось бы, небольшие, но сложно решаемые проблемы, которые есть у всех, но о которых неприятно говорить. Смотреть своим слабостям в лицо всегда сложно, но – необходимо, если вы хотите исправить ситуацию.

Основные «точки напряжения»

По нашему опыту, в процессе работы ПО есть несколько «стандартных» точек возможного возникновения эмоционального напряжения, спорных моментов, конфликтных ситуаций. Проработка и стандартизация этих моментов, на наш взгляд, позволяет избегать проблем со стороны пациентов и их родственников (сопровождающих).

1. Общение пациента с медрегистратором.

- Как правильно задавать вопросы, чтобы получить точный и верный ответ.
- Как объяснить пациенту, зачем такой объем информации необходим для регистрации.
- Что сказать родственнику/сопровождающему, когда пациента увезли на обследование / в смотровую.

- Информация для сопровождающих при госпитализации пациента (куда им обращаться далее, с кем контактировать, как узнавать о состоянии пациента и пр.).
- В каком объеме и при каких условиях возможна передача информации родственникам про пациентов, находящихся на обследовании в ПО в момент обращения (в том числе – по телефону).

2. При плановой госпитализации частая ситуация – отсутствие необходимых условий для госпитализации (различных, в зависимости от того, как выстроен процесс в клинике). Как правильно объяснить пациенту, почему госпитализация в настоящий момент невозможна, куда направить его для дальнейшего решения вопроса.

3. Общение с пациентом при медицинской сортировке (в нашем отделении это первый контакт пациента с медицинским работником).

- Цель сортировки (зачем измерять сатурацию, если болит нога?). При этом, конечно, сотрудник не должен рассказывать о трех потоках, важности самой сортировки и т.п. Но он должен кратко и вежливо пояснить необходимость этих быстрых, но важных мероприятий. (Аналогичные ситуации могут возникать на любом этапе оказания медицинской помощи – пациент должен понимать, зачем ему проводят то или иное обследование, процедуры и т.п.).
- Подписание информационного согласия. Часть пациентов с опасением относятся к подписанию каких-либо документов. Важно быстро и емко объяснить им основные моменты, указанные в согласии, для чего это необходимо именно на этом этапе.
- Использование идентификационного браслета. Этот момент четко прописан в нашем СТУ – существуют конкретные фразы, которые должен произнести сотрудник (*Идентификация пациентов* (СТУ 1.1-2021, ред. 3). Этот опыт показывает, что наличие формализованных фраз помогает, прежде всего сотруднику, правильно донести необходимую информацию, экономит время пациента, снижает вероятность недопонимания со стороны пациентов и их родственников.
- Разъяснение порядка дальнейших событий, которые будут происходить с пациентом в ПО (вас повезут туда-то, осмотр займет примерно столько-то времени и пр.). Пациент в таком случае с первых минут нахождения в ПО видит выстроенный процесс оказания медицинской помощи, не чувствует себя «потерянным», понимает, что и как будет происходить.

4. Обращение пациента с жалобой/возмущением.

Объектом такого обращения может быть любой сотрудник, независимо от сути проблемы. Например, по поводу длительного ожидания врача пациент может жаловаться медицинскому регистратору на несогласие с выставленным диагнозом – фельдшеру на посту сортировки и т.д.

- вызов, при необходимости, ответственного врача (критерии такой необходимости?);
- предоставление книги жалоб (должна быть в свободном доступе и иметь презентабельный вид – два эти момента уже снижают «градус» жалобы);
- предоставление номеров и контактов ведомств и служб для обращения (при этом хорошо, если есть внутренняя служба клиники, осуществляющая работу с жалобами, мы первично даем именно эти контакты).

5. Агрессивное поведение пациента или посетителя

- вербальный контакт (успокоить, а не спровоцировать усиление конфликта);
- вызов внутренней службы безопасности (действия представителей службы безопасности тоже должны быть прописаны и четко регламентированы, это отдельный, необходимый документ);
- вызов службы быстрого реагирования (кто должен вызывать, как, при каких обстоятельствах).

6. Работа с пациентами с нарушением зрения, слуха, маломобильными пациентами. В нашей клинике существует стандарт работы с такой категорией людей, в котором прописаны действия сотрудников в момент обращения пациента на КПП при въезде на территорию ККБ.

7. Информирование родственников/сопровождающих об ухудшении состояния пациента или его смерти. Очень тонкий, эмоционально сложный момент, имеющий, кроме прочего, важные юридические аспекты. Безусловно, он требует проработки и стандартизации. В нашем отделении выделено специальное помещение для подобных разговоров с родственниками. Общение всегда происходит в присутствии ответственного врача или заведующего отделением.

Формализация действий персонала при перечисленных выше моментах, во-первых, помогает самим сотрудникам не растеряться в нестандартной ситуации и выполнить верные действия; во-вторых, препятствует возникновению и развитию конфликтной ситуации.

Как уже говорилось выше, большинство конфликтных ситуаций возникают в результате

неправильного построения общения сотрудника медицинской организации с пациентом или его родственником. Чтобы избежать подобных проблем, наравне с документальным закреплением происходящих в ПО процессов (СТУ) необходимо обучение персонала коммуникативным навыкам, развитие у сотрудников эмпатии – способности на когнитивном уровне понимать эмоциональное состояние собеседника и соответственно на него реагировать. Это большая и сложная работа, которая начата в нашей клинике, но о результатах которой пока рано говорить.

Чаще всего мы сталкиваемся со следующими конфликтными ситуациями:

- **Длительное время нахождения пациента в ПО.** В нашем случае время закреплено в соответствующем СТУ, на которое мы ссылаемся. Важно не просто предоставить документ, необходимо, чтобы любой сотрудник мог доступно объяснить, с чем связано такое время нахождения в отделении.
- **Отказ в госпитализации при отсутствии показаний либо необходимость перетранспортировки в другой стационар.** Здесь реакция пациента/сопровождающего во многом зависит от формы донесения информации врачом, оформляющим выписку. Какие фразы говорить, какие аргументы приводить, на что ссылаться. Лучше потратить некоторое количество времени на объяснение пациенту, чем получить конфликт и жалобу.
- **Желание сопровождающего находиться рядом с дееспособным пациентом в течение всего времени обследования.** Это часто мешает работе. Мы решаем эту проблему максимальным и своевременным предоставлением информации родственнику о ходе обследования.

Необходимо обучение персонала коммуникативным навыкам

Заключение

На момент написания данной статьи единственный стандарт с прописанными речевыми модулями, касающийся работы ПО, в нашей клинике – это стандарт по идентификации пациентов, где прописано, что и как нужно говорить при надевании браслета пациенту (о нем уже упоминалось выше).

Есть речевые инструкции для регистраторов поликлиники ККБ, работников контакт-центра. На основе этих документов в текущий момент прописываются инструкции для медицинских регистраторов экстренного и планового приема пациентов.

Для медицинских регистраторов там же прописан порядок сбора информации. В настоящий момент

идет работа по сопровождению этих действий стандартными фразами, формализованными вопросами.

Подводя итог вышесказанному, можно констатировать следующее:

1. Вопросы коммуникации медицинских работников с пациентами и их родственниками (сопровождающими) в приемном отделении крайне важны с точки зрения оказания всего комплекса медицинской помощи.
2. Формализация и стандартизация действий персонала, в том числе – создание речевых модулей, являются необходимой частью работы ПО в рамках повышения качества оказываемой медицинской помощи.
3. Общепринятых подходов к проведению данной работы в доступном информационном поле в настоящий момент нет, что требует обсуждения и консолидации мнений на общероссийском уровне.

Список литературы:

1. Сайно О.В., Морунов О.Е. Психология общения врача и пациента / Лечебное дело № 3 2019 с. 54-59 DOI: 10.24411/2071-5315-2019-12141
2. Лихтерман Л.Б. Общение с пациентом – неотделимо от врачевания / Нейрохирургия и неврология Казахстана / №4 (65). с 47-49 DOI: 10.53498/24094498_2021_4_47
3. Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шубина Л.Б., Шикина И.Б. Проблемы коммуникации врача и пациента / Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» / Social aspects of Population Health - 2023;69(3) DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-2
4. Макарова О.В., Хвощ Р.Н. Лингвометодический аспект формирования коммуникативной компетенции будущего врача / Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – №77(3). – с. 152-155.
5. Корчагин Е.Е. Как совместить качество и эффективность лечебного процесса // Стандарты и качество. – 2017. – №11. – с. 50-53

Сложные вопросы фиксации и оценки хирургических осложнений



П.Г. Шнякин,
врач-нейрохирург, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой травматологии, ортопедии
и нейрохирургии ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого», руководитель регионального
сосудистого центра ККБ

Любой современный организатор здравоохранения должен придерживаться открытой и честной фиксации всех нежелательных событий, происходящих в клинике. Потому что даже небольшие проблемы, сознательно скрывааемые или пассивно умалчиваемые, постепенно накапливаясь, могут привести к непредсказуемым последствиям.

Хирургические осложнения – особая категория неблагоприятных событий, которые всегда происходили и будут происходить, пока существует хирургия. Это связано с тем, что осложнения, в отличие от хирургических ошибок, являются комплексными событиями, определяемыми как действиями врача, так и особенностями и индивидуальными реакциями пациента. Поэтому полностью от осложнений избавиться нельзя, но можно снизить их до того уровня, когда хирургическое вмешательство становится относительно безопасным.

Большинство хирургов на конференциях, конгрессах, симпозиумах или в частных беседах придерживаются позиции не скрывать своих осложнений, а наоборот – представлять и обсуждать свой негативный опыт для предотвращения подобного у коллег. Однако на деле все оказывается не вполне так. Достаточно посмотреть отчет любого отделения хирургического профиля, и окажется, что количество осложнений меньше не только российских, но и мировых показателей. Это говорит о том, что у российских врачей не сформировалась культура фиксации и открытого обсуждения неблагоприятных событий. Что бы они ни говорили на публику, каждый про себя

знает, что за озвучивание хирургического осложнения может последовать не тщательный разбор и меры профилактики на будущее, а простой поиск виновных.

Есть и другой аспект, связанный с успешностью хирургов и их самомнением, на которое бросает тень случившееся осложнение как «хирургическая неудача». Чем более амбициозен хирург, тем менее он склонен признавать осложнения. Я знаю пару хирургов, которые искренне считают, что после их операций не бывает осложнений. При таких «установках» очень сложно внедрять систему фиксации и анализа осложнений в клинике.

Из уроков истории мы знаем, что социализм не удалось построить в отдельной стране, по аналогии с этим фиксация и учет осложнений должны внедряться не на уровне некоторых отделений, а целиком во всей клинике. Если одно «сознательное отделение» начнет фиксировать все свои осложнения, то на фоне «отсутствия» осложнений у всех остальных, скорее всего, это продлится недолго. Никто не хочет быть «плохишом».

Поэтому для администратора представляется

более верным наказывать не за наличие и учет осложнений, а за их отсутствие. Потому что отсутствие хирургических осложнений – это всегда либо их неучет, либо сокрытие, что в обоих случаях неприемлемо.

При этом важно, чтобы позиция администрации «не карать за осложнения», а пытаться разобраться и принять организационные меры была не только на словах. Достаточно один раз «размазать» врача, признавшего случившее осложнение (даже по его вине), и можно поставить крест на всей теме. Сарафанное радио в больнице работает быстро.

Следующий шаг на пути к фиксации осложнений – определиться, что считать таковыми. Дело в том, что в этом вопросе мнения ученых расходятся. Принципиально существует два подхода к понятию «осложнения операции»:

1. Осложнение – это любое нежелательное периоперационное событие, которое не должно было случиться, если бы все прошло по «идеальному сценарию». При этом для пациента это не обязательно связано с ухудшением состояния или прогнозом заболевания. Пример из нейрохирургии: гематома в ложе удаленной опухоли мозга, которая не оказывает отрицательного влияния на состояние пациента, не требует операции и впоследствии самостоятельно резорбируется. При «идеальном сценарии» никакой гематомы в ложе опухоли быть

не должно, а значит, это осложнение операции.

2. Осложнение – это любое нежелательное периоперационное событие, которое ухудшает состояние пациента, требует дополнительного лечения или хирургического вмешательства и/или ухудшает прогноз заболевания. Например, гематома в ложе удаленной опухоли мозга, которая вызвала неврологический дефицит и потребовала хирургического удаления.

То есть в первом случае мы фиксируем все, даже асимптомные отклонения от нормального периоперационного течения, а при втором подходе только те, которые реально «осложняют» состояние пациента. В обоих позициях есть своя правда, однако ключевое в том, что такие разные подходы приведут к разной частоте осложнений: намного больше при первом подходе, чем при втором.

Выход из такой дилеммы есть: вообще не выбирать одну из двух позиций, а вместо этого использовать имеющиеся современные классификации хирургических осложнений. В настоящее время в хирургии наиболее широко используется классификация, предложенная французским хирургом-гепатологом Clavien в 1992 году, впоследствии модифицированная разными авторами. В настоящее время наиболее часто используют данную классификацию в модификации Dindo.

Классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo

Степень	Определение
I	Любые отклонения от нормального течения послеоперационного периода, которые не требуют лекарственного, оперативного, эндоскопического или радиологического лечения. Допускается возможность назначения анальгетиков, антипиретиков, электролитов, диуретиков, физиотерапии.
II	Требующие лечения медикаментозными препаратами, помимо допускаемых для I класса осложнений, а также переливания крови и парентерального питания.
III IIIA IIIB	Требующие хирургических, эндоскопических, радиологических вмешательств. Вмешательства без общего обезболивания. Вмешательства под общим обезболиванием.
IV IVA IVB	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС), требующие лечения в отделениях интенсивной терапии/реанимации. Дисфункция одного органа. Полиорганная недостаточность.
V	Смерть пациента.

Как видно из данной классификации, в ней учитываются и асимптомные осложнения (I степень), и осложнения, ухудшающие состояние пациентов, вплоть до летального исхода (V степень).

Данная классификация не привязана к какой-либо конкретной хирургической специальности и может быть внедрена на уровне всей клиники. Однако, как замечено рядом исследователей, это по большей части не классификация осложнений, а классификация методов устранения осложнений (тактико-ориентированная классификация). Тем не менее с позиции администратора больницы она представляет интерес как некий общий срез осложнений по всем отделениям хирургического профиля.

При этом для заведующего каким-то конкретным хирургическим отделением она менее значима. Для него не так важно знать, сколько осложнений подходят под градацию II или III, а существеннее конкретное количество осложнений по каждой нозологии. Поэтому в идеале руководителям хирургических отделений необходимо вести учет осложнений по классификации Clavien-Dindo для общих аналитических показателей больницы, а для профилактической работы в своем отделении вести учет конкретных осложнений.

К примеру, в нейрохирургическом отделении №3 за октябрь зафиксировано 15% осложнений I степени, 10% осложнений II степени, 7% осложнений III степени, 2% осложнений IV степени и 0% осложнений V степени. При этом: послеоперационные кровоизлияния – 8%, ликворея – 4%, нарастание неврологического дефицита – 6%, инфекционные осложнения – 7%, ТЭЛА – 5%.

Следующим сложным вопросом является период фиксации осложнений. В хирургии принято считать осложнением операции неблагоприятное событие, случившееся в первые 30 дней после вмешательства. Именно за этот период наиболее возможно выявить прямую связь между выполненной операцией и развившимся осложнением. Однако осложнения нередко встречаются и за пределами 30 дней, и даже за пределами нескольких месяцев и лет после операции. Между разными исследователями нет согласия, как на-

зывать неблагоприятные события, связанные с операцией, которые развились через несколько месяцев или лет после вмешательства. Некоторые исследователи предлагают в таких случаях использовать понятие «последствие операции», а не «осложнение».

Период фиксации осложнений определяет их частоту: чем более продолжительный период наблюдения, тем неминуемо большая частота осложнений. И это касается не только месяцев или лет наблюдения, а более короткого срока. Приведем пример пациентов, которым выполняются операции на центральных базах и в федеральных клиниках, где нередко внедрена система FAST-track, и выписка на долечивание происходит через 3–4 дня после операции. При этом некоторые осложнения, в том числе инфекционно-воспалительные, развиваются через 5 и более дней после операции. Поэтому такие пациенты с развившимися инфекционными (или иными) осложнениями в дальнейшем поступают в региональные клиники по месту жительства.

При отсутствии обратной связи у специалистов с центральных баз может сложиться искусственно заниженное представление о количестве осложнений их операций.

Такой же механизм может происходить и в региональных клиниках – при развитии послеоперационных соматических осложнений. Пациент с развившейся после выписки уроинфекцией, гастропатией или ТЭЛА попадет

на соматические койки этого или другого стационара, и эти осложнения не будут учтены в структуре осложнений хирургического отделения. К примеру, в одном исследовании было доказано, что 44% ТЭЛА развиваются между 7-м и 21-м днем после нейрохирургической операции. К этому времени большая часть пациентов уже выписывается из нейрохирургического стационара, поэтому статистика по частоте послеоперационной ТЭЛА может быть занижена.

В завершение хочется отметить, что есть и другие проблемы в оценке хирургических осложнений, однако нужно с чего-то начинать, и вышеобозначенные вопросы имеют первоочередную важность, потому что без ответа на них остальные шаги по пути фиксации и анализа осложнений не будут иметь под собой прочной основы.

44% ТЭЛА развиваются между 7-м и 21-м днем после нейрохирургической операции. К этому времени большая часть пациентов уже выписывается, поэтому статистика по частоте послеоперационной ТЭЛА может быть занижена

Проблематика обработки персональных данных в учреждении здравоохранения



Н.С. Черниченко,
инженер по защите информации
КГБУЗ «ККБ»

С начала 2025 года многими электронными ресурсами активно распространяются новости и предостережения об усилении ответственности за нарушение закона в области обработки персональных данных, однако о том, что именно представляет собой «нарушение закона», информации крайне мало. Что же кардинально изменилось для сферы здравоохранения с начала года? Давайте разбираться.

К

Условно всю информацию, обозреваемую в рамках статьи, можно разделить на предназначенную для специалистов по информационной безопасности учреждения здравоохранения, и рекомендации для медицинских работников. Для специалистов по информационной безопасности не секрет, что нововведения в законодательстве являются результатом анализа набравших проблем в сфере обработки персональных данных, решение которых искали также и в 2024 году, аналогично усилив ответственность за нарушение закона. Резкое усиление ответственности за нарушение требований закона в области обработки персональных данных обусловлено, в том числе, резким ростом утечек данных граждан России. Так, по данным, предоставленным компанией InfoWatch, в 2024 году из российских компаний утекло 1,581 миллиарда записей персональных данных, что на 30% больше в сравнении с 2023 годом, когда в открытом доступе оказалось 1,202 миллиарда записей персональных данных.

В 2024 году из российских компаний утекло 1,581 миллиарда записей персональных данных, что на 30% больше в сравнении с 2023 годом

Если затрагивать тему наиболее уязвимых отраслей, то лидирующей является сфера торговли – как классический ритейл, так и онлайн-торговля через маркетплейсы и интернет-магазины. Сфера здравоохранения хоть и не является лидером по утечкам персональных данных, однако значительно отличается не количеством, а качеством обрабатываемых персональных данных. Таким образом, в ч. 16 ст. 13.11 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях отдельно установлена ответственность за действия (или бездействие) организации, повлекшие неправомерную передачу (предоставление, распространение, доступ) информации, включающей специальную категорию персональных данных, которая представляет собой наложение административного штрафа:

- на должностных лиц в размере от миллиона до миллиона трехсот тысяч рублей;
- на юридических лиц – от десяти миллионов до пятнадцати миллионов рублей.

Стоит отметить, что в сравнении с другими категориями персональных данных для специальной

категории Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях в качестве критерия для штрафа не установлено количество субъектов персональных данных, чьи персональные данные утекли. В связи с чем с юридической точки зрения ответственность, предусмотренная ч. 16 ст. 13.11 КоАП РФ, может наступить при утечке персональных данных одного субъекта персональных данных и более. За повторное деяние, описанное ч. 16 ст. 13.11 КоАП РФ, установлена ответственность ч. 18 ст. 13.11 КоАП РФ, а именно наложение административного штрафа на должностных лиц от миллиона пятисот тысяч до двух миллионов рублей; на юридических лиц – от одного до трех процентов совокупного размера выручки, полученной от реализации всех товаров (работ, услуг), за календарный год, предшествующий году, в котором было выявлено административное правонарушение, но не менее двадцати пяти миллионов рублей и не более пятисот миллионов рублей.

Отдельно от вышеперечисленного законодательством Российской Федерации выделяется использование организациями иностранных мессенджеров для передачи персональных данных граждан России. Федеральный закон №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» устанавливает запрет на передачу персональных данных через иностранные мессенджеры, список которых был опубликован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (далее – Роскомнадзор), в него попали WhatsApp, Telegram, WeChat, Discord, Snapchat, Skype, Microsoft Teams, Threema, Viber. Передача персональных данных через иностранные мессенджеры подпадает под статью 13.11.2 КоАП РФ «Незаконное использование принадлежащих иностранным юридическим лицам и (или) иностранным гражданам информационных систем и (или) программ для электронных вычислительных машин» и влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в



размере от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до семисот тысяч рублей.

На просторах новостных ресурсов активно обсуждается опубликованный пресс-службой Роскомнадзора первый случай наказания организации за передачу персональных данных гражданина России через один из иностранных мессенджеров. С доказательствами нарушения закона банком, название которого не раскрывается, в Роскомнадзор обратилась жительница Москвы. В ходе разбирательства выяснилось, что сотрудник банка вопреки запрету отправил с корпоративного номера сообщение клиенту через WhatsApp. В результате судебного разбирательства банк был признан виновным по статье 13.11.2 КоАП и оштрафован на 200 тыс. рублей за коммуникацию с клиентом через WhatsApp.

Федеральный закон №149-ФЗ запрещает госучреждениям передавать персональные данные граждан РФ через иностраные мессенджеры

Что нужно учесть специалисту по информационной безопасности учре-

ждения здравоохранения в первую очередь, чтобы уменьшить вероятность наказания за нарушение закона в области обработки персональных данных? Представляем чек-лист по минимальному внутреннему контролю соблюдения закона в области обработки персональных данных учреждения здравоохранения по версии Службы безопасности Краевой клинической больницы с поправкой на новейшие изменения.

Требование нормативного акта	Что рекомендуется проверить
Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»	
Обработка персональных данных (ПДн) должна осуществляться на законной и справедливой основе	1. Все ли процессы обработки ПДн учтены 2. Правовую основу обработки ПДн 3. Соответствие обрабатываемых ПДн целям обработки 4. Формы согласий на обработку ПДн
Операторы персональных данных обязаны не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом	1. Соответствуют ли права доступа пользователей к использованию ПДн принципу наименьших полномочий 2. Соответствуют ли выданные доступы для внешних субъектов принципу наименьших полномочий 3. Наличие инструкций, регламентирующих обработку персональных данных в вашей организации 4. Проведено ли обучение пользователей в соответствии с инструкциями из п.3
Федеральный закон от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»	
Запрещено использовать иностранные мессенджеры госучреждениям для передачи ПДн граждан РФ	1. Используются ли иностранные мессенджеры для общения с гражданами от лица организации 2. Регламентирован ли в организации запрет использования мессенджеров для передачи ПДн
Федеральный закон от 01.04.2025 №41-ФЗ «О создании государственной информационной системы противодействия правонарушениям, совершаемым с использованием информационных и коммуникационных технологий, и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»	
Запрещено использовать иностранные мессенджеры госучреждениям для информирования граждан РФ	1. Используются ли иностранные мессенджеры для общения с гражданами от лица организации 2. Регламентирован ли в организации запрет использования иностранных мессенджеров для общения с гражданами от лица организации

Если для специалиста по информационной безопасности после прочтения чек-листа ситуация стала немного понятнее, то что требуется от простого работника медучреждения, для того чтобы не быть привлеченным к ответственности за разглашение персональных данных и не подставить свою организацию?

От работника требуется соблюдать несколько простых правил:

1. Знать и соблюдать требования инструкций, регламентирующих обработку персональных данных в вашей организации. Набор инструкций для конкретных организаций может отличаться, однако обобщенно – это локальные акты

организации, в которых описаны правила безопасной обработки персональных данных как с использованием компьютера, так и без него. В них описывается порядок ваших действий при возникновении ситуаций разного характера. Настоящие инструкции важно знать, поскольку ответственность за действия над персональными данными, доступ к которым получен для исполнения служебных обязанностей, несете лично вы как должностное лицо организации.

2. Не использовать публичные мессенджеры для:

- передачи персональных данных (любая информация, которая относится к конкретному человеку, например, его имя, адрес, телефон, дата рождения, медицинские данные и т.д.);
- передачи данных, если это нарушает врачебную тайну (обязательство врача хранить в секрете всю информацию о здоровье пациента, в том числе факт обращения за медицинской помощью), чтобы с настоящей информацией никто не мог ознакомиться без согласия пациента;
- переписки с пациентами с целью консультирования.

Под публичным мессенджером понимается приложение или платформа для обмена сообщениями, доступная широкой аудитории, где любой пользователь может отправлять и получать сообщения без ограничений (WhatsApp, Telegram, MAX и др. – примеры типичных публичных мессенджеров).

3. Использовать только те способы связи с пациентами, которые установлены локальными актами вашей организации. К примеру, в Краевой клинической больнице на официальном сайте реализован личный кабинет пациента с входом через Госуслуги. Через данный личный кабинет можно получить доступ ко всей информации о пройденных обследованиях и процедурах в Краевой клинической больнице. Такой способ получения информации пациентом снимает необходимость поиска и получения информации «неофициальными» путями, используя знакомых среди работников учреждения.

Возникает вопрос: «Почему же мессенджер



В Краевой клинической больнице на официальном сайте реализован личный кабинет пациента с входом через Госуслуги. Через данный личный кабинет можно получить доступ ко всей информации о пройденных обследованиях и процедурах в Краевой клинической больнице

MAX тоже нельзя? Он же наш отечественный и, наверное, безопасный». По просьбам наших читателей уделим внимание мессенджеру MAX отдельно.

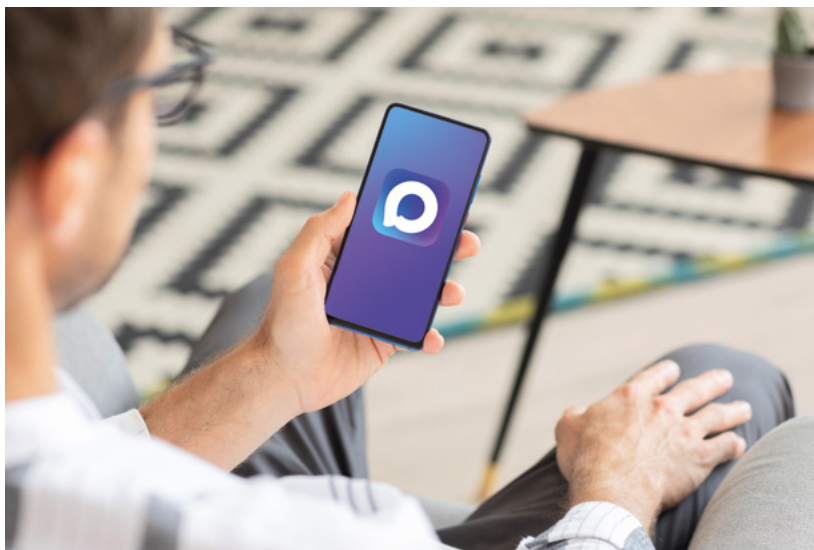
12 июля 2025 года Правительство Российской Федерации определило соответствующим распоряжением №1880-р, что создание и функционирование многофункционального сервиса обмена информацией обеспечиваются ООО «Коммуникационная платформа», которое обладает исключительным правом на программу для электронных вычислительных машин «Цифровая платформа MAX» (так звучит официальное название мессенджера MAX). О чем это говорит? Лишь о том, что цифровая платформа MAX будет использоваться для создания многофункционального сервиса обмена информацией на основании 156-ФЗ «О создании многофункционального сервиса обмена информацией и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», принятого в июне 2025 года – только будет использована в дальнейшем.

Ранее мы определились, что Федеральный закон №149-ФЗ запрещает госучреждениям пере-

Ранее мы определились, что Федеральный закон №149-ФЗ запрещает госучреждениям пере-

давать персональные данные граждан РФ через иностранные мессенджеры. И раз уж мы рассматриваем вопрос использования отечественного мессенджера, то нельзя не упомянуть Федеральный закон от 01.04.2025 №41-ФЗ, статья 15 которого устанавливает запрет на использование госучреждениями мессенджеров, принадлежащих иностранным юридическим лицам и (или) иностранным гражданам, для информирования граждан РФ. Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что мессенджер МАХ не запрещен законодательством для общения с гражданами РФ от лица организации, и это будет правдой. Однако Служба безопасности КГБУЗ «ККБ» предостерегает от принятия поспешных решений в отношении мессенджера МАХ.

Рассмотрим более подробно, что подразумевается под понятием «общение с гражданами РФ от лица организации». Хорошим примером общения через мессенджер от лица организации является переписка через аккаунт организации.



Мессенджер МАХ решает вопрос соблюдения запрета на иностранные мессенджеры для госучреждений, однако не решает проблему защиты персональных данных и не снимает ответственности за ее обеспечение

Таким аккаунтом является профиль, созданный на организацию непосредственно; профиль, созданный на работника через корпоративный номер телефона либо же профиль, используемый на основании официального внутреннего

распоряжения (или иного документа) организации. Отмечу, что использование любого мессенджера (даже МАХ) через личный аккаунт с личным номером телефона (даже для передачи персональных данных) является личной перепиской и подпадает под ответственность за разглашение персональных данных, а не за использование иностранного мессенджера, так как запрет на иностранные мессенджеры не установлен для физических лиц.

Резюмируя вышеизложенное, отмечу, что медучреждению все-таки можно переписываться с гражданами РФ в мессенджере МАХ от лица организации, и это правда, но только отчасти. Безусловно, мессенджер МАХ решает вопрос соблюдения запрета на иностранные мессенджеры для госучреждений, однако не решает проблему защиты персональных данных и не снимает ответственности за ее обеспечение. Например, насущными проблемами остаются: идентификация собеседника – как отличить мошенника от настоящего пользователя; защита каналов передачи данных; защита данных, хранимых на мощностях владельца мессенджера; защита устройств, как правило, личных, используемых для передачи данных, и многое другое.

Составленные нами рекомендации как для специалистов по информационной безопасности, так и для простых работников, к сожалению, являются только «верхушкой айсберга» и не решают всех проблем, создающих риски быть привлеченным к ответственности за несоблюдение требований законодательства в области персональных данных. Однако рекомендации включают именно те проблемы, в отношении которых в настоящее время имеют место быть реальные кейсы. Мероприятия по обеспечению законности и безопасности обработки персональных данных в медицинском учреждении можно сравнить с геометрическим элементом «прямая». Подобно ему у таких мероприятий нет ни начала, ни конца, однако так

же, как и «прямая» для геометрической системы, такие мероприятия являются фундаментальными для построения системы информационной безопасности организации.

Клинический случай глютеновой энтеропатии у пациентки с болезнью Крона



Марина Витальевна Песегова,
к.м.н., заведующая отделением
гастроэнтерологии КГБУЗ «ККБ»



Арпине Гарегиновна Хроян,
врач отделения гастроэнтерологии
КГБУЗ «ККБ»

Целиакия – иммуноопосредованное системное заболевание, которое возникает в ответ на употребление глютена или соответствующих проламинов генетически предрасположенными индивидуумами и характеризуется наличием широкой комбинации глютензависимых клинических проявлений, специфических антител: антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG), антител к эндомизию (EMA), антител к деамидированным пептидам глиадина (anti-DGP), а также с наличием HLA-DQ2 или HLA-DQ8 гаплотипов и энтеропатии [1].

Эпидемиология

Скрининговые сплошные эпидемиологические исследования, проведенные за последние 35 лет с использованием высокочувствительных серологических методов, свидетельствуют о том, что частота целиакии в странах Европы и Северной Америки достигает 1% (1:100).

В нашей стране крупных эпидемиологических исследований до настоящего времени не проводилось. Предполагаемая частота заболевания в России может составлять 1:100 – 1:250. Соотношение между диагностированными и недиагностированными случаями составляет 1:5 – 1:13 [2].

Этиология

Основным этиологическим фактором развития целиакии является белковый компонент злаковых культур – глютен. Это объединенное в медицинской литературе понятие, включающее белки глиадины, секалины и хордеины. Эти молекулы представляют собой длинные полипептидные цепи с высоким содержанием глутамина и пролина, что

обуславливает их устойчивость к воздействию желудочных, панкреатических и кишечных протеиназ, а также оказывающих иммуноопосредованное действие.

В настоящее время накоплено достаточно данных, позволяющих расценивать целиакию как генетически детерминированное заболевание.

Доказана ассоциация целиакии с антигенами главного комплекса гистосовместимости человека (HLA), расположенными на 6p21-хромосоме. Гаплотип HLA-DQ2 выявляется у 90-95% пациентов, HLA-DQ8 – у остальных 5-10% [3-5].

Патогенез

Глютен (содержащий в себе белок глиадин), попадая в организм человека, частично расщепляется протеазами в тонкой кишке, затем в процесс включается тканевая трансглутаминаза, которая частично деамирирует глиадин (т.е. заменяет аминокислоту глутамин на глутаминовую кислоту). Под воздействием деаминации в молекуле глиадина формируются отрицательно заряжен-

ные частицы глиадина, которые способствуют прочному соединению с антигенсвязывающим участком HLA DQ2 молекулы с CD4⁺ Т-лимфоцитом. И благодаря этой взаимосвязи развивается иммуновоспалительный процесс в слизистой оболочке тонкой кишки (СОТК).

Активированные CD4 клетки продуцируют провоспалительные цитокины (IFN γ , IL10, IL15, IL21), повреждающие энтероциты, а также стимулируют В-лимфоциты к продукции антител к глиадину (AGA), тканевой транскламиназе (anti-TG) и структурам СОТК (эндомизину, ЕМА), которые попадают в системную циркуляцию и могут быть выявлены при проведении серологического исследования.

Провоспалительные цитокины с током крови могут распространяться далеко за пределы кишечника, в то же время образующиеся иммунные комплексы могут быть выявлены как в СОТК, так и в других органах и тканях, включая печень, головной мозг и периферические нервы, лимфатические узлы, почки, кожу, что в совокупности определяет многообразие (системность) клинических проявлений целиакии [6].

Ассоциация с ВЗК: в настоящее время научно не доказано, что ВЗК повышает риск развития целиакии и что целиакия может повышать риск развития ВЗК [7].

Классификация

По форме заболевания выделяют симптомную (типичную) целиакию, бессимптомную (нетипичную) и рефрактерную.

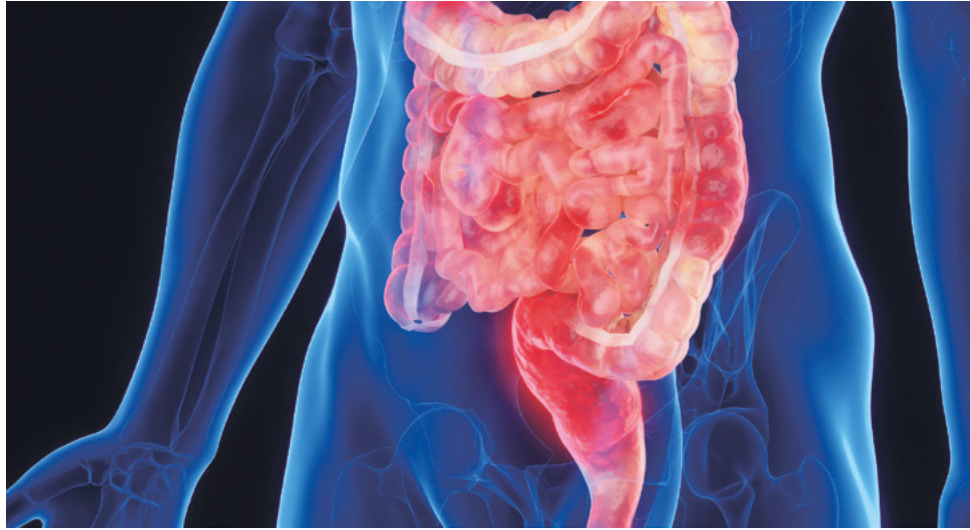
Периоды заболевания различаются на латентный, клинической манифестации и ремиссии (полной/неполной) – клинической, серологической, эндоскопической [8].

Клиническая картина

Классическая клиническая картина характерна только для 1/3 пациентов.

К характерным проявлениям заболевания относятся: синдром мальабсорбции (диарея, потеря массы тела, белковая недостаточность, гипо- и авитаминозы); гастроинтестинальный синдром (боли в животе, диспепсия, повышение трансаминаз и гепатомегалия). Внекишечные проявления: нарушения минерального обмена, железодефицитная анемия, герпетиформный дерматит Дюринга (герпетиформные скопления зудящих иссушенных папул и везикул на коже).

Неспецифические симптомы: головная боль, хроническая усталость, запоры, хейлиты, полинейро-



патии и др.

Также имеют место быть ассоциированные с целиакией заболевания: сахарный диабет I типа, аутоиммунные заболевания щитовидной железы, болезнь Аддисона, нарушения репродуктивной функции, мозжечковая атаксия, эпилепсия, идиопатическая дилатационная кардиомиопатия, аутоиммунный миокардит, синдром Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Вильямса, ревматоидный артрит, первичный билиарный холангит, аутоиммунный гепатит и холангит, селективный дефицит IgA и др. [9,10].

Диагностика

Клинические проявления – УД В.

Серологические маркеры – УД А.

- Выявление антител класса IgA (при первичном серологическом обследовании с учетом частой ассоциации целиакии с селективным дефицитом IgA).

- Определение уровня специфических антител класса IgG (anti-tTG, ЕМА, antiDPG) у пациентов с подтвержденным низким уровнем общего IgA. Антитела IgA к тканевой транскламиназе (anti-IgA-tTG) являются основным тестом для выявления целиакии в любом возрасте, а также для скрининга бессимптомного члена семьи первой степени родства при неуточненном повышении аминотрансфераз в сыворотке крови.

Все серологические тесты должны проводиться, когда пациенты находятся на глютенсодержащей диете (УД А).

Скрининговые серологические тесты на целиакию рекомендуются пациентам с аутоиммунными и эндокринологическими заболеваниями (группы риска) без изменения диеты (УД А).

Дополнительное генетическое исследование: HLA-DQ2/DQ8 (УД В). Отрицательный результат теста на HLA-DQ2/DQ8 делает диагностику цели-

аки очень маловероятной (положительное прогностическое значение > 99%) и должен использоваться для исключения целиакии перед решением проведения глютенной нагрузки.

Тестирование HLA-DQ2/DQ8 должно использоваться при:

- положительной серологии и отсутствии гистологических изменений;
- отрицательной серологии, но наличии гистологических изменений;
- имеющих других аутоиммунных и генетических заболеваний.

Не рекомендуется как рутинный метод диагностики [9,11].

Эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (УД А).

- Приблизительно у 1/3 диагностированных случаев целиакии эндоскопический вид является полностью нормальным, что не позволяет использовать ЭГДС в качестве основного диагностического метода. Поэтому при подозрении на целиакию биопсия должна проводиться даже тогда, когда эндоскопический вид ДПК нормальный (УД А).
- Четыре биопсии из 4-х квадратов нисходящей и еще 1 или две из луковицы ДПК.
- Оценка слизистой по шкале Marsh.
- Видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ) обладает высокой чувствительностью (89%) и специфичностью (95%) по сравнению с обычной ЭГДС (92% против 55%), однако неатрофические поражения (Marsh I-II) могут не обнаруживаться. Результаты ВКЭ позволяют выявить стеноз, эрозии, язвы и исключить лимфому, аденокарциному, язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) (УД В). [9, 12].

Лечение

Пациенты с целиакией должны придерживаться безглютеновой диеты всю жизнь (УД А), а также продуктов, содержащих «скрытый» глютен. Овес безопасно переносится большинством пациентов, но его применение должно быть осторожным (УД В).

Пациентам следует рекомендовать придерживаться диеты с высоким содержанием клетчатки, дополненной цельнозерновым рисом, кукурузой, картофелем и достаточным количеством овощей (УД В).

Сопутствующая терапия в виде коррекции нарушений, связанных с мальабсорбцией: альбумин, витамины, электролиты и т.д. (УД В). [9,11,13,14]

В медикаментозном лечении нуждаются только пациенты с рефрактерной целиакией, имеющей тяжелое течение с гиповолемией, тяжелой водянистой диареей, ацидозом, гипокальциемией

и гипоальбуминемией. Применение глюкокортикоидных препаратов (ГКС) рекомендуется при белково-энергетической недостаточности и в качестве заместительной терапии при надпочечниковой недостаточности (УД В).

Если пациенты способны принимать пероральные лекарства, на начальном этапе может применяться будесонид в стандартной суточной дозе 9 мг в течение 4-8 недель с постепенным снижением суточной дозы до 6 мг и 3 мг до полной отмены (УД В). Или преднизолон 40-60 мг перорально один раз в день с постепенным снижением дозы до полной отмены (УД В).

При нарушениях белкового и водно-электролитного обмена рекомендуется посиндромная терапия, в тяжелых случаях – парентеральное питание (УД В). [15,16]

● Клинический случай

Пациентка С., 54-х лет, с 2010 года наблюдалась амбулаторно в поликлинике по поводу железодефицитной анемии неясной этиологии. Регулярно принимала препараты железа с временной положительной динамикой.

В марте 2019 года на фоне антибактериальной терапии появился многократный (до 10 раз в сутки) стул (6-7 тип по Бристольской шкале), кал при этом был без патологических примесей. Была обследована в гастроэнтерологическом отделении ККБ.

Лабораторно: железодефицитная анемия (до 110 г/л), ускоренное СОЭ (до 20 мм.час), незначительное повышение СРБ (до 10 мг/л), гипопротейнемия (до 58 г/л), гипоальбуминемия (до 32 г/л). Кальпротектин – 1200 мкг/г.

Исключены: острые инфекционные заболевания, клостридиальная инфекция, специфический процесс.

По результатам колоноскопии: полигональные язвы в терминальном отделе подвздошной кишки, восходящем отделе толстой кишки. Гистологически картина не противоречила диагнозу болезни Крона.

По ФГС, УЗИ брюшной полости, МСКТа брюшной полости клинически значимых отклонений выявлено не было.

В результате обследований диагностирована болезнь Крона в форме илеоколита, выявлена впервые, атака средней степени тяжести.

Начата терапия преднизолоном (1 мг/кг), азатиоприном (2 мг/кг), затем был прописан месалазин (3 г/сут.) и симптоматическая терапия. На фоне лечения достигнута положительная клинико-лабораторная динамика, пациентку выписали.

В августе 2019 года после полной отмены СГКС возобновилась диарея (до 2-4-х раз в сутки), кал был так же без патологических примесей, затем постепенно присоединились повышенное газообразование, боли в животе. К врачам не обра-

щалась. Продолжала прием азатиоприна (100 мг/сут.) и месалазина (3 г/сут.).

В сентябре 2022 года произошло прогрессирование болевого и диспепсического синдромов. При амбулаторном обследовании (колоноскопии) в терминальном отделе подвздошной кишки вновь выявлены множественные язвы. Гистологически – картина материала, взятого из края язвенного дефекта. ФГС – афты в нисходящем отделе ДПК, антральный атрофический гастрит. Гистологически – эрозивный гастрит. УЗИ – диффузные изменения в поджелудочной железе. Лабораторно – железодефицитная анемия (до 100 г/л), ускоренное СОЭ (до 32 мм.час), незначительное повышение СРБ (до 9 мг/л), гипопроотеинемия (до 57 г/л), гипоальбуминемия (до 31 г/л).

Пациентка была проконсультирована гастроэнтерологом, атака болезни Крона расценена как средней степени тяжести, возобновлен прием СГКС из расчета 1 мг/кг веса. Однако при постепенном снижении дозы гормонов пациентка стала отмечать усиление болей в животе и возобновление жидкого стула, тогда как при возврате к прежней дозе самочувствие улучшалось.

В декабре 2022 года ее повторно осмотрел гастроэнтеролог, ситуация была расценена как стероидозависимость. Определены показания для назначения биологической терапии – препаратом выбора являлся устекинумаб из расчета 360 мг в/в кап., затем 90 мг п/к 1 раз в 12 недель.

По состоянию на октябрь 2023 года на фоне проводимой терапии состояние оценивалось как удовлетворительное, жалоб не было, стул в норме. Лабораторно отмечалось повышение билирубина (до 25,5 мкмоль/л), в остальном клинически значимых изменений не выявлено. Кальпротектин 98 мкг/г. Рекомендован поиск паразитарной инвазии.

В ноябре 2023 года в кале были выявлены яйца описторха. В феврале 2024-го женщину госпитализировали в ГЭО ККБ. УЗИ брюшной полости и ФГС патологии не выявили. Колоноскопия показала в терминальном отделе подвздошной кишки единичные эрозии. Лабораторно: билирубин в норме. В стационаре пациентке была проведена дегельминтизация бильтрицидом. Выписана с рекомендациями продолжить терапию устекинумабом в прежнем режиме.

В июле 2024 года – возобновление вздутия живота, кашицеобразного (6 тип по Бристольской шкале) стула (до трех раз в сутки) без патологических примесей, отека стопы (пастозность стоп). Все эти симптомы пациентка связывала с погрешностями в питании. Самостоятельно она исключила из своего меню бобовые и свежие фрукты – эффекта не было.

В ноябре 2024 года ее госпитализировали в гастро-

энтерологию ККБ для исключения обострения болезни Крона. Лабораторно: гипокалиемия – 3,26 ммоль/л, гипопроотеинемия – 62 г/л, альбумин в норме, ускоренное СОЭ – до 17 мм.час. Кальпротектин 50 мкг/г.

УЗИ брюшной полости показало умеренные диффузные изменения в печени, диффузные изменения в поджелудочной железе.

ФГС – луковицу ДПК без деформации. Слизистая гиперемирована слабо, с участками гиперплазии, множественными эрозиями. Ретробульбарный отдел: слизистая розовая, ворсинки сглажены, участки гиперплазии, взята биопсия. Экспресс-тест на НР (уреазный тест) дал отрицательный результат.

Заключение

Целиакия под вопросом. Дуоденит с признаками гиперплазии слизистой. Эрозивный бульбит с участками гиперплазии слизистой. Гистологически: фрагмент слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с атрофией ворсин, местами гиперплазией крипт, густой диффузной лимфоидной инфильтрацией с примесью сегментоядерных нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов. При окраске по Крейбергу: слизиобразующие клетки присутствуют. При окраске по Романовскому-Гимзе: контаминация *Helicobacter pylori* отсутствует.

Морфологическая картина возможна при целиакии. Окончательный диагноз после ИГХ-исследования.

Учитывая нормальный уровень кальпротектина, колоноскопию (эрозии терминального отдела подвздошной кишки) от февраля 2024 года, подозрения на целиакию, от повторного исследования (колоноскопия) решено воздержаться.

МСКТа брюшной полости: гепатомегалия. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника с преимущественным поражением L4-L5. L5-S1.

Исследованы антитела к тканевой трансглутаминазе IgA- положительные.

ИГХ: данных за лимфопрлиферативные изменения не выявлено. Картина соответствует стадии Marsh 3A (деструктивная, частичная атрофия ворсинок) – гистологическая картина возможна при целиакии.

На основании клинической картины, результатов гистологического исследования, положительных антител к тканевой трансглутаминазе IgA пациентке был поставлен диагноз: целиакия, типичная форма, период клинической манифестации; болезнь Крона в форме илеоколита, ремиссия. Биологическая терапия устекинумабом с декабря 2022 года. Эрозивный бульбит, Н.р. (отриц).

Рекомендована аглютенная диета, ИПП, устеки-

нумаб в прежней дозировке, симптоматическая терапия.

Пациентка была осмотрена в динамике через 1,5 месяца, купирован диспепсический синдром, стул 1-2 раза в сутки 5 тип по Бристольской шкале. Лабораторно клинически значимых изменений не выявлено.

Выводы

Целиакия является уникальной патологией среди аутоиммунных заболеваний, поскольку проявляется только при воздействии экзогенного фактора. Заболевание, которое когда-то считалось редким, становится значимой проблемой здравоохранения во всем мире ввиду роста распространенности.

Дебют целиакии может быть не только в детстве, полиморфная клиническая картина способна затруднять диагностический поиск.

Не существует «золотого стандарта» для диагностики целиакии. Окончательный диагноз основывается на сочетании диагностических критериев: 1) типичные признаки и симптомы (диарея и мальабсорбция); 2) позитивность антител; 3) позитивность HLA-DQ2 или HLA-DQ8; 4) повреждение кишечника (т.е. атрофия ворсинок и незначительные поражения); 5) клинический ответ на безглютеновую диету.

Поздняя диагностика значительно увеличивает риск развития серьезных осложнений, таких как бесплодие, остеопороз, неврологические нарушения и др. Рефрактерное течение заболевания чаще приводит к развитию Т-клеточных лимфом ввиду постоянного воспаления в слизистой оболочке. Установленные пациенту ранее гастроэнтерологические заболевания не противоречат возможности возникновения у него целиакии, диагностический поиск должен продолжаться при исключении обострения основного заболевания.

Список литературы:

1. Calado J., Machado M.V. Celiac disease revisited. GE Port. J. Gastroenterol. 2021, 29, 111–124.
2. Бельмер С.В. Эпидемиология целиакии: факты и выводы. Лечащий врач. Медицинский портал. 28.02.2013. <https://www.lvrach.ru/2013/01/15435596/>
3. Shan L., Molberg O., Parrot I., Hausch F., Filiz F., Gray G.M., Sollid L.M., Khosla S. Structural basis for gluten intolerance in celiac sprue. Science 2002 297 (5590): 2275-9.
4. Wolters V.M., Wijmenga C. Genetic background of celiac disease and its clinical implications. Am J Gastroenterol. 2008; 103:190–5.
5. Vermeulen B.A., Hogen Esch C.E., Yuksel Z., Koning F., Verduijn W., Doxiadis II., Schreuder G.M., Mearin M.L. Phenotypic variance in childhood coeliac disease and the HLA-DQ/DR dose effect. Scand J Gastroenterol. 2009; 44(1):40-5
6. Alaedini A., Green P. Narrative Review: Celiac Disease: Understanding a Complex Autoimmune Disorder. Ann Intern Med. 2005; 142:289-298
7. Maria ines pinto-sanchez, caroline L. Seiler, nancy santesso, armin alaedini, carol semrad. Association between inflammatory bowel diseases and celiac disease: A systematic review and meta-analysisclinical—alimentary tract. Volume 159, issue 3.P.884-903.E 31september 2020.
8. Клинические рекомендации РФ. Целиакия. 2016 г.
9. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Принят на 42-й Научной сессии ЦНИИГ (2 и 3 марта 2016 г.)
10. Saccone G., Berghella V., Sarno L., Maruotti G.M., Cetin I., Greco L. et al. Celiac disease and obstetric complications: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2016; 214(2):225–34.
11. Downey L., Houten R., Murch S., Londson D. Recognition, assessment, and management of coeliac disease: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2015; 351:h4513.
12. Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabó I et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020 Jan; 70(1):141-156. doi: 10.1097/MPG.0000000000002497
13. Greco L., Romino R., Coto I et al. The first large population based twin study of coeliac disease. Gut. 2002 May; 50(5):624-8.
14. Volta U., Caio G., Boschetti E., Giancola F., Rhoden K.J., Ruggeri E., et al. Seronegative celiac disease: Shedding light on an obscure clinical entity. Dig Liver Dis. 2016 Sep;48(9):1018-22. DOI: 10.1016/j.dld.2016.05.024.
15. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Орешко Л.С. Рекомендации по диагностике и лечению целиакии взрослых //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 5 (выпуск 117).
16. Mukewar S.S., Sharma A., Rubio-Tapia A., et al. Open-capsule budesonide for refractory celiac disease. Am J Gastroenterol 2017; 112: 959–967.
17. Rubio-TapiaA., Hilll.D., KellyC.P., Calderwood A.H., MurrayJ.A. American College of Gastroenterology Clinical Guideline: diagnosis and management of Celiac Disease //Am J Gastroenterol. 2013 May; 108(5): 656–677

Гиперчувствительный пневмонит: опасность, скрытая в увлажнителе воздуха

И.В. Демко^{1,2}, И.С. Красовская¹, Э.С. Евдокименко¹, Д.А. Аникин^{1,2}, С.В. Зеленый¹, А.А. Пузина¹, Е.А. Вербицкая¹, Н.В. Гордеева^{1,2}, А.А. Новикова¹, М.Г. Мамаева^{1,2}, Е.С. Торгунакова^{1,2}

1. КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

2. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Гиперчувствительный пневмонит (ГП) – иммуноопосредованное интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), при котором происходит поражение легочной паренхимы и мелких дыхательных путей, развивающееся у предрасположенных лиц в результате иммуноопосредованной реакции в ответ на ингаляционное воздействие антигена [1, 2].



Длительное время ГП считался редким заболеванием, но в результате совершенствования диагностических технологий и эпидемиологических исследований оказалось, что это одно из наиболее частых ИЗЛ после саркоидоза и идиопатического легочного фиброза [1, 2].

Гиперчувствительный пневмонит приводит к поражению в первую очередь бронхиального дерева, преимущественно терминальных бронхов, и характеризуется интерстициальной инфильтрацией мононуклеарными клетками, наличием неказеозных гранул [1, 4].

Клиническая диагностика заболевания затруднена из-за отсутствия четких критериев. Часть признаков неспецифична и может встречаться при других интер-

Источники влаги, такие как увлажнители, испарители, кондиционеры и др., становятся потенциальными резервуарами плесневых грибов – этиологического агента гиперчувствительного пневмонита

стициальных заболеваний легких [4].

В 60% случаев не удастся установить этиологический фактор и его источник, несмотря на тщательный сбор анамнеза. Описано более 200 антигенов, способных быть причиной развития ГП [2, 3]. В подавляющем большинстве случаев к числу «виновных» антигенов относятся гриб-

ковые, бактериальные, животные либо низкомолекулярные химические соединения. Существенная доля ГП относится к профессиональным заболеваниям, так как источником антигенов являются факторы внешней среды на рабочем месте («легкое фермера», «легкое работников саун», «легкое краснодеревщиков» и др.) [3].

Другой важной составляющей всех причин ГП является домашняя среда пациентов [3]. Источ-

ники влаги, такие как увлажнители, испарители, кондиционеры и др., становятся потенциальными резервуарами плесневых грибов – этиологического агента гиперчувствительного пневмонита [1, 3, 4].

За 2024-2025 годы в отделении пульмонологии ККБ зарегистрировано три случая этого заболевания, развившегося «по вине» увлажнителя воздуха или кондиционера.

Представляем один из клинических случаев ГП из нашей практики

Пациентка 57 лет поступила в ККБ с жалобами на одышку, десатурацию до 83% на воздухе. Из анамнеза известно, что она не курит и никогда не курила. Работает врачом-фтизиатром. В 2020 году перенесла пневмонию. Регулярно проходила профосмотры: ФЛГ без патологии, анализ на ВИЧ отрицательный. Живет в квартире, где грибка нет, но есть домашние животные (кошка). Постоянно использует увлажнитель воздуха.

В конце декабря 2024 года отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр, появилась общая слабость, потливость, сухой кашель. В течение недели принимала антибактериальные препараты, в результате чего лихорадка была купирована, но появилась одышка. В январе 2025 года пациентке была выполнена МСКТ ОГК (мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки), которая показала двустороннюю инфильтрацию легочной ткани.

Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, бригадой скорой помощи женщину доставили в одну из больниц города, где ее госпитализировали в ОАР. В течение трех суток проводили АИВЛ. Кроме того, пациентка получила курс антибактериальной терапии (цефоперазон/сульбактам, левофлоксацин). На фоне проведенного лечения была достигнута положительная клиническая и рентгенологическая динамика.

На МСКТ ОГК от 23 января (в сравнении с 12 января) зоны уплотнения легочной ткани значительно уменьшились в размерах и плотности.

В течение месяца после выписки женщине проводились реабилитационные мероприятия: физиопроцедуры, массаж, ингаляции муколитиков, бронхолитиков через небулайзер. При этом она продолжила активно использовать увлажнитель воздуха. Вследствие чего состояние прогрессивно ухудшалось: беспокоила одышка, интенсивность которой с течением времени на-



растала вплоть до одышки при минимальной физической нагрузке, разговоре, в покое. Было зарегистрировано снижение сатурации (SpO_2) до 84% на воздухе. В связи с ДН ей была подключена оксигенотерапия через кислородный концентратор в домашних условиях.

20 февраля вновь был отмечен эпизод повышения температуры тела до 37,4–38 °С, усиление одышки, снижение сатурации до 80% на воздухе. Спустя семь дней женщину вновь госпитализировали – в отделение пульмонологии КГБУЗ «ККБ».

При поступлении в легких выслушивались «пищащие» инспираторные хрипы (squeaks). МСКТ органов грудной клетки показала по всем легочным полям с двух сторон диффузные интерстициальные изменения по типу «матового стекла». Тщательно был собран анамнез, и выяснилось, что она длительно пользуется увлажнителем воздуха. С учетом МСКТ-картины был выставлен предварительный диагноз – «гиперчувствительный пневмонит», а улучшение состояния при первичной госпитализации расценено как эффект элиминации, а не следствие антибактериальной терапии, так как после лечения пациентка вернулась в привычную среду жизни, продолжила пользоваться увлажнителем воздуха, и симптомы болезни возобновились.

В стационаре было проведено обследование. УЗИ щитовидной железы показало узел правой доли щитовидной железы, EU TI-RADS 2, очаговые образования щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости выявило гепатомега-

лию, диффузные изменения в печени и в поджелудочной железе, конкременты желчного пузыря, спленомегалию, добавочную долю селезенки, атеросклероз брюшного отдела аорты. УЗИ почек – умеренные экоструктурные изменения паренхимы почек. ФГДС – рубцовую деформацию луковицы ДПК, диффузный умеренно выраженный поверхностный гастрит с единичными эрозиями, недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит ст. А по лос-анджелесской классификации в модификации Hoshihara.

По спирограмме и бодиплетизмографии нарушений функций внешнего дыхания не фиксировалось, но при исследовании диффузионной способности легких выявлено значительное снижение – 56%. IgG к плесневым грибам: IgG к *Penicill. notatum*, *Clad. herbarum*, *Asp. fumigatus*, *Cand. albicans*, *Alter. Senuis* – 63.20 мг/л. (положительный).

Пациентке проведена чрезбронхиальная биопсия легочной ткани, получено гистологическое заключение о том, что морфологическая картина с учетом клинических данных не исключает гиперчувствительный пневмонит. С учетом анамнеза, рентгенологической картины, гистологического заключения, наличия в анализе крови IgG к смеси аллергенов плесени гиперчувствительный пневмонит был подтвержден.

На основании диагноза инициирована терапия системными глюкокортикостероидами, на фоне которой была достигнута выраженная положительная клиническая и рентгенологическая ди-

намика: купирована дыхательная недостаточность и значительно регрессировали участки «матового стекла» по данным МСКТ ОГК.

Пациентке рекомендовано прекратить использование увлажнителя воздуха, продолжить прием преднизолона в дозе 25 мг/сутки.

Через три месяца лечения МСКТ легких показала полное восстановление воздушности легочной ткани.

Успех в лечении ГП в первую очередь обусловлен эффектом элиминации – полным устранением причинно-значимого фактора

Таким образом, ГП остается трудным для диагностики заболеванием и может протекать под масками других болезней, например – пневмонии. Особенно важно, что

успех в лечении ГП в первую очередь обусловлен эффектом элиминации – полным устранением причинно-значимого фактора, что и произошло при первичной госпитализации пациентки.

Описанное нами клиническое наблюдение в очередной раз доказывает, что тщательно собранный анамнез лежит в основе правильной постановки диагноза. Сегодня, когда увлажнители и кондиционеры стали неотъемлемой частью нашего быта, описанным клиническим примером мы хотим обратить внимание читателей на проблему развития ГП, вызванного использованием этих устройств.

Список литературы:

1. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Визель А.А., Демко И.В., Илькович М.М., Киняйкин М.Ф., Лещенко И.В., Орлова Г.П., Самсонова М.В., Титова О.Н., Трушенко Н.В., Трофименко И.Н., Тюрин И.Е., Федотов В.Д., Черняев А.Л., Черняк Б.А., Чикина С.Ю., Шмелев Е.И. Гиперчувствительный пневмонит: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. Пульмонология. 2025; 35 (1): 16–41. DOI: 10.18093/0869-0189-2025-35-1-16-41.
2. Самсонова М.В., Черняев А.Л. Морфология гиперчувствительного пневмонита. Архив патологии. 2024;86(3):67–73. <https://doi.org/10.17116/patol20248603167>
3. Кароли Н.А., Харламов В.Е., Зарманбетова О.Т. Интерстициальное поражение легких, вызванное применением увлажнителя воздуха. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021;2(4):96-100. <https://doi.org/10.21886/2712-8156-2021-2-4-96-100>
4. Авдеев С.Н. Гиперчувствительный пневмонит. Пульмонология. 2021; 31 (1): 88–99. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-1-88-99

Организация медицинской реабилитации детей в КГБУЗ «КГДБ №8» в 2023-2024 годах

М.Ю. Маслова, Т.В. Михалкина, Е.П. Горбылева
КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»

Реабилитация в медицинском учреждении – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление и улучшение функций организма, утраченных или нарушенных вследствие заболеваний, травм или хирургических вмешательств, с целью возвращения пациента к полноценной жизни и повышения его качества.

В современном здравоохранении особое значение приобретает поэтапное комплексное восстановление пациентов после заболеваний и травм. Реабилитационные мероприятия позволяют не только ускорить выздоровление, но и повысить качество жизни, снизить риск осложнений и рецидивов. В нашей больнице с 2023 года реализуются современные программы третьего этапа медицинской реабилитации при различных заболеваниях и состояниях, требующих восстановления функций организма. Мероприятия по реабилитации проводятся в условиях дневного стационара и поликлиники №3 по адресу: г. Красноярск, ул. Урванцева, 30а.

За 2023-2024 годы в учреждении прошли медицинскую реабилитацию 550 детей в условиях поликлиники и 254 ребенка в условиях дневного стационара.

В структуре пролеченных пациентов:

- первое место занимают болезни костно-мышечной системы (72,2%);
- второе место – болезни нервной системы (20,4%);
- на третьем месте – последствия травм (5,5%).

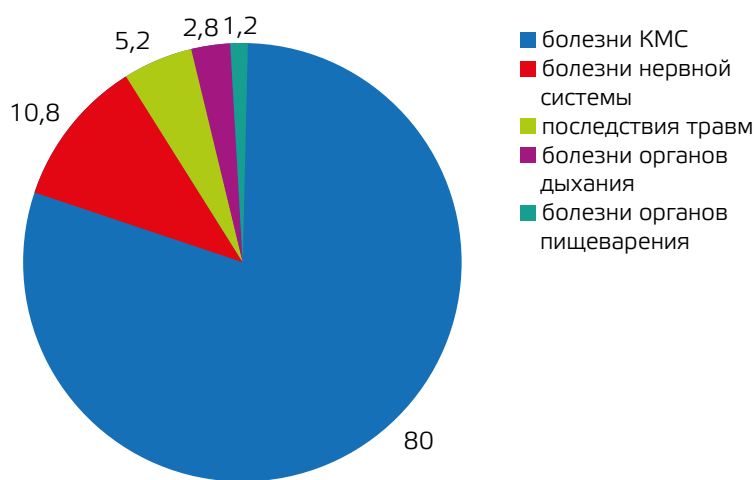


Рис. 1. Структура обращений за реабилитационной помощью в 2023 году

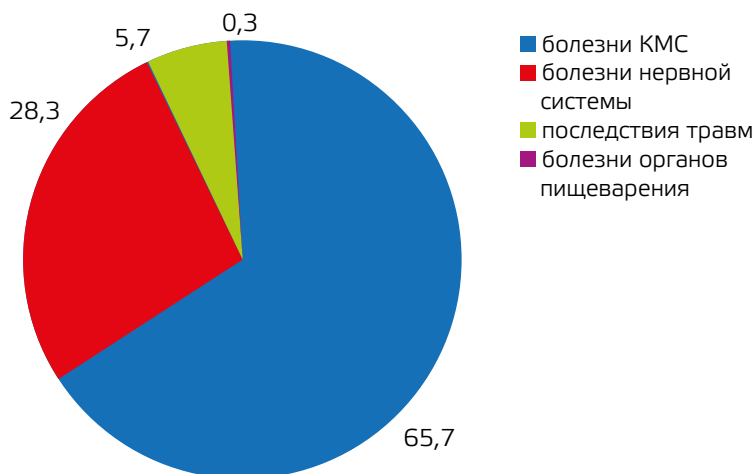


Рис. 2. Структура обращений за реабилитационной помощью в 2024 году



Основные группы заболеваний и состояний, при которых проводилась медицинская реабилитация в КГДБ №8:

Ортопедические и травматологические заболевания:

- переломы костей и их последствия;
- восстановление после операций на суставах (например – эндопротезирование);
- дисплазии и деформации скелета;
- заболевания позвоночника (остеохондроз, сколиоз).

Неврологические заболевания:

- черепно-мозговые травмы;
- дисфагия, алалия;
- парезы и параличи;
- кривошея;
- восстановление после травм периферической нервной системы.

Соматические заболевания:

- заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма);
- болезни кожи.

Восстановление после хирургических вмешательств различной локализации.

Созданные в нашей больнице условия позволяют проводить реабилитацию без госпитализации, что делает процесс более комфортным и доступным

За время работы с 2023 года по настоящий момент количество пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию, увеличилось на 20%, что свидетельствует о растущем доверии к используемым методикам и эффективности проводимых мероприятий.

Ранняя диагностика и своевременное начало реабилитационных мероприятий позволяют максимально эффективно восстановить функции организма. Комплексная программа медицинской реабилитации формируется специалистами мультидисциплинарной команды. В состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады входят: врач по медицинской реабилитации, физиотерапевт, врач ЛФК, иглорефлексотерапевт, врач-педиатр, логопед, медицинский психолог. В рамках комплексных программ используются лечебная физкультура, физиотерапия, массаж, а также методы психологической поддержки и обучения пациентов самостоятельным упражнениям.





- массаж ручной техники и аппаратных методов для снятия мышечных спазмов и боли;
- иглорефлексотерапия для снятия болевых синдромов и нормализации обменных процессов;
- гаโลкамера – гипербарическая оксигенация для ускорения заживления тканей, снижения воспаления и повышения общего тонуса организма;
- работа с логопедами – коррекция речевых нарушений у детей и взрослых, восстановление речевой функции после инсультов или травм головного мозга.

Созданные в нашей больнице условия позволяют проводить реабилитацию без госпитализации, что делает процесс более комфортным и доступным. Индивидуальный подход к каждому пациенту обеспечивает подбор наиболее эффективных методов восстановления с учетом особенностей заболевания или травмы.

В рамках программ применяются современные технологии:

- лечебная физкультура с использованием тренажеров и гимнастического оборудования;
- физиотерапевтические процедуры (лазеротерапия, магнитотерапия, электростимуляция и др.);
- водолечение (бассейны, гидромассаж) для укрепления мышечного корсета и улучшения обменных процессов;
- парафино-озокеритные аппликации для снятия воспаления и боли, улучшения кровообращения и обменных процессов;
- механотерапия – использование специальных аппаратов для воздействия на суставы или мягкие ткани с целью восстановления их функции, уменьшения боли и спазмов;

Эффективность комплексной реабилитации подтверждается статистическими данными: 85% пациентов отмечают уменьшение проявлений симптомов, улучшение двигательных функций и общего состояния после пройденного курса. Важную роль играет участие пациента: обучение лечебной гимнастике, соблюдению режима двигательной активности и питания помогает закрепить достигнутый результат. Продолжение реабилитационных мероприятий после выписки: выполнение домашних упражнений, соблюдение рекомендаций специалистов – способствует более устойчивому эффекту и профилактике обострения заболевания.

Организация медицинской реабилитации в КГБУЗ «КГДБ №8» позволяет сделать период восстановительной терапии доступным, комфортным и максимально эффективным для каждого пациента. Современные методы лечения в сочетании с мультидисциплинарным подходом помогают не только восстановить здоровье после заболеваний или травм, но и сформировать у пациента ответственное отношение к своему здоровью – залог успешной профилактики осложнений.

Болезни сердца: заболеваемость, инвалидность, современные аспекты реабилитации

Н.М. Рычкова, Л.А. Паль, Т.А. Сидамонидзе, Р.Х. Кодзоева, К.В. Дудкина
ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России, Красноярск

Болезни системы кровообращения – одна из актуальных проблем научной медицины, практического здравоохранения и медико-социальной экспертизы. Борьба с этими недугами приобрела общегосударственное значение из-за высокой заболеваемости, высокого уровня инвалидизации от них, больших экономических потерь, значительных затрат на медицинское обслуживание, связанных с временной и стойкой утратой трудоспособности, а также с преждевременной смертностью лиц молодого и среднего возраста, сложностью профилактики и необходимостью специализированной медицинской помощи.

Для населения Красноярского края заболеваемость и инвалидность вследствие болезней сердечно-сосудистой системы является значимой медико-социальной проблемой, актуальность которой возрастает. В материале приведены статистические и аналитические данные по заболеваемости и инвалидности из-за болезней сердечно-сосудистой системы за 2022-2024 гг. в Красноярском крае. Дано определение понятия хронической сердечной недостаточности как основного осложнения при сердечно-сосудистой патологии, приводящего к инвалидности. Расписаны основные принципы лечения и реабилитации при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Цель работы. Оценить заболеваемость, инвалидность и современные подходы к реабилитации лиц в возрасте 18 лет и старше с патологией сердца за период 2022-2024 гг.

Материал и методы. Исследование сплошное. Объект исследования: контингент лиц в возрасте 18 лет и старше с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе с заболеванием сердца. Источники информации:

государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края за 2022-2024 гг. министерства здравоохранения Красноярского края, форма федерального государственного статистического наблюдения №7-собес, утвержденная приказом Росстата от 05.12.2019 г. №742 за 2022-2024 гг., Федеральная государственная информационная система «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы.

Результаты и обсуждение. В Красноярском крае, как и в целом по стране, отмечаются высокие показатели заболеваемости и инвалидности вследствие болезней системы кровообращения.

Общая заболеваемость этими недугами среди взрослого населения Красноярского края растет, и рост этот обусловлен совершенствованием системы ранней диагностики за счет высокотехнологичных методов, в том числе на уровне первичного звена здравоохранения, что позволяет выявить заболевание на ранней стадии.

Таблица 1. Общая заболеваемость взрослого населения Красноярского края по болезням системы кровообращения за период 2022-2024 гг. (на 100 тысяч населения)

Заболевание	Общая заболеваемость			
	2022	2023	2024	Динамика за 3 года
Болезни системы кровообращения, в том числе:	31 619	34 310	35 767	13,1
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	18 166	19 736	20 366	12,1
цереброваскулярные болезни	4 011	4 339	4 574	14,0
ишемическая болезнь сердца	5 813	5 874	6 273	7,9

Показатель общей заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения за период 2022-2024 гг. увеличился на 13,1%. Показатель заболеваемости, характеризующийся по-
вышенным кровяным давлением, – на 12,1%, рост цереброваскулярных болезней составил 14,0%, заболеваемость ишемической болезнью сердца выросла на 7,9%.

Таблица 2. Первичная заболеваемость взрослого населения Красноярского края по болезням системы кровообращения за период 2022-2024 гг. (на 100 тысяч населения)

Заболевание	Первичная заболеваемость			
	2022	2023	2024	Динамика за 3 года
Болезни системы кровообращения, в том числе:	3 851	4 247	4 341	12,7
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	1547	1729	1 708	10,4
цереброваскулярные болезни	753	721	714	-5,2
ишемическая болезнь сердца	871	912	892	2,4

Первичная заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения за период 2022-2024 г. увеличилась на 12,7%. Первичная заболеваемость, характеризующаяся повышенным кровяным давлением, – на 10,4%, рост заболеваемости ишемической болезнью сердца незначительный – 2,4%, показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями снизился на 5,2%.

Рост заболеваемости, в свою очередь, определяет рост показателей инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. В 2024 году в Красноярском крае признаны инвалидами в возрасте 18 лет и старше 37 524 человека, из них третью часть – 11 943 – составляют инвалиды вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инвалидность установлена первично 5221 пациенту (43,7%).

Таблица 3. Первичная инвалидность взрослого населения Красноярского края по болезням системы кровообращения за период 2022-2024 гг. (абс. число)

Заболевание	Первично признаны инвалидами			
	2022	2023	2024	Динамика за 3 года
Болезни системы кровообращения, в том числе:	3 934	5 115	5 221	32,7
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	29	46	62	213,8
цереброваскулярные болезни	1 778	2 131	2 099	18,1
ишемическая болезнь сердца	1 532	2 193	2 295	49,8

Первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения взрослого населения за период 2022-2024 гг. выросла на 32,7%. Первичная инвалидность, характеризующаяся повышенным кровяным давлением, – более чем в 2 раза, рост показателя первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца составил 49,8%, вследствие цереброваскулярных болезней – 18,1%.

В Красноярском крае болезни системы кровообращения в течение трех лет входят в тройку лидеров среди причин первичной инвалидности взрослого населения края с удельным весом 32,5% и интенсивным показателем 24,9 на 10 тысяч населения (рис. 1).

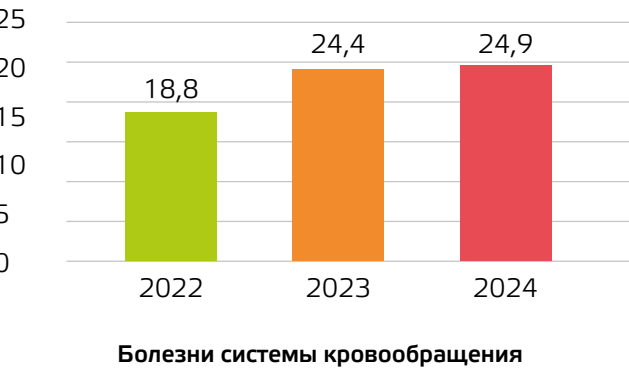


Рис. 1. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения взрослого населения Красноярского края за период 2022-2024 гг. (на 10 тысяч взрослого населения)

Удельный вес лиц пенсионного возраста в данной нозологии составляет 77,5%, интенсивный показатель 61,1 на 10 тысяч соответствующего населения, что в 7,5 раза выше, чем среди трудоспособных граждан (8,2 на 10 тыс. трудоспособного населения) (рис. 2).

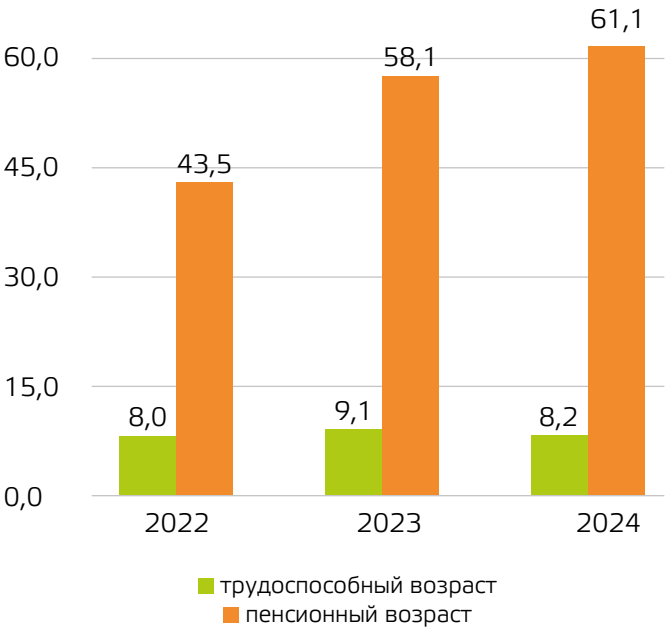


Рис. 2. Уровень первичной инвалидности среди лиц трудоспособного и пенсионного возраста Красноярского края за период 2022-2024 гг. (на 10 тысяч взрослого населения)

По тяжести инвалидности наибольший процент приходится на III группу (55,8%), ее доля в динамике за три года увеличилась на 3,5%, удельный вес I группы наименьший – 14,8%, II группа составляет 29,4% (рис. 3).

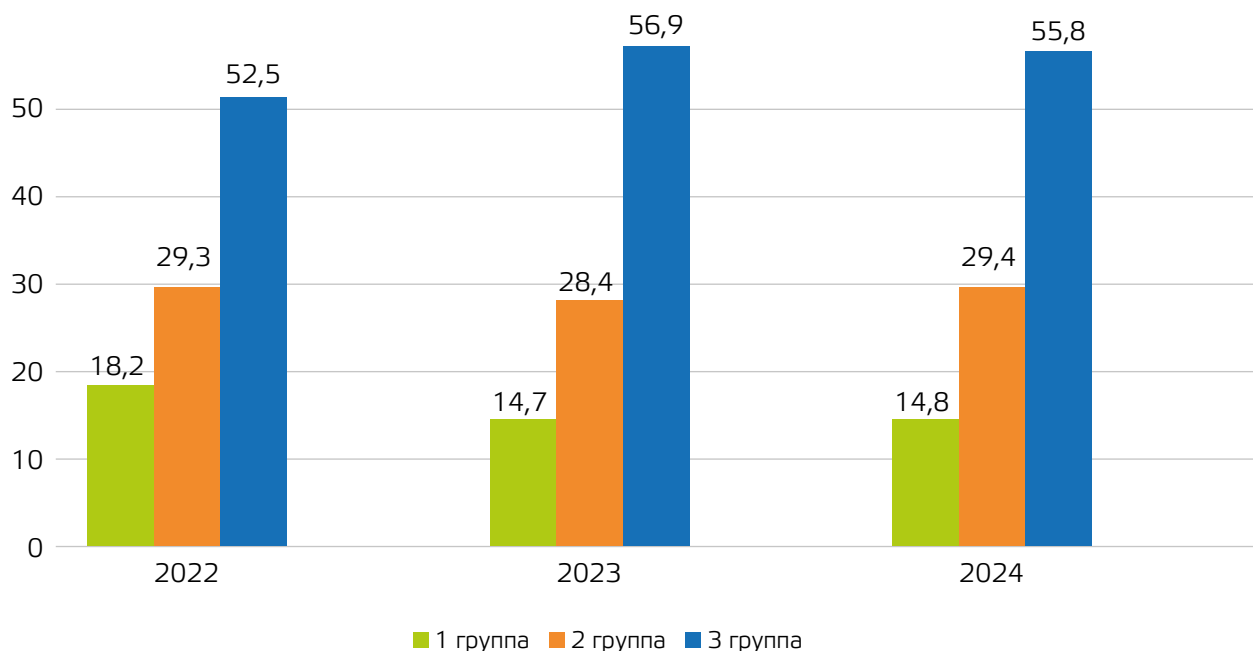


Рис. 3. Структура впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения Красноярского края по группам за период 2022-2024 гг. (%)

В нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения наибольшую долю занимает ишемическая болезнь сердца – 44,0% с интенсивным показателем 11,0 на 10 тысяч взрослого населения (рис. 4).

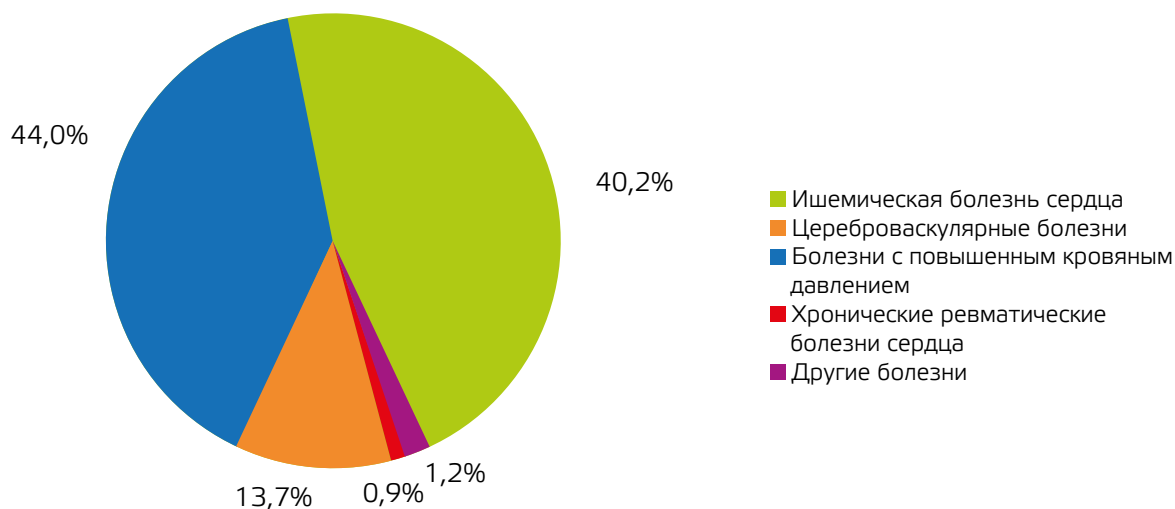


Рис. 4. Причины первичной инвалидности по классу болезней системы кровообращения в 2024 г. (%)

Существенным аргументом, определяющим медико-социальную значимость болезней системы кровообращения, служит то, что этой патологией страдает большое количество людей во всех возрастных группах населения.

К болезням системы кровообращения (класс IX), согласно приказу Минтруда России от 26.07.2024 г. №374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы», относятся:

- хронические ревматические болезни сердца;
- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- ишемическая болезнь сердца;
- болезни артерий, артериол и капилляров;
- болезни вен;
- болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов, лимфоотек.

Ведущим клиническим синдромом, развивающимся вследствие поражения сердечно-сосудистой системы любой этиологии и подлежащим экспертной оценке, является хроническая сердечная недостаточность. Это заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке, часто с задержкой жидкости в организме вследствие ухудшения способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем. С 2024 года Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждены новые клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности.

Согласно новой классификации выделяют три стадии:

- предстадия сердечной недостаточности: отсутствие симптомов и признаков ХСН в настоящем и прошлом; наличие признаков структурного и/или функционального поражения сердца и/или повышения уровня мозгового натрийуретического пептида;
- стадия 1: проявляющаяся клинически сердечная недостаточность (наличие симптомов и признаков ХСН в настоящем или прошлом, вызванных нарушением структуры и/или функции сердца);
- стадия 2: далеко зашедшая, клинически тяжелая сердечная недостаточность (тяжелые

симптомы и признаки ХСН, повторные госпитализации по поводу ХСН, несмотря на попытки оптимизировать терапию ХСН или непереносимость терапии ХСН).

На медико-социальную экспертизу направляются граждане с прогрессирующим характером течения заболевания, стойкими нарушениями функций организма, обуславливающие ограничения жизнедеятельности и приводящие к установлению первой, второй, третьей группы инвалидности.

Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые полностью потеряли способность к труду и не могут сами себя обслуживать. Такие люди нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Вторая группа инвалидности определяется, когда пациенты могут сами себя обслуживать, но при этом периодически нуждаются в посторонней помощи. А если будут созданы специальные условия труда, то такие больные способны продолжать работать.

Третья группа инвалидности наиболее легкая, поскольку граждане не нуждаются в специальном уходе. Ограничения возникают в основном по трудовой деятельности.

С марта 2025 года дополнительно к инвалидности определяется целевая реабилитационная группа. Инвалидам с нарушениями функций сердечно-сосудистой системы устанавливается пятая целевая реабилитационная группа, что позволяет обеспечить проведение больным специального комплекса реабилитационных мероприятий, предназначенного именно для этой категории инвалидов.

Медицинская реабилитация. Целью реабилитации является помощь пациентам и их родственникам в получении информации о заболевании, приобретении навыков самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, строгого соблюдения режима медикаментозной терапии, наблюдения за симптомами хронической сердечной недостаточности и обращения за медицинской помощью в случае их усиления. Пациенты должны получать обучающие материалы, содержащие информацию по самоконтролю, сведения о диете, контроле веса, физической активности, правильном приеме препаратов.

Важным аспектом в успешном лечении хро-

нической сердечной недостаточности является модификация факторов риска (отказ от курения, контроль артериального давления при артериальной гипертензии, контроль уровня сахара крови при сахарном диабете, поддержание нормальной массы тела), соблюдение рекомендаций по питанию (ограничение потребления поваренной соли, умеренное употребление жидкости) и физической активности.

Физическая реабилитация. Рекомендуется всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью в стабильном состоянии вне зависимости от функционального класса. Рекомендуются регулярные физические аэробные нагрузки для улучшения функционального статуса и уменьшения симптомов сердечной недостаточности.

Профессиональная реабилитация. При рассмотрении профессиональной реабилитации необходимо учитывать эмоционально-волевые установки инвалида на продолжение трудовой деятельности, характер работы и условия труда. К противопоказанным видам труда относится работа с физическим и нервно-психическим напряжением, пребыванием на высоте, с воздействием сосудистых и нейротропных ядов, в неблагоприятных микроклиматических и экстремальных условиях.

Психологическая и социальная реабилитация.

Пациентам и членам их семей рекомендуется оказывать психологическую поддержку и проводить психологическое консультирование с целью разрешения проблем, адаптации пациента в семье и обществе, содействия сохранению семейных связей и переориентации семейных ролей в связи с болезнью члена семьи.

Заключение.

Таким образом, комплексная реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеет множество преимуществ, так как направлена на возвращение пациентов к их активной жизненной позиции, социальной и экономической независимости, которые значительно улучшат качество их жизни.

Список литературы:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края за 2022 г. министерства здравоохранения Красноярского края/State report on the health of the population of the Krasnoyarsk Territory for 2022. Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory;
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края за 2023 г. министерства здравоохранения Красноярского края/State report on the health of the population of the Krasnoyarsk Territory for 2023. Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory;
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края за 2024 г. министерства здравоохранения Красноярского края/State report on the health of the population of the Krasnoyarsk Territory for 2024. Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory;
4. Информационно-аналитический бюллетень «Основные показатели инвалидности взрослого и детского населения в Красноярском крае за 2022-2024 гг./Information and analytical bulletin «Main indicators of disability among adults and children in the Krasnoyarsk Territory for 2022-2024»;
5. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации в 2-х томах/ Санкт-Петербург, Гиппократ, 2024 г. Handbook on medical and social examination and rehabilitation in 2 volumes/St. Petersburg, Hippocrates, 2024.



Отделению сурдологии и слухопротезирования: история развития и современные достижения

Сурдологическая служба Краевой клинической больницы ведет свою историю с 1968 года, когда был открыт первый сурдологический кабинет. За прошедшие десятилетия это медицинское направление прошло значительный путь развития – от небольшого кабинета до современного специализированного отделения, оснащенного передовым диагностическим оборудованием.

Становление сурдологической службы 1968-1990 гг.

Первые годы работы были посвящены организации базовой помощи пациентам с нарушениями слуха. Уже тогда особое внимание уделялось ранней диагностике тугоухости у детей, что позволяло своевременно начинать реабилитацию. В этот период активно внедрялась тональная пороговая аудиометрия – на тот момент основной метод объективной оценки слуха. Знаковым событием стало расширение штата в 1970 году, когда в кабинете появились:

- врач – оториноларинголог-сурдолог;
- медицинская сестра-аудиометрист.

Конец 1970-х ознаменовался серьезным расширением службы:

- были выделены дополнительные площади;
- приобретено современное оборудование;
- введены новые специализации (слухопротезист, логопед);
- добавлена должность врача-невропатолога.

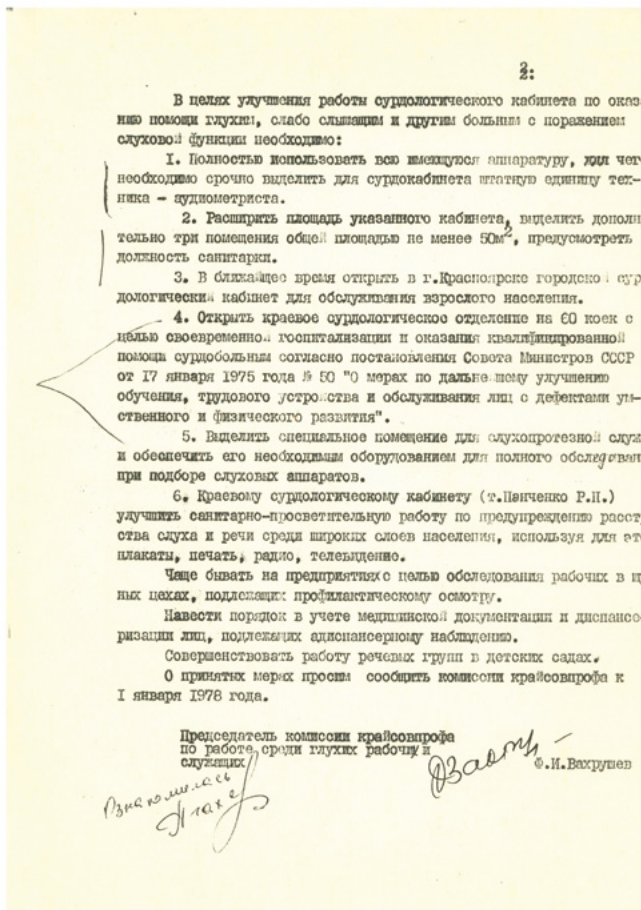
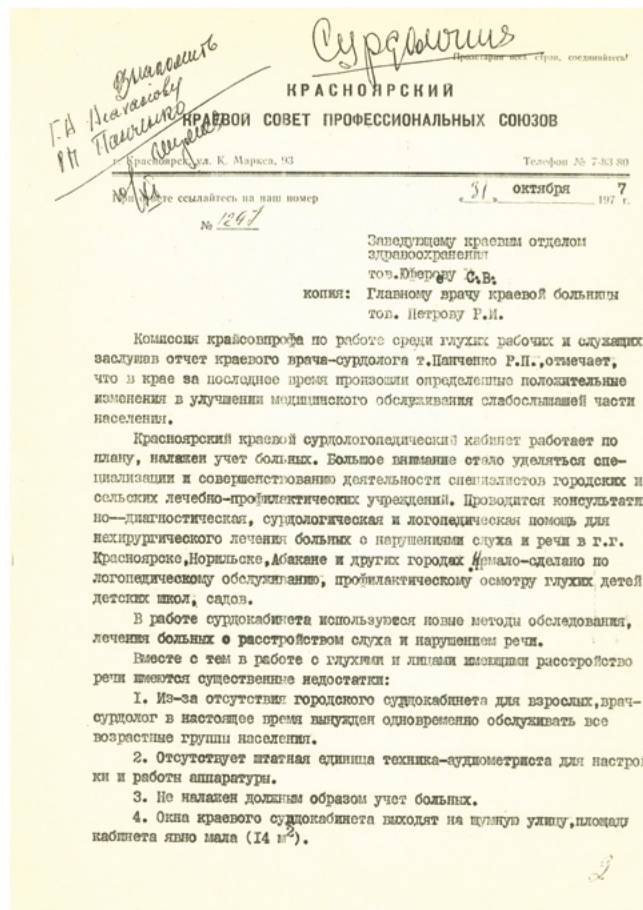
Это позволило перейти на качественно новый уровень диагностики, сделав ее комплексной и многопрофильной.



Врач Раиса Пантелеевна Панченко
и медицинская сестра Наталья Николаевна Ерошина



О.К. Кромм и Н.А. Малкина



Аудиометрия в кабинете сурдолога, 1991 г.

Период активного развития 1990-2006 гг.

1990-е годы стали временем значительных преобразований.

1. В 1992 году после открытия детского сурдологического центра кабинет перешел исключительно на прием взрослых.
2. В 1994 году началось слухопротезирование с подбором и обслуживанием слуховых аппаратов. Появился техник по ремонту слуховых аппаратов.

3. В 2000 году кабинет был реорганизован в отделение сурдологии и слухопротезирования под руководством Поляничук О.В.

Активно развивалось сотрудничество с отделением профессиональной патологии. Под руководством О.Н. Захаринской проводились:

- системная работа по выявлению профессиональной тугоухости;
- выездные осмотры работников промышленных предприятий;
- экспертиза связи заболеваний с производственными факторами.



Коллектив сурдологов, 2010 г.

Современный этап с 2006 года по настоящее время

В 2006 году отделение возглавила Л.Н. Карпенко. Под ее руководством:

- Активно внедряются объективные методы диагностики.
- Расширяется техническая база.
- Повышается квалификация персонала.

Важными вехами последнего десятилетия стали:

- Внедрение в 2010 году отоакустической эмиссии (ОАЭ).
- Оснащение новейшим аудиологическим оборудованием.
- Развитие современных методов слухопротезирования.
- Внедрение цифровых технологий диагностики и коррекции слуха.



Коллектив сурдологов, 2016 г.



Л.Н. Карпенко и пациент

Сегодня отделение сурдологии и слухопротезирования – это:

- Современное диагностическое оборудование.
- Высококвалифицированные специалисты.
- Комплексный подход к диагностике и лечению.
- Широкий спектр слухореабилитационных мероприятий.
- Индивидуальный подход к каждому пациенту.

За 25 лет работы отделение помогло тысячам пациентов, сохраняя приверженность самым высоким стандартам медицинской помощи. Перспективы развития включают внедрение инновационных технологий, расширение спектра услуг и дальнейшее повышение качества обслуживания пациентов.



Сотрудники отделения, 2016 г.



г. Красноярск, 2025 г.