

сентябрь 2021 год

№ 6 (81)

# ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

**1К** краевая  
клиническая  
больница  
основана в 1942

Издание Красноярской краевой  
клинической больницы

---



## Оргздрав Доказательная медицина

Программа V Всероссийской  
научно-практической конференции  
с международным участием  
**«Практика разработки и внедрения  
системы менеджмента качества  
в медицинской организации» 2021**

### Портреты

---

Кирилл Беляев  
Елена Жарикова  
Павел Руденко  
Светлана Сбитнева

# Центр компетенций по внедрению рекомендаций Росздравнадзора

*Для совершенствования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях, в рамках соглашения между ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, КГБУЗ «ККБ», министерством здравоохранения Красноярского края в сентябре 2018 года создан Центр компетенций.*

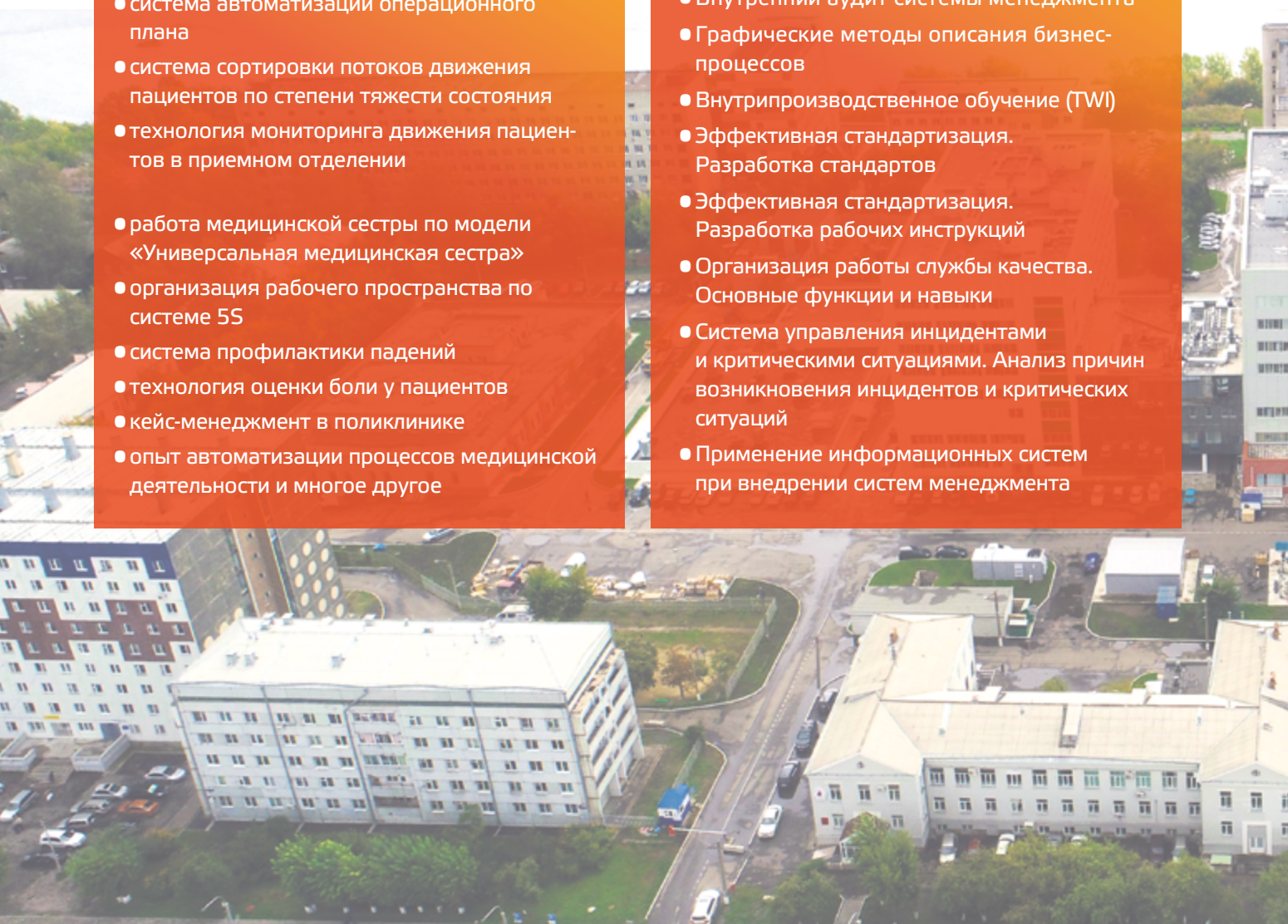
## Центр компетенций ККБ предлагает обучение современным методикам управления и создания системы менеджмента качества

### Мастер-классы (стажировки) на рабочем месте по различным направлениям:

- система обеспечения лекарственными средствами с помощью системы КАНБАН
- система идентификации пациентов
- система автоматизации операционного плана
- система сортировки потоков движения пациентов по степени тяжести состояния
- технология мониторинга движения пациентов в приемном отделении
- работа медицинской сестры по модели «Универсальная медицинская сестра»
- организация рабочего пространства по системе 5S
- система профилактики падений
- технология оценки боли у пациентов
- кейс-менеджмент в поликлинике
- опыт автоматизации процессов медицинской деятельности и многое другое

### Семинары и тренинги по управлению компанией на базе стандартов ISO:

- ISO 9001:2015. Создание и развитие системы менеджмента качества на основе международного стандарта ISO 9001:2015
- Внутренний аудит системы менеджмента
- Графические методы описания бизнес-процессов
- Внутрипроизводственное обучение (TWI)
- Эффективная стандартизация. Разработка стандартов
- Эффективная стандартизация. Разработка рабочих инструкций
- Организация работы службы качества. Основные функции и навыки
- Система управления инцидентами и критическими ситуациями. Анализ причин возникновения инцидентов и критических ситуаций
- Применение информационных систем при внедрении систем менеджмента





## Семинары на базе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции
- Идентификация личности пациента
- Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)
- Лекарственная безопасность. Фармаконадзор
- Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
- Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения
- Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер в другие МО
- Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами
- Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и её компонентов, препаратов из донорской крови
- Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений.

## Семинары по направлениям/нозологиям:

- Порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Технология оптимизации процесса. Способы сокращения времени от момента поступления до госпитализации
- Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой. Технология оптимизации процесса. Способы сокращения времени от момента поступления до госпитализации

## Консалтинговое сопровождение:

- Консалтинговые услуги по внедрению системы менеджмента качества на основе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Консалтинговые услуги по стандартизации процессов, разработке порядков стандартов
- Консалтинговые услуги по разработке инструкций с помощью подхода TWI (Training Within Industry – система обучения персонала на рабочем месте)

Сотрудники центра проводят консультирование и обучение по разработке и внедрению системы менеджмента качества на основе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, стандартов серии ISO 9000 и инструментов бережливого производства.

\* Организация на базе ККБ инфекционного пульмонологического госпиталя для пациентов с внебольничной пневмонией и пациентов, инфицированных COVID-19, потребовала разработки документов, регламентирующих работу персонала в условиях повышенной эпидемической опасности. Центром компетенций оперативно разработаны и внедрены инструкции и порядки действий для сотрудников отделений госпиталя на всех этапах работы.

## Контактная информация:

**Головина Наталья Ивановна,  
Николаева Надежда Михайловна**

Телефон

+7 (902) 922 9747

Электронная почта

smkccb@bk.ru



Врачи ККБ в павильоне выставки «Енисей-Медика» обучают посетителей приемам СЛР.

# Возвращение К ЖИЗНИ

О том, что можно дышать за человека, который в данный момент не в состоянии это делать, интересующиеся люди догадывались давно. Есть свидетельства, что самодельную трубку с присоединенными к нему кожаными мехами для розжига камина применял при асфиксии еще Парацельс. В 1740 году Парижская академия наук официально рекомендовала дыхание «рот в рот» для возвращения к жизни утопленников. Тогда искусственная вентиляция легких применялась в первую очередь в акушерстве: так пытались «раздышать» новорожденных, «мнимоумерших», как их тогда называли.

Со временем стало ясно, что одного лишь искусственного дыхания при остановке сердца недостаточно. В 1920-х инженер-электрик и врач из Бруклина Уильям Кувенховен начал заниматься изучением электротравм и того, как они влияют на жизнедеятельность человека. Спустя десятилетие изыскания Кувенховена увенчались успехом – был изобретен дефибриллятор.

К 1960-м все, что на тот момент было известно о сердечно-легочной реанимации, собрал в один внятный алгоритм врач по имени Петер Сафар. Он же опубликовал руководство, где четко изложил все азы СЛР. Совместное применение компрессий и искусственного дыхания показало ошеломляющую эффективность. Сафар к тому же придумал, как тремя простыми движения-

*Возвращать людей из состояния клинической смерти человечество научилось сравнительно недавно – около 60 лет назад. И ведущую роль в этом процессе занимает сердечно-легочная реанимация, которая как плод коллективного изобретения имеет свою историю, полную необычных открытий и сюжетных поворотов.*

ми молниеносно освободить дыхательные пути пострадавшего, выдвинув при этом его челюсть. Способ так и называется – «тройной прием Сафара». И именно Сафар способствовал массовому появлению манекенов для СЛР.

В стрессовой ситуации сложно понять, с какой скоростью нажимать на грудную клетку пострадавшего. Но оригинальный выход все же был найден. Американский исследователь Дэвид Мэтлок обнаружил, что популярная песня группы Bee Gees с символическим названием Stayin' Alive имеет оптимальный для СЛР ритм: 103 удара в минуту. С тех пор инструкторы по первой помощи в самых разных странах мира включают на занятиях именно эту песню, и она так хорошо врезается в память, что впоследствии уже и звуковое сопровождение не требуется.

Стандарты СЛР меняются чуть ли не ежегодно, но на сегодняшний день самым популярным считается соотношение 30 к 2 – два полных вдоха на 30 нажатий на грудную клетку. От правильности ее проведения зависит эффективность всех остальных реанимационных мероприятий. Именно поэтому около полувека назад начали появляться устройства, автоматизирующие проведение СЛР. Сегодня такие приборы включены в стандарт оснащения машин скорой помощи. Благодаря применению СЛР были спасены сотни тысяч жизней.





**Н**аучный иллюстратор и писатель-фантаст Рассел Кайтли создал изображение животной клетки с помощью программы Fractal Design 20 лет назад. Рисунок замечательно демонстрирует строение некой усредненной животной клетки, хорошо видны ультраструктуры и органеллы: клеточная мембрана, ядро, ядрышко, ядерная оболочка, центриоли, микротрубочки, гладкая эндоплазматическая сеть, грубая эндоплазматическая сеть, рибосомы, полисомы, лизосомы, пероксисомы, митохондрии, аппарат Гольджи. Детальность изображения идеально иллюстрирует сложность клеточного устройства.

Неожиданно снимок получил вторую волну популярности

благодаря публикации в своем профиле соцсети француженки Валери де Бурдей, протестующей против обязательной вакцинации и введения «ковидных паспортов», которая ошибочно подписала картинку как наиболее достоверное изображение человеческой клетки на сегодняшний день, полученное с помощью рентгенографии, ядерного магнитного резонанса и криоэлектронной микроскопии.

Рассел Кайтли поблагодарил в своем твитте за неожиданное внимание к произведению двадцатилетней давности и упомянул о цели его создания – он нарисовал его по заказу компании по производству биологических диаграмм. Наше резюме – не стоит верить всему, что написано в соцсетях.

## Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск,  
ул. Партизана Железняка, 3  
тел. 8-904-895-30-62  
medgorod.rukkb-red@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 «Полиграфическая компания «Ситалл»  
660074, г. Красноярск, ул. Борисова, 14,  
стр. 2, оф. 513  
Тел.: (391) 218-05-15  
E-mail: sitall@sitall.com, www.sitall.com

Тираж 999 экз. Сентябрь 2021 г.

За содержание рекламных материалов редакция  
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать  
с мнением авторов материалов.

## Содержание

|     |                                                                                                                                                                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5,7 | Новости                                                                                                                                                                          |
| 6   | Слово редактора                                                                                                                                                                  |
| 8   | Портрет   Кирилл Беляев                                                                                                                                                          |
| 10  | Портрет   Елена Жарикова                                                                                                                                                         |
| 12  | Портрет   Павел Руденко                                                                                                                                                          |
| 14  | Портрет   Светлана Сбитнева                                                                                                                                                      |
| 16  | Опыт   Ирина Демко<br>Третья волна                                                                                                                                               |
| 18  | Оргздрав   Охрана труда. Инфографика                                                                                                                                             |
| 20  | Программа V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации» 2021 |
| 24  | Сестринская страничка   Профилактика падений                                                                                                                                     |
| 29  | Партнерская страничка   Особенности клинических проявлений и компонентного состава тела у молодых мужчин, страдающих хроническим простатитом, в зависимости от телосложения      |
| 32  | Партнерская страничка   Роль провоспалительных цитокинов и оксида азота в патогенезе иммунодефицита при панкреонекрозе                                                           |
| 35  | Casus extraordinarius   Результат хирургической коррекции дегенеративного сколиоза                                                                                               |
| 40  | Casus extraordinarius   Отдаленные результаты пластики передней крестообразной связки техникой All-inside с использованием фиксатора Tightrope на базе ККБ                       |
| 45  | Casus extraordinarius   Клинический случай успешного хирургического лечения тяжелой краниофациальной травмы, осложнившейся глазничной ликвореей                                  |
| 44  | Опыт   Психотропные препараты в составе комбинированной терапии соматических заболеваний                                                                                         |
| 46  | Оргздрав   Доказательная медицина                                                                                                                                                |
| 50  | Знаменательные даты   20 лет Школе «Диабет»                                                                                                                                      |
| 52  | Опыт   Таблет-питание – наиболее прогрессивный метод организации питания в крупных клиниках                                                                                      |
| 54  | Техно   IT помогает повышать качество медицинской помощи                                                                                                                         |
| 57  | Поэзия   «Новая чума» Максим Руденко                                                                                                                                             |





## 1 Врачи краевой больницы получили благодарность Президента России

По распоряжению Президента Российской Федерации от 12.04.2021 №91-рп благодарственные письма Президента вручены сотрудникам ККБ за самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные в борьбе с коронавирусной инфекцией.

Заведующий отделением санавиации Константин Александрович Барышников с начала пандемии и до сегодняшнего дня лично участвует в организации и эвакуации пациентов из районов края. В 2020 году доктор почти два месяца провел в мобильном инфекционном госпитале на

Ванкорском месторождении, вывозя из труднодоступных районов севера тяжелых пациентов. Заведующий отделением анестезиологии и реанимации №1 Виктор Вячеславович Ишутин в апреле 2020-го возглавил реанимационную службу базового инфекционного госпиталя ККБ. Под его руководством в экстремально короткие сроки были развернуты реанимационные койки, благодаря чему самым тяжелым пациентам оказывалась помощь незамедлительно и в полном объеме. В «красной зоне» Виктор Вячеславович в общей сложности проработал 10 месяцев в качестве начальника инфекционного госпиталя и заведующего отделением реанимации.

Врач-ординатор Сергей Рожнов пришел работать в инфекционный госпиталь медбратом в апреле 2020 года. Как и всему медперсоналу, кто работал в первую волну пандемии, Сергею приходилось находить нестандартные решения рабочих задач. Он отлично справился с организацией санитарно-пропускной системы и впоследствии его опыт применялся во всех инфекционных госпиталях на базе ККБ. Сейчас Сергей Викторович учится в ординатуре по специальности «Нейрохирургия» на базе Краевой клинической больницы.

*Поздравляем наших врачей с заслуженными наградами и желаем им здоровья, дальнейших профессиональных успехов и оптимизма!*

## 2 Рентгенхирурги освоили новейшую технологию лечения сосудов ног

Методика ротационной атерэктомии с активной аспирацией используется при тяжелых атеросклеротических поражениях сосудов нижних конечностей. Такой подход на данный момент является самым современным методом лечения пациентов и в ряде случаев позволяет избежать необходимости стентирования сосудов.

Особенность новой технологии в том, что с помощью инструментов, которые вводятся в сосуды через бедренную артерию, эндоваскулярные хирурги не просто увеличивают просвет сосудов, раздвигая атеросклеротическую бляшку, как это происходит при стандартной баллонной ангиопластике, а срезают и удаляют из сосуда атеросклеротическую ткань – детрит. Технология напоминает работу тоннелепроходческого комплекса, только в микроскопическом масштабе. Это значительно уменьшает риск повторного возникновения бляшек или зарастания стента. Заведующий отделением РХМЛ Никита Владимирович Литвинюк уверен, что данная техноло-



гия будет весьма востребована и может значительно улучшить качество жизни пациентов.

На сегодняшний день в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) Краевой клинической больницы сделано 8 подобных вмешательств, их результаты врачи оценивают очень высоко, как и перспективу использования новой технологии в будущем.

## Слово редакторов



**Егор Корчагин,**  
главный врач ККБ

Дорогие читатели! Уже полтора года мы живем под знаком новой коронавирусной инфекции, которая существенно изменила нашу жизнь, многие судьбы. Коллектив Краевой клинической больницы активно встал на защиту жизни и здоровья наших сограждан. Поэтому большая часть нашего журнала посвящена людям, спасающим наших пациентов – в инфекционных госпиталях, в условиях реанимационных отделений, на санитарной авиации – это и врачи, и медсестры, не щадящие своих сил.

Промежуточным итогом нашей управленческой деятельности в выстраивании процессов служит конференция по управлению качеством медицинской помощи, которая пройдет 21 и 22 сентября в Красноярске и на которую соберутся и в очном, и в заочном формате люди, меняющие жизнь к лучшему: специалисты, чьим предметом внимания является улучшение качества и безопасности медицинской помощи. В этом номере вы найдете программу конференции и статьи некоторых спикеров мероприятия.

Традиционно мы посвящаем часть журнала сестринским процессам, которые направлены на то, чтобы повысить безопасность пребывания пациентов в больнице. На этот раз речь пойдет о профилактике падений. Это очень важная тема – во всем мире медики пришли к выводу, что профилактика падений позволяет избежать травм и даже летальных случаев.

Также вы познакомитесь с материалами коллег в разделе клинических случаев и мыслями медицинских экспертов о том, как сегодня должна быть организована медицинская помощь. В заключение номера узнаете об успехах нашей IT-службы по созданию помогающих в работе сервисов, познакомитесь с отчетом службы питания об организации его современной формы – таблет-питании.

Сегодня для нас главное – это завершение третьей волны пандемии и переосмысление всех процессов, для того чтобы, с одной стороны, мы могли вернуться к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по всем нашим направлениям, а с другой – быть готовыми к приходу следующей волны. Мы очень надеемся, что она будет меньше предыдущих, в связи с тем что общество так или иначе прониклось необходимостью вакцинации. Хотелось бы, чтобы ее темпы не снижались.



**Евгения Арбатская,**  
редактор журнала  
«Первая краевая»

Пожалуй, один из главных навыков, чему научилось человечество за последние десятилетия, – это передача огромных объемов информации, их нако-

пление и обработка. Современный городской житель получает на порядок больше сообщений по сравнению с «собратом» век назад. Все мы понимаем, что качество и достоверность информации – вопрос не праздный, необходимо фильтровать качественную информацию из огромного потока. Не исключением является и узкоспецифическая информация – медицинские знания. Врачам для формирования позиции по каждому конкретному случаю болезни, каждому конкретному пациенту нужен алгоритм выбора действий. Таким помощником стала доказательная медицина как метод выбора

лечебных стратегий, о ней рассказывают три эксперта в нашей статье.

Несомненно, качественную информацию о применении психотропных препаратов в терапии соматических заболеваний дает наш врач-психиатр Александр Дорожкин – советуем присмотреться к его рекомендациям.

А Марина Вершинская, руководитель службы охраны труда, ратует за профилактику травматизма на рабочем месте и приводит весьма интересную статистику в форме инфографики. Предупрежден – значит вооружен!





### 3 Проведен анализ работы санитарной авиации с начала года

2203 пациентам была оказана экстренная и неотложная медицинская помощь службой санитарной авиации за семь месяцев текущего года.

К помощи санитарной авиации медики из территорий края обращаются в самых сложных или экстренных случаях, когда возможности оказания необходимой врачебной помощи на местах исчерпаны. Тяжелые травмы вследствие ДТП или на

производстве, ожоговые травмы взрослых и детей, острые хирургические патологии, критические состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, острые нарушения мозгового кровообращения, осложненные беременности – далеко не весь перечень диагнозов, с которыми эвакуируют пациентов из отдаленных районов края.

Всего за 7 месяцев этого года эвакуировано в краевой центр 1932 пациента (350 из них – в рамках федерального проекта), в том числе 359 детей до 18 лет.

За это время в региональные специализированные центры для оказания экстренной помощи было доставлено 157 пациентов с острым коронарным синдромом. С начала года из районов эвакуировано 373 жителя края в тяжелом состоянии с подозрением или подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции.

В выполнении санитарных рейсов были задействованы самолеты Pilatus PC-12, Cessna 208b, Ан-26, Ан-24, Як-42, вертолеты Ми-8, Eurocopter EC120, Eurocopter AS350, Robinson R44. В рамках федерального проекта санитарные задания выполняли два вертолета Ми-8 МТВ, оборудованные медицинскими модулями для оказания полного спектра реанимационных мероприятий на борту.

### 4 12 тысяч пациентов выписаны из инфекционных отделений ККБ

В конце августа количество пациентов, выписанных из инфекционных госпиталей Красноярской краевой клинической больницы, превысило 12 тысяч.

Более 500 дней прошло с момента открытия в Краевой клинической больнице первого инфекционного отделения для лечения пациентов, инфицированных новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

За время борьбы с пандемией силами персонала краевой больницы помимо базового инфекционного госпиталя на территории больницы было развернуто три мобильных госпиталя в отдаленных территориях края и два временных госпиталя в Красноярске – на базе Глазного центра и студенческого общежития на улице Рокоссовского.

В настоящее время краевая больница поэтапно возвращает в плановую работу хирургические и терапевтические отделения, сокращая коечный фонд инфекционных отделений. Очные консультации возобновила консультативно-диагностическая поликлиника ККБ.



По мнению экспертов здравоохранения, вероятность очередного подъема заболеваемости коронавирусной инфекцией осенью очень высокая. Новые штаммы вируса характеризуются большей контагиозностью и меньшим инкубационным периодом. Кроме того, особенностью третьего пика заболеваемости COVID-19 врачи назвали большее число случаев тяжелого течения инфекции у молодых пациентов.

# Кирилл Беляев

*Первый и пока единственный заведующий отделением анестезиологии и реанимации №3 за всю его 20-летнюю историю, уже 30 лет посвящая себя работе в медицине, получил знак «Отличник здравоохранения РФ».*

## **Почему важно публичное признание профессиональных заслуг?**

Это важно не только для врача, но и для любого специалиста, для любого человека, искренне посвящающего свою жизнь делу. А что касается врачей, то как только здравоохранение приравнили к сфере услуг, отношение к врачам в обществе изменилось не в лучшую сторону. Пандемия усилила негатив – медиков склоняют на разные лады: бестолочи, взяточники, убийцы, «оборотни в халатах». Существует устойчивый миф о том, что хорошие врачи только за границей. И это, конечно, неправильно.

## **Почему это происходит?**

Думаю, это вообще болезнь общества: когда обсуждается только негативное – это цепляет лучше, разжигает эмоции. Народ падок до «грязного белья», его особо не интересуют какие-то достижения. Это такой маркер круга интересов людей, низкого уровня осознанности, наверное.

## **А за границей отношение к медикам лучше?**

Да, там и в плане положения в обществе, и в плане дохода врачи входят в первую десятку профессий – самых престижных, самых высокооплачиваемых. Да, они дольше учатся и добиваются этого статуса, там сложнее стать врачом, но государство и общество ценят столь дорогого специалиста.

## **Наши врачи не хуже зарубежных?**

Я считаю, что не только не хуже, а зачастую гораздо лучше. Объясню. В стандартизации, безусловно, есть свои положительные эффекты, но есть и отрицательные. Когда человек привыкает думать только в рамках шаблона, он не может потом выйти за его границы. Нельзя всю человеческую жизнь заключить в ограничения регламентов, она значительно многообразнее. Так и с болезнью, которая у разных людей принимает уникальные формы. В противном случае, если бы все можно было стандартизировать, можно было бы издать какой-нибудь пятитомник – руководство по самолечению, раздать его людям, и врачи не нужны. Еще печально то, что и система образования у нас пошла в этом же направлении. Молодые не учатся воспринимать разнобразную информацию, думать, анализировать. Если какая-то ситуация отклоняется от шаблона – все, ступор, паника! Так вот, работа зарубежных врачей очень зарегулирована, порой доктор и поступил бы согласно своей клинической интуиции, но не может. А чаще про-

сто идет по инструкции и не выходит за границы своей специальности. Хирург может даже лично не посмотреть пациента – на это есть ассистенты, терапевты. Может быть, в плановой хирургии это и приемлемо, но мы, анестезиологи-реаниматологи, тем более работающие в гнойной хирургии, имеем дело с неотложными состояниями, которые всегда идут нестандартно. Для нас обладание общеклиническим мышлением – вопрос пригодности.

## **Прежнее образование отличалось от сегодняшнего?**

Наши лучшие преподаватели учили нас прежде всего думать и мыслить логически. Один из моих любимых школьных учителей, историк, никогда не заставлял учить наизусть какие-то даты, говорил так: «Зубрежка не нужна, у вас есть на это справочник. Анализируйте, почему произошло это событие и во что оно может вылиться».

## **Кого из врачей можете назвать своим учителем?**

Когда я пришел работать в краевую больницу, заведующим единственной тогда реанимацией был Виктор Алексеевич Пугонин. Он и все, кто с ним работал, были фанатами своего дела, они умели заразить желанием расти и развиваться. Профессора Игорь Павлович Назаров и Анатолий

Павлович Колесниченко – удивительные люди и учителя. Среди хирургов меня всегда восхищал один из родоначальников хирургии в ККБ – Александр Генрихович Шведский, хирург, которому доводилось оперировать в самых разных условиях и который накопил и передал огромный опыт.

## **Что нужно сделать на государственном уровне, чтобы наше здравоохранение стало лучше?**

Государство должно понять простую вещь: заработать на здравоохранении не получится, это всегда будет очень дорого – лечить человека. Это научно- и технологически емкая область. Второе – опять-таки мыслить логически и планировать будущее. Бывает такое: внедрили новую технологию, потратились, но не учили будущие затраты на расходники, работа стопорится. Третье – уважать специалистов и вкладываться в них, заниматься образованием, тогда они сами будут двигателями прогресса на своих местах.





# Елена Жарикова

Главная медицинская сестра Базового инфекционного госпиталя и в «мирное» время старшая медицинская сестра гнойной реанимации получила знак «Отличник здравоохранения».

**Сразу два сотрудника отделения реанимации № 3 отмечены знаком профессионального признания: Вы и Кирилл Беляев. Какие чувства?**

Я очень рада, и не знаю даже, за кого больше. Кирилл Юрьевич – это тот человек, который на протяжении не одного десятка лет стоит у руля нашего подразделения, наш бессменный капитан, безусловный профессионал и фанат своего дела. А что касается меня, то, конечно, приятно, но и ответственно.

**Как Вы пришли в профессию?**

Игра случая (смеется)! За компанию – подруге надо было помочь поступить в Рыбинское медицинское училище, поддержать. Сдала экзамены, а там и втянулась в учебу. Жили мы группой дружно, учиться было интересно.

**Вы помните первую практику?**

Конечно! Это было хирургическое отделение. Были многоразовые стеклянные шприцы и красные резиновые многоразовые же системы – сейчас молодые медсестры уже даже, наверное, не представляют, что это такое. Это ужас был, конечно, по сравнению с появившимися позже одноразовыми шприцами и системами. Помню первую свою внутримышечную инъекцию: зашел очень крупный пациент, а я переживала, как это все пройдет, ведь рассказывали, что игла может сломаться, и порой бывает трудно ввести ее в мышцу – иглы тогда часто были тупые по причине многократного использования. И вот я уже все сделала, приложила ватный шарик, а пациент так недоволен: «Что там, долго еще?» Говорю: «Я уже все сделала». А он мне: «Надо же, я и не заметил!»

**Куда Вы пришли работать после окончания училища?**

Сюда, в краевую больницу, в хирургическое отделение № 1. Затем отделение разделили на абдоминальную хирургию и эндокринную, и мне хотелось и туда, и туда, но выбрала абдоминальную.

А потом поступило предложение из реанимации, там освободились ставки. Я прошла обучение по реанимационной специализации и немного поработала в ОАР №1. Потом меня перевели в анестезиологию, буквально год я была дублером Нины Григорьевны Широковой. Далее замаячила гнойно-асептическая реанимация, и администрация приняла положительное решение в отношении моей кандидатуры. И вот мы с Кириллом Юрьевичем с 2000 года сначала выстраивали, а затем вели работу в нашем ОАР № 3.

**Сколько у Вас сейчас человек в подчинении?**

30 медсестер и 15 санитаров. У нас 18 коек и 4 анестезиологических стола, один из которых круглосуточный.

**С какими сложностями столкнулись, когда стали руководителем?**

У любого человека, который становится руководителем, одной из главных сложностей и целей всегда является выстраивание взаимоотношений с коллективом. «Прокачивать» приходится умение договариваться, умение создавать команду, навык достижения поставленных задач. В помощь – преданность и приверженность профессии, сопереживание, соучастие в общем деле, мотивированность на командную работу. Ведь мы «24 на 7» находимся на связи друг с другом.

**«Прокачивать» приходится умение договариваться, умение создавать команду, навык достижения поставленных задач.**

**Можете вспомнить историю, когда бы Вы были в панике или сильном стрессе?**

Есть такая история. Оказывали мы как-то помощь пациенту с диагнозом «панкреанекроз», находящемуся в психомоторном возбуждении. Мужчина был достаточно высокий и крупный. В открытую дверь я увидела, что он ведет себя несколько неадекватно. Здесь же, в отделении, были девчонки-практикантки. Он подошел к окну, и меня смутило его поведение. Говорю ему: «Не нужно вставать, ложитесь, пожалуйста...» Он мне: «Да-да, сейчас...» Я вышла буквально на считанные секунды, вдруг слышу крик, вбегаю и вижу, как он





открыл окно, и его торс уже за подоконником, а мы на 8-м этаже. Как добежала до окна – не помню. Вместе с девочками мы хватаем его, а кожа влажная, он выскальзывает, удержать невозможно. И я понимаю, что если он сейчас перевесит, то мы полетим вниз вместе с ним, и отпустить не могу. Реально жизнь пролетела как кинолента перед глазами. Подняли крик, прибежали двое врачей-мужчин и помогли нам его вытащить.

Помню, что после, уже когда опасность миновала, были слезы.

#### **Чему учите своих подчиненных?**

Медсестры и медбратья должны быть как живые сканеры – тот случай наглядно это показал, нужно быть очень настроенным на восприятие состояния пациента, анализировать. Средний медперсонал – это не только «руки» врачей, но и их «глаза» и «уши».

# Павел Руденко

Врач-нейрохирург нейрохирургического отделения №1

Краевой клинической больницы стал лучшим хирургом Красноярского края.

## **Р**асскажите, пожалуйста, о конкурсе и об участии в нем.

Краевое министерство здравоохранения ежегодно организует профессиональный конкурс «Лучший врач Красноярского края». Он проводится в 11 номинациях: «Лучший терапевт», «Лучший педиатр» и т.д. В номинации «Лучший хирург» принимают участие врачи всех хирургических специальностей. Участников оценивает специальная конкурсная комиссия, в нашей номинации ее возглавляет главный внештатный специалист – хирург министерства здравоохранения Красноярского края, профессор Дмитрий Владимирович Черданцев. Каждый соискатель представляет пакет документов, включая Отчет о профессиональной деятельности и владении медицинскими технологиями за последние 3 года, а также видео- и фотоматериалы хирургических вмешательств и результатов операций. Так сложилось, что анализируемый период у меня был очень насыщенным в плане больших интересных хирургических вмешательств, внедрения технологий, ранее не использовавшихся в крае. Например, в 2017 году после выигрыша гранта на внедрение новых технологий в практику больницы и моей специализации в Университетской клинике г. Канадзава (Япония) мы освоили и внедрили расширенные эндоскопические вмешательства на структурах основания черепа, а также методы реконструкции базальных дефектов. Прошло несколько сложных интересных пациентов, потребовавших нестандартного подхода и использования эндоскопических технологий в области желудочков головного мозга. В соавторстве вышло несколько серьезных монографий, в частности – «Осложнения операций на головном мозге», «Поражение ствола головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме, геморрагическом инсульте и опухолях задней черепной ямки», а также «Атлас МРТ- и МСКТ-изображений нейрохирургической патологии головного мозга и позвоночника». Были участия в серьезных конференциях, в частности, в 2020 году я читал лекцию и проводил показательную операцию во время Сибирского курса по эндоскопической нейрохирургии в Федеральном центре нейрохирургии г. Новосибирска. В результате эта работа, к счастью, победила, и я очень благодарен сотруднику отдела кадров Дарье Гудавасовой, которая проделала большую методическую работу и помогла мне все правильно оформить. Надо отметить, что лауреатами конкурса «Лучший хирург» неоднократно становились ведущие специалисты ККБ, например – Вадим Тигранович Кеосьян и Андрей Гербертович Симонов.

## **Когда Вы поняли, что хотите стать хирургом?**

После окончания школы я подал документы и поступил

сразу в два вуза: медицинский институт и КГУ на биохимический факультет. Тогда, в 1991 году, было можно так делать. Выбор был сложным, поскольку мои школьные друзья поступили именно в КГУ, а в мед из нашей компании я один. Отец с его родственниками рекомендовали идти в университет, а мама – в медицину.

## **Ваши родители – врачи?**

Нет, но бабушка была хирургической медсестрой, к сожалению, она не дожила до моего поступления в институт. Интересно, что моя бабушка в 1942 году работала в краевой больнице, а во время войны лично знала В.Ф. Войно-Ясенецкого. Поступив в институт, я, конечно, хотел быть именно хирургом. Почему стал нейрохирургом? Сначала мне нравилось само название специальности – слово внушительное. А потом, на 3-м курсе, мне довелось побывать на операции наших профессоров: Михаила Григорьевича Дралюка и Андрея Аркадьевича Народова. Они оперировали очень серьезную сосудистую патологию – артерио-венозную мальформацию, находящуюся на поверхности мозга, и мне ее было очень хорошо видно. Много часов я простоял за их спинами и понял: это высший пилотаж, и это мое! Потом стал ходить ассистировать и каждое лето проводил здесь, в нейрохирургической операционной краевой больницы. Я очень благодарен коллективу отделения за тот огромный опыт. К интернатуре у меня набралось больше 500 ассистенций.

## **Моя бабушка в 1942 году работала в краевой больнице, а во время войны лично знала В.Ф. Войно-Ясенецкого.**

## **Чем нейрохирург отличается от других хирургов?**

Нейрохирургия сильно отличается от других видов хирургии. Головной мозг – анатомически самая сложная структура, до сих пор до конца не изученная, управляющая всеми функциями организма. Каждый кубический миллиметр содержит десятки тысяч нервных клеток, а

ряд маленьких образований имеет принципиальное значение для функционирования всего тела. Очень сложно спрогнозировать точный результат того или иного вида вмешательства, а показатели летальности и инвалидизации несколько выше, чем в других областях хирургии. Поэтому очень важна серьезная подготовка к операции – изучение томограмм и топографической анатомии конкретного пациента, анализ вероятности неврологических нарушений. Нейрохирурги используют большое количество оборудования, так, во время одной операции мы можем задействовать микроскоп, эндоскоп, ультразвуковой деструктор-аспиратор, навигационную станцию, не считая анестезиологические приборы. Есть даже целые руководства по правильному расположению всего этого оборудования в операционной.





### Какие тренды существуют в сегодняшней нейрохирургии, куда она движется?

Самый главный тренд – максимальное сохранение функций головного мозга и недопущение инвалидизации пациентов, это самая важная наша задача. К счастью, уровень летальности сегодня минимизирован. Активно развивается диагностика, появились функциональная МРТ, МРТ-трактография, позволяющие точно определять расположение функций в коре и подкорковых структурах у каждого конкретного пациента. Данная информация дает нам возможность корректировать хирургический план и избежать нарушения целостности этих участков. Второй тренд – уменьшение травматичности операций за счет внедрения малоинвазивных технологий, таких как эндоскопия, пункци-

онные и стереотаксические вмешательства, операции через фрезевые отверстия и малые трепанации. Я как раз занимаюсь, в том числе, и эндоскопической нейрохирургией. В лечении новообразований мозга все активнее используются технологии стереотаксической радиохирургии и радиотерапии.

### Как Вы оцениваете состояние красноярской нейрохирургии?

У нас очень хорошая школа нейрохирургии, так исторически сложилось, ведь ее традиции были заложены основательницей красноярской нейрохирургии профессором Ниной Семеновной Дралюк. Понятно, что мы уступаем столичным и федеральным центрам, но мы стремимся к их уровню.

# Светлана Сбитнева

HR-специалист, чей профиль в обиходе звучит емко и просто – «подборщик», она заняла 1-е место в конкурсе, проводимом известной консалтинговой компанией Talent&development, в номинации «Лучший специалист по подбору персонала».

## **Н**асколько профессионально значима для Вас эта победа?

Чаще всего в организациях, как и у нас, работает один специалист по подбору кадров. И получается, что сравнить себя с кем-то внутри компании не получается, варишься, что называется, в собственном соку. А такой конкурс позволяет понять, где ты находишься в этой системе координат. В прошлом году от нашего отдела участвовала целая команда – 5 человек, и все мы дошли до финала. В своей номинации я тогда заняла 3-е место. В этом году уже был больше вызов самой себе: посмотреть, как выросла, изменилась за год. Задания конкурса – это кейсы, которые решаешь. И подбираются они из самых разных отраслей, это заставляет думать, искать решения, а найденные способы потом можешь внедрять на своем месте.

## **Вероятно, как в любой работе, у Вас тоже есть сложности. Какие?**

Любые сложности – это зоны роста, и нужно искать способ решения задачи. Например, когда кандидатов нет на рынке или они находятся не в активном поиске, такие как, например, трансфузиологи.

В этом случае мы меняли путь решения с мотивации к обучению и переквалификации. Или при поиске сотрудников в бухгалтерию с опытом и на определенный уровень зарплаты, который может позволить бюджет, спустя два месяца безуспешного подбора мы стали рассматривать кандидатов с минимальным опытом, но обучаемых, чтобы самостоятельно вырастить профессионалов.

К тому же не зарплатой единой жив человек, есть масса и других вещей, которые важны: возможность профессионального роста и обучения, хороший коллектив, престижный бренд самой организации, наконец.

## **Какие используете каналы привлечения потенциальных сотрудников для ККБ?**

Их много, и для каждой категории вакансий свой источник привлечения. Работаем с вузами и колледжами – это главный источник врачебного, среднего и младшего персонала. Оттуда же берем на практику программистов или специалистов по кадрам, например. На специализированных ресур-

сах по поиску работы – врачей, административный и технический персонал. Работаем через соцсети, когда нужен персонал для командировки и работы на выезде, часто и наши сотрудники рекомендуют ККБ как работодателя. Есть также эффект от размещения вакансий в профильных чатах мессенджеров.

## **Сотрудник краевой больницы – каким он должен быть?**

В первую очередь он должен искренне разделять наши ценности, наши требования к безопасности и качеству. Это человек, стремящийся к развитию, обучаемый, это обязательно должен быть командный игрок и, конечно, соответствующий профстандарту: обладать нужным образованием, опытом и компетенциями. И далее уже идут какие-то специальные требования, зависящие от конкретного места работы. Например, такое качество, как стрессоустойчивость, может быть разным. Одно дело – стрессоустойчивость оператора контакт-центра, другое – работника реанимации, и третье – юриста.

**В медицину, по моему мнению, приводит зачастую чувство долга, желание помогать.**

## **Часто от руководителей можно услышать, что сегодняшние молодые люди, ищущие свою первую работу, слабо мотивированы на самоотдачу, но хотят сразу получить большую зарплату. На Ваш взгляд, это заявление соответствует истине?**

И да, и нет. Говорить о том, что люди не хотят достойную заработную плату за свой труд, – некорректно. Все-таки у каждого свой личный мотив, в какую профессию идти и зачем. В медицину, по моему мнению, приводит зачастую чувство долга, желание помогать.

В моем опыте были кандидаты, которые хотели высокую заработную плату только за один факт наличия диплома, но реальность скорректировала их ожидания.

## **В прошлом году Вы занимались трудоустройством во вновь организованные инфекционные госпитали. Набор «на войну» отличается от набора для обыденной работы?**

Отличался как сам процесс, так и кандидаты.





Мы пробовали отбирать соискателей не только по формальным признакам, но и по ценностным. Однако быстро поняли, что в условиях ограниченного времени и при таком объеме потребности в персонале нам госпитали не укомплектовать. Поэтому принимали в режиме конвейера, усвоив некие портреты желающих попасть в красную зону.

#### **А что это за портреты?**

Их несколько: первым просто интересно посмотреть, что это такое, испытать себя, вторым важно помогать людям, спасать, третьи хотя бы помочь коллегам, а четвертые идут за деньгами.

Люди все разные, никто не плохой или хороший, просто разные.

В работе рекрутера важно подобрать человека к месту работы как ключ к замку, по максимуму соответствия. Тогда в выигрыше все – и учреждение, где будут достигнуты цели, и сотрудник, который станет с удовольствием ходить на работу. В моем случае главное найти тех, кто профессионально, человечно и ответственно окажет помощь пациентам, кто обеспечит, чтобы в операционной во время операции не погас свет, а на обед пациент получил горячую еду вовремя.

# Третья волна



Об особенностях течения третьей волны пандемии рассказывает заведующая кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, врач-пульмонолог доктор медицинских наук, профессор **Ирина Демко:**

К

**В**ажно, что третья волна, которая настигла нас в начале июня, стремительно поднималась вверх вплоть до конца июля.

К сожалению, ожидание «плато» затягивается на неопределенное время. Количество пациентов в стационарах, в том числе в отделениях ОРИТ, увеличивается, что требует развертывания коек круглосуточного пребывания, которые «замораживали» после второй волны. Что еще хотела бы сказать по поводу этой третьей волны: появилось, к сожалению, большое количество молодых пациентов. Изменились и клинические проявления заболевания, внелегочные проявления болезни иногда выступают на первый план: диспепсия, поражение кожи, изменения со стороны ЦНС.

Для определения, каким именно вариантом коронавируса заражен человек, обычного ПЦР-теста недостаточно. Определять, альфа- или дельта-штамм у пациента, относительно хлопотно и дорого, потому что надо проводить секвенирование (расшифровку генома вируса). Это не везде и не всегда возможно. Но у небольшого количества это проводится, хотя бы для того, чтобы понимать, какой штамм циркулирует.

**Как и любой вирус, SARS-CoV-2 мутирует, в ближайшее время мы будем иметь все новые и новые штаммы.**

Безусловно, вирус мутирует, какие формы сейчас являются актуальными, мы можем узнавать только из средств массовой информации. Впервые обнаруженный в Индии дельта-штамм коронавируса распространился по всему миру, в том числе в России. Среди его основных особенностей – более короткий инкубационный период, чем у предыдущих разновидностей возбудителя болезни. Кроме того, он приводит к появлению у пациентов дополнительных симптомов, таких как нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

В лечении новой коронавирусной инфекции мы руководствуемся «Временными методическими рекомендациями», в настоящее время это уже 12-я версия. Конечно, меняются подходы, особенно в отношении противовирусной терапии. Актуальными и эффективными остаются патогенетические средства: глюкокортикостероиды и блокаторы интрелейкина 6.

Как и любой вирус, SARS-CoV-2 мутирует, в ближайшее время мы будем иметь все новые и новые штаммы. Конечно, будет меняться и клиническая картина заболевания, исходы и т.д.





Теоретические предпосылки к повышению риска осложнений после вакцинации отсутствуют, так как ни один из российских препаратов **не содержит живой вирус.**

Да, мы сейчас анализируем ситуацию по вакцинированным пациентам и заболевшим коронавирусной инфекцией, которые госпитализированы в Краевую клиническую больницу. С 21 июня в систему qMS эта информация вводится в обязательном порядке. Надо сказать, что количество пациентов вакцинированных и заболевших от общего количества госпитализированных – от 3 до 5%, в большинстве случаев это привитые одним компонентом. Вероятно, инфицирование происходит между введением доз. Заболевание у них протекает менее тяжело.

Безусловно, вакцина против COVID-19 не обеспечивает 100%-ную защиту, как и вакцина против гриппа. В конце июля появились дополнения к методическим рекомендациям по вакцинации против COVID-19, это касается беременных женщин и онкологических больных.

### Вакцинация беременных

«Временные методические рекомендации доработаны с учетом опыта применения вакцин для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных женщин и людей с онкологическими заболеваниями, а также в части порядка оформления медицинских отводов от профилактических прививок», – говорится в сообщении.

В рекомендациях отмечается, что вакцины, исходя из известных данных, не представляют опасность для беременных или плода. К беременным, имеющим риск развития тяжелого течения COVID-19, относят женщин с ожирением, хроническими заболеваниями легких, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, хронической болезнью почек, заболеваниями печени. При этом ожирение увеличивает такие риски в 2,3 раза, по-

скольку часто оно сочетается с соматическими, эндокринными и другими недугами, метаболическими расстройствами и иммунными нарушениями.

«Применять вакцину «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V») при беременности следует в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. То есть целесообразно проведение вакцинации в группе риска тяжелого течения COVID-19 с 22-й недели беременности», – говорится в тексте документа.

### Вакцинация онкологических пациентов

Вакцинация от коронавируса «Спутником V» без ограничений рекомендована всем пациентам с онкологическими заболеваниями, завершившим курс противоопухолевого лечения, вне зависимости от стадии заболевания, уточнили в ведомстве. Прививать «Спутником V» онкологических пациентов, получающих лечение с потенциальной гематологической токсичностью, рекомендовано, по меньшей мере, за две недели до начала такого лечения, интервала между курсами, начала или завершения лучевой терапии.

Отмечается, что теоретические предпосылки к повышению риска осложнений после вакцинации отсутствуют, так как ни один из российских препаратов не содержит живой вирус. «В то же время остается неизученной эффективность вакцинации у пациентов со скомпрометированной иммунной системой (например, у пациентов с лимфопенией, лейкопенией, нейтропенией). Нельзя исключить снижение эффективности вакцинации у пациентов этой группы по аналогии с данными, полученными в отношении вакцины против гриппа», – говорится в документе.

# Безопасность труда

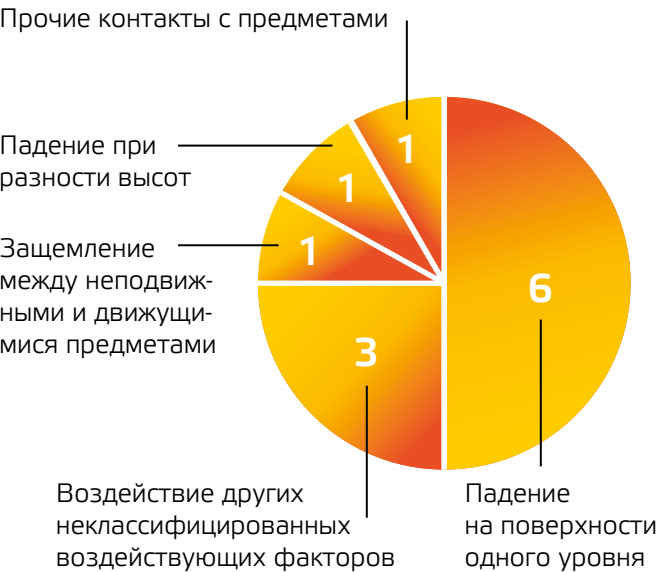


**Марина  
Вершинская,**  
руководитель службы  
охраны труда  
КГБУЗ «ККБ»

- Здоровье и безопасность работников = здоровье и безопасность пациентов
- Все травмы, профессиональные заболевания **могут быть предотвращены**
- Руководители несут **ответственность** за безопасность труда и здоровье своих работников

## Статистика несчастных случаев

### Виды несчастных случаев





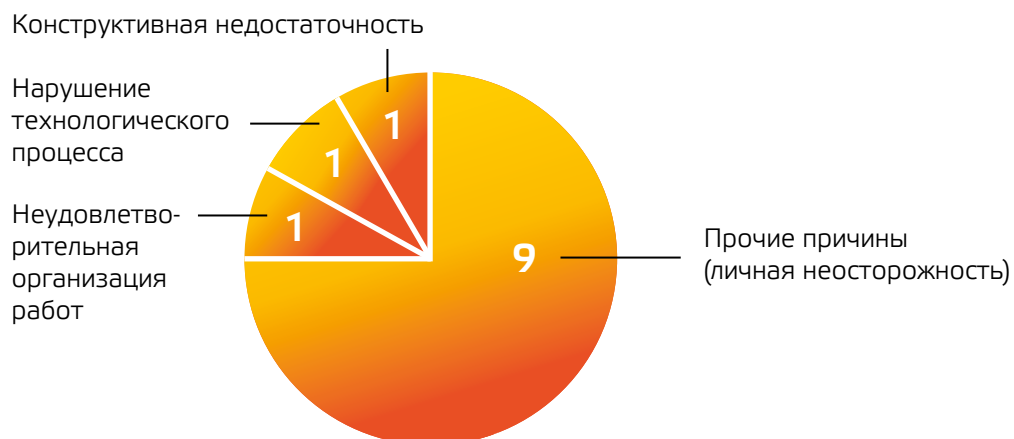
# начинается с тебя!

**Здравоохранение входит в одну из травмоопасных отраслей производства**



**за 2020 год в КГБУЗ «ККБ»**

## Основные причины несчастных случаев



**НАША ЦЕЛЬ —  
нулевой травматизм**

Вовлечение и участие всех работников к проблеме травматизма

Рабочие места без травм и профессиональных заболеваний



# ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

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

2021

## Организационный комитет:

| ПРЕДСЕДАТЕЛИ                    |                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Немик Борис Маркович            | министр здравоохранения Красноярского края                                                                          |
| Корчагин Егор Евгеньевич        | главный врач Краевой клинической больницы                                                                           |
| СОСТАВ ОРГКОМИТЕТА              |                                                                                                                     |
| Бичурина Марина Юрьевна         | заместитель министра здравоохранения Красноярского края                                                             |
| Иванов Игорь Владимирович       | генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения    |
| Головина Наталья Ивановна       | заместитель главного врача по медицинской части, представитель руководства по качеству Краевой клинической больницы |
| Чуваков Игорь Викторович        | заместитель главного врача по организационно-методической работе Краевой клинической больницы                       |
| Дранишников Сергей Владимирович | консультант по СМК Краевой клинической больницы                                                                     |
| Частухина Елена Ивановна        | и.о. заместителя главного врача по финансово-экономической деятельности Краевой клинической больницы                |
| Николаева Надежда Михайловна    | начальник отдела системы менеджмента качества Краевой клинической больницы                                          |
| Грицан Алексей Иванович         | заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПО                                                             |
| Черкашин Олег Андреевич         | руководитель центра информационного и документального обеспечения Краевой клинической больницы                      |
| Головач Сергей Александрович    | начальник пресс-службы Краевой клинической больницы                                                                 |



# ПРОГРАММА

|                    |                                                                                                                                        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>12:00-12:30</b> | Регистрация участников и техническое подключение                                                                                       |
| <b>12:30-12:40</b> | Открытие конференции<br>Немик Б.М. – министр здравоохранения Красноярского края                                                        |
| <b>12:40-12:50</b> | Корчагин Е.Е. – главный врач Краевой клинической больницы                                                                              |
| <b>12:50-13:00</b> | Латинович М. – первый зам. министра здравоохранения и социального развития Республики Сербской по вопросам организации здравоохранения |

## 21 сентября 2021

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

Модераторы: Корчагин Е.Е., Иванов И.В., Бошкович Р.

| №        | Время              | ФИО докладчика                    | Тема доклада                                                                                                                                                                              | Должность, организация                                                                                                       |
|----------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>13:00-13:40</b> | Иванов<br>Игорь<br>Владимирович   | Национальная система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, с учетом международной практики (требования приказа 785н и практических рекомендаций Росздравнадзора) | Генеральный директор, ФГБУ «Национальный институт качества» федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва |
|          | 13:40-13:45        | Обсуждение. Ответы на вопросы.    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |
| <b>2</b> | <b>13:45-14:25</b> | Корчагин<br>Егор<br>Евгеньевич    | Поддержка и мотивация персонала                                                                                                                                                           | Главный врач, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                                                                     |
|          | 14:25-14:30        | Обсуждение. Ответы на вопросы.    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |
| <b>3</b> | <b>14:30-15:00</b> | Мухамадеев<br>Марат<br>Фанисович  | Практика проведения обходов и аудитов. Результаты управления и поддержание исполнения требований                                                                                          | Главный врач ГАУЗ Республики Татарстан «БСМП», г. Набережные Челны                                                           |
|          | 15:00-15:05        | Обсуждение. Ответы на вопросы.    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |
| <b>4</b> | <b>15:05-15:35</b> | Гардашник<br>Розанна<br>Исааковна | Практический опыт внедрения стандартов JCI. Основные подходы и инструменты                                                                                                                | Главный врач Детской клиники ЕМС, г. Москва                                                                                  |
|          | 15:35-15:40        | Обсуждение. Ответы на вопросы.    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |
|          | 15:40-16:00        | <b>Кофе-брейк</b>                 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |

|                                            |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5</b>                                   | <b>16:00-16:30</b> | Фусс<br>Татьяна<br>Владимировна       | Опыт аккредитации по международным стандартам качества и безопасности медицинской деятельности в контексте сестринской службы | Главная медицинская сестра, Клинико-диагностический центр на Красной Пресне АО «МЕДСИ 2», г. Москва                                                                                                                                          |
| 16:30-16:35 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>6</b>                                   | <b>16:35-17:05</b> | Максимович<br>Златко                  | Наша борьба с ковидом как пример управления кризисом и обеспечения непрерывности бизнеса                                      | Проф., директор ГБУЗ Больница «Святые Врачи» г. Биелина, Республика Сербская                                                                                                                                                                 |
| 17:05-17:10 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>7</b>                                   | <b>17:10-17:30</b> | Архипов<br>Артем<br>Сергеевич         | Оптимизация взаимодействия COVID госпиталей                                                                                   | Заместитель главного врача по хирургии, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                                                                                                                                                           |
| 17:30-17:35 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>8</b>                                   | <b>17:35-17:55</b> | Клещевникова<br>Татьяна<br>Михайловна | Опыт внедрения практических рекомендаций Росздравнадзора в поликлинике. Основные подходы и результаты                         | Главный врач ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», г. Тюмень                                                                                                                                                                                 |
| 17:55-18:00 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>9</b>                                   | <b>18:00-18:20</b> | Куликов Олег<br>Вильевич              | Опыт разработки и внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора для санаторно-курортных учреждений                      | Специалист ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, эксперт-аудитор Системы добровольной сертификации Росздравнадзора «Качество и безопасность медицинской деятельности», кандидат медицинских наук, Москва – Санкт-Петербург. |
| 18:20-18:25 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>10</b>                                  | <b>18:25-18:45</b> | Гончар Игорь<br>Викторович            | Путь пациента в корпусе экстренной медицинской помощи. Практический кейс                                                      | Старший менеджер, медицинский инжиниринг, консалтинговая практика Филипс в России и Центральной Азии, г. Москва                                                                                                                              |
| 18:45-18:50 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>11</b>                                  | <b>18:50-19:10</b> | Сенченко Алексей<br>Юрьевич           | Обучение врачей                                                                                                               | Доцент, кафедра управления и экономики здравоохранения ИПО, КрасГМУ                                                                                                                                                                          |
| 19:10-19:15 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>12</b>                                  | <b>19:15-19:30</b> | Калининченко<br>Владимир Иванович     | Инструментальное обеспечение системы менеджмента качества в медицинской организации                                           | Генеральный директор, ООО «Мед-КомТех», д-р экон.наук, канд. техн. наук, профессор                                                                                                                                                           |
| 19:30-19:35 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                    |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |

ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ КОНФЕРЕНЦИИ

22 сентября 2021

## II. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.

Модераторы: Корчагин Е.Е., Иванов И.В., Бошкovich Р.

| №                                          | Время                                                                                                                                                                  | ФИО докладчика                   | Тема доклада                                                                                                             | Должность, организация                                                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                          | 13:00-13:30                                                                                                                                                            | Курлеева Татьяна Юрьевна         | Региональный подход при внедрении практических рекомендаций РЗН в медицинских организациях г. Владивостока. Опыт Центра. | Главный врач ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр», г. Владивосток                                                    |
| 13:30-13:35 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 2                                          | 13:35-14:05                                                                                                                                                            | Солнцев Дмитрий Владиславович    | Особенности системы контроля качества медицинских услуг при переходе в онлайн-формат                                     | Управляющий Красноярским отделением ПАО «Сбербанк», Красноярск                                                                |
| 14:05-14:10 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 3                                          | 14:10-15:40                                                                                                                                                            | Джонстон Гарретт                 | Пациентоцентричность. Опыт медицинской организации всей планеты                                                          | Специалист по маркетингу, CEO Macroscopic Consulting, Ирландия                                                                |
| 15:40-15:45 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 4                                          | 15:45-16:05                                                                                                                                                            | Симакова Валентина Михайловна    | Идентификация пациентов в поликлинике                                                                                    | Заместитель главного врача по поликлинической работе КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                               |
| 16:05-16:10 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 16:10-16:30 Кофе-брейк                     |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 5                                          | 16:30-16:50                                                                                                                                                            | Бортникова Полина Владимировна   | Путь пациента. Современные инструменты оценки удовлетворенности пациентов                                                | Заведующая отделом по работе с обращениями граждан, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                                |
| 16:50-16:55 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 6                                          | 16:55-17:15                                                                                                                                                            | Юферова Мария Юрьевна            | Точки контакта с целевой аудиторией: почему важно сначала их обнаружить, а потом беспрестанно улучшать                   | Руководитель управления информационной политики, ОАО «Красноярский завод цветных металлов имени В.Н. Гулидова», г. Красноярск |
| 17:15-17:20 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 7                                          | 17:20-17:40                                                                                                                                                            | Головач Сергей Александрович     | Риски в пиар-сфере                                                                                                       | Начальник пресс-службы и редакции журнала «Первая краевая», КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                        |
| 17:40-17:45 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 8                                          | 17:45-18:05                                                                                                                                                            | Михайлова Екатерина Вячеславовна | Welcome-цепочка, или как получить позитивный опыт сотрудника и быстрый выход новичка на эффективность                    | Заместитель главного врача по кадрам, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                                              |
| 18:05-18:10 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 9                                          | 18:10-18:30                                                                                                                                                            | Николаева Надежда Михайловна     | Организация работы отдела качества и Центра компетенций. Совершенствование процессов прачечной                           | Начальник отдела системы менеджмента качества, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                                     |
| 18:30-18:35 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 10                                         | 18:35-18:55                                                                                                                                                            | Черкашин Олег Андреевич          | IT-инструменты в МО. Геймификация как мотивация персонала                                                                | Руководитель центра информационного и документального обеспечения, КГБУЗ «ККБ», г. Красноярск                                 |
| 18:55-19:00 Обсуждение. Ответы на вопросы. |                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 19:00-19:10                                | <b>Заключительное слово.</b><br>Латинович М. – первый зам. министра здравоохранения и социального развития Республики Сербской по вопросам организации здравоохранения |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |
| 19:10-19:40                                | <b>Подведение итогов, принятие резолюции</b>                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                               |

ЗАКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ



# Профилактика падений

1К



**Светлана Неведова,**

*заместитель главного врача по работе  
с сестринским персоналом:*

**П**адение, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – «происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности». В медицинской практике падение – серьезный инцидент, который может привести к значительным последствиям: травмам и даже летальному исходу. Помимо моральной составляющей это влечет за собой и материальные издержки: увеличение стоимости лечения, возможные требования со стороны пациента или его родственников о компенсации.

**Важно!** Частота падений пациентов является одним из **главных индикаторов качества сестринского ухода** в стационаре и безопасности пациентов.

Основной документ КГБУЗ «ККБ» в отношении профилактики падений – это стандарт на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 №785Н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», уже в настоящее время в редакции №4, где обозначен порядок действий медицинского персонала, направленный на профилактику падений пациентов, обязанности сотрудников младшего медицинского персонала, сотрудников инженерной службы. На основании СТУ 1.5-2017 «Порядок проведения внутренних аудитов» была создана комиссия из ответственных сотрудников – аудиторов по основным направлениям системы безопасности пациентов. Росздравнадзор в практических рекомендациях для медицинских учреждений выделяет это требование как компонент внутреннего контроля, где обозначены группы показателей в пункте 10 «**Безопасность среды в медицинской организации. Профилактика падений. 2 часть**».

## Мировая статистика по падениям

### Основные факты по данным ВОЗ:

- **Падения являются второй по значимости причиной смерти** в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм в мире.
- По оценкам, **ежегодно в мире происходит 646 000 случаев смерти в результате падений**.
- Наибольшее количество смертельных падений происходит **среди людей старше 65 лет, молодых людей в возрасте 15-29 лет и детей в возрасте 15 лет и младше**.
- Ежегодно происходит **37,3 миллиона падений с достаточно серьезными последствиями**, при которых **требуется медицинская помощь**.
- В стратегиях по предотвращению падений **необходимо придавать особое значение образованию, подготовке, созданию более безопасной среды, проведению научных исследований, связанных с падениями, и разработке эффективной политики по уменьшению риска**.

10. Безопасность среды в медицинской организации.  
Профилактика падений. 2 часть.

| №<br>п/п                                                                                                                         | Пункт<br>требо-<br>вания<br>ПР РЭН | Наименование нормативных<br>документов/критерии качества                                                                                                                                                                                                                   | Примечания/комментарии                                                                                | Оценка выполнения<br>требований       |     |                 |     | Обозначение<br>документов/<br>свидетельства<br>выполнения<br>требований |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----|-----------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       | руководите-<br>лем подразде-<br>ления |     | аудито-<br>рами |     |                                                                         |
|                                                                                                                                  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       | да                                    | нет | да              | нет |                                                                         |
| 10. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений. |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| Часть 2. Сотрудники подразделения выполняют следующие требования:                                                                |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 10.0 Идентификация пациента с высоким риском падений                                                                             |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 53                                                                                                                               | 10.9.2                             | В медицинской документации ставятся специальные отмет-<br>ки о высоком риске падений                                                                                                                                                                                       |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 54                                                                                                                               |                                    | На кроватях пациентов размещаются специальные таб-<br>лички, обозначающие высокий риск падения пациентов                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 55                                                                                                                               |                                    | Применяются браслеты для пациентов с риском падения                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 10.11.1 Безопасная планировка отделения, палат, туалетов, душевых и ванных комнат с учетом риска падений                         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 56                                                                                                                               | 10.11.1                            | Организована безопасная планировка палат с учетом риска<br>падений:<br>● двери находятся в прямой видимости от кровати<br>● двери открываются наружу<br>● минимально необходимое количество мебели<br>● наличие поручней и перил в душевых и ванных комнатах<br>и туалетах |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 10.12 Оптимальный выбор напольного покрытия, стен                                                                                |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 57                                                                                                                               | 10.12.1                            | В организации сделано безопасное половое покрытие,<br>включая места с повышенной влажностью                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
|                                                                                                                                  |                                    | Выбраны контрастные цвета для пола и стен                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 58                                                                                                                               | 10.12.2                            | При проведении влажной уборки устанавливаются преду-<br>преждающие знаки «мокрый пол»                                                                                                                                                                                      | Оценить качество уборки с<br>точки зрения отсутствия луж                                              |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 59                                                                                                                               | 10.13.1                            | Освещение в медицинских помещениях организовано в<br>соответствии с нормами                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 60                                                                                                                               | 10.13.2                            | Палаты оборудованы ночниками, индивидуальным осве-<br>щением                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 10.14 Безопасные кровати                                                                                                         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 61                                                                                                                               | 10.14.1                            | Палаты оборудованы кроватями с:<br>● возможностью изменения высоты<br>● исправной тормозной системой<br>● действующими ограничителями                                                                                                                                      |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 10.15 Информирование пациентов / ухаживающих по вопросам профилактики                                                            |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 62                                                                                                                               | 10.15.1                            | По вопросам профилактики падений разработаны информа-<br>ционные материалы, например, постеры, памятки, брошюры                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
| 63                                                                                                                               | 10.15.2                            | Проводится информирование пациентов / ухаживающих<br>по вопросам профилактики падений, включая обучение<br>методам профилактики                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                       |     |                 |     |                                                                         |
|                                                                                                                                  |                                    | Пациенты подтверждают информирование по вопросам и<br>методам профилактики падений                                                                                                                                                                                         | Опросить пациентов с вы-<br>соким риском падений на<br>предмет знания методов<br>профилактики падений |                                       |     |                 |     |                                                                         |

Причины падений

Скользкий пол



Потеря равновесия



Передвижение без сопровождения



Ухудшение состояния



Недостаточное информирование





- Профилактика падений
- Стратегии по профилактике падений должны быть всесторонними и многоплановыми:
- Создание более безопасной окружающей среды, снижение факторов риска падений и устранение опасностей
  - Проведение оценки риска пациента
  - Идентификация пациентов с риском падения
  - Проведение особого контроля за пациентами с риском падения
  - Обучение персонала и пациентов по профилактике падений

п. 10.9.2 В медицинской документации ставятся специальные отметки о высоком риске падений

Оценка риска падения проводится в следующих случаях:

- при поступлении экстренного пациента в отделение скорой медицинской помощи (приемное отделение) (далее — ПО);
- при поступлении в отделение (в т.ч. при переводе из другого отделения);
- при изменении клинической ситуации (операция, ухудшение общего состояния, случай падения);
- ежедневно 1 раз в сутки, если риск падения  $\geq 25$  баллов.

Шкала оценки падения Морзе

| Критерии оценки                                         |                                                                                         | Баллы |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Случаи падения пациента в течение последних 3-х месяцев | <input type="checkbox"/> падений не было                                                | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> падения были                                                   | 25    |
|                                                         | <input type="checkbox"/> пациент упал впервые                                           |       |
| Сопутствующие заболевания, провоцирующие падение        | <input type="checkbox"/> нет                                                            | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> есть                                                           | 15    |
| Использование вспомогательных средств передвижения      | <input type="checkbox"/> не использует / постельный режим                               | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> костыли / трость / ходунки / кресло-каталка                    | 15    |
|                                                         | <input type="checkbox"/> придерживается за мебель / стены                               | 30    |
| Наличие катетера (внутривенная терапия)                 | <input type="checkbox"/> не передвигается с инфузионной системой и дозатором            | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> мобилен при проведении терапии                                 | 20    |
|                                                         | <input type="checkbox"/> терапия пепарином в/в                                          |       |
| Функция ходьбы                                          | <input type="checkbox"/> в норме / постельный режим / обездвижен                        | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> слабая                                                         | 10    |
|                                                         | <input type="checkbox"/> нарушена                                                       | 20    |
| Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений | <input type="checkbox"/> знает свои ограничения                                         | 0     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> переоценивает свои возможности / забывает о своих ограничениях | 15    |



Инструкция для медицинской сестры по уходу за пациентами с высоким риском падений

| Действия медицинской сестры по профилактике падений пациента, подверженного высокому риску падения |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Что нужно сделать                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1                                                                                                  | Разместить пациента в палату: <ul style="list-style-type: none"><li>как можно ближе к посту медицинских сестер (по возможности)</li><li>оснащенную легкодоступной сигнальной кнопкой вызова медицинского персонала</li><li>оснащенную ночниками над койкой пациента</li><li>оснащенную туалетной комнатой с поручнями</li></ul> |
| 2                                                                                                  | Разместить пациента на койку: <ul style="list-style-type: none"><li>оснащенную регулятором высоты (при наличии такой койки в отделении)</li><li>с поднятыми боковыми поручнями (при наличии)</li><li>обозначенную специальным знаком безопасности (приложение 5)</li></ul>                                                      |
| 3                                                                                                  | Ознакомить пациента с правилами пользования: <ul style="list-style-type: none"><li>кнопкой вызова</li><li>регулятором высоты койки</li><li>памяткой по профилактике падений для пациентов (приложение 3)</li></ul>                                                                                                              |
| 4                                                                                                  | Обеспечить достаточную площадь вокруг пациента, т.е. ничего не должно препятствовать свободному перемещению пациента<br><i>*не распространяется на отделения анестезиологии-реанимации</i>                                                                                                                                      |
| 5                                                                                                  | Сопровождать пациента на диагностические процедуры по отделению, палате                                                                                                                                                                                                                                                         |

п. 10.15.1 По вопросам профилактики падений разработаны информационные материалы, например, постеры, памятки, брошюры

### Как не допустить падения пациентов

**Будьте внимательны!**  
**Вы можете предотвратить падение пациента, соблюдая эти простые правила**



Поднимайте бортики на кроватях и каталках



Контролируйте, чтобы личные вещи пациента лежали на расстоянии вытянутой руки от него



Помогите пациенту вставать с кровати/кресла-каталки или садиться на них



Обучайте пациента и его родственников профилактике падений



Не оставляйте пациента на каталке без присмотра



Обеспечьте, чтобы кнопка вызова персонала нажималась рядом с пациентом



Обеспечивайте пациента вспомогательными средствами ходьбы



Обозначайте места после влажной уборки помещения



Фиксируйте колеса на каталке при остановке



По возможности устанавливайте койку на более низком уровне



Оценивайте риск падения пациента ежедневно

**Если вы обнаружили, что пациент потерял равновесие или упал...**

- Оцените состояние пациента: если пациент без сознания, то вызовите реанимационную бригаду
- Выясните, в каком отделении пациент проходит лечение, или прочитайте на браслете
- Вызовите медицинскую сестру или врача из отделения, где пациент проходит лечение
- Не оставляйте пациента без присмотра до прихода медицинской сестры или врача из отделения
- Зарегистрируйте инцидент



краевая клиническая больница  
основана в 1942

### Как избежать падения

**Уважаемые пациенты!**  
**Соблюдайте эти правила, чтобы избежать падения!**



Используйте кнопку вызова, если вам нужна помощь, но вы не можете встать самостоятельно



Зажигайте свет ночью, когда собираетесь встать с кровати



При вставании с кушетки или кровати медленно переходите из положения лежа в положение сидя, затем вставайте



При шаткой походке просите медсестру помочь встать с кровати



Если вы испытываете слабость, беспокойство, головокружение, то позовите на помощь



Протирайте очки как можно чаще и всегда надевайте их при ходьбе



Будьте внимательны и осторожны, когда идете по влажному полу после уборки



Носите подходящую обувь с нескользящей подошвой с фиксированной пяткой



Будьте внимательны и осторожны, когда ходите на ковриках или на ходунках



Фиксируйте тормоз на кресле-каталке при усаживании в него или вставании с него

**Будьте внимательны, когда спускаетесь или поднимаетесь по лестнице:**



Держитесь за перила



Не читайте документы



Не пользуйтесь телефоном



краевая клиническая больница  
основана в 1942

**п. 10.9.2** На кроватях пациентов размещаются специальные таблички, обозначающие высокий риск падения пациентов



Данные информационные таблички-треугольники размещаются с помощью стяжки на кровать пациента

**\*Допускается размещать знак опасности падения на дверь палаты, в случае если все пациенты в палате подвержены риску падения.**



● ● ●  
**Оксана Безрукова,**  
старшая медицинская сестра  
отделения гемодиализа:

В нашей больнице мы убедились в необходимости разработки и внедрения мероприятий в организации профилактики падений пациентов. В феврале 2021 года вышла 4-я редакция стандарта по профилактике падений в КГБУЗ «ККБ». В стандарте четко обозначены термины и определения, внедрен комплекс мероприятий: написаны памятки и рекомендации для пациентов и персонала, разработана система оформления инцидентов, проведено обучение персонала по теме профилактики падений и оценке рисков. Для удобства проведения обучения создан обучающий видеоролик «Профилактика падений в КГБУЗ «ККБ». Я, как ответственная за направление, систематически по плану провожу в отделениях внутренние аудиты, анализирую, как

**п. 10.9.2** Применяются браслеты для пациентов с риском падения



| Уровень риска | Сумма баллов по шкале Morse |
|---------------|-----------------------------|
| Нет риска     | 0-24                        |
| Умеренный     | 25-50                       |
| Высокий       | от 51                       |

**п. 10.15.2** Проводится информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падений, включая методов профилактики



- Разработанные памятки по профилактике падений выданы во все отделения больницы
- При поступлении в отделение медицинская сестра информирует пациента о профилактике падений

работает стандарт, провожу опрос пациентов согласно чек-листу.

При поступлении в отделение универсальная медицинская сестра оценивает пациента по шкале Морзе, тем самым выявляя риски. В зависимости от степени риска (низкий, умеренный, высокий) были разработаны обязательные мероприятия (базовые, стандартные, специфические), применяемые к пациенту. Все сотрудники, включая немедицинский персонал, участвуют в программе предотвращения падений пациентов. Внедрение стандарта позволило добиться следующих результатов:

- повысилось число зарегистрированных случаев падений;
- медперсонал и пациенты обучены способам профилактики падений;
- снижено число жалоб пациентов о травмах в результате падений.

Это говорит о том, что программа профилактики падения пациентов является эффективной и позволяет повысить уровень безопасности.

УДК 616.65-002

# Особенности клинических проявлений и компонентного состава тела у молодых мужчин, страдающих хроническим простатитом, в зависимости от телосложения

Юрий Юрьевич Винник<sup>1,2</sup>, Альбина Павловна Фокина<sup>3</sup>, Тимур Анварьевич Шагеев<sup>2,3</sup>,  
Андрей Андреевич Амелеченко<sup>2,3</sup>

1. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1».
2. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
3. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница №4».

## Актуальность

Хронический простатит (ХП) является самым распространенным андрологическим заболеванием, которое поражает наиболее активную часть мужского населения. Мужчины, у которых диагностирован ХП, чаще всего предъявляют жалобы на дизурию, боли различной интенсивности, нарушения сексуальной функции, приводящие к развитию личностных проблем, снижению качества жизни не только мужчин, но и их спутниц – женщин, обуславливая высокую социальную значимость этой патологии. В совокупности это приводит к разрушению семейных отношений, одиночеству и, как следствие, ухудшению демографической ситуации в Российской Федерации. [1,2] Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, проблема ХП продолжает оставаться актуальной. В настоящее время стойкая ремиссия заболевания наступает только у 30–35% больных, получающих тради-

ционное лечение. [2,3,4] Остро стоит вопрос о поиске новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных ХП.

## Цель исследования

Выявление особенностей компонентного состава тела и клинических проявлений у молодых мужчин, страдающих ХП, в зависимости от соматотипа.

## Материалы и методы

На базе поликлиники и дневного стационара Красноярской межрайонной клинической больницы №4 с 2018-го по 2020 год проведено обследование 72 мужчин с ХП первого периода зрелого возраста – от 22 до 35 лет. Средний возраст –  $28,4 \pm 2,5$ . Длительность заболевания – от семи месяцев до двух с половиной лет. В анамнезе все пациенты имели успешно пролеченные инфекции, передаваемые половым путем.

В стандартный комплекс клинического обследования было включено анкетирование с использованием валидных опросников – оценка локализации, интенсивности и частоты боли, нарушения мочеиспускания, их влияние на качество жизни. Оно проводилось с помощью анкеты СОС-ХП (суммарная оценка симптомов при хроническом простатите). [5] Нарушения половой функции оценивались по квантификационной шкале «Сексуальная формула мужская (СФМ)». [6] Всем пациентам выполнено комплексное соматометрическое обследование с последующим соматотипированием по схеме L. Rees – H.J.

По итогам анкетирования по СОС-ХП наиболее выраженная симптоматика ХП была выявлена у пациентов **пикнического соматотипа**.



Eisenck [7]. Соматотип устанавливался на основании величины индекса, вычисляемого по формуле: индекс R.E. = длина тела (см) / (поперечный диаметр грудной клетки (см) x 6). У мужчин, имеющих величину индекса до 96, определялся пикнический соматотип. Величина индекса от 96 до 106 соответствует нормостеническому соматотипу. При значении индекса более 106 пациента относили к астеническому соматотипу. Определение компонентного состава тела проводилось с помощью неинвазивного метода оценки биоэлектрического двухчастотного импеданса с использованием комплекса КМ-АР-01, комплектация «ДИАМАНТ-АИСТ мини». [8]

Результаты и обсуждение

По итогам анкетирования по СОС-ХП наиболее выраженная симптоматика ХП была выявлена у пациентов пикнического соматотипа за счет болевого и дизурического синдромов. Пациенты других соматотипов имели менее выраженные проявления, однако наиболее значимое нарушение качества жизни наблюдалось у нормостеников. (Рис. 1.)

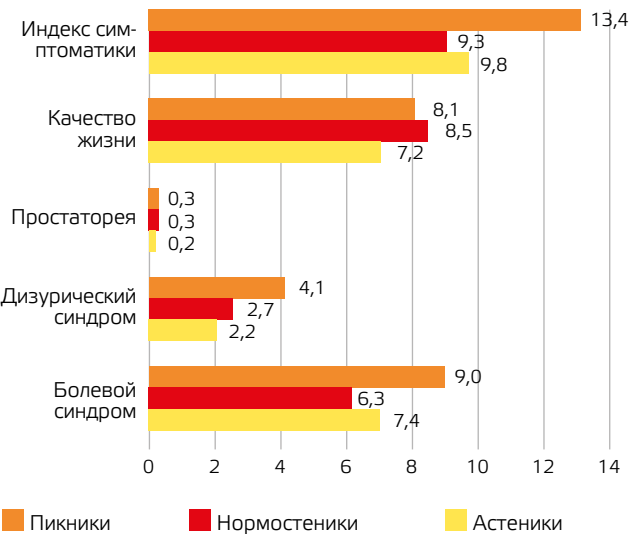
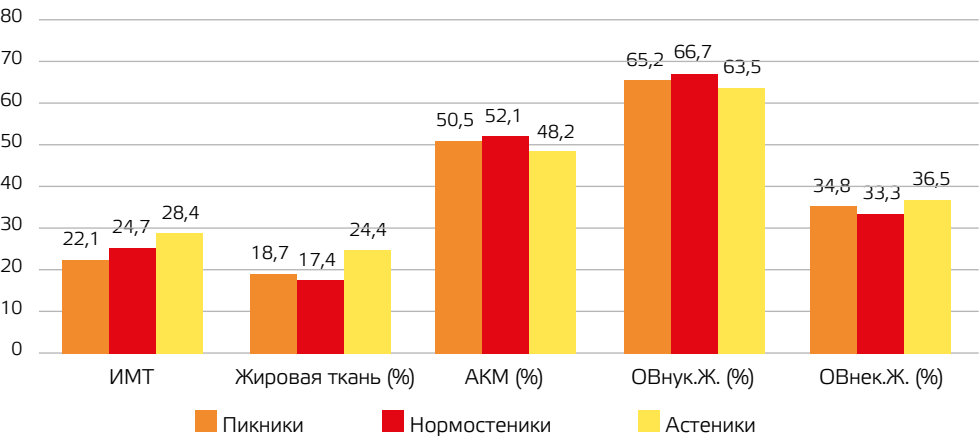


Рис. 1. Результаты анкетирования СОС-ХП



**Пациенты пикнического соматотипа, по результатам СФМ, имели наиболее выраженные и длительные расстройства сексуальной функции, что выражалось преимущественно в умеренном снижении либидо и незначительном расстройстве эрекции. Мужчины этой группы не были удовлетворены качеством своей сексуальной жизни. (Рис. 2.)**

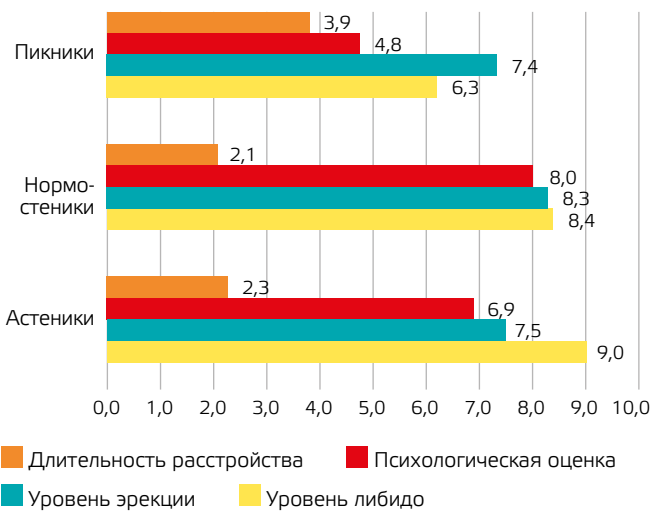


Рис. 2. Результаты анкетирования СФМ

При анализе протоколов биоимпедансометрии выявлены наибольшие значения индекса массы тела (ИМТ), жировой массы, объема внеклеточной жидкости преимущественно у пациентов с пикническим соматотипом. Астеники характеризовались наименьшим значением ИМТ. У нормостеников наблюдались наибольшие показатели активной клеточной массы и объема внеклеточной жидкости. (Рис. 3.)

Рис. 3. Результаты биоимпедансометрии. (ИМТ – индекс массы тела, ОВнук.Ж. – объем внутриклеточной жидкости, ОВнек.Ж. – объем внеклеточной жидкости, АКМ – активноклеточная масса)

Выраженных нарушений компонентного состава у мужчин астеников и нормостеников нами не обнаружено.



## Заключение

У молодых мужчин клинические и биоимпедансометрические особенности ХП соматотипически обусловлены. Представители пикнического соматотипа имели наиболее выраженные проявления заболевания. Кроме того, у них обнаруживался выраженный дисбаланс клеточного состава тела, проявляющийся в повышении ИМТ, обусловленный избытком жировой ткани при сниженных показателях АКМ, что может негативно сказываться на гормональном статусе мужчины. [9]

Зарегистрирован наиболее высокий объем внеклеточной жидкости, обусловленный наличием скрытых отеков, веностазом, нарушением оттока секрета простаты, способствующий тяжелому течению воспаления в мочеполовых органах. [10] Выраженных нарушений компонентного состава у мужчин астеников и нормостеников нами не обнаружено. Клинические проявления ХП у них были выражены значительно слабее.

## Список литературы:

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. // Экспериментальная клиническая урология. – 2010. – №1. – С. 4–11.
2. Пушкарь Д.Ю. Критика неадекватного использования антибактериальных препаратов при хроническом простатите и ИПП / Д.Ю. Пушкарь, А.С. Сегал, И.В. Рендашкин // IX Конгресс. Мужское здоровье. Сб. науч. тр. – СПб., 2013. – Кн. 2. – С. 101–102.
3. Овод А.И. Медико-социологическое исследование пациентов с хроническим простатитом. / А.И. Овод, М.Д. Муковнина. // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – № 4. – С. 372–378.
4. Сосновский И.Б. Клинико-функциональное состояние предстательной железы у больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией. / И.Б. Сосновский, А.Т. Терешин, Г.Д. Дмитренко. // Врач-аспирант. – 2012. – № 1.3. – С. 446, 455.
5. Лоран О.Б., Сегал А.С. Система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС – ХП). // Урология. – 2001. – № 5. – С. 16–19.
6. Общая сексопатология: руководство для врачей / Г.С. Васильченко, И.Л. Ботнева, Ю.Ю. Винник [и др.]. / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 2005. – 512 с.
7. Rees, Z. A. A factorial study of some morphological aspects of human constitution / Z. A. Rees, H. Eisenck // J. mental. Sci. – 1945. – Vol. 91, № 386. – P. 8–21.
8. Николаев Д.В., Руднев С.Г. Биоимпедансный анализ: основы метода, протокол обследования и интерпретация результатов. // Спортивная медицина: наука и практика. 2012. – №2. – С. 29–36.
9. Trabert B, Graubard BI, Nyante SJ, Rifai N, Bradwin G, Platz EA, et al. Relationship of sex steroid hormones with body size and with body composition measured by dual-energy X-ray absorptiometry in US men. Cancer causes & control: CCC. 2012;23(12):1881–91. 10.1007/s10552-012-0024-9
10. Tyagi P, Motley SS, Koyama T, Kashyap M, Gingrich J, Yoshimura N, Fowke JH. Molecular correlates in urine for the obesity and prostatic inflammation of BPH/LUTS patients. Prostate. 2018 Jan;78(1):17-24. doi: 10.1002/pros.23439. Epub 2017 Oct 27

# Результат хирургической коррекции дегенеративного сколиоза

А.Е. Поляков, Ю.Я. Пестряков

**Сколиоз** – прогрессирующая деформация позвоночника, характеризующаяся искривлением позвоночного столба в 3-х плоскостях (во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной).

**С**колиоз у взрослых (дегенеративный сколиоз) начинает проявляться после закрытия зон роста позвоночника и сопровождается ранним развитием дегенеративных изменений. К ним относятся: прогрессирующий остеохондроз, воспалительные процессы на уровне межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов, остеопороз и остеомалиция (размягчение кости).

Сколиоз также может возникать после операций на позвоночнике, ввиду развития нестабильности позвоночно-двигательных сегментов. Комбинация вышеуказанных изменений приводит к тому, что позвоночный столб теряет свою способность поддерживать нормальную форму и деформируется.

В 1970–1980 годах на базе Краевой клинической больницы были впервые внедрены методы хирургической коррекции сколиотических деформаций у подростков, в меньшей степени – у взрослых. Разработана фиксирующая система гребенок Роднянского-Гупалова, при помощи которой осуществлялась коррекция сколиозов I–II степеней. Но по прошествии времени эта методика была утрачена, в том числе в силу невозможности эффективно корригировать грубые ригидные деформации III–IV степеней. С конца 2013 года в отделении нейрохирургии ККБ, благодаря развитию технологий многоуровневых остеотомий, способов протяженной фиксации позвоночника, внедрены и успешно

применяются современные методы хирургического лечения приобретенных, грубых ригидных деформаций. Специалисты регулярно повышают уровень профессиональной подготовки в ведущих клиниках страны, специализирующихся на хирургическом лечении сколиозов (НИИ ТО им. Вредена, г. Санкт-Петербург; НМИЦ ТО им. Илизарова, г. Курган; НМИЦ ТО им. Приорова, г. Москва; НИИ ТО им. Цивьяна, г. Новосибирск).

## Представляем клинический случай пациента с дегенеративным поясничным сколиозом.

Пациент Р., 64 года, поступил в нейрохирургическое отделение №1 с диагнозом «остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника». Дегенеративный стеноз позвоночного канала на уровне L4-L5, L5-S1. Грыжи дисков L1-L2, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Дегенеративный S-образный левосторонний поясничный сколиоз IV степени. Хронический люмбалгический синдром. Хроническая дефицитная моторная радикулопатия L4 слева, хроническая дефицитная сенсорная радикулопатия S1 слева. Радикулоишемический синдром по L5 слева.

Жалобы при поступлении на боль в пояснице с иррадиацией в левую ногу по задне-боковой поверхности бедра, голени, онемение по боковой поверхности левого бедра, укорочение левой конечности.

**Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы на протяжении 15 лет. Последнее время боль приобрела постоянный характер. Консервативная терапия малоэффективна.

**Неврологический статус при поступлении:** сознание ясное, контактен. На вопросы отвечает верно. Ориентирован. Инструкции выполняет верно. Снижено внимание, несколько снижена память на мелкие текущие события. Речь не нарушена.

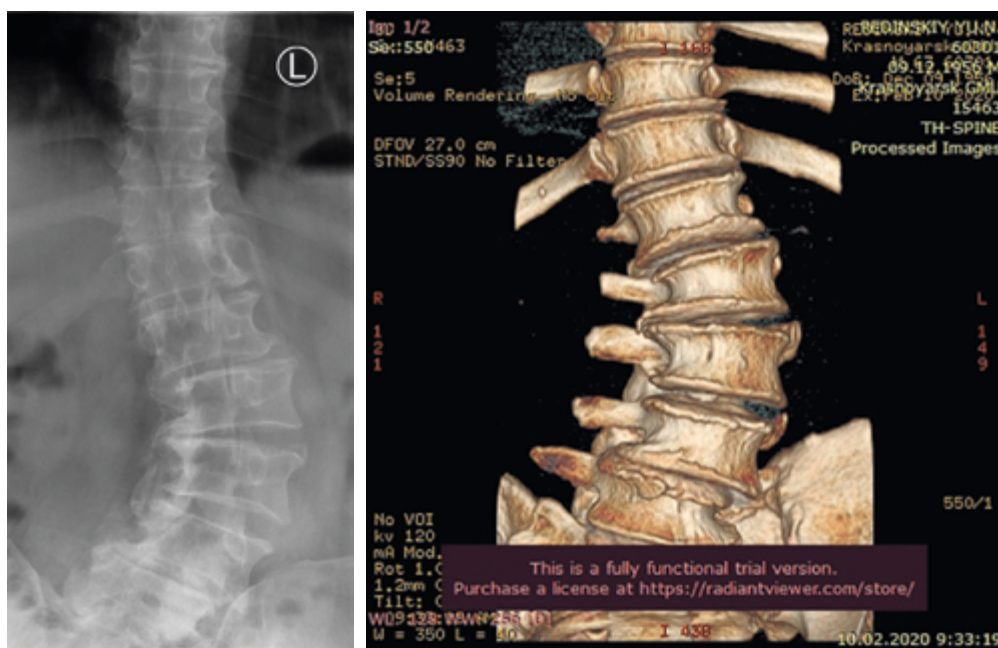
**ЧМН.** Глазные щели D=S. Зрачки правильной



формы, D=S. Фотореакции сохранены, симметричны. Глазодвигательных нарушений нет. Диплопии нет. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. НГС симметричны. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание не нарушено. Люмбоишиалгический синдром. Симптомы натяжения отрицательны. Мышечная сила в левом бедре снижена до 4б, в тыльных сгибателях левой стопы и разгибателе большого пальца снижена до 3б, мышечный тонус несколько снижен в левой ноге, сухожильные рефлексy с рук D=S, с ног коленные S<D, ахилловы D=S. Патологические стопные знаки – нет.

**Чувствительность.** Гипестезия слева по ходу L4, S1, гиперестезия L5 слева, стереотип ходьбы изменен, хромота на левую ногу, укорочение левой ноги на 2 см, в настоящее время ходьба с опорой. Менингеальные знаки – нет. Данных за НФТО нет.

**Данные рентгенологического исследования позвоночника до операции:** на рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в двух проекциях определяется сколиотическое искривление с углом Кобба 39,9 гр. **Заключение:** сколиоз IV степени.



**МРТ.** Ось поясничного отдела позвоночника искривлена влево. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с умеренным неравномерным уменьшением высоты дисков, их циркулярными протрузиями до 0,3 см в сочетании с остеофитами углов тел позвонков. Распространенный выраженный спондилоартроз с латеролистезом в сегментах L4-5, L5-S1 до 1,1 см. Это приводит к выраженному сужению левых м/п отверстий L4-5, L5-S1. Спинной мозг не изменен.

Учитывая данные рентгенологических методов обследования, жалобы, наличие неврологического дефицита, нарушение функции ходьбы, отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии, пациенту была предложена декомпрессивно-стабилизирующая операция с установкой протяженной системы транспеди-

кулярной фиксации и одномоментной коррекцией сколиотической деформации.

После предоперационной подготовки, оценки анестезиологических рисков, тщательного планирования пациенту произведена операция: задняя транспедикулярная фиксация TH11-TH2-L1-L2-L3-L4-L5-S1 (система Stryker). Остотомии на уровне L5-S1, L4-L5, L3-L4 с L двух сторон. Задний межтеловой спондилодез L5-S1 слева, L4-L5 справа. Коррекция сколиотической деформации.

**Время операции составило 370 мин.** Общая кровопотеря не более 100 мл.

После операции пациент в течение суток находился под наблюдением в отделении реанимации №5, осуществлялся контроль гемодинамики, показателей ВЭБ.

После перевода в профильное отделение пациенту проведена контрольная МСКТ грудно-поясничного отдела позвоночника.

**Состояние после оперативного лечения от 23.04.2021.** Винты транспедикулярно в телах Th11-Th12-L1-L2-L3-L4-L5-S1, остеотомия на уровне L5-S1, L4-L5, L3-L4 с двух сторон. Задний межтеловой корпородез кейджами L5-S1 слева №7, L4-L5 справа №9. Удовлетворительное стояние винтов. Пузырьки воздуха на уровне задних опорных структур, более выражено на уровне сегментов L3.

На вторые сутки после операции пациент был активизирован в пределах палаты. Первые дни передвигался с дополнительной опорой на ходунки. Получал антибактериальную терапию, анальгетики, проводилось физиолечение и занятия с инструктором ЛФК.

**В неврологическом статусе после операции:** мышечное напряжение в области пояснично-крестцового отдела, пальпация умеренно болезненна (соответственно послеоперационному периоду). Корешкового болевого синдрома нет. Отмечается уменьшение зоны и интенсивности гиперестезии слева, регресс

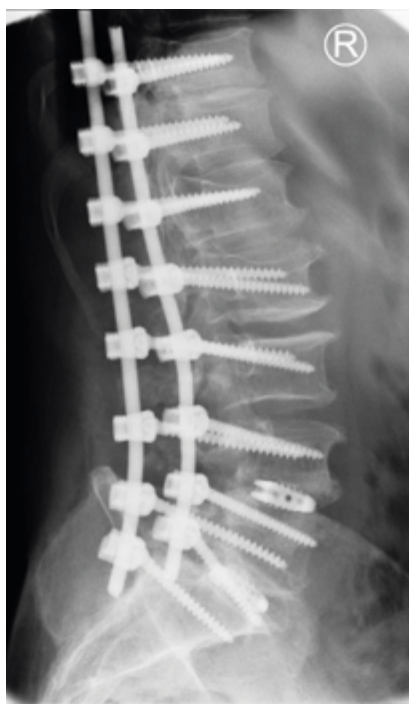
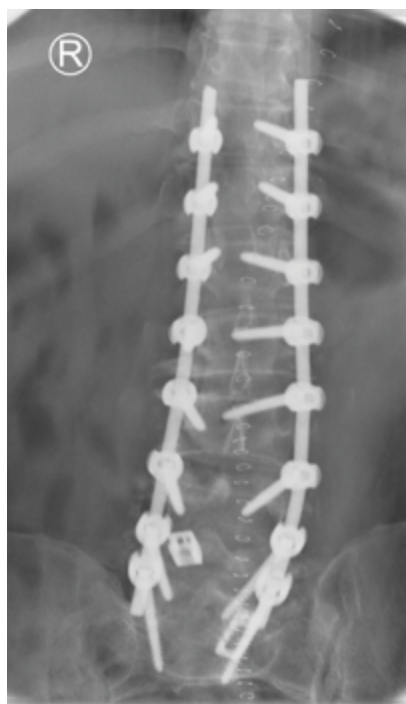
люмбоишиалгического синдрома. В проекции п/о швов без признаков воспаления. Заживление первичное.

Выполнена контрольная рентгенограмма грудно-поясничного отдела позвоночника: на контрольных рентгенограммах в прямой и боковой проекциях определяется металлоконструкция после коррекции сколиотического искривления в пояснично-крестцовом отделе с углом Кобб до 10,3 гр.

Таким образом, после проведенной операции получен хороший рентгенологический (коррекция сколиоза 30 градусов) и клинический эффект, что обусловлено правильным выбором тактики и объема оперативного вмешательства.

## Резюме

С нашей точки зрения, в настоящее время многие специалисты в области заболеваний позвоночника не расценивают позвоночный столб как единое целое, а стараются ограничиться только лишь симптоматическим лечением отдельных жалоб, порой не решая проблему целиком и не замечая, что источником является грубое искривление позвоночника со всеми вытекающими синдромами, а не локальные изменения в одном из межпозвонковых дисков.



Наличие современных подходов в лечении сколиозов, при помощи многоуровневых остеотомий и протяженных фиксирующих систем, позволяют **успешно решать проблемы пациентов с грубыми ригидными деформациями позвоночника**, повышая их качество жизни и уровень социальной адаптации.

# Отдаленные результаты пластики передней крестообразной связки техникой all-inside с использованием фиксатора tightrope на базе Краевой клинической больницы

Авторы:

**Давид Дмитриевич Ашаткин**, ординатор 1 года обучения кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии.  
**Александр Александрович Галов**, врач – травматолог-ортопед Краевой клинической больницы.

## Резюме

были оценены результаты лечения 32 пациентов, которым выполнена пластика передней крестообразной связки техникой all-inside с использованием фиксатора Tightrope в период с 2018-го по 2020 год на базе Краевой клинической больницы. Хорошие и отличные результаты (по рейтинговой шкале Lysholm) удалось получить у 75% пациентов. Средний результат по шкале составил 85,15 балла (диапазон – 25–100 баллов). Выявлено несколько случаев неудовлетворительного результата у 6,25% пациентов. Проведено сравнение полученных результатов по шкале Lysholm с результатами других исследований.

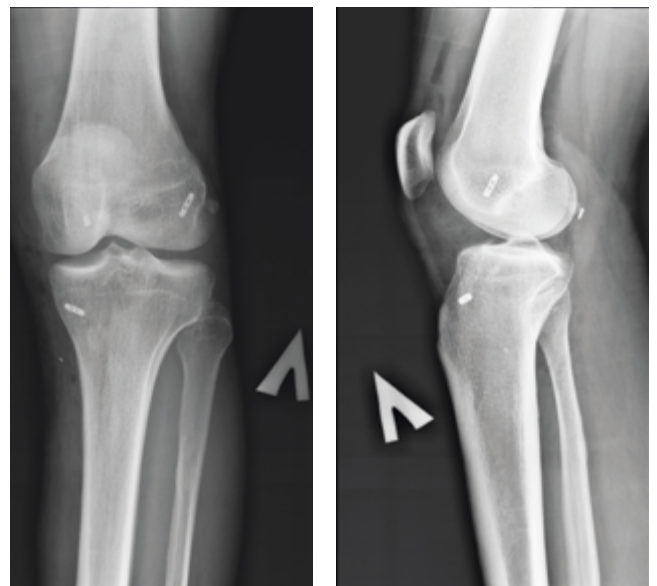
## Ключевые слова

передняя крестообразная связка; коленный сустав; артроскопическая пластика; all-inside; tightrope; Lysholm.

## Введение

Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) – серьезное повреждение опорно-двигательного аппарата. Это распространенная травма коленного сустава в любительском и профессиональном спорте, а также в повседневной жизни. Около половины всех повреждений передней крестообразной связки происходит вместе с повреждением других структур коленного сустава, таких как суставной хрящ, мениск или другие связки. Повреждения ПКС характеризуются серьезными трудностями в спортивной, а иногда и в повседневной деятельности, поэтому вос-

Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) – **серьезное повреждение опорно-двигательного аппарата**

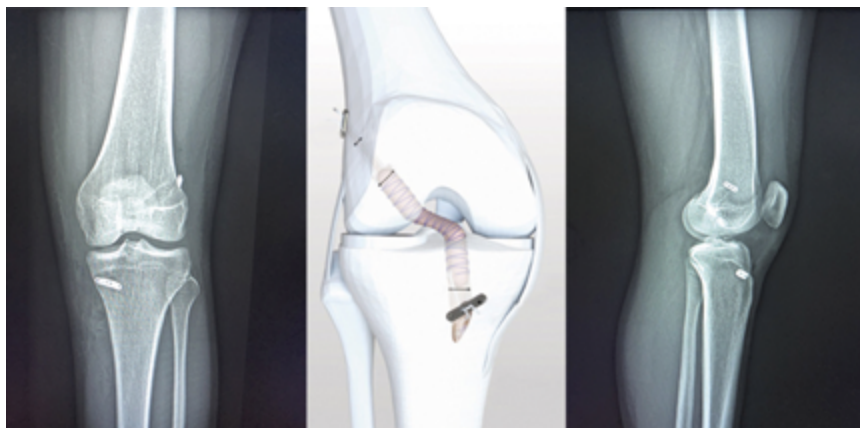


становление анатомии и полноценной функции коленного сустава являются основными принципами лечения, позволяющими избежать серьезных последствий, таких как разрыв мениска и травматическая отслойка хряща, а также прогрессирование дегенеративного остеоартрита [1,8,12].

Реконструкция (пластика) ПКС (ППКС) карди-



На сегодняшний день самым современным способом пластики ПКС является **технология all-Inside** («все внутри») с использованием фиксаторов TightRope



нально изменилась за последние десятилетия. А кроме того, сузились показания для пластики ПКС, из-за того что трансплантаты со временем рвутся и растягиваются, а это приводит к необходимости ревизионного вмешательства в ранее оперированном коленном суставе и требует современной техники оперативного вмешательства.

Долгое время использовалась транстибиальная техника с применением аутооттрансплантата ВТВ (сухожилие надколенника с костными блоками). Основными плюсами были следующие:

- разная ширина трансплантата;
- доступность связки для забора;
- сильная первичная фиксация из-за наличия костных блоков;
- сохранение активной внутренней ротации бедра.

Но были и минусы такого трансплантата:

- травма донорской области (это стало основным фактором, который сократил использование данного аутооттрансплантата);
- невозможность вставить на колено в позднем послеоперационном периоде;
- повреждение «гусиной лапки»;
- чрезмерная жесткость трансплантата;
- риск развития циклоп-синдрома;
- выполнение разреза в подвижной области.

Также при транстибиальной технике применяется двух- или четырехпучковый аутооттрансплантат ST (полусухожильная мышца). Его преимущества:

- небольшой кожный разрез в стабильной зоне;
- отсутствие повреждений разгибательного аппарата бедра;
- отсутствие затруднений при вставании на колено (в сравнении с ВТВ аутооттрансплантатом);
- благоприятный профиль эластичности трансплантата;
- риск развития циклоп-синдрома минимален.

Но, несмотря на плюсы, были и недостатки:

- нарушение внутренней ротации бедра;
- гематомы мягких тканей в месте забора трансплантата;
- ослабления агониста ПКС;
- более трудоемкий забор и подготовка трансплантата.

Транстибиальная техника требует доработки, так как делается два разреза и сверлится дополнительный канал в большеберцовой кости, что приводит к большей травматичности, более длительному послеоперационному заживлению ран и восстановлению коленного сустава. Одним из главных минусов данной техники является неизометричность костных каналов, что, в свою очередь, привело к уменьшению использования этой техники оперативного вмешательства при разрыве ПКС. [3,13].

На сегодняшний день самым современным способом пластики ПКС является технология all-Inside («все внутри») с использованием фиксаторов TightRope, которые не нужно удалять в отдаленном послеоперационном периоде. При данной методике производится один разрез на большеберцовой кости, бедренный и тибиальный каналы рассверлены не полностью с помощью метода обратного сверла, что дает возможность использовать одну короткую жилу сухожилия ST. Еще один плюс этой техники – низкий болевой синдром в послеоперационном периоде из-за меньшей травматизации при создании туннелей для трансплантата. Также большим преимуществом является установка трансплантата изнутри коленного сустава с помощью специальных фиксаторов TightRope, которые являются самозатягивающейся пуговицей с нитями и фиксируются на кости под мягкими тканями.

При этом до сих пор ведутся споры о том, какой трансплантат и какая техника проведения пластики лучше всего подходят для ППКС. У всех техник и трансплантатов есть свои преимущества и недостатки, выявленные в ходе исследо-

ваний как отечественными, так и зарубежными исследованиями.

## Цели

Сравнить результаты лечения ПКС техникой all-inside с использованием фиксатора Tightrope в ККБ с результатами лечения в других клиниках по данным публикаций с применением шкалы Lysholm.

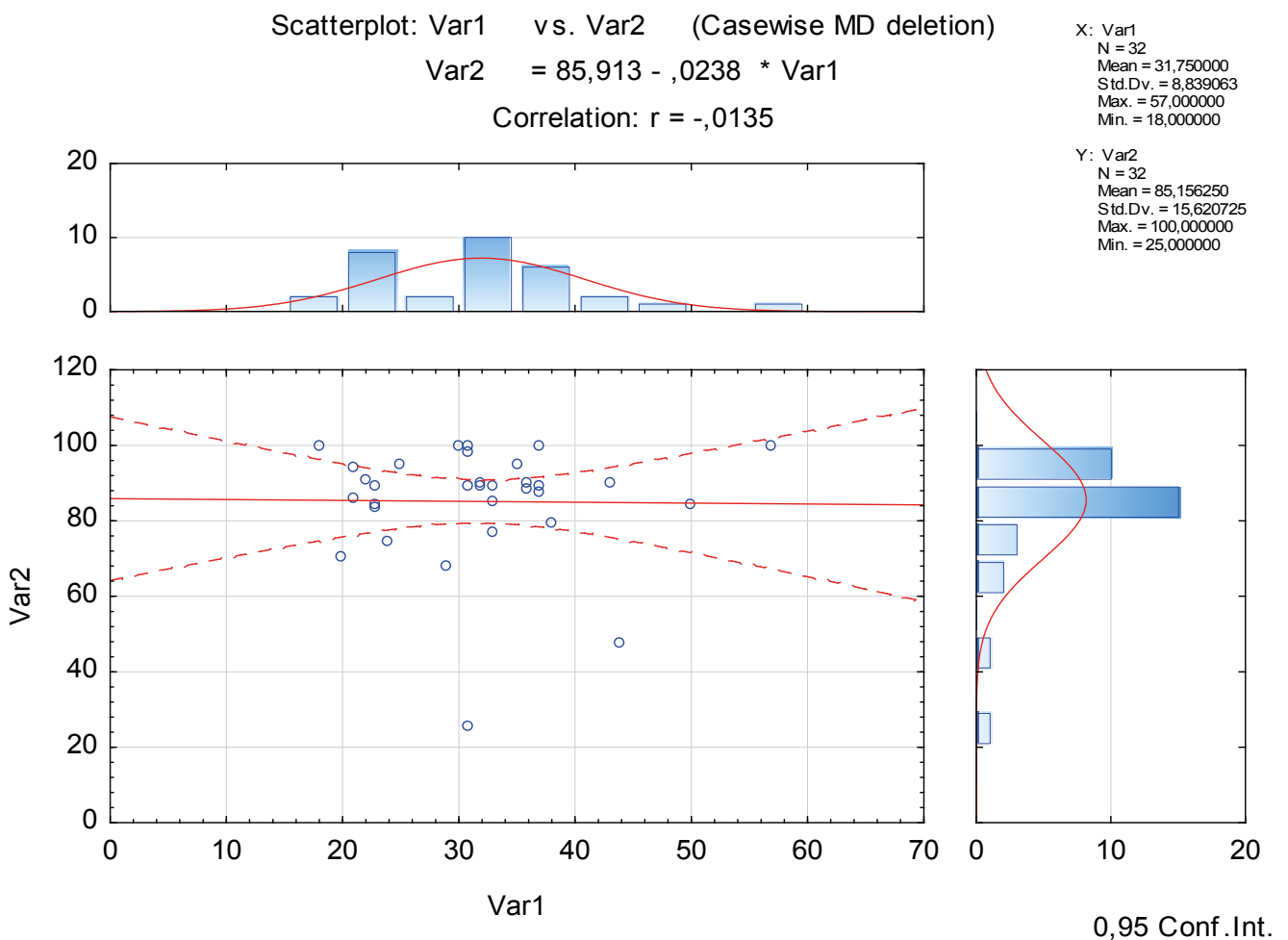
## Материалы и методы

Были оценены результаты лечения 32 пациентов в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст

–  $31,8 \pm 8,8$  года), которым была выполнена пластика полного разрыва передней крестообразной связки техникой all-inside с использованием фиксатора Tightrope в период с 2018-го по 2020 год на базе Краевой клинической больницы. Обследование проводилось через шесть месяцев после оперативного вмешательства. В качестве прогностических индикаторов была выбрана оценка по рейтинговой шкале Lysholm. Оценка производится в баллах, максимальная сумма равна 100 баллам. Отличным считали результат 95–100 баллов, хорошим – 84–94 балла, удовлетворительным – 83–65 баллов и неудовлетворительным – менее 64 баллов.

## Результаты исследования

Хорошие и отличные результаты по шкале были получены у 75% пациентов. Средний результат (по рейтинговой шкале Lysholm) составил 85,15 балла, диапазон – 25–100 баллов (рис. 1).



**Рис. 1.** Результаты корреляционного анализа зависимости результата по рейтинговой шкале Lysholm и возраста пациентов

Выявлено несколько случаев неудовлетворительного результата у 6,25% пациентов. Проведено сравнение полученных результатов по шкале Lysholm с результатами других исследований (табл. 1).

| Результат по шкале Лисхольма             | Отличный | Хороший | Удовлетворительный | Неудовлетворительный | Средний балл |
|------------------------------------------|----------|---------|--------------------|----------------------|--------------|
| Полученный результат (n=32)              | 25,0     | 50,0    | 18,8               | 6,2                  | 85,15        |
| У Хайсяо [5] (n=34)                      | 94,1     | 5,9     | 0                  | 0                    | 98,7         |
| Ирисметов М.Э. и соавт. [2] (n=192)      | 37,5     | 52,6    | 8,3                | 1,6                  | —            |
| Хаертдинов И.С. и соавт. [6] (n=100)     | 100      |         | 0                  | 0                    | —            |
| Михайлов И.Н. и соавт. [9] (n=48)        | 54       | 25      | 15                 | 6                    | —            |
| Гончаров Е.Н. и соавт. [11] (n=50)       | —        | —       | —                  | —                    | 92,1-97,4    |
| Головаха М.Л. и соавт. [1] (n=119)       | 83,6     | 16,4    | 0                  | 0                    | 90           |
| Chen T. и соавт. [3] (n=43)              | —        | —       | —                  | —                    | 88           |
| Gao S. и соавт. [7] (n=45)               | —        | —       | —                  | —                    | 93,15        |
| Diamantopoulos A.P. и соавт. [4] (n=148) | —        | —       | —                  | —                    | 88,5         |
| Михайлов И.Н. и соавт. [10] (n=65)       | 90,2     |         | —                  | —                    | 91           |

**Таблица 1.** Отдаленные результаты пластики передней крестообразной связки в сравнении с результатами других исследований по рейтинговой шкале Lysholm, %

У Хайсяо при проведении ППКС был выявлен высокий балл (отличный и хороший результат) по шкале Lysholm как отдаленный результат пластики передней крестообразной связки. В исследовании Ирисметова М.Э. и соавт. у трех (1,6%) больных отмечены неудовлетворительные исходы, у двух из них производилась ревизионная артроскопия в связи с инфекционными осложнениями. У одного пациента из этой группы нестабильность развилась из-за раннего начала занятий спортом (через месяц), несмотря на рекомендации специалистов. Средний балл по шкале автором не был указан.

Михайлов И.Н. и соавт. добились 90,2 хороших и отличных результатов, возможно, благодаря вертикальному расположению бедренного канала, однако обратная сторона такого подхода – это положительный pivot-shift у 19 пациентов.

Обсуждение результатов. По итогам проведенного нами исследования выявлено несколько случаев неудовлетворительного отдаленного результата пластики передней крестообразной связки. Основными причинами полученных неудовлетворительных результатов являлся излишний вес у пациентов (ИМТ>35) и отсутствие реабилитации.

В нашем исследовании выявлен более низкий средний балл по шкале Lysholm, чем в анализируемых публикациях. Это можно объяснить различиями в количестве анализируемых данных. Кроме того, многие авторы не указывают процентное распределение пациентов в зависимости от результата либо средний балл по шкале Lysholm, что затрудняет оценку полученных результатов.



## Выводы

Проанализировав результаты наших исследований и результаты коллег, можно сделать выводы о том, что результаты пластики ПКС с применением техники all-inside и фиксатором TightRope на базе Краевой клинической больницы соизмеримы с результатами отечественных и иностранных коллег. Мы пришли к выводу, что нужен более тщательный отбор пациентов, основная ориентированность на комплаентность

пациента, так как он должен заранее понимать значимость проведения реабилитационных мероприятий в специализированных центрах.

Также требуется отбор пациентов по сопутствующим заболеваниям (ожирение), которые играют большую роль. И учитывая, что данное вмешательство не является жизненно необходимым, пациентам с избыточной массой тела оно показано после коррекции веса.

## Литература:

1. Головаха М.Л. Отдаленные результаты пластики задней крестообразной связки аутооттрансплантатом из сухожилий сгибателей голени / М.Л. Головаха, И.В. Диденко, В. Орлянский // Травма. 2018. Т. 19. № 3. С. 32–38.
2. Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджинаязаров М.Б. Исходы восстановления передней крестообразной связки // Гений ортопедии. 2019. Т. 25, № 3. С. 285–289.
3. Chen T, Zhang P, Chen J, Hua Y, Chen S. Long-Term Outcomes of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using Either Synthetics With Remnant Preservation or Hamstring Autografts: A 10-Year Longitudinal Study. *Am J Sports Med.* 2017 Oct;45(12):2739–2750.
4. Diamantopoulos AP, Lorbach O, Paessler HH. Anterior cruciate ligament revision reconstruction: results in 107 patients. *Am J Sports Med.* 2008 May;36(5):851–60.
5. У Хайсяо. Совершенство лечебной тактики у пациентов с артрофиброзом коленного сустава. Тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.2015.
6. Хаертдинов И.С. Опыт хирургического лечения повреждений передней крестообразной связки коленного сустава / И.С. Хаертдинов, М.Ф. Фартдинов // Практическая медицина. – 2015. – № 4-1(89). – С. 189, 190.
7. Gao S Liu N. [Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction via tibial tunnel made by three-portal technique]. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.* 2019 Sep 15;33(9):1083–1087.
8. Рикун О.В., Хоминец В.В., Федотов А.О.. Современные тенденции в хирургическом лечении пациентов с разрывами передней крестообразной связки (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23. №4. С.134–145.
9. Михайлов И.Н., Пусева М.Э., Тишков Н.В. и др. Современные способы тендопластики передней крестообразной связки (обзор литературы) // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Т. 2. №6. С. 64–68.
10. Михайлов Иван Николаевич; Пусева Марина Эдуардовна; Бальжинимаев Доржи Баирович. Результаты лечения пациентов после артроскопической реконструкции передней крестообразной связки. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)* 16+, [S.l.], v. 155, n. 4, p. 39–42, фев. 2019. ISSN 1815–7572
11. Гончаров Е.Н., Коваль О.А., Дубров В.А., Безуглов Э.Н., Алёхин А.А., Гончаров Н.Г. Среднесрочные результаты одномоментного восстановления передней крестообразной и антеролатеральной связок коленного сустава у спортсменов. *Травматология и ортопедия России.* 2020;26(1):62–71.
12. Samuelsen BT, Webster KE, Johnson NR, et al. Hamstring autograft versus patellar tendon autograft for ACL reconstruction: is there a difference in graft failure rate? A meta-analysis of 47,613 patients. *Clin Orthop Relat Res* 2017;475:2459–68. 10.1007/s11999-017-5278-9
13. Papalia R., Torre G., Papalia G., Campi S., Maffulli N., Denaro V. Arthroscopic primary repair of the anterior cruciate ligament in adults: a systematic review. *British Medical Bulletin.* 2019;131(1):29–42. doi: 10.1093/bmb/ldz019.
14. Михаэль Штробель. Руководство по артроскопической хирургии: в 2 т. / пер. с англ. Т. 1. М.: Бином, Москва, 2012.

# Клинический случай успешного хирургического лечения тяжелой краниофациальной травмы, осложнившейся глазничной ликворреей

П.Г. Руденко, А.Г. Симонов, А.В. Трубкин, А.А. Саленко, В.А. Брюханов, Н.В. Тюменцев, Д.И. Карнаухов, И.Д. Гасымлы

**Х**ирургическое лечение краниофациальных повреждений является одной из наиболее трудных проблем нейротравматологии, что обусловлено сложным рельефом лобной, височной и скуловых костей, орбит и верхней челюсти, а также наличием воздухоносных полостей. Проведение полноценной реконструктивной хирургии в остром периоде часто невозможно из-за тяжелого и нестабильного состояния пациента. Истечение цереброспинальной жидкости из полости орбиты (глазничная ликворрея или окулоррея) является крайне редко встречающимся в практике состоянием [1-3].

**Приводим клинический случай успешного лечения пациента с многооскольчатым переломом костей лицевого и мозгового черепа, осложнившимся глазничной ликворреей.**

Пациент К., 54-х лет, в октябре 2020 года получил тяжелую производственную травму в результате падения металлического предмета на голову в одном из отдаленных регионов Красноярского края. В тяжелом бессознательном состоянии он был доставлен в ЦРБ, где проведена первичная хирургическая обработка рвано-ушибленных ран лобной области и лица. Во время операции кровотечение было остановлено. Крупные отломки лобной кости скрепили металлической скобой. На 5-е сутки после стабилизации гемодинамики пациента транспортировали рейсом санавиации в Краевую клиническую больницу.

При поступлении – общее состояние стабильно тяжелое. Медикаментозно седатирован тiopенталом. По выходу из медикаментозной седации сознание угнетено до уровня комы 1.

Проводится ИВЛ через интубационную трубку. Гемодинамика стабильна. ЧСС 90 уд/мин, АД 135/85 мм.рт.ст. В неврологическом статусе грубого очагового дефицита не выявлено, отмечаются выраженные менингеальные знаки. Локально – деформация костей лицевого и мозгового отделов черепа, ушитые множественные рвано-ушибленные раны лобной, скуловой и щечной областей. Мягкие ткани лобной области, век правого глаза, правой щечной области отечны, имбибированы кровью. Экзофтальм правого глаза, его белочная оболочка имбибирована кровью. Отмечается обильное выделение сукровичной жидкости из области правого глаза. Симптом «двойного пятна» положительный.

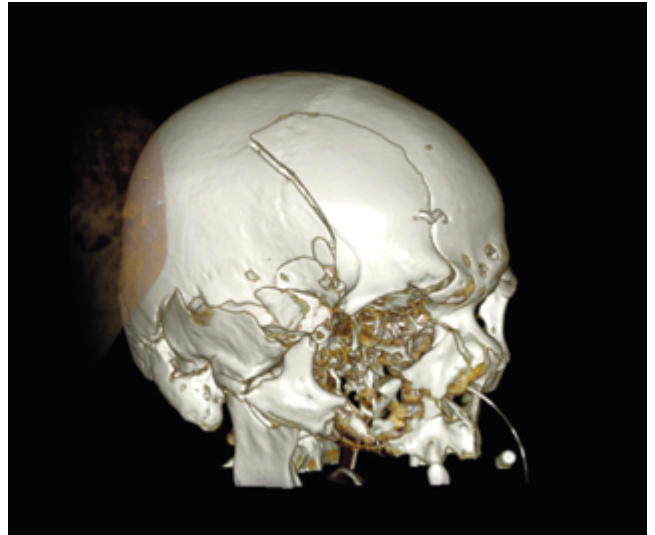
По результатам проведенной МСКТ черепа и головного мозга диагностированы множественные оскольчатые переломы лобной, правой височной, основной и костей лицевого черепа со смещением отломков (рис. 1-2). Крупный фрагмент лобной кости фиксирован к своду черепа металлической скобой. Обращает на себя внимание отрыв чешуи височной кости от ее пирамиды и ее дислокация, а также отрыв и дислокация скуловой кости. В результате травмы образовались множественные дефекты основания черепа в области передней и средней черепных ямок справа (рис. 3).

Кроме того, диагностирована обширная эпидуральная гематома правой лобно-височной области, распространяющаяся с основания черепа на его конвекс, а также обширные контузионные очаги правых лобной и височной долей головного мозга (рис. 4). Следует отметить, что за счет отрыва чешуи височной кости и ее смещения кнаружи гематома таких размеров не привела к дислокации срединных структур головного мозга.

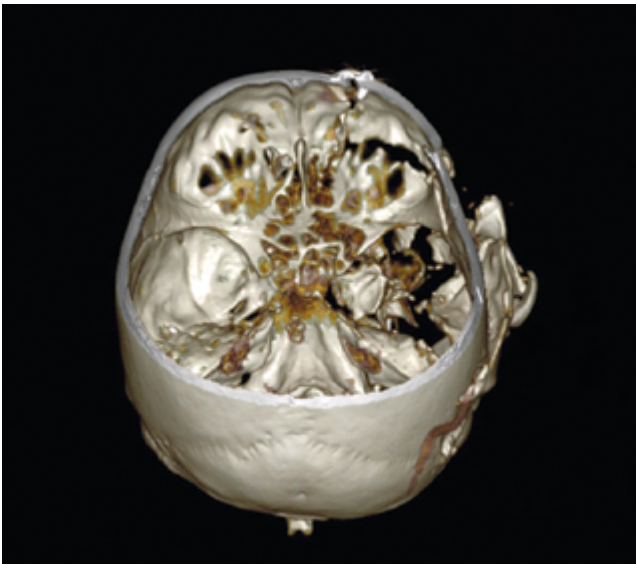
**Установлен диагноз:** «тяжелая краниофаци-



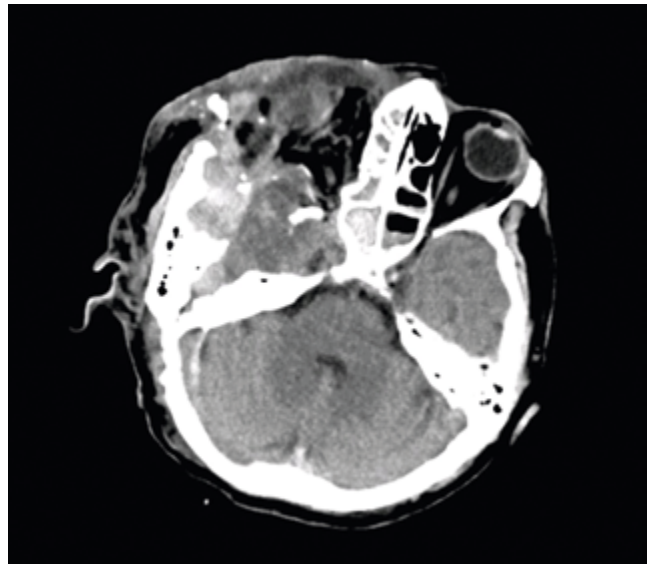
**Рис. 1.** МСКТ 3D-реконструкция черепа пациента К. во фронтальной плоскости при поступлении в Краевую клиническую больницу.



**Рис. 2.** МСКТ 3D-реконструкция черепа пациента К. в косой передне-боковой проекции при поступлении в Краевую клиническую больницу.



**Рис. 3.** МСКТ 3D-реконструкция основания черепа пациента К. при поступлении в Краевую клиническую больницу. Видны множественные костные дефекты основания передней и средней черепных ямок.



**Рис. 4.** МСКТ черепа и головного мозга пациента К. Визуализируется обширная эпидуральная гематома на основании черепа. Обращает на себя внимание отрыв чешуи височной кости от пирамиды и ее дислокация наружу.

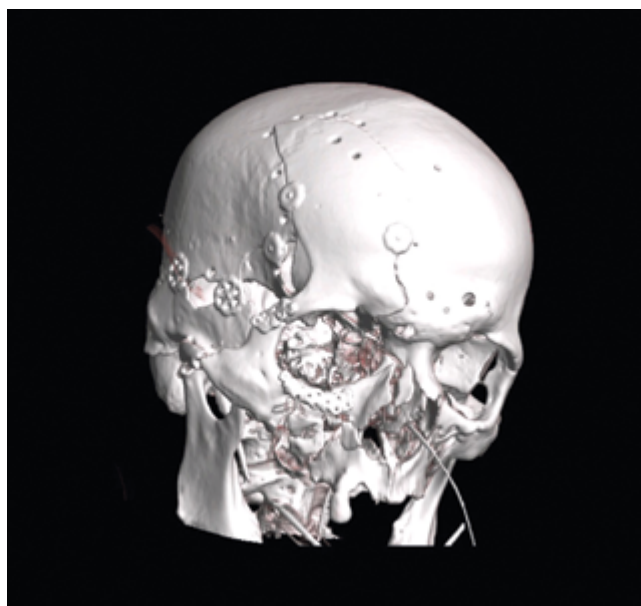
альная травма, открытая проникающая ЧМТ/, ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением острой эпидуральной гематомой правой височно-теменной области, контузионные очаги правых лобной и височной долей головного мозга, многооскольчатый перелом верхней челюсти, лобной, правой височной, основной и скуловой костей с переходом на решетчатую кость, множественные рвано-ушибленные раны лица и лобной области, контузия правого глазного яблока и придаточного аппарата глаза тяжелой степени, глазничная ликворрея».

Учитывая обширный характер эпидуральной гематомы, после коллегиального обсуждения было принято решение первым этапом удалить конвексимально расположенную часть эпидуральной гематомы.

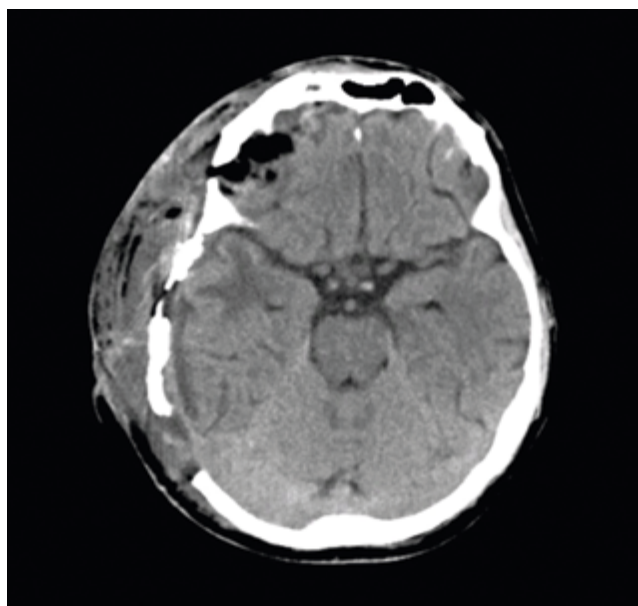
**Проведена операция:** резекционная трепанация черепа в правой теменно-затылочной области, удаление эпидуральной гематомы (оператор – А.А. Саленко).

В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика по сознанию, пациент вышел на уровень оглушения, стал вступать





**Рис. 5.** МСКТ 3D-реконструкция черепа пациента К. в косой передне-боковой проекции после выполненного хирургического лечения. Костные фрагменты установлены на место и фиксированы металлоконструкциями.



**Рис. 6.** МСКТ черепа и головного мозга пациента К. после хирургического лечения. Визуализируются гиподенсные и интенсивно-гиподенсные мышечно-апоневротические и жировые аутооттрансплантаты. Чешуя височной кости фиксирована к своду черепа.

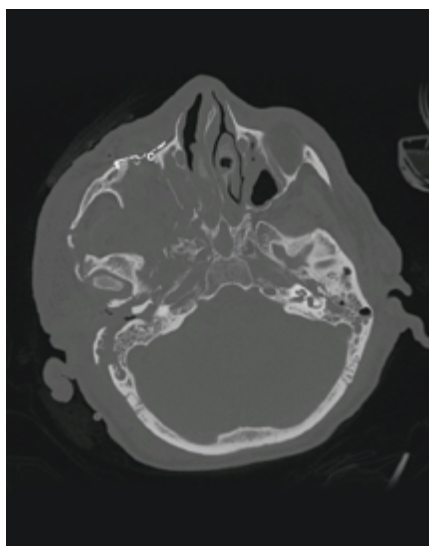
в контакт и выполнять простейшие инструкции. Однако продолжалась обильная глазничная ликворрея, рефрактерная к консервативным методам лечения.

Пациент был коллегиально обсужден с челюстно-лицевыми хирургами, ЛОР-врачами и офтальмологами. Для верификации состояния правой внутренней сонной артерии проведена МСКТ-ангиография. К счастью, канал внутренней сонной артерии оказался не поврежден. После всесторонней оценки ситуации принято решение о проведении последовательной реконструкции костей свода и основания мозгового, а затем лицевого отделов черепа.

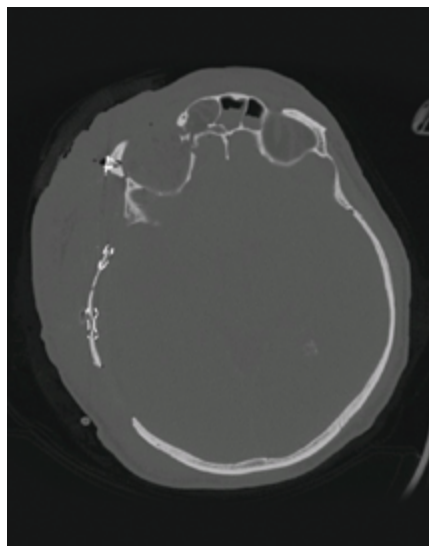
10.11.2020 в течение одного операционного дня последовательно проведены: отсроченная хирургическая обработка многооскольчатого перелома лобной, правой височной и основной костей, удаление подострой эпидуральной гематомы правой височной и лобной областей, пластика дефекта лобной пазухи, пластика дефектов твердой мозговой оболочки аутооттрансплантатами (оператор – к.м.н. П.Г. Руденко), затем репозиция и металлоостеосинтез правой скуловой кости (оператор – А.Г. Симонов).

Во время операции удалена фиксирующая скоба в лобной области. Мобилизован большой костный фрагмент лобной кости и крыши орбиты.

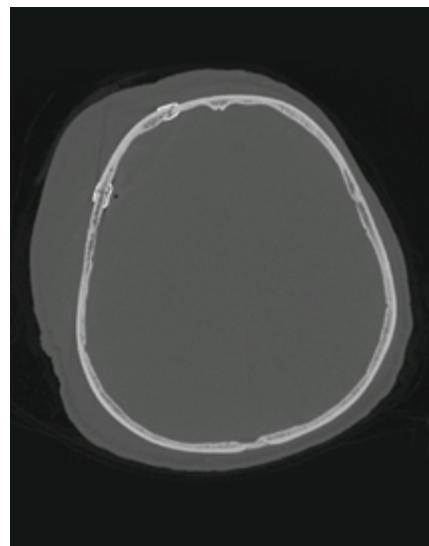
Удалена эпидуральная гематома в виде организованых сгустков. Кровотечение из средней менингеальной артерии остановлено с помощью биполярной коагуляции и костного воска. Осуществлен экстрадуральный подход к структурам основания передней черепной ямки. Удалены свободно лежащие мелкие костные фрагменты задней стенки лобной пазухи. Удалена слизистая оболочка лобной пазухи. Лобная пазуха тампонирована свободными мышечными и жировыми лоскутами и укрыта наkostничным лоскутом на питающей ножке, фиксированным к задней стенке лобной пазухи. В дефекты основания передней черепной ямки уложены свободные жировые трансплантаты, взятые с передне-боковой поверхности бедра. Основание черепа укрыто свободным лоскутом широкой фасции бедра и герметизировано фибрин-тромбиновым клеем. Проведена пластика твердой мозговой оболочки свободными лоскутами широкой фасции бедра. С целью гемостаза и профилактики рецидива эпидуральной гематомы конвексимальная твердая мозговая оболочка во многих местах подшита к костным структурам. По конфигурации свода черепа чешуя височной кости и свободные костные фрагменты лобной кости установлены на свое анатомическое место и фиксированы системами CranioFix. Эпидурально установлен дренаж, подключенный к замкнутой системе сбора отделяемого.



**Рис. 7.** МСКТ в костном режиме пациента К. после хирургического лечения. Скуловая кость установлена на место и фиксирована металлоконструкцией.



**Рис. 8.** МСКТ в костном режиме пациента К. после хирургического лечения. Металлоконструкции фиксируют чешую височной кости к своду и скуловую кость к лобной кости. Правая половина лобной пазухи заполнена аутоотрансплантатами.



**Рис. 9.** МСКТ в костном режиме пациента К. после хирургического лечения. Отломок лобной кости установлен на место и фиксирован металлоконструкциями.

Учитывая обширный характер повреждения костей лицевого скелета, наложена трахеостомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Явления глазничной ликворреи были купированы, назоликворреи не отмечалось. Результаты послеоперационной МСКТ черепа и головного мозга приведены на рис. 5–9. Постепенно пациент вышел на уровень ясного сознания и был переведен на самостоятельное дыхание. После перевода в нейрохирургическое отделение пациенту продолжали проводить восстановительную терапию и реабилитационные мероприятия, трахеостомическая трубка была удалена. Выписан под наблюдение хирурга и невролога по месту жительства, без грубого неврологического дефицита.

Данный клинический случай демонстрирует успешное хирургическое лечение сложной краниофациальной травмы, осложнившейся глазничной ликворреей. **Результат лечения во многом обусловлен комплексным подходом и слаженной работой врачей разных специальностей:** нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, нейрореаниматологов, ЛОР-врачей, офтальмологов, специалистов лучевой диагностики.

#### Литература:

1. Годков И.М. Посттравматическая базальная ликворрея. Часть 1. Диагностика. / И.М. Годков, О.В. Левченко // Нейрохир. 2012. – №1. – С. 62–68.
2. Потапов А.А. Клиническая неврология. – Т. III: Посттравматическая базальная ликворрея. Основы нейрохирургии // Под ред. А.Н. Коновалова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 584 с.
3. Шагинян Г.Г. Проблема базальной ликворреи у больных с тяжелой краниофациальной травмой (исторические аспекты)/ Г.Г. Шагинян, Д.А. Макаревич, О.О. Никитина // Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2010. – №4. – С. 11–19.

# Психотропные препараты в составе комбинированной терапии соматических заболеваний



**Александр Дорожкин,**

врач-психиатр ККБ:

Еще со студенческой скамьи врачам прививается мысль о том, что мы лечим не болезнь, а человека. В организме человека все очень тесно взаимосвязано: психическое, соматическое и социальное здоровье. Важно упомянуть и о таких понятиях, как психосоматика, сомато-психические расстройства. Проще говоря, тяжелый эмоциональный стресс может стать триггером для серьезного соматического заболевания. И наоборот, длительно протекающая или остро развившаяся соматическая болезнь может вызвать психические расстройства. По этим причинам психотропные препараты по праву занимают свое место в общесоматической практике. И чем больше врач знает об этих препаратах, виртуозно манипулируя назначаемыми схемами, тем больше возможностей подобрать эффективную терапию для сложного пациента.

Даже если хирург или терапевт не обладают узкоспециализированными знаниями о психотропных препаратах, нужно помнить или, по крайней мере, иметь в виду, что такое лечение существует, дает хорошие плоды и всегда можно проконсультироваться с психотерапевтом или психиатром. А кроме того, нужно учитывать, что эти замечательные препараты имеют свои показания и точки приложения, а также достаточно серьезные побочные эффекты, некоторые из которых можно тоже использовать в векторе лечения.

Бытует мнение, что от психотропных препаратов быстро формируется зависимость. Это неверно, если лекарство назначено грамотно, правильно подобраны дозировки и продолжительность.

Один из первых препаратов, у которого случайно (как побочный эффект) была выявлена специфическая антипсихотическая активность, – хлорпромазин, мы все его знаем как аминазин. Его синтезировали случайно в поисках антигистаминного средства против аллергии. Впервые препарат применили достаточно давно – в 1951 году. И это открытие произвело революцию в психиатрии, отпала необходимость пожизненного нахождения в психиатрических стационарах и поддерживающем лечении, пациенты вернулись в свои семьи. Одновременно вещество обладает успокоительным, противосудорожным и противорвотным действием, а также, как многие нейролептики, – выраженным антигистаминным эффектом.

Давайте подробнее остановимся на основных группах психотропных препаратов, которыми мы пользуемся в психиатрической, психосоматической и общесоматической практике.

**1-я группа – антипсихотические препараты (нейролептики).** Мы понимаем, что в общемедицинской практике не всегда нужно лечить бред, галлюцинации или какие-то грубые нарушения поведения. Иногда какие-то неприятные симптомы хорошо снимаются назначением нейролептиков, либо может ускориться процесс выздоровления от соматического заболевания, например – язвенной болезни, колита или нейродермита. Будучи близкими родственниками антигистаминных, они хорошо снимают всевозможные кожные проявления: кожный зуд, высыпания неясного генеза, раздражение. Также они обладают опосредованным антидепрессивным эффектом.

**2-я группа – пожалуй, самая большая.** Здесь ведется очень много исследований. Это **антидепрессанты**, и их родоначальник – амитриптилин. Тяжелое соматическое заболевание или остро развившееся, а также протекающее длительно приводит к формированию соматогенной депрессии. Существует большая группа так называемых соматоформных расстройств – они приобретают клиническую картину соматических заболеваний или недиффе-



**Почти все антидепрессанты обладают обезболивающим эффектом** различной степени выраженности и входят в «золотой стандарт» лечения хронической боли, воздействуют на эмоциональную окраску и субъективное переживание болевых ощущений, повышают порог болевой чувствительности воздействуя на выработку эндорфинов и интерлейкинов. Уменьшают идеаторную фиксацию на локализованном очаге боли.

ренцированных болевых синдромов. Также часто после проведения каких-то хирургических манипуляций или при наличии хронического болевого синдрома формируется вторичная фиксация на болевых ощущениях, доминанта. В этих случаях amitriptilin является просто незаменимым препаратом, и порой нужно назначать длительные его курсы – до 4–6 месяцев, иногда до года.

Несмотря на то, что в последние 20–30 лет на рынке появилось большое количество антидепрессантов других фармакологических групп, не трициклических, а, например, СИОЗС, amitriptilin остается золотым стандартом в лечении таких состояний. Практически все антидепрессанты обладают обезболивающим эффектом, основанным на воздействии на подкорковые и корковые структуры головного мозга. Одни препараты хорошо работают против навязчивости, другие – против тревожных расстройств. Есть даже со снотворным эффектом. Помимо деления на группы по химической структуре антидепрессанты условно разделяются по эффекту воздействия с преобладанием седативного или активирующего воздействия, а также сбалансированного действия. И в зависимости от сложности структуры депрессивной или тревожно-депрессивной симптоматики, комбинируя различные антидепрессанты и транквилизаторы, можно добиться необходимого побочного эффекта.

**3-я группа – анксиолитики (транквилизаторы).** К сожалению, в последнее время доступность этих препаратов ограничена рядом нормативных документов, но порой они оказываются просто незаменимыми. Например, в ситуации выраженной тревоги, нарушений сна. Кроме противотревожного эффекта они обладают миорелаксирующим действием и мягким антигистаминным. Часто выраженная тревога проявляется в форме вегетативной дисфункции в виде стойкой тахикардии, гипергидроза, сухости во рту, ложных позывов на мочеиспускание или дефекацию, что для клинициста

может создавать ложную внутреннюю картину болезни и стать причиной затягивания диагностического процесса и назначения ненужных дополнительных лабораторных анализов и обследований.

**4-я группа – седативные препараты,** бензодиазепины и небензодиазепины. Прямым показанием для их назначения является генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, функциональные и органические нарушения ночного сна.

**5-я группа – антиконвульсанты,** или противосудорожные препараты. Они обладают тройным эффектом, часто зависящим от дозы: противосудорожным, норматимическим (выравнивающим настроение) и обезболивающим. Так, карбомазепин может использоваться при лечении невралгии тройничного нерва или кластерных болях. Для реализации противосудорожного эффекта требуются средние и высокие дозы. Малые дозы противосудорожных препаратов используются как корректоры поведения при декомпенсации расстройства личности, вызванного алкоголизмом или наркоманией, либо просто смешанных или пограничных расстройств личности, для которых характерна выраженная аффективная неустойчивость, склонность к самоповреждениям и социальной агрессии. В больших дозах антиконвульсанты (нормотимики) просто незаменимы в лечении такого тяжелого заболевания, как БАР (биполярное аффективное расстройство) вне зависимости от фазы заболевания – гипоманиакальной или депрессивной, особенно когда назначение антидепрессантов может спровоцировать нежелательную инверсию аффективной фазы.

Важно подробно разъяснять пациентам механизмы действия и ожидаемые эффекты от назначенных препаратов, а также возможность развития побочных эффектов. Начинать терапию необходимо с самых минимальных дозировок и наращивать дозы препарата. Медленно титровать и, повышая до среднесуточных, так же медленно снижать, а затем отменять, чтобы избежать физиологического, а чаще психологического синдрома отмены.

Индивидуальную эффективную дозировку нужно подбирать для каждого пациента, быстро реагировать на плохую переносимость. Разъяснять и обосновывать длительность терапии. Так, относительно психотропных препаратов существует огромное количество мифов и страхов. Самый распространенный из которых – подавление воли и сознания пациента, а также обязательное формирование лекарственной зависимости. При грамотном проведении психофармакотерапии можно ускорить процесс соматического выздоровления пациента, повысить качество жизни, а после достижения устойчивой ремиссии и полного выздоровления – отменить терапию.

# Доказательная медицина как естественный путь развития здравоохранения



## Алексей Водовозов,

врач-терапевт высшей категории,  
токсиколог, научный журналист,  
медицинский блогер:

**П**орой можно столкнуться с ошибочным мнением, что доказательная медицина – это какой-то специальный отдельный вид. Однако это инструмент научного подхода, по сути, вся медицина сегодня должна быть доказательной. Evidence-based medicine – медицина, основанная на добросовестном, явном и разумном использовании текущих лучших научно обоснованных доказательств в отношении принятия решений по поводу оказания медицинской помощи. Зачастую врачи больше доверяют своему опыту или опыту коллег. Но опыт может быть ошибочным, даже если практика врача длится не один десяток лет. Основа доказательной медицины – клиническая эпидемиология, изучающая статистику bigdata, оценивающая результаты, выстраивающая определенное ранжирование, как те или иные подходы могут быть использованы. Что интересно: в данном случае нас совершенно не интересует механизм действия методики, например, лечения, но при помощи инструментов доказательной медицины мы можем изучить ее клинический эффект, оперируя вероятностями.

О том, что нужны исследования на людях, если речь идет о применении для людей, говорил еще Ибн Сина более тысячи лет назад. Сегодня это вполне нормальная практика. Первым, кто начал говорить о правильных подходах в медицинской

статистике на современной основе, был шотландец Арчибальд Кохрейн. В 1973 году вышла его основополагающая книга «Эффективность и результативность: случайные размышления о здравоохранении», в которой были сформулированы основные подходы доказательной медицины. Каковы были предпосылки для ее появления? Увеличение объема научной информации и упрощение доступа к ней. Сегодня любой человек может зайти на сайт любой библиотеки, университета или журнала и прочитать там научную статью. Другое дело, как он будет это оценивать, но это уже отдельный вопрос. Возникла необходимость ранжирования этого большого объема исследований и приведения его к каким-то практическим рекомендациям.

Появилось много разных, в том числе дорогостоящих, методов лечения. И нам нужно выбирать, основываясь на чем-то. Возникла необходимость создания критериев выбора метода лечения. Еще один фактор развития доказательной медицины – появилось большое количество дженериков. Встал вопрос заменяемости препаратов – будет ли эффективность дженерика сопоставима с эффективностью оригинального препарата, не понадобится ли изменение дозы или режима приема? Для ответов на эти вопросы тоже нужны клинические исследования.

Отдельно стоит сказать об уровнях доказательности. В самом первичном звене лежат клинкейсы – описание отдельных случаев. Это разрозненная гетерогенная информация, подверженная влиянию очень многих переменных. Каждый отдельный случай – некое индивидуальное стечение массы обстоятельств. Далее идут наблюдательные исследования без группы сравнений, то есть существует некоторое количество пациентов, получающих данный метод лечения, но нет ни контрольной группы здоровых людей, ни группы сравнения с применением другого метода лечения. Далее – нерандомизированное контролируемое исследование, когда у нас уже есть некий контроль, например – плацебо-группа, но при этом нет рандомизации – случайного распределения пациентов по группам. Рандомизация позволяет усреднить выборку и таким образом увеличить достоверность результатов. И самый верхний уровень – рандомизированное двойное слепое исследование, плацебо-контролируемое,

это золотой стандарт. К сожалению, не всегда его возможно провести. Например, если мы тестируем метод диагностики или препарат, то это реально, но в случае с эпидемиологией COVID – нереально. Поэтому нужно понимать, что это гибкая система, есть множество различных подходов, с помощью которых мы можем получить действительно достоверные результаты.

Принятие верного клинического решения начинается с формулирования правильных вопросов, далее нужно искать информацию высокого качества, критически воспринимать и оценивать ее, интегрировать это в клиническую практику и оценивать эффект. Если мы проходим все пять ступеней, то можно считать, что мы придерживаемся доказательной медицины.

По материалам Youtube



«Триада» медицины, основанной на доказательствах



### Наталья Головина,

заместитель главного врача ККБ  
по медицинской части:

Когда я училась в мединституте, у нас не было клинических рекомендаций, были монографии и учебники. И там четко просматривалось наличие разных, например – терапевтических, школ: академик Мясников Александр Леонидович, Ланга Георгий Федорович, Тареева Евгения Михайловна и других. Другой пример – у нас в крае существовали два направления анестезиологии и реанимации: одно возглавлял профессор Игорь Павлович Назаров, второе – профессор Анатолий Павлович Колесниченко. Оба – великие мастера своего дела, которые дискутировали в отношении нюансов. Иногда руководители школ и направлений имели разные точки зрения, и молодым специалистам приходилось склоняться к той или иной стороне.

Кроме того, советская медицина была информационно отрезана от мирового сообщества, но и там

тогда не шло речи о доказательной медицине. В 80–90-х годах прошлого столетия стали появляться принципиально новые подходы к методам лечения, использования лекарственных препаратов, развивались такие новые направления в медицине, как эндоваскулярная хирургия, трансплантология, иммуногенетика, применение таргетной терапии в онкогематологии. Практикующим врачам крайне необходимо было получить механизм выбора наиболее эффективных методов диагностики и лечения, основанном не только на опыте ведущих специалистов, но и на применении наиболее точных результатов сравнительного анализа.

Сам термин «доказательная медицина» возник в 1990 году, а мы в России услышали о нем чуть больше 20-ти лет назад. Продвигать такой подход начали американские, канадские и скандинавские врачи и ученые. Они поняли, что нужно создать объективную систему оценки эффективности и безопасности методик, чтобы иметь возможность их сравнивать между собой, выявлять лучшее и успешно применять. Для создания системы клинических исследований потребовались математические и статистические алгоритмы. Доказательная медицина – это не отдельно существующая наука, а анализ эффективности и безопасности методов диагностики и лечения. Это большой прорыв в мировой медицине. Создан свод правил, по которым проводятся клинические исследования, являющиеся основой доказательной медицины.

ККБ участвует в международных клинических рандомизированных исследованиях. На эту деятельность мы имеем лицензию, что очень важно, так как в первую очередь должны обеспечить безопасность и защиту прав пациентов, участвующих в проводимых исследованиях. Существует такое



понятие, как «дизайн исследований». Это такое техническое задание, которое приходит по каждому конкретному случаю – исследуем ли мы препарат или иной метод лечения или диагностики. Для оценки эффективности лечения исследователи используют не столько субъективные отзывы пациентов и врачей, сколько объективные показатели, являющиеся «золотым стандартом» в определении изменений состояния пациента. В мировой практике разработаны стандарты клинических исследований: GCP – надлежащая клиническая практика, GMP – правила производства лекарственных средств, GLP – правила выполнения лабораторных исследований.

В нашей больнице создан локальный этический комитет, который рассматривает все заявки перед началом исследования, оценивает условия проведения программы клинического исследования, определяет рабочую группу и анализирует результаты исследования, взаимодействует с этическим комитетом Минздрава.

Локальный этический комитет ККБ возглавляет заведующая отделением клинической фармакологии Евгения Михайловна Курц, в его состав входят врачи с большим исследовательским опытом: Марина Витальевна Песегова, Елена Викторовна Мартынова, Кирилл Александрович Линева, Ирина Владимировна Демко, Алексей Иванович Грицан, Сергей Анатольевич Догадин, Павел Геннадьевич Шнякин и др. В числе членов комитета не только медики, но и юристы, представители общественных организаций.

Результаты клинических исследований вливаются в международную или российскую выборку, поскольку для их достоверности необходимо провести идентичные исследования в разных частях мира, во всем многообразии популяционных особенностей исследуемого контингента пациентов. Таким образом, собираются данные для метаанализа.

Одним из ключевых моментов является «двойной слепой метод», то есть ни врач, ни пациент не знают, получают они в ходе лечения новый препарат, плацебо или старый препарат (если такой имеется). Разумеется, пациент подписывает согласие о том, что он может попасть в одну из таких двух (трех) групп. Так собираются объективные данные, поскольку ни статус врача, ни иные условия не имеют значения. Данные анализируются, представляются профессиональным медицинским сообществом для оценки, формируются либо корректируются клинические рекомендации, которые утверждаются на международных конгрессах и съездах, и только затем направляются в практическое здравоохранение для использования.

В нашей клинике порядка оказания медицинской помощи при ОКС, ОНМК, ТЭЛА, нарушениях ритма сердца, при сочетанной травме, внебольничной пневмонии, COVID-19 инфекции и др. сформированы на основе современных клинических рекомендаций, как и формулярный перечень лекарственных средств – с позиции принципов доказательной медицины.



### **Евгения Курц,**

*заведующая отделением клинической фармакологии ККБ:*

Действительно, само словосочетание «доказательная медицина» пришло в наш обиход недавно. Однако в крупных городах Советского Союза были большие исследовательские центры, которые занимались определенной патологией, и там же проходили исследования новых препаратов. Но это не были такие обширные исследования, как сейчас – выборки были меньше, сами методики несколько другими. Если говорить о клинических рекомендациях, то они существовали в иной форме неких стандартов лечения.

Теперь о препаратах: если смотреть фармакологическую литературу 50-х годов, то там было зарегистрировано всего 70 препаратов. В те времена также импортировались лекарственные средства из других стран – все мы помним венгерские и индийские таблетки. Все лекарства российского (советского) производства исследовались в клинических центрах, включая пенициллин, который появился в 1942 году. Первыми пациентами тогда стали 25 солдат с гнойными ранами. Сегодня по причине развития медицины и мировой глобализации мы имеем возможность провести исследования на больших и разнородных выборках по всему миру, это повышает рандомизацию, увеличивает точность и достоверность.

Сейчас на территории РФ зарегистрировано более 24 000 препаратов. Если раньше во время лечения пациент мог получать 3–5 препаратов, то сейчас 10–12, и это нормально при коморбидной патологии. Это все осложняет с точки зрения взаимодействия препаратов между собой. Появились лекарства-конкуренты, имеющие разный механизм достижения эффекта, но однонаправленное действие. Их тоже нужно сравнивать по эффективности и безопасности.

Пакет документов на каждое клиническое исследование рассматривается в Росздравнадзоре, где комитет решает, насколько определенное исследование соответствует задачам, насколько оно даст ответы на поставленные вопросы, включая массу нюансов, такие как продленные годы жизни, экономическая целесообразность и самое главное – безопасность и эффективность терапии. Орган дает нам подтверждение, и только тогда на территории страны запускается исследование. Что касается фиксации результатов исследований, то в России нет специальных органов, делающих это. Полученные результаты совместных международных исследований объединяет, структурирует Кохрейновская библиотека (Cochrane Library), которая представляет собой собрание баз данных по медицине и здравоохранению, предоставленных международной некоммерческой организацией «Кохрейн» и другими организациями. Цель библиотеки – предоставить доступ к результатам контролируемых клинических исследований, она является ключевым источником информации в области доказательной медицины.

Инициаторами исследований чаще всего выступают производители – они произвели препарат, им нужно доказать медицинскому сообществу его эффективность, сравнительный анализ. Производитель может заказать исследования любой профильной организации. В базу Кохрейновской

библиотеки стекаются данные со всего мира. Еще один мировой орган, собравший большой массив данных, – американская FDA (Food and Drug Administration), которая аккумулирует информацию не только о медикаментах, но и о пищевых продуктах.

Об уровнях доказательности: идем с основания пирамиды к ее вершине. Чем меньше римская цифра, тем выше доказанность. Буквы позволяют оценить убедительность приведенных доказательств (рис. 1).

Отдельная тема – оценка и систематизация поступающих сообщений о неблагоприятных побочных реакциях (НПР). Степень достоверности причинно-следственной связи приема лекарства с возникшей неблагоприятной побочной реакцией должна приниматься во внимание и при подготовке научных публикаций, особенно таких, в которых даются какие-либо рекомендации по ограничению или запрещению применения лекарственного препарата. Оценка степени достоверности важна в работе по обмену информацией между специалистами и организациями, имеющими отношение к фармаконадзору: Национальные центры по контролю безопасности лекарств; фармацевтические компании; ВОЗ; Европейское медицинское агентство и др. Разработано несколько шкал по оценке достоверности причинно-следственных связей: шкала ВОЗ, Наранжо и Карч (Karch F.E., Lasagna L), которые несколько облегчают работу клинициста при принятии решения, на какой же лекарственный препарат развилась побочная реакция.

Сегодняшние темпы развития медицины таковы, что каждый год появляется все новое и новое в самых разных сферах – от фармакологии до биомехатроники. В этом огромном океане возможностей мы должны выбирать лучшее, эффективное, безопасное для пациентов, и вот этот вопрос выбора как раз и решает доказательная медицина.



| Унифицированная шкала оценки рекомендаций по градациям доказательности |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| A                                                                      | доказательства убедительны                 |
| B                                                                      | относительная убедительность доказательств |
| C                                                                      | достаточных доказательств нет              |
| D                                                                      | достаточно отрицательных доказательств     |
| E                                                                      | веские отрицательные доказательства        |

Рис. 1. Шкала уровней доказательности, созданная Оксфордским центром доказательной медицины.

Градация доказательности рекомендаций.

# Знаменательные даты



## школе здоровья «Диабет» Краевой клинической больницы

**Н**есмотря на технический прогресс и научные открытия, сделанные в медицине на сегодняшний день, наблюдается значительный рост распространенности хронических заболеваний, которые требуют длительного лечения, в том числе проводимого самими больными. Это относится и к людям, страдающим сахарным диабетом. Но такая самопомощь при хронических заболеваниях возможна лишь в том случае, если больные обучены постоянному контролю за своим заболеванием. Таким образом, у медицинских работников, которые лечат и наблюдают пациентов с хроническими заболеваниями, появилась дополнительная роль – их обучение.

---

**Сахарный диабет** – значимая медицинская и социальная проблема на планете Земля. В мире зарегистрировано более 422 млн человек с этим заболеванием, что составляет 6,028% от всего населения планеты. По официальным данным регистра 2018 года, в России страдающих сахарным диабетом 1-го и 2-го типа – 4,6 млн человек (по неофициальным – от 8,4 до 11,2 млн)

---

Обучение пациентов на сегодняшний день признается во всем мире как основной метод эф-

фективного лечения хронических заболеваний, поскольку преследует цель профилактической направленности. Диабет, являясь хроническим и неизлечимым недугом, требует проведения продолжительного обучения больного.

В России первые школы были созданы в 90-е годы в Москве. Занятия с пациентами по питанию начала проводить Л.А. Лобынцева в 1996 году. Школа здоровья «Диабет» в Краевой клинической больнице была создана в декабре 2001 года на базе эндокринологического отделения, благодаря инициативе Г.П. Лака, был создан отдельный кабинет с оборудованием для циклов обучения пациентов, где она проводила занятия для пациентов стационара до апреля 2005 года. С 2003-го по настоящее время занятия проводит Т.Т. Коновалова. Школа «Диабет» представляет собой кабинет, оснащенный наглядными и учебно-методическими пособиями, плакатами, справочной литературой для пациентов (памятки, брошюры), средствами самоконтроля для демонстрации (глюкометрами), проекционной и видеоаппаратурой, компьютером, интерактивными картами «Поговорим о диабете», видеофильмами. Кроме того, имеются весы, сантиметровые ленты, таблицы для определения ИМТ. Обучение проводится как индивидуально, так и в группах по 6–12 человек. Группа формируется из пациентов, находящихся на стационарном лечении в эндокринном отделении ККБ, других отделений: кардиологии, гнойной хирургии, урологии, дневного стационара поликлиники ККБ. Кроме того, обращаются за помощью и консультацией больные из поликлиник города Красноярска по направлению врача-эндокринолога. Цикл рассчитан на 5 ежедневных занятий.





Обучение проводится по разработанным ВОЗ специальным структурированным программам для школ диабета и утвержденным Минздравом России. Они включают следующие темы занятий, которые не являются стабильными и могут меняться в рамках цикла обучения:

- Сахарный диабет как образ жизни.
- Самоконтроль как профилактика осложнений.
- Правила питания.
- Диета. Хлебная единица.
- Виды инсулинов. Инсулинотерапия.
- Осложнения при сахарном диабете (острые и хронические).
- Физические нагрузки и коррекция доз инсулина.
- Артериальная гипертензия и ИБС.



## Татьяна Коновалова,

врач-эндокринолог ККБ, кандидат медицинских наук, руководитель школы «Диабет»:

В настоящее время в городе всего две такие школы – у нас в Краевой больнице и в Городском диабетологическом центре на ул. Ленина, 26. Для того чтобы вести занятия в школе, врач обязан иметь образование эндокринолога, спецподготовку по проведению занятий (сертификаты и свидетельства), педагогические знания, а также знание психологии. Мы распространяем информацию о существовании нашей школы через врачей-эндокринологов, пациенты рассказывают о ней друг другу, выступаем на телевидении, радио, делаем публикации в газетах и на Сибирском медицинском портале. Нашу школу диабета может посещать любой пациент с этим заболеванием и его родственники. Почему важно проводить школы? Главная цель – предотвратить осложнения диабета, иметь хорошее самочувствие, новое качество жизни и несмотря на болезнь быть активным членом социума. За 20 лет работы школы обучено 2304 человека, ежегодно проходят обучение 150-200 пациентов Красноярска и Красноярского края. В течение 2021 года, на данный момент, обучение в школе «Диабет» прошли 60 человек.

# Таблет-питание – наиболее прогрессивный метод организации питания в крупных клиниках



**Алексей Шешин,**

*заведующий пищеблоком ККБ:*

**Н**а сегодняшний день таблет-питание – самая современная и прогрессивная технология в организации больничного питания. Она позволяет организовать процесс с максимальными санитарными показателями, эстетическими

и качественными параметрами. Почему это более безопасно? При традиционной системе питание порционируется в буфетной каждого отделения. Например, если в больнице существует 40 отделений, то 40 человек занимается порционированием. Проконтролировать этот процесс достаточно сложно. В нашем случае все комплектуется в одном месте, на одном конвейере. Поэтому мы четко видим выход порции, соблюдение температурного режима, а также предусмотренных санитарных норм человеком, который проводит комплектацию.

Пациент получает термобокс, в котором есть зоны, сохраняющие температуру. Изотермический материал бокса позволяет соблюдать температурные нормативы подачи блюд. Например, суп должен иметь температуру 75 градусов, мы его фасуем при температуре 80, и в течение двух часов бокс доставляется пациенту. При традиционной системе суп в пищеблоке готовится, затем переливается в какую-то промежуточную тару, увозится в отделение и там фасуется в обычную посуду. Естественно, пища в этом случае остывает – ее нужно либо разогревать, либо осуществлять доставку очень быстро, что очень затруднительно сделать в условиях большой больницы.







Еще одна важная составляющая процесса – обработка боксов. Все моется централизованно, в одном месте, в профессиональных посудомоечных машинах с соблюдением температурного режима и применением современных дезсредств. Ранее в каждом отделении буфетчицы сами разводили дезсредства в нескольких ваннах, согласно технологии, замачивали посуду, сами мыли. Но из-за человеческого фактора это все стандартизировать и контролировать было очень сложно.

Кроме того, организация современного таблет-питания экономит ресурсы – трудовые и временные. Комплектованием боксов занимается специальная бригада, доставку осуществляет транспортная бригада, обработкой занимается бригада разборки. Нам удалось оптимизировать штат сотрудников примерно на 15–20%. И хоть работать стало сложнее, но каждый член коллектива в результате выиграл в увеличении зарплаты. В целом коллектив пищеблока насчитывает 125–130 человек. Работаем по сменному графику 3 дня через 3, смена длится 12 часов.

Во время плановой работы мы кормим всю Краевую больницу, это порядка 1100 человек. Большинство получает 4-разовое питание, но есть и немногочисленная группа пациентов, кому прописаны диетические столы с 5-разовым питанием, например – страдающие диабетом, они получают второй завтрак вместе с завтраком и полдник вместе с обедом.

С приходом пандемии все усложнилось – сейчас мы готовим для пациентов, которые находятся

не только в корпусах ККБ, но и во вновь организованных инфекционных госпиталях, в частности, в Центре офтальмологии. Поэтому сегодня боксы заменены на разовую посуду.

Впервые задумываться об организации таблет-питания мы стали в 2013–2014 гг. Для обучения я ездил в Казань, в республиканскую больницу, и в Ханты-Мансийск – в окружную. Но стоит сказать, что эти больницы ежедневно кормят порядка 600–700 человек. Оказалось, что увеличение объемов на 40% влечет принципиальную перестройку процессов, ведь нужно соблюдать временные нормативы. Но мы с этим справились. Очень в этом помогли сотрудники отдела СМК – вместе с ними мы отработывали процессы, что называется, с секундомером проходили все этапы и выявляли «тонкие» места. В итоге добились четкого взаимодействия между всеми участниками процесса.

**Во время плановой работы мы кормим всю Краевую больницу, это порядка 1100 человек.**

В начале этого лета запустили еще один проект – открыли столовую для сотрудников ККБ. По стоимости блюд могу сказать, что они на 15–20% дешевле, чем аналогичные у подрядчиков, разместивших на территории больницы свои пункты общественного питания, а по качеству точно не уступают. Мы планируем расширять ассортимент блюд в меню, выпекать собственный хлеб, а также ввести завтраки с 9 часов утра. Столовая находится в новом корпусе, вход с стороны ул. Партизана Железняка, и сейчас открыта с 11-ти часов до 15-ти, так что мы ждем коллег на обед.



# IT помогает повышать качество медицинской помощи



IT-служба ККБ в течение последнего времени активно работает сразу по нескольким направлениям, связанным с разными сторонами жизни медучреждения. Вектор ее работы направлен как на внутренние улучшения, так и на внешние взаимодействия.



**Олег Черкашин**, начальник службы, рассказывает о последних достижениях и планах:

**К**КБ и Сбер запустили систему искусственного интеллекта, которая позволяет оценивать риск тяжелого течения вирусной пневмонии. Мы писали об этом в предыдущем номере, но повторю, поскольку тема эта наиболее злободневна. Мы совместно достигли цели проекта – снизить смертность от пневмонии, выявляя пациентов с риском тяжелого течения для возможности коррекции тактики лечения. В результате запуска программы в целевой группе сократилась доля попавших в реанимацию. Получено положительное заключение экспертов о тиражировании системы на другие инфекционные госпитали Красноярского края.

Следующий проект, которым сейчас активно занимается IT-служба, – это **введение системы обучения как для новых сотрудников, так и для давно действующих**. Мы технически запустили базу знаний и продолжаем ее наполнять стандартами, порядками, инструкциями, это большой пласт работы отдела СМК. На базе этого компонента у нас строится новая система обучения, которая

обязывает людей изучить необходимые материалы и пройти по ним обязательное тестирование. Это все не исключает наставничества и оценки физических навыков непосредственным руководителем – куратор подтверждает знания новичка.

Еще один проект – **система аудитов в электронном виде**. Это то же, что сейчас делает СМК в ручном режиме, а сейчас это будет система. Она будет выстраивать график аудитов по отделениям, заранее опрашивать заведующих на предмет самооценки, определять по пунктам на соответствие требованиям Росздравнадзора, ISO 9000-1, JCI, внутренним порядкам учреждения. Опять-таки в соответствии с базой знаний,

которая сейчас наполняется и системой обучения. Это все позволяет двигаться к цели – получение сертификата JCI.

Еще один инструмент, помогающий повышать качество, запущенный в этом году, – **сбор индекса CSI**. Это автоматизированный обзвон па-

**Сбор индекса CSI — это автоматизированный обзвон пациентов на предмет удовлетворенности нашей помощью. Здесь получается принципиально другая статистика, чем при опросе в отделении.**



циентов на предмет удовлетворенности нашей помощью. Здесь получается принципиально другая статистика, чем при опросе в отделении, так как на объективность ответов влияют опасения пациентов о своем продолжающемся лечении в стационаре и то, что опрос проводится живым человеком, ответить объективно которому психологически получится не у всех. Поэтому оценки искажаются в лучшую сторону. Далее клиентская служба начинает работать с негативными отзывами. На старте, в марте, индекс удовлетворенности был 9, на пике ковида просел до 8,86, по июлю 9,06, сейчас 8,97, а максимально возможный – 10. Есть еще один интересный показатель: топ-рейтинг (процент оценивших на 10 все параметры), у нас он сейчас 1,48. Интересно обе эти цифры смотреть в разрезе отделений. У лучшего отделения сейчас 9,38, а у худшего – 8,16.

Далее пойдем вглубь – по лечащим врачам. И увидим, что в каком-то отделении практически в десяточку все, а в каком-то – 5–6. Причины нужно выяснять с точки зрения совершенствования. Необходимо поднимать анкеты тех пациентов, которые транслируют негатив, и разби-

раться, на что они жалуются. Клиентская служба смотрит, прослушивает «плохие» записи и дает комментарии в программе.

И вот мы плавно подошли к геймификации, к введению соревновательного элемента как инструменту для мотивации сотрудников. Уже много лет ККБ занимается выстраиванием процессов, каждый нуждается в непрерывном контроле и совершенствовании, в связи с этим параллельно развивается мониторинг. К августу 2018 года количество инструментов контроля процессов стало слишком большим, это значительно затруднило их анализ и увеличило время реакции. Логичным решением было создание универсального мониторинга процессов, в котором на данный момент около 150 показателей из 14 различных подсистем.

Частью системы менеджмента качества ККБ является система управления рисками. С 2018 года отклонения выстроенных и мониторируемых процессов автоматически обнаруживаются и регистрируются как инциденты и далее рассматриваются. Руководитель организации не в силах охватить вниманием все процессы, поэ-

### **В конце 2018 года ККБ заключила партнерское соглашение со Сбербанком, и одной из тем для сотрудничества стала геймификация (игрофикация).**



тому на определенном этапе контроль и разбор инцидентов были делегированы заместителям руководителя, далее руководителям подразделений, были введены критерии оценки заведующих. Это позволило «озеленить» ряд индикаторов, но все же улучшение показателей оставалось задачей руководителей, а складываются они от действия всех сотрудников. В конце 2018 года ККБ заключила партнерское соглашение со Сбербанком, и одной из тем для сотрудничества стала геймификация.

**Геймификация** (игрофикация) – это применение игровых механик и элементов в областях, не связанных с игрой: в работе, образовании и так далее. Бизнес использует ее в разных целях: для увеличения мотивации сотрудников внутри компании, повышения узнаваемости бренда среди клиентов или, например, для формирования потребительских привычек. Взрослые любят играть не меньше детей: по дан-

ном Statista, к 2021 году число геймеров может достичь 2,7 млрд человек. Поэтому технология позволяет добиться перечисленных целей. Так, Adobe, NBC, Ford и eBay отчитались, что введение игрового элемента в рабочий процесс помогло повысить вовлеченность пользователей в среднем на 30%.

**Adobe, NBC, Ford и eBay отчитались, что введение игрового элемента в рабочий процесс помогло повысить вовлеченность пользователей в среднем на 30%.**

Игра будет представлять собой набор рейтингов, уровней и бейджей, в ближайшее время появится магазин, в котором можно будет покупать различные материальные и нематериальные подарки за достижения, например – футболку с логотипом ККБ или парковочное место на

территории, подразделения смогут переименоваться в команду с произвольным названием, лучшие команды будут получать различные привилегии и т.д. Многие игровые элементы пока остаются в секрете, старт игры назначен на 01.10.2021, следите за новостями на внутреннем портале MEDICS (для сотрудников).



Максим Руденко



## «Новая Чума»

Разгневан Аполлон! Чума идёт по миру,  
Своей, в который раз, тяжёлую стопой  
Вминая в рыхлый грунт с неистовством звериным  
Чуть тёплые тела, лежащие горой.

Дымится тетива шипением змеиным,  
Прогрызили вышину, кошмары наводя.  
Шевелятся вверх вальжжные махины  
Свинцовых облаков, пугая горожан.

Пока что далеки пожары эпидемий –  
Скрываются в тени, маячат меж веков...  
Но улицы пусты. Повсюду – запустенье.  
Встают из темноты рассказы праотцов.

И вот уже летят обсидианом клювов  
Слепые острия, утаскивая вдаль  
Седые древки стрел, что в воздухе так грубо,  
Как вороны кричат, предвосхитив печаль.

За ними – чёрный шлейф из боли и страданий,  
Подобный саранче, что вырвалась из бездн.  
Всё чётче, всё видней трагедий очертанья.  
Идёт по городам ужасная болезнь.

Везде, где падали, втыкаясь в землю, стрелы,  
Миазмы множились, и начинался мор.  
Охвачен страхом мир – плоды Чумы созрели!  
Их аппетит растёт, как у собачьих свор.

Разносится хрипящим лаем кашель дикий,  
Врываясь в тишину озлобленных ночей,  
Он прерывается лишь раз, сменяясь криком  
Испуганных людей о поисках врачей.

Вот истинный кошмар! Огромнейшая плаха...  
Здесь вам не стук часов, не скрип хромых скамей –  
Разгул безумия, уныния и страха.  
Одна ужасна смерть, но миллион страшней!

Всеразоряющий поход сейчас в разгаре.  
Аполлонийский гнев сражает города,  
Обрушивая вновь на них свои удары.  
Остановить его – немыслимо пока.

Людьми забыта грань туманных лабиринтов,  
Ведь жизнь ценна лишь там, где всюду бродит Смерть.  
Взглянув в Её глаза, увидишь гиацинты:  
Багровых лепестков, огонь под гладью склер..



Илья Репин

## «Хирург Е.В. Павлов в операционном зале».

1888 г. Холст, масло.

Государственная Третьяковская галерея.



Глядя на эту картину, можно четко осознать, какой путь прошла медицина, и в частности хирургия, с конца XIX века до сегодняшнего дня.

На картине изображено большое скопление людей, не характерное для современных операций. Сам хирург, как и все участники действия, без маски, чего сейчас невозможно даже представить, некоторые еще и без шапочек. Также не видно резиновых перчаток, и почти у всех закатаны рукава по локоть. Сегодня такого не встретишь – стерильные халаты закрывают все, а на руках стерильные резиновые перчатки, натянутые на обшлаг рукавов. Принципы асептики и антисептики только начали формироваться в середине XIX столетия – И. Земмельвейс и Н.И. Пирогов стали внедрять важные профилактические методы в работу хирургов.

Хирург ударяет деревянным специальным молотком по металлическому долоту, вставленному в бедро ноги, поддерживаемой санитаром, другую ногу держит, судя по одежде, врач или фельдшер. Ноги придерживаются в удобном для действий врача положении. Лицо врача напряжено и кажется несколько покрасневшим от физического напряжения. Его удары должны быть максимально точны, чтобы долото не соскочило и не повредило соседние с местом операции ткани.

По-видимому, операция проводится под масочным наркозом, и медсестра внимательно следит за дыханием и состоянием зрачков пациента. Картина создает ощущение динамичности и даже некоторой суетливости происходящего.

Всего Илья Ефимович Репин создал 13 полотен, так или иначе имеющих отношение к медицине.