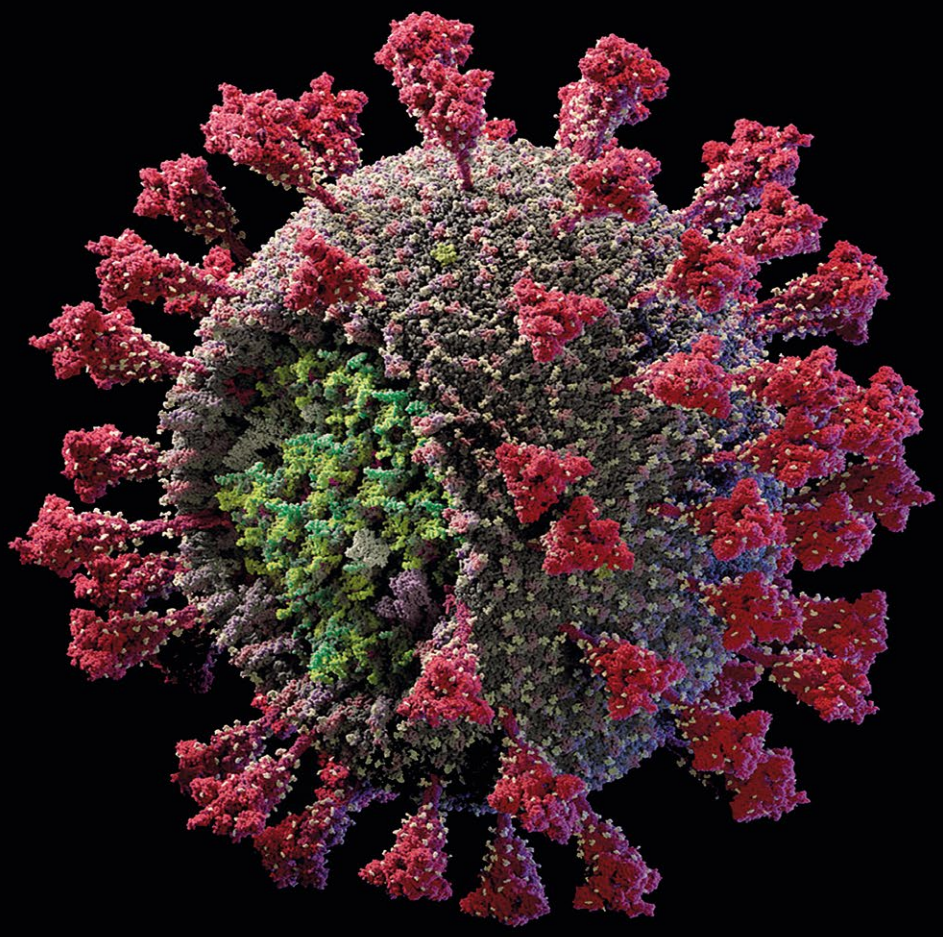
сентябрь 2020 год

№ 2 (77)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

краевая клиническая больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой клинической больницы



Главная тема

150 дней COVID-19

IV ежегодная Всероссийская конференция с международным участием

«Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации»

Портреты

Максим Суворов

Анастасия Мерк

краевая клиническая больница

основана в 1942

Всего в больнице работает 3 300 сотрудников

врачей	более 700
медицинских сестер	более 1300
немедицинского персонала	более 1200

Занимает **ведущее положение в здравоохранении Красноярского края** как многопрофильное учреждение по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи

77 000
пациентов в год

получают консультационно-диагностическую помощь в поликлинике ККБ

более
36 000
пациентов

лечатся в стационаре больницы

из них более
5 000

получают высокотехнологичную медицинскую помощь

Санитарная авиация больницы за год оказывает помощь

более **3 000**
пациентов

по данным на конец 2019 года

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 Ф.П. Капсаргин, д.м.н.,
профессор Г.В. Матюшин, С.Л. Нефедова,
к.м.н. Г.З. Низамеева, 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 «Типография Гуриати»,
660077, г. Красноярск, ул. Молокова, д. 46,
помещение 189, тел. 8(923) 277-07-70;
e-mail: info@unica.design

Тираж 999 экз. Сентябрь 2020 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

4 **Слово редактора**

5 **Новости**

6 **Ценный кадр**

8 **Портрет** | Максим Суворов

10 **Портрет** | Анастасия Мерк

12 **Главная тема** | 150 дней COVID-19

26 **Опыт** | Зачем еще одна книга
об инсульте?

30 **Dum docemus, discimus** |
Наставничество как основной метод
работы с молодыми специалистами

32 **Casus extraordinarus** | Опыт
эмболизации селезеночной артерии
в лечении синдрома обкрадывания в
позднем послеоперационном периоде
после ортотопической трансплантации
печени у пациентки с крупной
аневризмой селезеночной артерии.

36 **Фарма** | Лечение COVID-19 средней
степени тяжести и тяжелого течения:
применяемые препараты

38 **Техно** | Гибридная операционная

40 **Знаменательные даты**
• 30 лет ожоговому центру ККБ
• 80 лет аптечной службе

46 Всероссийская конференция
с международным участием
«Практика разработки и внедрения
системы менеджмента качества
в медицинской организации»

50 **Ex animo**
• 90 лет со дня рождения профессора
Рапопорта

• История болезни и выздоровления,
рассказанная пациентом

МЕДЭКСПЕРТ
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Лицензия № 9777-л от 28.06.2019 г.

г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, д. 21 А
8 (391) 270-99-21, 291-11-21
eks-24@mail.ru
пн-пт с 09:00 до 17:00, без обеда
med-expert-24.ru

Институт дополнительного образования «Медэксперт» проводит обучение медицинских и фармацевтических работников с 2014 года.

Повышение квалификации (сертификационные циклы на 144 часа и тематические циклы на 18, 36 и 72 часа).
Профессиональная переподготовка (первичное обучение).

Циклы, конференции, семинары, вебинары с выдачей ЗЕТ на Портале НМО.

Симуляционное обучение, подготовка и проведение первичной специализированной аккредитации.

Реклама

Дистанционно
Для занятий и сдачи экзаменов вам нужен только компьютер и доступ в интернет.

Оперативно
Зачисление в удобное время. После обучения получение документов в течение 10 дней.

Практика
Практические занятия по индивидуальному графику без ущерба для работы. Стажировка на рабочем месте.

Документы
Документы установленного образца вносятся в ФИС ФРДО. Вы можете самостоятельно проверить легитимность документов.

Цена
Стоимость циклов от 2 000 рублей (в т.ч. с выдачей ЗЕТ).

Бесплатно
Бесплатные конференции, семинары, вебинары, мастер-классы с использованием симуляционного оборудования.

Звоните, приходите, пишите!
Проконсультируем, поможем сформировать портфолио, подберём цикл.

8-913-038-98-12

Перейти на сайт

Слово редакторов

Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Готовность к переменам

Жизнь часто идет не так, как предполагаешь. Мечтаешь, строишь планы, отмеряешь время минутами в погоне за эффективностью в намеченном векторе движения. И тут происходит что-то, что меняет очень многое.

Вопреки нашим планам по развитию системы специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в нашу жизнь ворвались изменения, связанные с эпидемией, – процессом, с которым мы раньше не сталкивались, и в его ликвидации не участвовали. Да, к нам поступали пациенты с тяжелыми формами внебольничных пневмоний, и мы оказывали им помощь, но условия оказания медпомощи и ее масштабы были принципиально другими.

Так случилось, что в этот процесс оказались вовлечены практически все сотрудники ККБ. Даже те, кто в начале сомневался, будет ли он участвовать, потом сами изъявляли желание пойти в «красную» зону. Я уверен, что в целом мы с задачей справились, вступив в эту борьбу без длительной подготовки.

Во всей этой ситуации помимо технологической составляющей важны и человеческие качества участников. Поэтому в этом номере журнала «Первая краевая» мы публикуем в качестве главной темы проект «150 дней COVID-19», где специалисты разных служб просто и по-человечески рассказывают о том опыте, который они получили: какие испытали страхи, совершили победы, сделали наблюдения.

Немного о глобальном – нынешняя история пандемии прекрасно показала медикам всего мира, что не надо расслабляться. Что принцип «всегда будь готов к переменам» может стать актуальным в любой момент. На этой планете кроме нас, макроорганизмов, существует целый мир микроскопической жизни – по своим законам и принципам. И «царь природы» запросто может оказаться бессильным перед армией невидимых врагов.

И, как говорится, нет худа без добра, первая половина 2020-го дала большой толчок для исследований в биологии, эпидемиологии, вирусологии, массы смежных дисциплин. Уверен, эти изыскания обернутся в будущем новыми открытиями и изобретениями.

Евгения Арбатская,
редактор журнала «Первая краевая»

Понимание ближнего

Продолжая тему открытий и изобретений: человек – существо высокоадаптивное, с этим не поспоришь. А наличие на лице помехи в виде маски или респиратора сильно затрудняет общение: очень страдает артикуляция, плохо считывается мимика. В результате общение между людьми не то, настроение на нуле, страдает психика, что отражается на социальном здоровье общества.

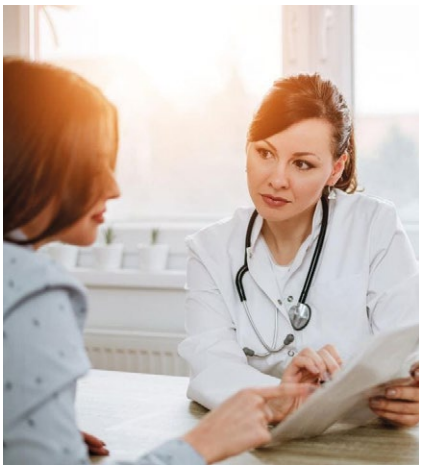
Японцы, как всегда, идут в авангарде технических разработок. Компания Donut Robotic по изготовлению робототехники разработала высокотехнологичную маску для лица под названием C-Face. Новинка не только защищает человека от распространения вирусной инфекции, но и может перевести речь пользователя на восемь языков.

Изготовлена маска из тонкого пластика. Благодаря встроенным датчикам C-Face через bluetooth-соединение подключается к приложению для смартфона или планшета, затем уже сама программа распознает речь человека и переводит его в текстовые и звуковые сообщения на разных языках. Пока доступен вариант перевода с японского языка на английский, французский, индонезийский, испанский, китайский, корейский, тайский и вьетнамский. Стоимость высокотехнологичной маски составит около 40 долларов.

Homo sapiens за свою недолгую, по эволюционным меркам, историю умудрился «победить» многое, порой даже то, что побеждать не стоило бы. Новые решения не за горами!

1 Всемирный день **безопасности пациентов**

17 сентября все медики мира отмечают День безопасности пациентов. Нежелательные события могут возникнуть в результате любых медицинских вмешательств даже при их правильном выполнении, вне зависимости от того, имеют ли они диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность. Для повышения безопасности пациентов необходим комплексный подход в рамках системы здравоохранения – широкий спектр мероприятий по улучшению деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное применение лекарственных средств и медицинских изделий, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи. Краевая клиническая больница провела анкетирование среди пациентов 30-ти отделений и выявила 3 лучших из них в плане безопасности по разным направлениям. Победители получили ценные призы от администрации учреждения.



4 Тест на ВИЧ: экспедиция 2020

В Красноярском крае завершилась Всероссийская акция Минздрава России «Тест на ВИЧ: Экспедиция 2020». С 24 по 28 августа 735 жителей Красноярского края приняли в ней участие. Экспресс-тестирование проходило в 5 городах региона: Канске, Зеленогорске, Железногорске, Красноярске, Ачинске. На лекциях для врачей первичного звена специалисты акции рассказали об особенностях дотестового и послетестового консультирования, в обучающих фильмах были наглядно продемонстрированы различные модели диалога и роли врачей при консультировании пациентов. В ходе мероприятия состоялась традиционная торжественная передача флага региона организаторам в знак участия Красноярского края в акции. Следующим регионом, в который отправится экспедиция, станет Республика Хакасия.

2 Дополнительный **навык**

Кардиологи отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца осваивают эхокардиографию и другие методики функциональной диагностики, которая применяется при лечении пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы – это пациенты и кардиохирургического профиля, и сосудистой хирургии, и терапевтических отделений. В отделении есть свой аппарат для проведения эхокардиографии, это позволит снять часть нагрузки с отделения функциональной диагностики. По такой схеме работают клиники в Европе и США, у них подобные обследования выполняют лечащие врачи. Теперь не нужно тратить время медицинского персонала на транспортировку пациентов в другой корпус и обратно, это намного более комфортно для самих больных, особенно в период послеоперационной реабилитации.

3 **Возвращаемся** к плановой работе

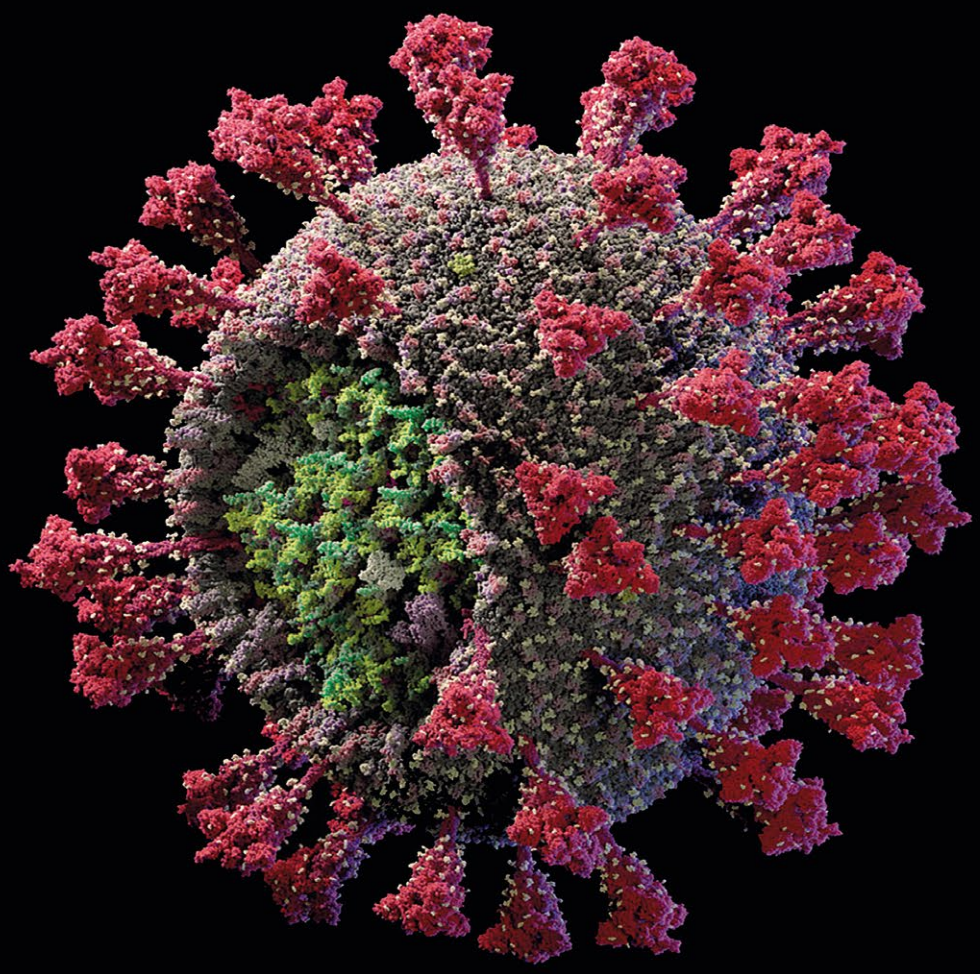
Консультативно-диагностическая поликлиника и стационар ККБ в сентябре начали поэтапно возвращать плановый прием пациентов, в том числе и на платной основе. С 10-го сентября в поликлинике возобновили очные консультации специалисты 10 профилей: кардиологи, кардиологи-аритмологи, кардиохирурги, гематологи, неврологи, нейрохирурги, профпатологи, сосудистые хирурги, травматологи и урологи. Далее, с высвобождением отделений из базового инфекционного госпиталя и освобождением медицинского персонала, как второй и третий

этап, будут запускаться и другие профили. Однако фонд коек в Базовом инфекционном госпитале сохраняется на случай «второй волны» новой коронавирусной инфекции.

ЗНАТЬ ВРАГА «В ЛИЦО»

Российская компания Visual Science, занимающаяся научной визуализацией, создала детальную 3D-модель и анимацию ***коронавируса SARS-CoV-2****. Работа над визуализацией заняла почти три месяца.*

Модель основана на современных научных данных о строении коронавирусов и комментариях ведущих вирусологов, занимающихся изучением этой группы вирусов. Это наиболее достоверная модель из представленных на данный момент. При ее создании в Visual Science были использованы подходы и методы, применяемые в фундаментальных и прикладных научных исследованиях. Модель SARS-CoV-2 является частью некоммерческого проекта студии Visual Science «Зоопарк вирусов», в рамках которого уже созданы модели ВИЧ, гриппа A/H1N1, вируса Эбола, вируса папилломы человека и вируса Зика.



ЖЕЛЕЗНОЕ ЛЕГКОЕ

Эпидемия полиомиелита в 30–50-х годах XX века поспособствовала созданию аппаратов ***ИВЛ наружного типа****, которые затем были вытеснены аппаратами инспираторного типа.*

Десятки тысяч детей в Европе и США заболевали и оказывались парализованными в результате заражения полиомиелитом. Те, у кого развивался паралич дыхательной системы, умирали. Нужен был аппарат, который взял бы на себя функцию дыхания на длительное время: дни, месяцы и даже годы. Тут и вспомнили об изобретении немецкого врача Фердинанда Зауэрбруха, которое он пытался еще до Первой мировой войны применять при открытом пневмотораксе. Изобретение представляло собой нечто вроде барокамеры. Специальные насосы то откачивали из барокамеры, похожей на бочку, часть воздуха, делая его разреженным и заставляя из-за этого легкие раздуваться и делать «вдох», то нагнетали воздух, сжимая легкие так, что они совершали «выдох». Голова пациента была снаружи. Позже барокамеру доработали – оснастили зеркалами, чтобы можно было видеть, что происходит вокруг, улучшили сам механизм, и она стала известна как аппарат Энгстрема, или «железное легкое». Из-за эпидемии производить эти аппараты пришлось в промышленных масштабах.

В качестве альтернативы для детей постарше потом придумали и аппарат помельче, кирасный, то есть, подобно кирасе, закрывающий только корпус. С таким аппаратом пациент мог двигаться на кресле-коляске, что значительно улучшало его качество жизни.

Максим Суворов

Заведующий стационарным отделением скорой медицинской помощи Красноярской краевой больницы удостоен Ордена Пирогова за организацию госпиталя в поселке Еруда Северо-Енисейского района, где пробыл больше месяца на локализации инфекционного очага.

Вы руководили обеспечением медицинского обслуживания на Универсиаде и сейчас организовали работу госпиталя в Еруде – что было сложнее?

Если оба этих эпизода рассматривать как проекты, то у них есть ряд принципиальных различий. Универсиада – проект большой, там, кстати, было не только медицинское обеспечение, но еще и антидопинговое, он растянутый по времени, чрезвычайно ответственный с имиджевой точки зрения, поскольку гарантом являлся президент страны. Готовились к Универсиаде пять лет, к медобеспечению приступили за два года.

Вспышка вирусного очага в Еруде – это ликвидация чрезвычайной ситуации. Никакой подготовки к ней не могло быть. Речь идет о жизни и здоровье людей. Общие черты заключались в том, что и та, и другая работа имели большое количество внешних сторон – стейкхолдеров: Минздрав, Роспотребнадзор и т.д. В случае с Ерудой наиболее заинтересованным лицом было само предприятие – крупнейший золотодобывающий комплекс, занимающий в разное время от 3-го до 5-го места в мире по уровню добычи. А пострадавший горно-обогатительный комбинат производит порядка 70% от общего объема. В процесс оказалось вовлечено большое количество людей, ресурсов, плюс сложные условия: отдаленная территория, тайга, сообщение либо по воздуху, либо автотранспортом, дороги очень плохого качества, отсутствие поблизости крупной больницы. Эвакуация возможна либо воздушным транспортом, либо по земле – около 18 часов пути.

Так что оба этих проекта были масштабными, чрезвычайно важными, с вовлеченностью большого количества людей и ресурсов. Оба факта серьезно повлияли на жизнь как отдельных людей, так и общества.

Как Вам удалось обеспечить материально-техническую базу?

Изначально ведь не было достоверной информации о числе пострадавших, какой объем очага, как он будет развиваться. Приехали на место, поняли, что вспышка очень серьезная, нам сказали, что 80 заболевших, оказалось, их 180. Поэтому потребовался серьезный ресурс – привлекали Министерство обороны, ФМБА, краевые медицинские учреждения, ситуация находилась на контроле у губернатора. Это было первым этапом. Второе – нужно было, чтобы ситуацию понял собственник предприятия. От руководства потребовалась огромная работа, сюда входило лекарственное обеспечение, уборка, дезинфекция, а с этим существовала большая проблема, так как необходимо было привлечь сторонних подрядчиков для работы в очаге, у которых сотрудники не медики. Еще одна задача – создание инфраструктуры: были проведены коммуникации, развернута медицинская информационная система, отсыпана дорога, установлено освещение. Еще нужно было расселить людей – заболевших и тех, у кого бессимптомное течение, наконец – прибывших медиков. Сроки, разумеется, были более чем сжатыми.

> Есть доктора, которые вообще никогда не имели отношения ни к управлению, ни к ЧС, а **проявили себя замечательными организаторами.**

Обучались ли Вы когда-либо навыкам организации в сфере здравоохранения, или эти знания были приобретены в боевых условиях?

Такого образования у меня нет, но управление в здравоохранении – несколько другая информация, далекая от проектного управления. Жизнь распорядилась так, что этот университет я прошел сразу на практике, получилось обучение «с колес». Элементы проектного управления нам давали накануне Универсиады, в ходе серии тренингов по психологии управления, коммуникациям, подготовке спортивных мероприятий.

Считаете ли Вы, что в вузе или в качестве дополнительного образования должны вводиться какие-то программы по управлению в режиме ЧС для врачей, кто видит себя в качестве руководителя в будущем?

Думаю, да. Но не для всех. Здесь – как в спорте: если тренер видит потенциальные способности растущего спортсмена, то он дает ему больше и растит из него чемпиона. Недаром была введена практика кадрового резерва в стране – на федеральном уровне, на уровне края, у нас в больнице. Это позволяет растить кадры, которые при необходимости способны встать в строй. Сейчас, когда возникла эта ситуация, многие люди показали, на что способны. Есть доктора, которые вообще никогда не имели отношения ни к управлению, ни к ЧС, а проявили себя замечательными организаторами. Разумеется, сейчас перед ними открываются новые возможности.

Скажите, что Вы почувствовали, когда узнали о том, что удостоены награды?

Я не ожидал никакого ордена. Когда участвуешь в каком-то экстренном мероприятии, не думаешь об этом. Просто стояла задача, ее однозначно нужно было выполнить. А орден – это сюрприз. Узнал я об этом от Егора Евгеньевича Корчагина, и, конечно, было приятно.

Анастасия **Мерк**

В «мирное» время работавшая старшей медсестрой хирургического отделения №2 –с наступлением эпохи COVID Анастасия переквалифицировалась в старшую медсестру 1-го пульмонологического отделения и заступила в первую смену работы инфекционного госпиталя. Ее смена длилась… три с половиной месяца.

Как Вы оказались на «передовой»?

Я заступила на работу в госпиталь 3 апреля, поэтому основную подготовку не застала. Что хорошо запомнила, так это участие со стороны коллег: все старались нам помочь, причем не только действиями, но и необходимым инвентарем. Отдельной темой было обеспечение собственной безопасности – у нас прошли инструктажи по использованию СИЗ, и это оказалось довольно сложной историей. Вначале мы думали, что даже пять минут провести в полном обмундировании невозможно – очень жарко, очки запотевают, голова начинает кружиться от недостатка воздуха... Но человек – существо живучее, привыкли.

Я, конечно, очень переживала, заступая на смену. Во-первых, хирургические пациенты – это одно, а инфекционные – совсем другое. Во-вторых, новый сборный коллектив – как он примет меня? И, разумеется, все мы люди, все опасались заразиться.

Когда вы перестали бояться диагноза COVID?

Наверное, проще стало где-то через месяц работы. Пациенты прибывали, и мы уже имели представление о том, что делать. Примерно в это же время произошел первый случай заражения сотрудника – он заболел 15 апреля. Когда пришел положительный тест, определили его сюда же, в наше отделение. Хотя никаких клинических проявлений не наблюдалось, чувствовал коллега себя прекрасно, и КТ показало, что легкие чистые. Поэтому было решено отпустить его домой на самоизоляцию, так как была возможность находиться дома в одиночестве. Он потом благополучно провел в изоляции некоторое время, получил два отрицательных теста и спокойно вновь вышел на работу.

Тяжело ли было психологически столько времени провести фактически на рабочем месте?

Конечно. Я, как любой нормальный человек, привыкла жить с семьей, черпать оттуда поддержку и силы. У меня двое сыновей: младшему 5 лет, старшему 8. Они все это время находились у моей мамы в деревне, но мы были на видеосвязи, я им немножко показывала, как тут живу. Полностью пришлось перестраивать быт и забыть про свой уклад. Все мы собрались разные по полу, возрасту, статусу, у всех свои привычки и ценности, пришлось быстро притираться друг к другу. Вместе со 2-й пульмонологией нас было 64 человека, занимали мы целый этаж – все, как в пионерском лагере: общая кухня и в палатах по 4–6 человек. В первый месяц запрещено было выходить на улицу, потом отгородили дворик, появилась возможность немного гулять.

Скажите, когда под окнами госпиталя давали концерты, вам это было приятно, это поддерживало вас?

Сначала – да, мы чувствовали, что о нас думают. Но когда стало не до песен, то это даже, честно говоря, могло раздражать. Помню такой был момент: у нас «затяжелел» пациент, дал остановку сердца, мы вызвали реаниматологов, проводим сердечно-легочную реанимацию, вручную качаем дыхание, а под окнами раздается: «Ямаааайка».

Когда вышла после этих 103 дней, сели в машину, я говорю: **«У меня одной такое чувство, что выгнали из дома?»**

Сколько Вам лет? Сложно ли совсем молодой девушке в экстремальной ситуации управлять коллективом?

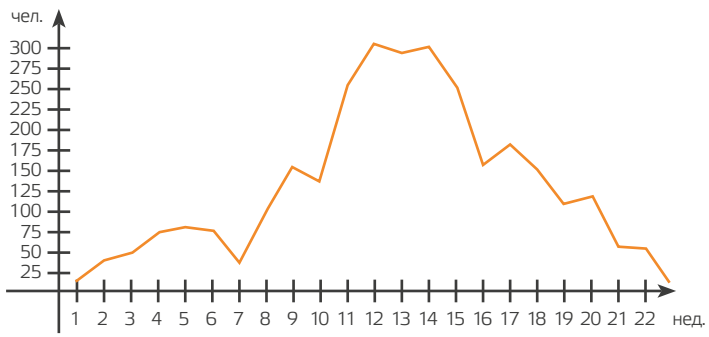
Мне 27 лет. И сначала по большей части члены команды были старше меня. А во второй и третий месяцы пришли студенты. Могу сказать, что старшими, опытными сотрудниками управлять легче – они знают свою работу, не теряются в аврале, понимают сложности, готовы потерпеть. Молодым нужно больше внимания, их нужно сначала научить, да и в плане жизненного опыта они еще не столь устойчивы. Но их тоже стоит похвалить – совсем неоперившиеся, они пошли работать в самое пекло и смогли, справились.

Ваша смена длилась целых 103 дня, почему? Не хотелось уйти отдыхать после первого месяца?
Мы за первый месяц очень хорошо сработались – это раз. Второе, я понимала, что нужна здесь,что в силах отстоять еще одну смену, тем более, просили остаться. А потом вернулись мои девочки с первой смены и уговорили снова остаться с ними. Я вам больше скажу: когда вышла после этих 103 дней, сели в машину, я говорю: «У меня одной такое чувство, что выгнали из дома?» Мы разучились отдыхать, как это делали раньше.

Какое у Вас образование?
Я окончила медицинский техникум при 20-й больнице, потом получила образование в социально-психологическом университете, так что я не только медсестра, но и дефектолог.

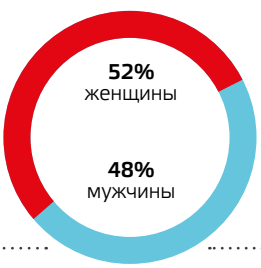
Вы можете сказать, что Ваша жизнь изменилась после этой весны?
Конечно, такой опыт не может не отразиться на мировоззрении человека. Думаю, я стала сильнее и смелее.

Сегодня события начала борьбы с коронавирусной инфекцией воспринимаются уже как исторические факты – настолько много всего произошло за эти месяцы. Мы собрали основные цифры 150-дневного периода от начала существования Базового инфекционного госпиталя, а также рассказы специалистов, которые первыми столкнулись с невидимым врагом.



Понедельное поступление пациентов в инфекционные госпитали ККБ

Соотношение поступивших/непоступивших в ОАР пациентов с диагнозом COVID-19 в период с 01.04.2020 г. по 28.08.2020 г. (150 дней)



Половая структура выборки поступивших в ККБ с подтвержденным диагнозом COVID-19 в период с 01.04.2020 г. по 28.08.2020 г. (150 дней)

Возрастная структура выборки поступивших в ККБ с подтвержденным диагнозом COVID-19 в период с 01.04.2020 по 28.08.2020 г. (150 дней)

Егор Корчагин,
главный врач ККБ:

Активно наша COVID-история началась с информации в СМИ о том, что выявлены случаи заболевания людей новым вирусом. Мы сначала с любопытством, а потом с тревогой наблюдали за тем, как она развивается во всем мире. Когда появились первые сведения о том, что Италия охвачена совершенным хаосом, кто-то из нас, может, даже сомневался, мол, у нас такого точно не будет – расстояния большие, и общаемся мы не столь тесно. Вторая мысль была о том, что мы уже такие вспышки проходили – птичий и свиной грипп. В плане лечения был опыт наших коллег, например, о сомнительной целесообразности неинвазивной вентиляции легких и т.д. Наступил момент, когда стало понятно, что расслабляться не стоит, нужно собирать информацию, как люди организуют помощь. И почти до самого старта работы было не понятно, станет ли наша больница участвовать в борьбе с эпидемией. Но случилось так, что мы оказались одним из самых задействованных медучреждений – не только на своей базе развернули помощь, но и приняли наиактивнейшее участие в локализации вспышек на территории края. Кроме того, мы сохранили экстренную помощь, не связанную с COVID, и даже некоторое время продолжали оказывать высокотехнологичную помощь – в том числе занимались трансплантацией. В феврале и марте активно изучали опыт зарубежных коллег в борьбе с новой инфекцией, даже провели телемосты с российскими специалистами, которые имели опыт в локализации вспышек лихорадки Эбола в Африке. Поэтому к 1 апреля мы подошли достаточно подготовленными морально и продолжали готовиться технически.

Самые страшные дни были в середине июня. И вдруг количество пациентов резко снизилось и далее продолжило снижаться.

Пригодился легочный корпус, который в июле мы должны были снести, он проработал с 1939 года, его пришлось реновировать: завести систему кислородоподачи, создать шлюзы для поддержания безопасности сотрудников, обсерваторы для проживания персонала и т.д. Мы организовали 84 койки для оказания реанимационной помощи и к 14 апреля были готовы. Первые «тяжелые» пациенты попали из районов, и это были действительно нетипичные и сложные случаи даже для наших опытных реаниматологов – быстро развивающиеся ОРД-синдромы. Далее кривая случаев заболевания плавно пошла вверх вплоть до июня, когда она резко взлетела – ситуация стала развиваться как в Европе, когда количество поступающих в сутки просто зашкаливало – до 130-ти человек. Самые страшные дни были в середине июня. И вдруг количество пациентов резко снизилось и далее продолжило снижаться.

Этот опыт, безусловно, очень важен. Мы проверили себя на способность адаптироваться профессионально под изменяющиеся условия и требования. Сотрудники краевой больницы никогда, по большому счету, не сталкивались с инфекцией и не имели опыта в вирусологии и эпидемиологии. Но поскольку все предыдущие годы направляли усилия на систематизацию и совершенствование нашей работы как медицинской организации, то нам удалось создать новые регламенты и обучить друг друга, справиться с задачей. И, конечно же, вся эта ситуация стала для многих вехой в личностном росте, в том числе для меня лично.

Статистика Базовый инфекционный госпиталь+ Госпиталь на Рокоссовского

Поступило | Находится на лечении | Выбыло

27.03.20г. вышел приказ
«Об организации «Базового пульмонологического госпиталя» на базе Краевой клинической больницы».
Мощность госпиталя 238 коек, в т.ч. 78 реанимационных.

АПРЕЛЬ 2020 г.

Наталья Головина,

заместитель главного врача по медицинской части:

По большому счету, для нас все началось несколько раньше, чем для большинства людей. Типичная пневмония, вызванная пневмококковой инфекцией, имеет сезонность – заболеваемость повышается поздней осенью и ранней весной. В августе 2019 года мы столкнулись с атипичной формой пневмонии, которая затянулась и поражала целые группы организованных коллективов. Пациентами становились наши сотрудники из разных отделений больницы. Так, в одном из реанимационных отделений пневмонией за короткий период переболели 14 человек. Позже наслоилась сезонная волна ОРВИ. И у нас не стало хватать коечного фонда в пульмонологическом отделении. Были выделены дополнительные койки в отделениях терапевтического профиля (гастроэнтерология, профпатология, нефрология).

После Нового года в СМИ появилась информация о том, что есть новая коронавирусная инфекция. Егор Евгеньевич, поскольку он следит за информационным пространством и постоянно общается с иностранными коллегами, сообщил, что возможно появление этой инфекции и у нас. К концу января новостные ленты уже ставили новости про COVID-19 в качестве заглавных. Нормативные документы из Минздрава РФ и Роспотребнадзора стали приходить в начале февраля.

Были ли мы готовы к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19? Теоретически во время подготовки к Универсиаде-2019 мы не только разработали «Положения о предупреждении распространения особо опасной инфекции в лечебном учреждении», какой и является коронавирусная инфекция COVID-19, но и неоднократно проводили учебные тренировки по организации мероприятий, предупреждающих распространения ООИ, такой как чума, холера, под патронажем экспертов Иркутского противочумного института.

Все это давало основания полагать, что мы готовы к встрече с новой инфекцией. Но все равно реальность оказалась не такой, как мы предполагали. Был создан штаб из эпидемиологов и руководства нашей больницы, который начал свою работу фактически за месяц до открытия инфекционного госпиталя. Поначалу все осложнялось отсутствием точной диагностики. Первый удар на себя взяла инфекционная больница БСМП – туда отправлялись первые красноярские больные. Наше счастье заключалось в том, что у нас уже был запущен в эксплуатацию новый хирургический корпус. Туда переехали несколько хирургических отделений, освободив часть площадей в главном корпусе и дав тем самым возможность переехать нескольким отделениям и службам из легочного корпуса, освободив его под Базовый инфекционный госпиталь, где были развернуты 160 соматических коек и 78 реанимационных. Мы думали, что никогда их не заполним, что не будем сокращать плановый прием пациентов, но жизнь распорядилась иначе. В мае заполнились все койки, и для того, чтобы они могли принять пациентов, нам пришлось экстренно переводить сотрудников и оборудование других отделений на работу с COVID. Мы временно практически ликвидировали 5 отделений: гастроэнтерологическое, эндокринологическое, профпатологическое, нефрологическое и частично уменьшили кардиологический профиль. Пострадала и хирургия – госпитализация сократилась до уровня экстренной помощи. На оставшихся 46% коечного фонда мы продолжали

Тема COVID-19 еще раз проверила нашу систему управления качеством **на прочность, востребованность.**

АПРЕЛЬ-МАЙ 2020 г.

11.04 12.04 13.04 14.04 15.04 16.04 17.04 18.04 19.04 20.04

оказывать неотложную и экстренную специализированную помощь в полном объеме. В чистой, так называемой «зеленой», зоне тоже появились заносы от пациентов с коронавирусной инфекцией, и надо было разрабатывать и реализовывать мероприятия по обеспечению эпидемиологической безопасности. Потом «вспыхнули» Еруда, Ванкор, рудник Васильевский Мотыгинского района. Потребовалось организовать госпиталь долечивания для пациентов с COVID-19 в Красноярске на ул. Рокоссовского. Туда также отправились наши специалисты.

Конечно, получить опыт такого уровня, какой получила наша больница и мировая медицина в целом, дорогого стоит. Что нам очень помогло в организации работы в совершенно новых для нас условиях? Выстроенная на протяжении 6 лет система управления качеством. Это прежде всего командная работа, ориентированность на пациента, стандартизация процессов, которая позволяет действовать четко и слаженно, способность управления персоналом и рисками – все то, что отражает миссию и политику в области качества нашего учреждения.

Тема COVID-19 еще раз проверила нашу систему управления качеством на прочность, востребованность. ККБ уже 2 года является центром компетенций по качеству и безопасности медицинской деятельности, и это позволяет нам делиться практическим опытом с нашими коллегами из других медицинских организаций.

Екатерина Михайлова,

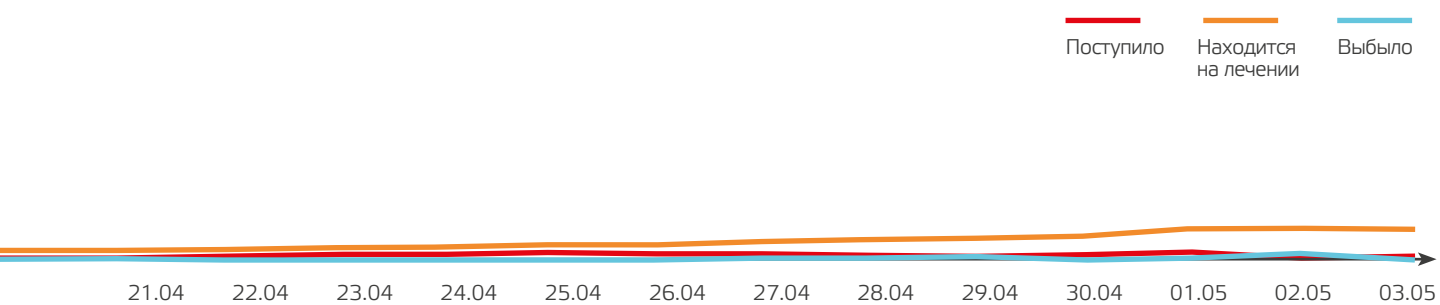
заместитель главного врача по кадрам:

27 марта 2020 года был издан приказ о том, что в ККБ создается новое подразделение – Базовый пульмонологический госпиталь. До этого в течение полумесяца мы уже продумывали структуру

Она распахивает железную обсервационную дверь, где написано **«Не входить»**, и зычно кричит: **«Добро пожаловать!»**

От имени компании «Полюс Красноярск» выражаю вам искреннюю благодарность за ваш самоотверженный труд!
В этом году коронавирус напомнил нам, как важна профессия врача. Все мы стали свидетелями того, какие тяжелые последствия несет распространение коронавирусной инфекции. В это сложное время именно врачи и медицинские работники приняли на себя основной удар эпидемии, работая круглосуточно, падая от усталости, но не сдаваясь, чтобы спасти здоровье и жизни пациентов. Именно благодаря высокому профессионализму медиков, их самоотверженности и верности своему делу на территории Олимпиадинского ГОК удалось справиться с вирусом.
Война с COVID-19 в нашей стране и крае еще не окончена — врачи, медсестры, санитары ежедневно входят в «красную зону», рискуя своими жизнями и здоровьем, чтобы спасти как можно больше пациентов. Ваш ежедневный героический труд заслуживает глубочайшего уважения и нашей благодарности. Здоровья вам и вашим близким!

С уважением, и.о. управляющего директора АО «Полюс Красноярск»
А.В. Токаренко



нового подразделения и определяли ту категорию сотрудников, которая нужна для него. А датой икс стал день переезда и освобождения легочного корпуса, темп работы увеличился в десятки раз, за 3 дня пришлось выехать всем службам, которые там располагались, в том числе и нашему отделу. Мы вывозили вещи и понимали, что здесь уже через несколько дней будут жить коллеги, чье внимание будет сконцентрировано только на борьбе с вирусом. Все были в ожидании, читали все, что можно: от рекомендаций Росздравнадзора до публикаций в социальных сетях московской Коммунарки, чтобы понять, к чему все-таки готовиться. Сразу же после переезда начали готовить персонал для нового госпиталя – искать тех, кто может подходить на определенные роли. Вся эта ситуация позволила раскрыть и прокачать организационные и профессиональные таланты многим сотрудникам. И я не устаю удивляться проницательности наших руководителей в плане того, насколько четко они видят потенциал людей, сказывается жизненный и профессиональный опыт – им достаточно понаблюдать за людьми в паре проектов, и становится понятно, на что те способны.

Первые 10 дней госпиталь работал в режиме ожидания. Персонал был заведен, но до поступления первого пациента мог еще уходить после смены домой, потом уже нет. Это была небольшая команда – около 20-ти человек. Не было выбора – идти или нет, они просто зашли выполнять свою работу, и за это им низкий поклон. Столкнулись с неизвестностью, но обустроили, обжили пространство, выстроили процессы. С увеличением потока заболевших мы стали заводить в госпиталь ежедневно по 20-30 человек дополнительно. Здесь, в отделе кадров, организовался настоящий штаб по обеспечению госпиталя работниками и запустился конвейер. Звонок: «Нам нужно еще шесть медсестер и 12 санитаров!» – «Когда?» – «Сегодня вечером!» И мы понимали, если сейчас не найдем медсестер, то в ночную смену снова останутся работать те, кто не спит уже вторые сутки.

Один момент мне очень запомнился: спустя пару недель после начала поступления пациентов я провожала очередную команду сотрудников в госпиталь, их встречала там главная медсестра Елена Глушихина. И она распахивает железную обсервационную дверь, где написано «Не входить», и зычно кричит: «Добро пожаловать!» И напряжение немного спало, мы переглянулись и улыбнулись – там тоже можно жить и работать.

● ● ●

Артем Архипов,

заместитель главного врача по хирургии, начальник Базового инфекционного госпиталя:

Для меня лично пандемия началась с подготовки плана переезда отделений, планирования помещений грязной, чистой зоны, шлюзы. Необходимо было рассчитать максимально возможное количество коек, которое зависело от большого количества причин, в том числе от наличия оборудования, инженерных возможностей и самого здания. Делать надо было быстро, ведь все понимали, что начало уже вот-вот. В пятницу, 27 марта, был подписан приказ об организации госпиталя, и 28 марта, в субботу начался переезд всех отделений легочного корпуса для его полного освобождения под COVID – успеть нужно было... к понедельнику. А уже 10 апреля поступил первый пациент. Мне особенно помнится, как я звонил первым своим

Находясь внутри, я в очередной раз осознал, насколько большой и весомый вклад в функционирование больницы вкладывают **специалисты немедицинских специальностей.**

МАЙ 2020 г.

04.05 05.05 06.05 07.05 08.05 09.05 10.05 11.05 12.05 13.05

коллегам, которые работали в эту смену, им пришлось остаться в корпусе, жить и работать дальше уже в обсерваторе. Они приняли эту информацию с большим пониманием своей задачи, за что им большое спасибо.

Пик пандемии я провел в госпитале с моими коллегами, которым я безмерно благодарен, ведь со многими мы еще в самом начале формировали отделения, распределяли имеющееся оборудование. Находясь внутри, я в очередной раз осознал, насколько большой и весомый вклад в функционирование больницы вкладывают специалисты немедицинских специальностей. Тут и организация питания, и удобное пользование компьютерами, причем, как все понимают, это ВКС, в которых необходимо достаточно часто участвовать. Безусловно, инженерная служба, с которой мы узнали подробно про утилизацию мусора, работу прачечной и многое другое, а все это объединяла работа системы менеджмента качества. Помню, как перед самым открытием наши сотрудницы отдела СМК оборудовали практически типографию, в которой печатали все таблички, указатели для госпиталя, без которых ориентироваться внутри просто невозможно. Много было трудных моментов, но сплоченная работа помогла их преодолеть, получив богатый опыт, прежде всего в общении с людьми.

● ● ●

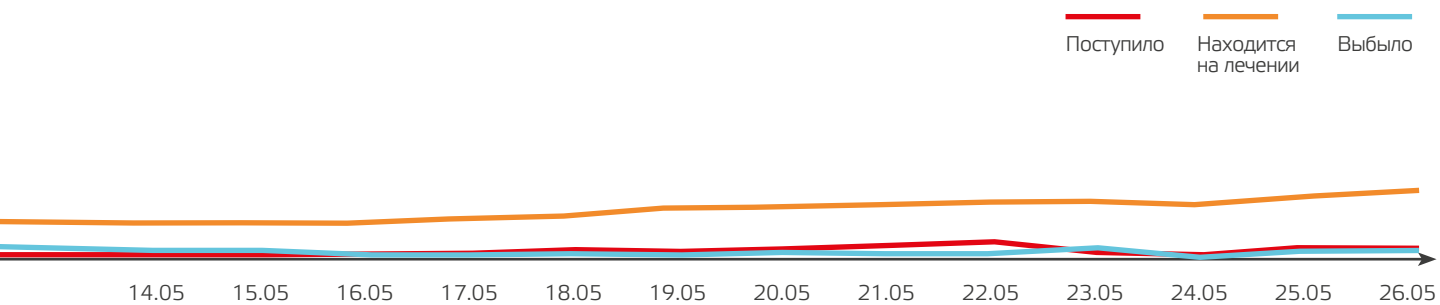
Елизавета Бойцова,

врач-инфекционист, заведующая приемно-диагностическим отделением инфекционного госпиталя:

Когда меня «мобилизовали» для работы в госпиталь, морально я уже давно была к этому готова, коллеги из БСМП уже в течение нескольких недель работали с больными COVID-19, и разворачивание инфекционного госпиталя на территории ККБ было неизбежно. 27.03.20 совместно с Алексеем Викторовичем Макаревским мы начали подготавливать приемное отделение. Был проделан колоссальный объем работы, и уже 30.03.20 начали прием первых пациентов. Трудности преследовали буквально на каждом шагу. Во-первых, этой мой первый опыт заведующего отделением. Изначально я думала, что буду работать в госпитале как врач-инфекционист, для меня стало большой

Бригада специалистов Красноярской краевой клинической больницы в течение месяца работала на Ванкорском месторождении, где в середине июня были выявлены первые случаи заражения новой коронаивусной инфекцией у работников подрядной организации.
Нефтяникам требовалась высококвалифицированная помощь на севере региона в арктической зоне. В задачи врачей входило оказание медицинской помощи заболевшим и контактировавшим с ними вахтовикам. Для этого непосредственно на производственных участках Ванкорской группы месторождений оперативно были развернуты изоляторы, открыт инфекционный госпиталь. Вся работа проводилась при участии специалистов – врачей-реаниматологов, инфекционистов, медицинских сестер, имеющих опыт работы с коронавирусной инфекцией.
Важным фактором, способствующим локализации инфекции, стала комплексная система экстренного реагирования с использованием телемедицины, санитарной авиации, созданной в партнерстве с Красноярской краевой клинической больницей. Однако никакая система не сработала бы, если бы не люди, самоотверженно выполняющие свой профессиональный долг — врачи и медсестры, пришедшие нам на помощь в самый сложный период.

Генеральный директор ООО «РН-Ванкор» **Владимир Чернов**



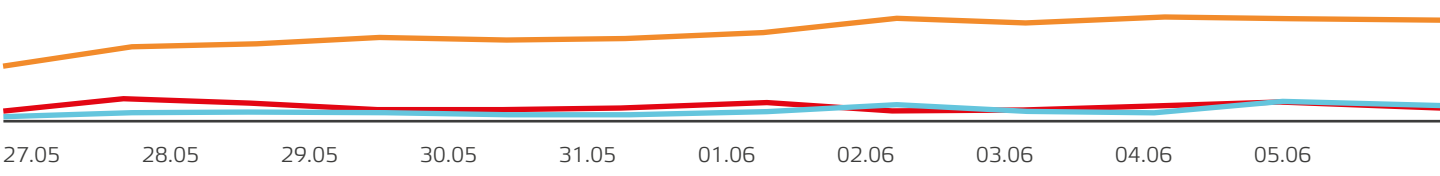
неожиданностью, когда 29.03.20 на планерке госпиталя Егор Евгеньевич назначил меня заведующей приемно-диагностическим отделением. Во-вторых, я совершенно была незнакома с персоналом, руководителями структурных подразделений больницы. Пришлось отрабатывать навыки коммуникации, если честно, я до сих пор не знаю в лицо людей, с которыми все это время ежедневно общалась по телефону, решая рабочие вопросы. По большому счету, у нас все получилось именно благодаря тем людям, которые вместе со мной в первых рядах пришли работать в госпиталь. Это чистой воды энтузиасты, отважные люди, профессионалы своего дела. Невероятный объем работы взяла на себя старшая сестра отделения Елена Владимировна Глушихина, которая в дальнейшем была назначена главной сестрой госпиталя. Она человек, к которому можно было обратиться в любое время суток, и всегда она находила решение поставленной задачи. Младший медицинский персонал – мои герои, благодаря их слаженной работе у нас все получилось. Было очень тяжело, никто не знал, что нас ожидает в самом начале, но потом уже все привыкли, и ежедневные проблемы и колоссальная нагрузка превратились в рутину. В такие непростые времена люди начинают проявлять себя «во всей красе», сразу становится видно, кто на что способен. Мне повезло познакомиться с заведующими отделением пульмонологии Сергеем Владимировичем Зеленым и Ириной Сергеевной Гусевой, большие профессионалы, мастера, фанаты своего дела и замечательные люди, я многое от них почерпнула. Всю нашу работу в госпитале мы организовывали на принципе взаимопомощи. Благодаря нашей слаженности мы выстояли в самые трудные времена, когда к нам за сутки поступали по 70-90 обращений в течение нескольких недель. Мои доктора работали на износ. Зачастую я практически не выходила из приемного отделения 3-4 суток, потому что принимала пациентов в одном ряду со своими терапевтами. Про спокойный сон можно было забыть. В один момент я поняла, что ничего не чувствую – ни усталости, ни боли, я была похожа на машину, которая выполняла ряд функций на протяжении нескольких месяцев. Конечно, такой ритм жизни не проходит бесследно, начинаешь терять себя, но мне хватало сил с этим справиться, в какой-то момент остановиться, оглянуться, прийти в себя. В этом помогала и поддержка моих ребят, иногда они говорили: «Елизавета Борисовна, отдохните, поберегите себя, мы справимся».

Очень большая поддержка ощущалась со стороны коллег из поликлиники, отделения ультразвуковой диагностики, моих коллег из НИИ молекулярной медицины и патобиохимии КрасГМУ и, конечно же, семьи. Наверное, семья выплакала за меня все слезы, так как я себе их точно не могла позволить. Хотя было два эпизода, которые я считаю переломными моментами в моих 111 днях COVID-19.

Выглядываю в окно, а на улице одуванчики, и уже большая часть из них опушилась, **а я не успела сделать им «пффффффф...»!** Вновь глаза на мокром месте и обида за упущенный момент, но раздается очередной телефонный звонок, и нужно ответить.

Впервые это случилось через несколько недель от начала работы госпиталя. Это было, пожалуй, самое сложное время. Огромный поток новой информации. Каждый день переживаешь эмоции faceoftable. Теряется чувство времени, пространства, притупляются все чувства. Когда мы открывали госпиталь – на улице лежал снег, но однажды я подошла к окну и осознала, что снег растаял. Снега нет, ни единого грязного клочка, его просто нет... Я впервые в жизни пропустила этот момент. И вот ком в горле, на глазах слезы, стало так

МАЙ-ИЮНЬ 2020 г.



обидно. Но открывается дверь: «Елизавета Борисовна, нам нужна ваша помощь...» – тут же собираешь всю волю в кулак, тайком успеваешь смахнуть слезинку и идешь решать очередные проблемы.

Второй эпизод случился уже позже. И вновь выглядываю в окно, а на улице одуванчики, и уже большая часть из них опушилась, а я не успела сделать им «пффффф...»! Вновь глаза на мокром месте и обида за упущенный момент, но раздается очередной телефонный звонок, и нужно ответить.

В дальнейшем были знакомства и с другими замечательными людьми, глядя на работу которых воодушевляешься, вновь поднимаешь руки и продолжаешь свое дело. Помимо открытия для себя новых, удивительных знакомств было очень много и разочарований в людях. Они касаются не только медицинских работников, но и просто людей. Они бывают очень злые, особенно это остро проявилось при большом потоке пациентов, часть из них была в тяжелом состоянии, и нам было необходимо оказывать помощь им, а не поликлиническим больным. Время ожидания консультации врача увеличивалось, пациенты начинали скандалить, жаловаться. Никто не хотел входить в положение другого, более тяжелого по состоянию пациента. Не желали соблюдать правила нахождения в приемном отделении, подвергая риску заражения себя, окружающих пациентов, персонал отделения. Очень много было негатива в социальных сетях по отношению к медработникам в целом.
Но, несмотря на все происходящее, мы продолжаем выполнять свою миссию. Очень надеюсь, что весь этот кошмар в скором времени закончится. Но мы уже никогда не заживем прежней жизнью. Ведь мы побывали на войне, только что пули не свистели над головами. Мы уже совершенно другие люди.

Итогом нашей работы стали **957 пролеченных** в госпитале пациентов, все они живы и выписаны домой с выздоровлением или улучшением.

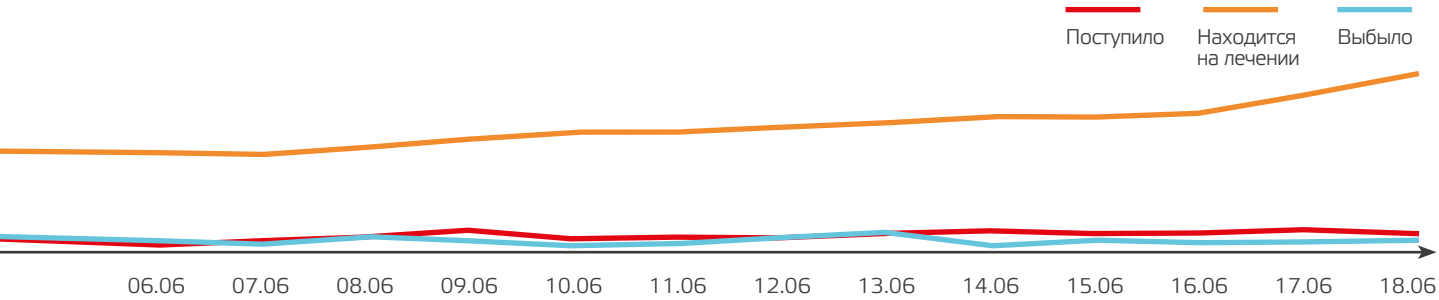
Ольга Воронина,

врач-кардиолог, руководитель отдела контроля качества, начальник инфекционного госпиталя №2 на ул. Рокоссовского:

Пандемия началась для меня с тревожных сообщений в СМИ. Осознание того, что эпидемия не обойдет стороной и нас, появилось, когда в Европе она начала развиваться по драматичному и малоуправляемому сценарию. В марте мы следили за тем, как пандемия разворачивается в Москве, в это время больница уже готовилась к эпидемии, легочный корпус готовили к работе в режиме инфекционного госпиталя.

К середине мая я уже четко понимала, что поработать с COVID-19 придется каждому из нас. В базовых инфекционных госпиталях Красноярска уже не оставалось свободных мест для пациентов с пневмониями, открывались новые отделения, которые заполнялись пациентами за считанные дни. Необходимо было развернуть дополнительные койки для долечивания пациентов с COVID-19, чтобы высвободить места для более тяжелых больных в базовых госпиталях. С этой целью МЗ Красноярского края было принято решение организовать временный инфекционный госпиталь №2 на 480 коек, на площади общежития колледжа сферы услуг и предпринимательства на Рокоссовского, 15.

Предложение возглавить временный инфекционный госпиталь №2 было неожиданным, но я приняла его без колебаний. Понимала,



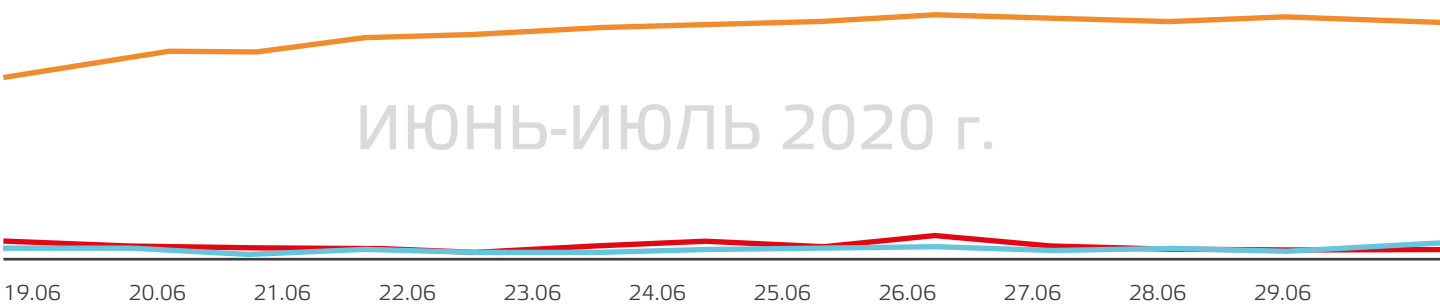
что ответственность очень большая, но времени на волнение и панику не было, ведь госпиталь необходимо было развернуть за неделю. Организация госпиталя... Это бесценный опыт, необходимо было вникнуть во все процессы по жизнеобеспечению госпиталя и соблюдению эпидбезопасности, продумать организацию работы санпропускника – сердца госпиталя. В госпитале не предполагалось наличие диагностических структур и реанимационной службы, необходимо было подготовиться к быстрому реагированию на возможные проблемы при оказании медицинской помощи, максимально продумать все детали и процессы, связанные с транспортировкой пациентов между госпиталями и доставкой лабораторных анализов в ККБ. Егор Евгеньевич помогал в решении ключевых организационных вопросов. Инженерная служба воплощала в жизнь все наши предложения по реорганизации территории общежития, отдел АСУ занимался оснащением госпиталя IT-технологиями, главные сестры госпиталя Наталья Сергиенко и Елена Шленская занимались подготовкой приемного отделения, санпропускника и отделений к работе. Необходимо было организовать 8 процедурных кабинетов и оснастить их всем необходимым для работы оборудованием. Собирали, можно сказать, с миру по нитке, старшие сестры отделений ККБ под руководством Светланы Нефедовой помогли собрать все необходимое для работы. Для нашего госпиталя были закуплены кислородоконцентраторы и пульсоксиметры в необходимом для работы количестве. В итоге было организовано и оснащено 4 пульмонологических отделения, каждое располагалось на 2 этажах, по 120 коек в каждом, приемное отделение, санпропускник.

За неделю необходимо было собрать и медперсонал госпиталя, а кадрового резерва в ККБ на тот момент не было. По приказу МЗ КК в отдел кадров ККБ были направлены сотрудники поликлиник Красноярска, студенты и ординаторы КрасГМУ, студенты медицинского колледжа. При этом нам все же удалось сформировать основу коллектива первой смены из сотрудников ККБ: заместитель начальника госпиталя Ренат Халиулин, заведующие отделениями Антон Ботов, Екатерина Юнкер, Дмитрий Лалетин, Андрей Мельгунов, главная медицинская сестра госпиталя Наталья Сергиенко и старшие медицинские сестры Елена Шленская, Огулджан Маметжумаева, Марина Пашковская и Кристина Корнева.

09.06.2020 госпиталь принял на лечение первых 15 пациентов, было очень тревожно: все сотрудники впервые надели СИЗ, все ли мы продумали для обеспечения работы на новой территории. Первая смена отработала, и началось интенсивное заполнение госпиталя пациентами. Мы старались справляться со всеми возникающими проблемами, так как понимали, что открытие нашего госпиталя жизненно необходимо для высвобождения коек в базовых инфекционных госпиталях Красноярска для более тяжелых пациентов, требующих непрерывной кислородной поддержки.

Ежедневно поступало от 20 до 40 пациентов из разных медучреждений Красноярска. За июнь госпиталь принял на лечение 550 человек. К концу июня мы начали принимать на лечение первичных пациентов с вирусной пневмонией на фоне инфекции COVID-19 без дыхательной недостаточности, так как в базовом госпитале ККБ оставались места только для пациентов, требующих непрерывной подачи кислорода. Это был очень ответственный шаг для нас, так как эти пациенты требовали более тщательного наблюдения за состоянием и имели риск развития дыхательной недостаточности, с которой наши кислородоконцентраторы могли не справиться. Мы постарались максимально подготовиться к приему этой группы пациентов, с учетом наших ограниченных возможностей, были разработаны четкие инструкции для медперсонала по быстрому реагированию на все изме-

Эта эпидемия стала не только испытанием, но и **большой проверкой на прочность** и состоятельность всего коллектива ККБ.



нения в состоянии пациента и своевременному переводу в базовый госпиталь ККБ, чтобы снизить возможные риски для жизни пациента. Итогом нашей работы стали 957 пролеченных в госпитале пациентов, все они живы и выписаны домой с выздоровлением или улучшением.

С 15.08.2020 госпиталь переведен в режим консервации на случай развития второй волны эпидемии коронавирусной инфекции. Почти за 2,5 месяца в госпитале отработали 2 смены, более 200 сотрудников, две трети из которых – студенты и ординаторы КГМУ. Отличное впечатление осталось от работы с ребятами – ответственные, быстро обучаемые, неравнодушные. Они прошли хорошую школу в хорошем коллективе, думаю, запомнят этот опыт надолго.

Считаю, что коллектив справился с поставленной задачей: на пике заболеваемости наш госпиталь помог базовым инфекционным госпиталям с высвобождением коек для почти тысячи более тяжелых пациентов. Эта эпидемия стала не только испытанием, но и большой проверкой на прочность и состоятельность всего коллектива ККБ. Проявили себя все: и те, кто работал на «передовой», и те, кто остался в «тылу».

Владимир Даценко,

ответственный врач приемного отделения Базового инфекционного госпиталя:

В начале апреля поступали пациенты с симптомами ОРВИ, проводилась диагностика пневмонии. При установлении диагноза «пневмония» либо при тяжелом течении ОРВИ пациенты госпитализировались. После госпитализации первого пациента с COVID мы закрылись на обсервацию и сменили статус на инфекционный госпиталь.

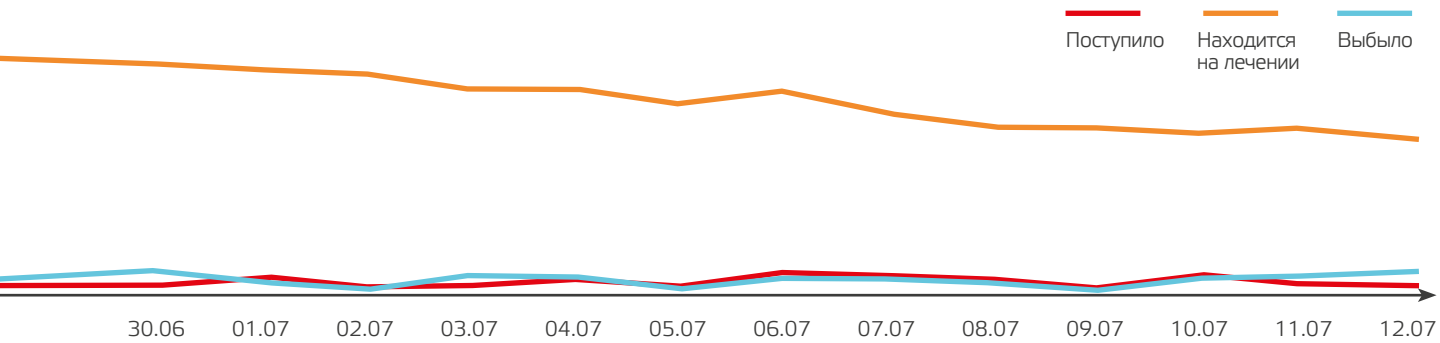
Сначала поток пациентов был небольшим, среди больных пневмонией мало было тех, у кого был верифицирован коронавирус. Люди поступали в сортировочное отделение – получали лечение и дожидались результатов своих тестов на коронавирус. Как только результаты приходили, пациенты переводились в соответствующие отделения.

Одна из моих функций как ответственного врача приемного отделения состояла в том, чтобы обеспечить проведение диагностических мероприятий в приемном отделении в регламентированные сроки – пациенты не должны задерживаться в отделении больше двух часов.

Если вначале поступало по 15 человек в смену, потом по 40, **затем уже по 80.**

Сложность была в том, что некоторые диагностические подразделения – лаборатория и компьютерная томография – находились вне нашего корпуса, поэтому нужно было обеспечить доставку пациентов, чаще автотранспортом ввиду тяжести состояния. Сложно было укладываться в положенный двухчасовой промежуток из-за других моментов – например, лаборатории приходилось кварцевать наши пробы анализов. Больные поступали наплывами по 5-10 человек, поэтому мы периодически входили в аврал. Нужно было добиться четкой и слаженной работы разных подразделений без простоя и заминок.

С течением времени поток увеличивался, открывались новые отделения. Если вначале поступало по 15 человек в смену, потом по 40, затем уже по 80. Очень надеюсь, что в скором времени появится эффективная и безопасная вакцина.



Надежда Николаева,

начальник отдела системы менеджмента качества:

Если вспомнить, то самыми первыми были разработаны наглядные инструкции с фотографиями **по надеванию и снятию защитного костюма и СИЗ.**

С самого начала пандемии хотелось максимально помочь докторам, медсестрам и всем коллегам с организацией госпиталя. Первым делом вместе с отделениями госпиталей самостоятельными силами изготавливали различную визуализацию – плакаты, обозначения на кабинеты и другие помещения, различные памятки по безопасности и т.д. Изготовили порядка 2000 разных навигационных табличек.

Далее началась напряженная совместная работа с нашими эпидемиологами – нужно было описать и внедрить массу документов (порядков, инструкций, стандартов), особое внимание нужно было уделить безопасности сотрудников, перестроить процессы, продумать новые правила.

В ККБ уже отработана система стандартизации процессов, и это очень помогло нам в работе по разработке порядков и инструкций по COVID-19. По необходимости вовлекались все службы, коллектив работал слаженно и быстро.

Если вспомнить, то самыми первыми были разработаны наглядные инструкции с фотографиями по надеванию и снятию защитного костюма и СИЗ, после чего проводилось обучение персонала по правильному надеванию защитных костюмов, чтобы каждый член команды, идущий в «красную» зону, мог обезопасить себя.

Далее были разработаны алгоритмы по забору мазка на коронавирус, по транспортировке отходов, стандарт по лечению и диагностике COVID-19 и т.д. Конечно же, все документы разрабатывались на основе нормативных законодательных требований. В состав рабочих групп входили специалисты разных служб – это и врачи, и медицинские сестры, и сотрудники инженерной службы, ЦСО, прачечной, АСУ, клинические фармакологи, специалисты отдела контроля качества по ведению истории болезни и т.д.

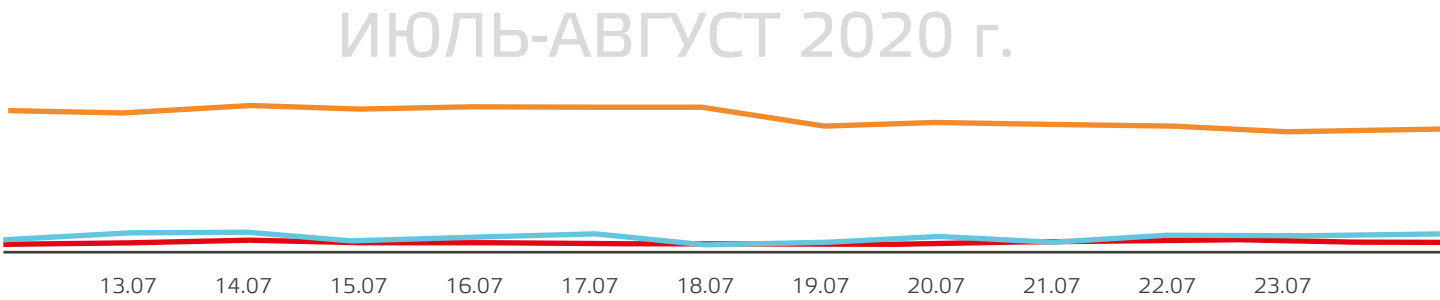
Очень хочется пожелать всем коллегам крепчайшего здоровья! Скорее хочется вернуться к прежнему режиму работы: снять маски и иметь возможность видеть улыбки друг друга.

Олег Черкашин,

начальник отдела АСУ, руководитель Центра информационно-документального обеспечения:

В середине марта, когда в Красноярске еще не было заболевших, была дана команда выселить целое здание легочного корпуса в течении 3-х

Теперь раз в 15 минут просматривались новые результаты и тут же раздавались по больницам, время передачи информации **сократилось колоссально.**



дней. Начался «муравейник» – все сотрудники были вовлечены: перетаскивалась мебель, инвентарь, ломался налаженный ритм всех отделений. С нашей стороны мы должны были перенести все ИТ-оборудование отделений, развернуть новые рабочие места, протянуть сети, наладить Wi-Fi, чтобы люди, которые зайдут туда на карантин, не были отрезаны от мира, перевести множество сотрудников больницы на удаленную работу.

Потом, когда уже стали поступать пациенты с COVID, возник целый ряд новых задач, которые решить нужно было срочно. Так, необходимо было наладить информационное взаимодействие с Центром гигиены, чья лаборатория делала анализы для подтверждения диагноза. Изначально информация передавалась в бумажном режиме, это было очень долго и сложно. Потом централизовали все через Центр медицины катастроф в виде электронных таблиц, были ежедневные потери и задержки информации. Это приводило к несвоевременному распределению пациентов в сортировочном отделении, они содержались там дольше. В такой суматохе мы прожили до конца апреля. Егор Евгеньевич поставил перед нашей службой задачу: нужно было придумать, как взаимодействовать быстро и без искажения информации. Мы приехали в Центр гигиены и эпидемиологии и выяснили, что у них собственная лабораторная система, которая куплена давно и в настоящее время не поддерживается, а дорабатывать они ее самостоятельно не могут, поэтому интегрироваться с другими организациями тоже возможности нет. Но мы не сдались! Забрали всю их систему и в течение примерно двух недель разобрали ее, «прикрутили» новый функционал. Теперь результат анализа был доступен врачу ККБ уже через 15 минут после внесения в лабораторную систему центра гигиены. Время передачи ценной информации сократилось колоссально.

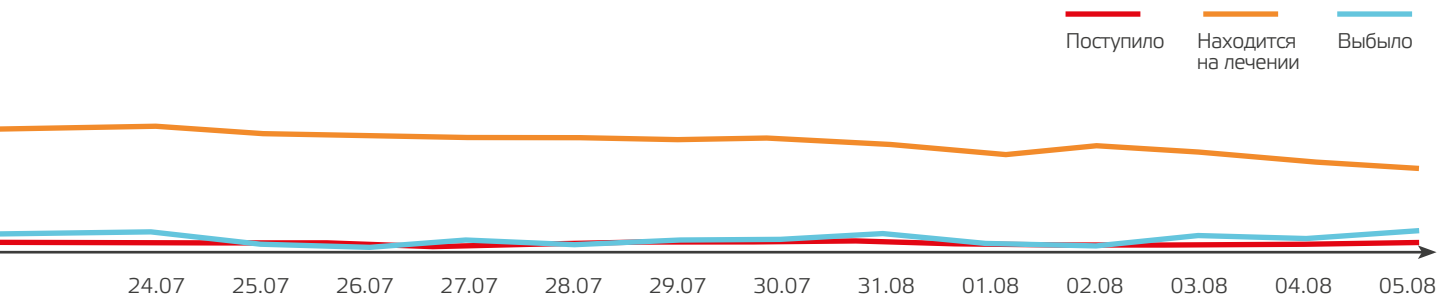
Следующая проблема была с потерянными назначениями, вручную переписываются фамилии, и из-за опечаток информация теряется, плюс в центре гигиены терялись 1-2 дня на этапе приема биоматериала из-за ручного внесения информации с бумажного направления в лабораторную систему. Наш главврач снова подкинул идею – ввести систему штрих-кодов. Были установлены сканеры в лаборатории, у нас вся информация вводится единожды и разлетается по нужным адресатам. Это позволило еще дополнительно сократить время до получения результатов и исключить их потерю. Свои наработки мы передали другим учреждениям края, настроили, запустили. Теперь они интегрированы и спокойно могут пользоваться информационными благами современности.

Константин Барышников,

заведующий отделением санитарной авиации:

Поскольку наша служба всегда работает в экстренном режиме, часто в сложных полевых ситуациях, у нас не существует рядовых типичных случаев, поэтому мы просто продолжали выполнять свои профессиональные и должностные обязанности, это была обычная работа. Конечно, при вылетах к больным с COVID-19 были дополнительные сложности: работа в средствах защиты, с изолирующими боксами, дезинфекция транспорта – немнож-

Вывозили пациентов грузовыми самолетами, оснащенными рампой для изоляции экипажа от пассажиров.



ко все дольше и сложнее. Наши пациенты с коронавирусом были очень «тяжелые», врачам-анестезиологам приходилось с ними работать лицом к лицу, интубировать, переводить на ИВЛ. Этими пациентами в районах анестезиологи не занимались, так как не могли оставить свои посты и уйти в изоляцию.

13 апреля из Новоселово был привезен первый пациент с COVID. Тогда еще мы доставляли таких больных автомобильным транспортом, это занимало очень много времени. И первые пациенты были очень «тяжелые», потом уже благодаря мониторингу не доводили до крайнего состояния, старались транспортировать раньше, стали летать самолетами и вертолетами. Вывозили людей во время вспышки из Еруды Северо-Енисейского района, с Васильевского рудника – Мотыгинского района, Туруханского района. Там были еще более специфические условия – вывозили пациентов грузовыми самолетами, оснащенными рампой для изоляции экипажа от пассажиров.

Все это, конечно, кому-то может показаться чем-то сверхъестественным, но по факту это наша работа.

Алексей Макаревский,

старший врач приемного отделения:

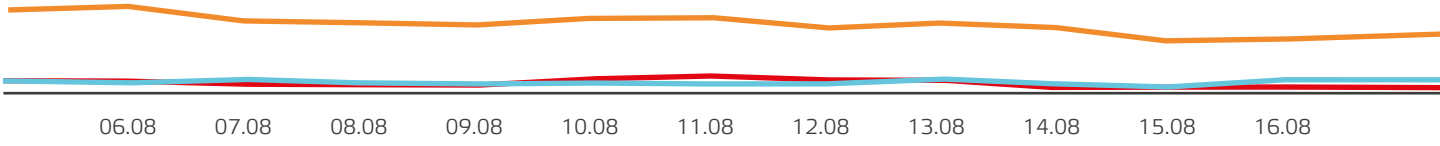
Заходили в смену приемного отделения в середине мая мы такой командой: я, два терапевта и кардиолог – Хабибова Гюнай Шамильевна, Локтионова Мария Михайловна, Ефремова Маргарита Александровна. Мы отдавали себе отчет, что входим в работу на пике, и была принципиальна команда – мы шли под управление Елизаветы Борисовны Бойцовой, я шел ответственным врачом, девочки – терапевтами, и были на сто процентов уверены друг в друге. За весь мой 30-летний

Самым тяжелым днем стало **12 июня.** Стояла очередь из машин скорой помощи.

Весь мир увидел трагические и масштабные последствия распространения новой коронавирусной инфекции. Помочь в такой ситуации могут только медики, которые вышли в авангард борьбы и по сей день ведут этот бой. В конце июля и мы столкнулись с неизвестным нам до сих пор невидимым врагом. В течение пяти недель врачи, медицинские сестры и младший медицинский персонал краевой клинической больницы и других медицинских учреждений края – группой из девятнадцати человек работали у нас в Мотыгинском районе. Был организован инфекционный госпиталь и изолятор, где одномоментно прибывали до сотни сотрудников Васильевского рудника. Хочу от всего сердца поблагодарить всех медиков, которые прибыли по первому зову и оставались с нами вплоть до локализации инфекционной вспышки. Здоровья вам, дорогие эскулапы, счастья и профессионального процветания!

Генеральный директор АО «Васильевский рудник» **А.М. Дорогойченков**

АВГУСТ 2020 г.



стаж работы более напряженной работы я не видел. Темпы поступления пациентов были, прямо скажем, запороговые. В этих условиях тем более приятно было работать с профессионалами – большая благодарность заведующему пульмонологией – Сергею Владимировичу Зеленому, Ирине Сергеевне Гусевой, Светлане Альбертовне Крыжановской, Роману Васильевичу Хомченкову. Что было самым сложным? Не работа в СИЗах, не длительность нахождения в замкнутом пространстве, а огромный поток пациентов, недостаток мест для госпитализации, переводы в другие стационары – весь этот клокочущий Везувий. Без уверенности друг в друге и профессионализма всех членов команды, пожалуй, справиться было бы невозможно. В моменты запредельных нагрузок выходили все – заведующие начинали прием, врачи выполняли медсестринский функционал, никто не считал какие-то обязанности. Да, это было нарушением технологии, но иначе бы мы не справились.

Самым тяжелым днем для госпиталя стало 12 июня. Стояла очередь из машин скорой помощи. Нам довозили из главного корпуса кушетки, каталки, мы их расставляли и принимали пациентов. Заведующим госпиталем был в тот момент Артем Сергеевич Архипов, я не знаю, когда он вообще спал. И в это время выпал его день рождения. Я пожелал ему по-человечески выспаться, а он ответил, что это лучшее из пожеланий. Да, в эти «горячие» дни стало ясно, кто что собой представляет – человек в такой обстановке не может скрыть свою суть. И я счастлив, что большинство коллег оказались настоящими людьми.

● ● ●

Виктор Ишутин,

заведующий ОАР № 1, руководитель реанимационной службы Базового инфекционного госпиталя:

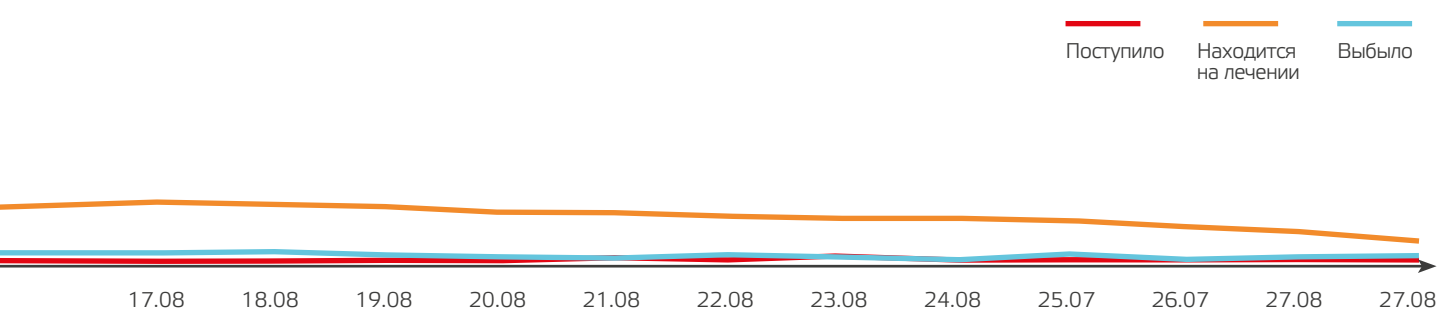
Мы серьезно готовились – изучали особенности клинического течения заболевания. В организационном плане администрация сделала все как нельзя лучше – у нас были организованы шлюзы, мы получили СИЗы, оборудование, медикаменты. С течением времени выявлялись новые потребности, и они максимально быстро удовлетворялись, нужно отдать должное нашим службам. Входили в процесс плавно и планово. Правда, некоторые средства индивидуальной защиты оказались тяжелее, чем мы ожидали. Я лично прочувствовал это на себе, когда на час надел желтый костюм, в нем очень жарко, и спустя какое-то время оказывается, что ты ходишь по щиколотку в воде, пот льется ручьем. В других видах значительно легче.

Мы знали, что инфекция тяжелая, на практике увидели, что она еще тяжелей, стали бороться, накапливать клинический опыт. В 2009 году был опыт свиного гриппа, однако эта инфекция была менее контагиозной и не требовала столь радикальных эпидемиологических мер. Постоянно

В 2009 году был опыт свиного гриппа, однако эта инфекция была менее контагиозной и **не требовала столь радикальных эпидемиологических мер.**

находимся на связи с нашими ведущими экспертами по COVID-19 – Алексеем Ивановичем Грицаном, Ириной Владимировной Демко, они выпустили уже несколько статей по заболеванию.

Вначале тяжелых больных было мало, а к лету больше – на них работали четыре реанимации главного корпуса и еще одна легочного. Сейчас, на конец августа, за этот месяц, что я работаю начальником госпиталя, мы сократили 70 пульмонологических коек и 36 реанимационных. Отделения на данный момент законсервированы. С 1 сентября останется порядка 120-ти пульмонологических коек и 24 реанимационных. Вторую волну не ждем, но абсолютно готовы к ней.



Вышла в свет книга П. Шнякина,
Н. Исаевой, А. Протопопова
«Хрупкий мозг. Инсульту не быть?!»

Зачем еще одна **книга об инсульте?**

(из предисловия)

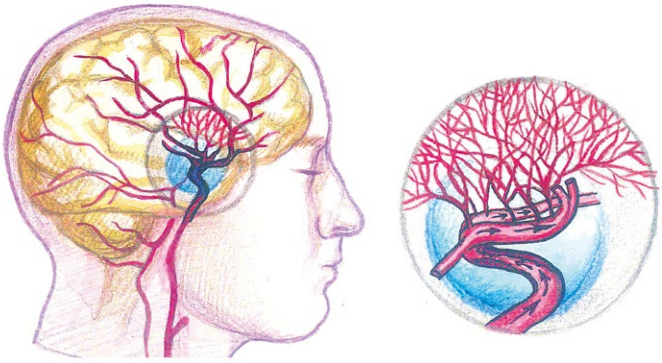
Существует достаточно много научных и научно-популярных книг об инсульте, и мы, взявшись за данную рукопись, не преследовали цели сказать что-то принципиально новое, о чем еще не написано или написано недостаточно полно. Работая на базе регионального сосудистого центра и являясь действующими врачами разных специальностей (нейрохирург, невролог, рентгенэндоваскулярный хирург), мы каждый день принимаем и лечим пациентов с инсультом, проводим его профилактику. И, естественно, каждый день разговариваем с ними и их родственниками о причинах инсульта, о методах его лечения и последующей реабилитации, о профилактике. За многие годы у нас сформировались свои, на наш взгляд, оптимальные способы подачи информации про инсульт, собственные истории зачастую с использованием аналогий и метафор и яркими примерами из клинической практики.

С наилучшими пожеланиями, коллектив авторов

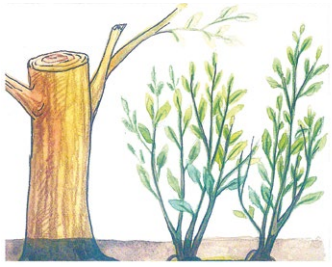
О том, как создавалась книга, мы побеседовали с одним из авторов – доктором медицинских наук, заведующим кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии КрасГМУ, главным нейрохирургом Красноярского края, заместителем руководителя регионального сосудистого центра КГБУЗ «ККБ» Павлом Геннадьевичем Шнякиным.

Павел Геннадьевич, как возникла идея написать книгу?

Пару лет назад появилась первая литературная премия в области медицины «Здравомыслие», учреждена она была при участии Министерства здравоохранения РФ и Федерального медико-биологического агентства. И примерно в это же время одним прекрасным утром в 7:43 Алексей Владимирович Протопопов написал мне сообщение, ссылаясь на эту премию: «Может, что-нибудь придумаем?» В 7:46 я ответил ему: «Давайте обсудим!» Поскольку мы постоянно пишем книги, то и в этот раз решили это сделать и поучаствовать в конкурсе. Однако популярных книг для широкой аудитории мы не издавали, но вдохновились примером замечательного британского нейрохирурга Генри Марша, чья научно-популярная книга «Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии» произвела мировой фурор и разошлась огромными тиражами.



Болезнь Моя-Моя, при которой медленно закрывается просвет внутренней сонной артерии, в ответ на что происходит компенсаторное увеличение количества мелких сосудов, обеспечивающих мозговой кровоток. Это немного похоже на естественное вегетативное размножение, когда повреждается основной ствол дерева.



Ежегодно 28 октября проводится Международный день борьбы с инсультом, который мы отмечаем, проводя просветительские мероприятия с населением. И люди нас часто просили написать книгу, понятную для человека без медицинского образования. Что мы и сделали. Проблема чрезвычайно важна, об этом скажут всего две цифры: в Красноярском крае ежегодно фиксируется 12 000 случаев инсульта, и лишь 10% людей после них возвращаются к прежнему уровню социальной и трудовой активности.

До 90% пациентов после перенесенного инсульта имеют те или иные остаточные нарушения и проблемы, снижающие качество жизни.

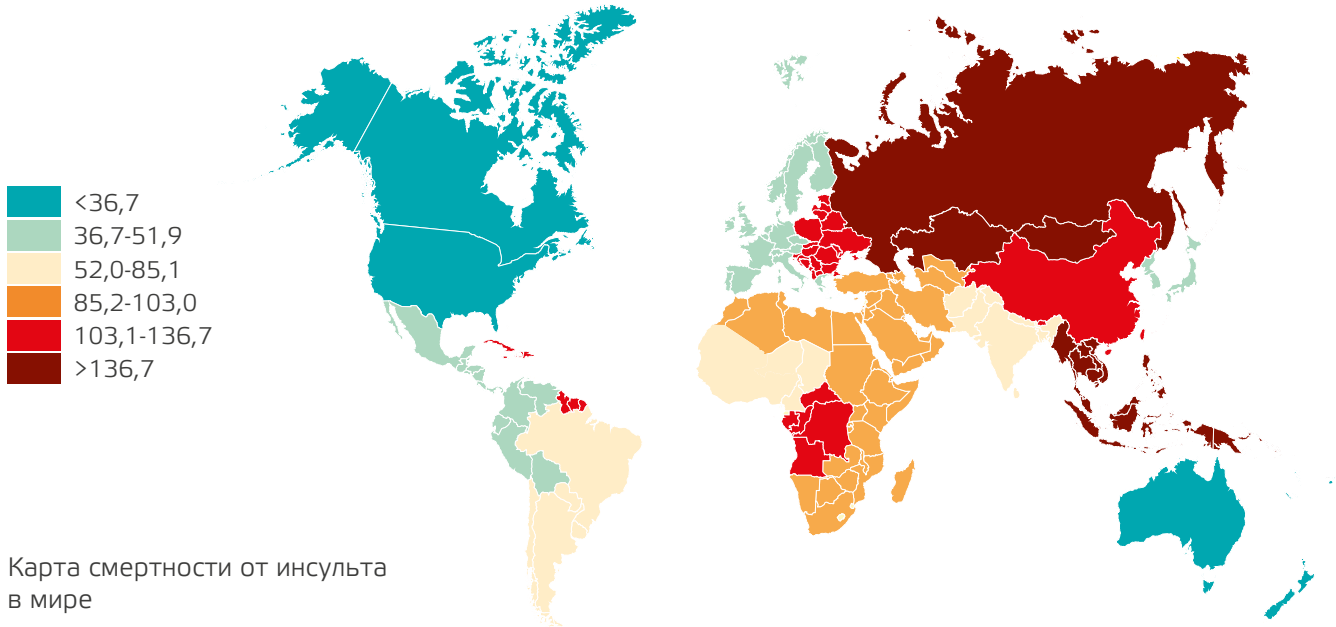
Почему потребовались усилия трех специалистов разных направлений, для того чтобы написать эту книгу?

Популярных книг об инсульте написано много, зачастую это делали неврологи, но неврология – только один из нескольких пластов информации об инсульте. Раскрыть тему наиболее полно позволила наша совместная работа: меня как нейрохирурга, Натальи Викторовны Исаевой как невролога и Алексея Владимировича Протопопова как рентген-хирурга. Перед нами стояла задача выдержать баланс между информативностью и излишней наукоемкостью, чтобы читатель легко смог «переварить» полученную информацию. Тестировали текст на близких – я давал его прочесть супруге, Наталья Викторовна – маме. В результате те главы, которые, как мне казалось, были написаны легко, подверглись жесткой критике, приходилось переписывать.

После 35 лет риск кровоизлияния в мозг у лиц с гипертонической болезнью удваивается с каждым десятилетием прожитой жизни.

Как проходило общение с издательствами?

Сначала был напечатан короткий вариант на 117 страниц издательством «Версо». А потом на нас вышло второе по величине российское издательство «АСТ». Сказали, что книга им понравилась, однако для того, чтобы они взялись за ее издание, объем должен быть увеличен вдвое, поскольку, как они сказали, тонкие книжки не продаются и теряются среди книжных полок в магазинах. Мы сначала категорично отказывались, говорили, что все необходимое об инсульте населению изложили. Но издатель уговорила не торопиться с ответом и подумать. И мы придумали увеличить объем за счет пополнения материала клиническими примерами, историями, рассказать с их помощью о том, как делать не надо. Начиная с того, как распознать инсульт,



Карта смертности от инсульта в мире

и заканчивая домашними «методами лечения». Дело в том, что на телевидении и в интернете размещена масса неверной информации об инсульте, которая направляет по ложному пути, из-за нее может теряться драгоценное время, которое имеет принципиальное значение для исхода. Благодаря этому в книге появилась глава «Мифы про инсульт». А еще в расширенной версии разместилась глава про известных людей, умерших от инсульта: Екатерину Великую, Ленина, Андрея Миронова и других, о том, как это произошло.

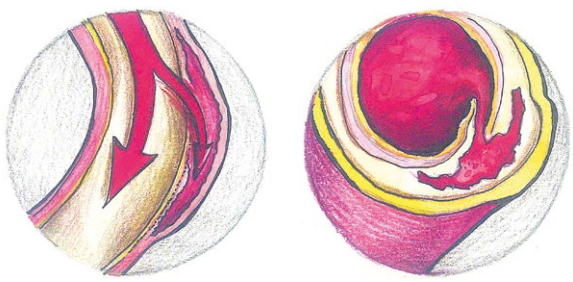
В книге привлекают внимание иллюстрации…
Да, эти картинки нарисовала для нас профессиональный художник Виктория Халеева. Иллюстрации были созданы на бумаге, а затем отсканированы, это не компьютерная графика, а живые рисунки.

Насколько издание книги – коммерческая история?
Для нас это не несет никакой прибыли. Скорее, наоборот – первое издание мы печатали, вкладываясь, так сказать, всем миром. И о какой-то продаже речи не шло, почти весь тираж раздали на мероприятиях – пациентам и просто желающим ее прочесть. Книгу очень удобно использовать в качестве пособия для общения с пациентом: он пришел на прием, в конце которого получает книжку и имеет возможность дома в спокойной обстановке ее прочесть и перечитать в случае необходимости. Многие вопросы отпадают.

В чем сложность работы в соавторстве?
Мы все разные – и по возрасту, и по специализации, и по характеру, порой нам было сложно. Читая книгу, вы можете заметить, что ее писали несколько человек, – главы отличаются стилем изложения, плотностью информации, каким-то тоном. Методологически это выглядело так: составили план, разделили главы, кто какую должен написать, потом я собрал все материалы и постарался максимально органично соединить в единое целое. Сроки поджимали, мы должны были поторопиться для участия в премии, поэтому процесс не длился долго. Это был очень интересный и вдохновляющий опыт.

В городе с 1 000 000 жителей в среднем в год случается **80–100** разрывов аневризм мозговых артерий.

Как коллеги отнеслись к этой книге?
Они нас очень поддержали. И эту поддержку мы ощутили и в жизни, и в ходе голосования на сайте премии «Здравомыслие», поскольку отбор проводился с помощью народного голосования. Наша 117-страничная версия стала лауреатом, а победителем признали книгу из Германии «Что скрывает кожа». Известному европейскому автору не обидно было немного уступить. Кстати, Генри Марш тоже участвовал в этой премии с книгой «Не навреди», но он в другой подсекции был, где и, естественно, победил.

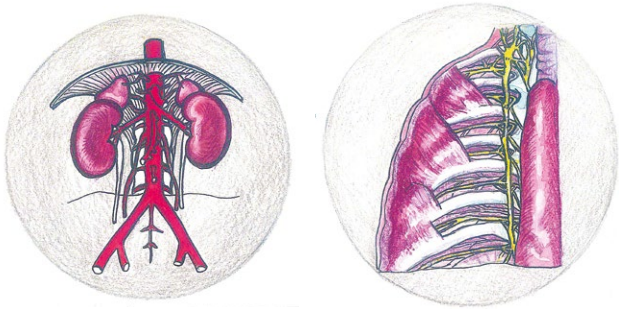


Диссекция (расслоение) артерии — одна из возможных причин инсульта на фоне травмы или чрезмерной физической нагрузки.

Как Вы оцениваете степень информированности населения по теме инсульта?
Считаю, она недостаточна. В 2016 году мы в Красноярске провели опрос. Построен он был таким образом: какие-то неверные утверждения приписывались инсульту, а опрошенные отвечали, согласны они с этим утверждением или нет. Оказывается, это более точный метод опроса по сравнению с выбором правильного ответа из числа неправильных. И на утверждение «Инсульт – заболевание сердца» 11,1% опрошенных ответили «не знаю», 18,3% – «скорее, согласен», 27,5% – «согласен». Получается, что 56,9% респондентов по сути не знали о том, что инсульт – заболевание мозга. Я уже не говорю о знании клинических проявлений, лечения и т.д. А начались эксперименты в 2015 году, когда мы с «Прима ТВ» пригласили актера из театра Пушкина и попросили на одной из улиц Красноярска сыграть инсульт. Молодой человек очень талантливо изображал симптомы, в это время оператор с камерой фиксировал реакции прохожих. К нашему удивлению, большинство очевидцев проходили мимо, а те, кто не проходил, делали все неправильно: били по щекам, трясли, одна женщина пыталась положить в рот актеру какие-то таблетки. Чаще всего люди принимали актера за пьяного, реже предполагали эпилепсию, про инсульт не задумывались. Тем более что инсульт в народе считают уделом людей старшего возраста, между тем этот диагноз ставится не только молодежи, но и детям!

Насколько яркий эффект может иметь увеличение информированности людей в плане улучшения статистики исходов?
Очень хороший эффект, но, к сожалению, кратковременный. Наши акции дают всплеск ранних поступлений, который длится не больше недели. В течение нескольких дней после акции люди помнят, и будут поступления с гипердиагностикой – это не страшно, важнее, что быстро привезут пациентов с инсультом. Потом информация забывается. В Европе давно уже доказали, что информационная работа с населением должна вестись непрерывно. Когда речь идет об инсульте, то «терапевтическое окно» короткое – 4,5 часа, очень нужно уложиться в это время и оказать помощь. У нас, в России, всего лишь 10–20% пациентов поступает в этот период, а если взять, например, Испанию, то там около 80%.
В связи с этим вспоминается один случай. Както к нам поступил пожилой пациент в тяжелом состоянии, парализованный уже, привезла его супруга. Мы ее спрашиваем: «Разве вы не видели, что ему плохо?» Она отвечает: «Я заметила с утра, что он начал прихрамывать, как-то говорить плохо. Но он всю жизнь меня разыгрывал, я думала, он снова шутит. А когда под вечер его совсем перекосило и он не смог встать с дивана, я поняла, что это не шутки».

Тромбоэкстракция позволяет восстановить нормальный мозговой кровоток более чем у 90% пациентов, это приводит к тому, что около 70% пациентов не становятся инвалидами после инсульта. **При неоказании врачебной помощи пациент за час теряет 120 миллионов клеток мозга, 830 миллиардов нейронных связей.**



Денервация почечных артерий – метод лечения тяжелой артериальной гипертонии.

Что нужно делать для того, чтобы пациенты с разными заболеваниями попадали к специалистам в кратчайшие сроки?
На мой взгляд, две вещи. С одной стороны, каждый человек должен понять, что ответственность за свое здоровье несет в первую очередь он сам. Если он курит, злоупотребляет спиртным, ведет малоподвижный образ жизни, не принимает назначенные лекарства, то тут сложно винить государство и общество. А уж информировать и просвещать – это дело наше: медиков и государства, разумеется.

Наставничество
как основной метод работы с молодыми специалистами

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

Красноярский край участвует в реализации регионального проекта «Кадры», основной задачей которого является ликвидация к 2024 году кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

С 2017 года в нашем учреждении отмечено увеличение количества участковых врачей-педиатров в связи с активным трудоустройством выпускников медицинского университета. Так, укомплектованность первичного звена врачами-педиатрами в 2016 году составляла 91,9%, в 2017-м – 92,3%, в 2018-м – 94,5%, в 2019-м – 96,5%.

Молодой специалист, придя на работу, не должен оставаться один на один со своими сомнениями и проблемами. Рядом необходим опытный коллега, который поможет сформировать клиническое мышление, стереотип трудовой деятельности и заложит первые навыки общения врача с пациентами и их родственниками.

Абсолютно все врачи считают, что им **необходим наставник,** причем треть из них отмечает: период наставничества должен быть не менее года.

Именно с этой целью в КГБУЗ «КГДБ № 8» с 2017 года стало развиваться наставничество. Приказом главного врача утверждены врачи-наставники, имеющие стаж работы по специальности не менее семи лет, первую или высшую квалификационную категорию, а также пользующиеся уважением в коллективе.
Наставники знакомят молодых специалистов с условиями труда, кругом обязанностей и зоной ответственности, обеспечивают качественное и своевременное обучение молодых специалистов в соответствии с индивидуальными планами наставничества (шесть или 12 месяцев), консультируют по возникающим вопросам, имеющимся трудностям.

Для ускорения процесса профессионального становления и сокращения срока освоения молодыми специалистами своих должностных обязанностей в больнице организованы обучающие семинары. Темы и даты проведения утверждаются приказом главного врача, а ведут их заместители главного врача, заведующие подразделениями и отделениями, а также врачи-специалисты. В 2017–2018 годах семинары проводились два раза в месяц, а с октября 2019-го – еженедельно по средам с 8:00 до 10:00. Молодые специалисты обязаны посетить весь цикл занятий, а врачи со стажем могут прийти на любой интересующий их семинар.

В конце каждого месяца врачи проходят тестирование по темам, которые были представлены на семинарах в текущем периоде. По итогам ответивший правильно на максимальное коли-

Екатерина Николаевна Табарова, победитель в номинации «Лучший молодой специалист-стоматолог»

Алексей Валерьевич Иванников, победитель в номинации «Лучший молодой специалист-педиатр»

чество вопросов получает подарок от главного врача – книгу по психологии или менеджменту. На первом году работы молодых специалистов в КГБУЗ «КГДБ № 8» мы трижды проводим анкетирование: в первый месяц после трудоустройства, через шесть и 12 месяцев. Абсолютно все врачи считают, что им необходим наставник, причем треть из них отмечает: период наставничества должен быть не менее года.

В целях повышения престижа профессии и значимости специалиста с высшим медицинским образованием в системе оказания медицинской помощи населению, создания положительного имиджа в обществе в сентябре 2019 года главным врачом КГБУЗ «КГДБ № 8» был подписан приказ о проведении конкурса «Лучший молодой специалист».

В конкурсе могут принять участие врачи (педиатры и специалисты), работающие в учреждении и имеющие стаж работы по специальности от одного года до пяти лет. Для участия подали заявления 19 докторов из 32.

Конкурс проходил в три этапа. На первом этапе конкурсантами были представлены эссе на тему «Мой выбор профессии» и анализ показателей работы с предложениями и указанием практических навыков, которыми владеет врач. На втором этапе проводилось тестирование, по которому за 60 минут необходимо было ответить на 50 вопросов.

В соответствии с положением о проведении конкурса «Лучший молодой специалист» на третий этап были допущены участники, набравшие суммарно максимальное количество баллов. Ими оказались пятеро врачей-педиатров участковых и три детских стоматолога. Были представлены презентации клинических случаев из практики.

Участие в конкурсе **«Лучший молодой специалист»** позволяет врачам поделиться с коллегами интересными случаями из практики, опытом ведения пациентов.

Победители награждены дипломами и призами, остальные же конкурсанты получили грамоты главного врача за активное участие. Информация о победителях и участниках конкурса была размещена на сайте КГБУЗ «КГДБ № 8» и в Инстаграм. Участие в конкурсе «Лучший молодой специалист» позволяет врачам поделиться с коллегами интересными случаями из практики, опытом ведения пациентов, а также формирует положительный имидж специалиста в учреждении.

Итогом эффективной работы наставников является продолжение трудовой деятельности молодых специалистов в нашей больнице и закрепление их в профессии.

Наставничество и проводимые семинары позволяют молодым врачам максимально быстро закрепить практические навыки, необходимые для качественного оказания медицинской помощи и повышения удовлетворенности пациентов.

Опыт эмболизации селезеночной артерии в лечении «синдрома обкрадывания» в позднем послеоперационном периоде после ортотопической трансплантации печени у пациентки с крупной аневризмой селезеночной артерии

Д.Л. Ложкин, А.В. Протопопов, Н.В. Литвинюк, О.С. Амельчугова, Д.П. Евдокимов, С.Г. Слабнин, Т.Н. Шнырикова

КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром обкрадывания селезеночной артерией (в англоязычной литературе – splenic artery steal syndrome – SASS) является редкой и малоизученной причиной неокклюзивной печеночной артериальной гипоперфузии у реципиентов трансплантированной печени, встречающейся в 0.6% – 10.1% случаев [3]. По мнению W.E.A. Saad, в некоторых учреждениях частота SASS недооценена (особенно в США и Японии), и, вероятно, его диагностируют слишком часто в других странах (например, в Германии и Австрии) [10]. В России имеются лишь единичные сообщения об успешной диагностике и лечении данной патологии у пациентов после трансплантации печени. Так, в работе В.Е. Загайнова и соавторов описаны 3 случая синдрома обкрадывания селезеночной артерией, успешно корригированных при помощи рентгенэндоваскулярных вмешательств [3]. В Санкт-Петербурге еще 3 пациентам с SASS в разные сроки после трансплантации печени была успешно проведена эмболизация селезеночной артерии [1]. Об одном случае SASS, закончившимся летальным исходом, сообщается в работе из НИИ СП им. Н.В. Склифосовского [2].

SASS проявляется в перераспределении кровотока от чревного ствола преимущественно в селезеночную или желудочно-двенадцатиперстную артерию. Частичный вклад в развитие синдрома обкрадывания вносит также портальная гиперперфузия [11]. В результате отмечается снижение линейной скорости кровотока в печеночной артерии в отсутствие стеноза и тромбоза, а также увеличение кровотока по селезеночной артерии. Вследствие этого возникает ишемическое повреждение желчных протоков, дисфункция трансплантата, иногда приводящая к повторной трансплантации печени. [9].

SASS является диагнозом исключения и должен устанавливаться только при отсутствии клеточного отторжения, инфекции и лекарственной токсичности. Клинические особенности этой патологии неспецифичны – от полного отсутствия симптомов до острой недостаточности трансплантата печени [8]. Возможно значительное повышение трансаминаз, ГГТ, ЩФ, ЛДГ, билирубина, рецидивирующий асцит, массивная спленомегалия (>830 cm3) с гиперспленизмом [7, 5]. По УЗИ фиксируется повышение IR по печеночной артерии >0,8 со снижением скорости <35см/с, неуклонное нарастание скорости кровотока по воротной вене. [14, 3].

Хотя эти изменения неспецифичны и могут быть обусловлены отеком трансплантата печени, отторжением или инфекцией, УЗИ является эффективным скрининговым инструментом, помогающим исключить другие причины ишемии трансплантата печени и определить показания для проведения ангиографии. По данным Kirbas I и соавторов, увеличение диаметра селезеночной артерии более 4 мм или больше, чем 150% диаметра печеночной артерии по данным МСКТА, ассоциируется с развитием SASS[5].

Ангиография является золотым стандартом диагностики этой патологии. Диагноз основывается на обнаружении замедленного кровотока по печеночной артерии (субъективно более медленный кровоток в печеночной артерии в сравнении с селезеночной артерией) при отсутствии значительных (> 50% уменьшения диаметра артерии) анатомических дефектов, таких как стеноз печеночной артерии, тромбоз и/или изгиб. [11.] Более объективным критерием, предложенным Uflacker R. и соавторами, является одновременная визуализация печеночной артерии

и воротной вены (контраст проходит через сосудистую сеть селезенки во внутрипеченочную портальную вену, «догоняя» контраст, который все еще находится в печеночной артерии) [13]. Гораздо реже увеличенная гастродуоденальная артерия может заполнять преимущественно селезеночную артерию [13].
Раннее лечение SASS может быстро стабилизировать функцию печени [10]. Возможно использование эмболизации селезеночной артерии, а также открытые оперативные вмешательства: лигирование или бандажирование селезеночной артерии, спленэктомия.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С. 64-х лет состояла в листе ожидания в КГБУЗ «ККБ» с 2018 года с диагнозом «первичный билиарный холангит с исходом в цирроз печени, осложненный портальной гипертензией с ВРВП 3 ст., спленомегалией с гиперспленизмом, печеночно-клеточной недостаточностью, MELD 16». До операции у пациентки, по данным МСКТА, в воротах селезенки была выявлена крупная аневризма селезеночной артерии диаметром 27 мм, а также аневризма одной из сегментарных ветвей селезеночной артерии размером 30 мм, диаметр селезеночной артерии составлял 7,8 мм, размер селезенки – 212х64 мм (Рис. 1).

22.12.2019 г. проведена ортотопическая трансплантация трупной печени по классической методике. При интраоперационном ультразвуковом исследовании ЛСК по печеночной артерии составила 54 см/сек, IR 0,44. Реконструктивные вмешательства на селезеночной артерии и спленэктомия не проводились в связи с нестабильной интраоперационной гемодинамикой. В послеоперационном периоде, с учетом аутоимунной этиологии цирроза печени, была назначена тройная иммуносупрессивная терапия

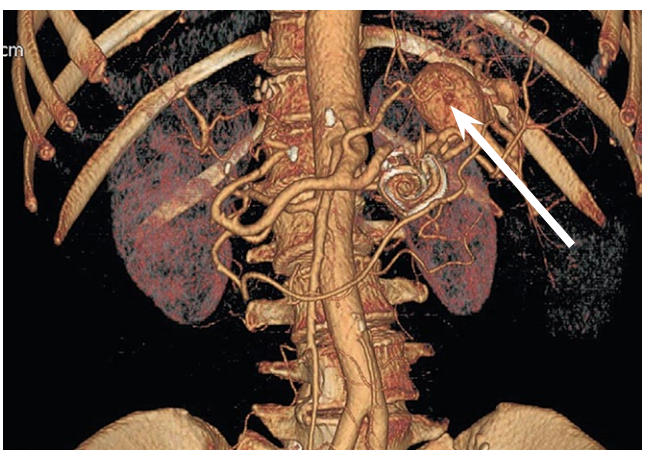


Рисунок 1. Аневризма селезеночной артерии размером 30 мм (белая стрелка)

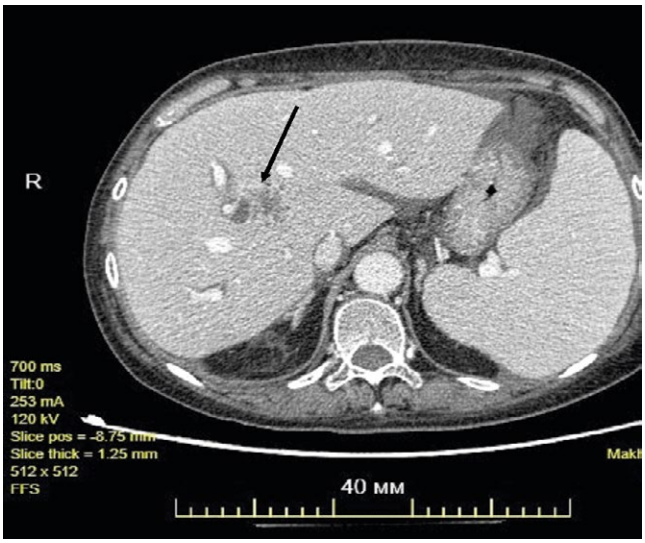
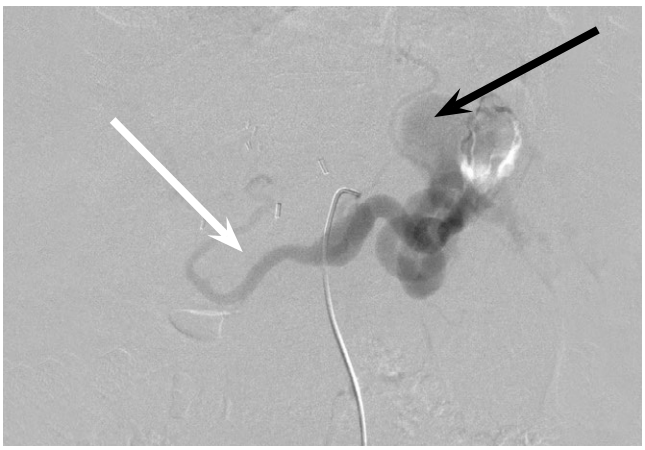


Рисунок 2. Формирование холангиогенного абсцесса трансплантата печени

(такролимус + микофеноловая кислота + метилпреднизолон). Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 24-е послеоперационные сутки. В динамике, по данным УЗИ, отмечалось уменьшение селезенки до 16,8 х 5,6 см, ЛСК по печеночной артерии составляла 76 см/с, IR – 0,69, по селезеночной артерии – 144 см/с, IR – 0,66.

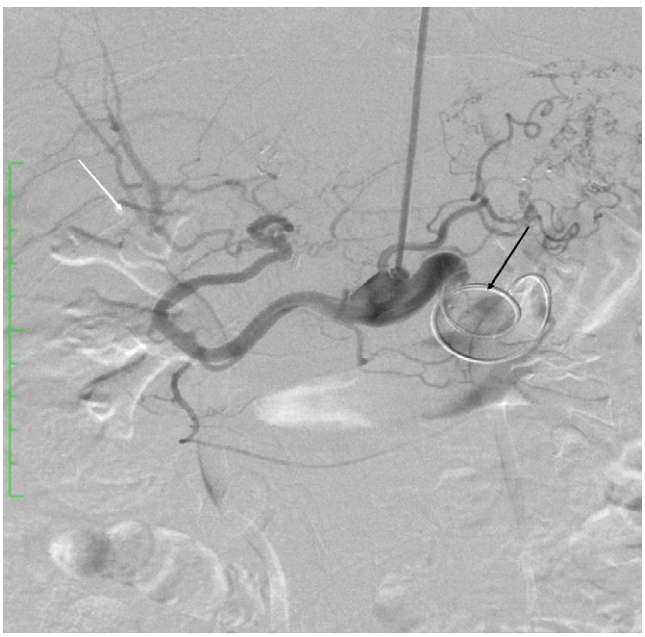
В марте 2020 г. при плановом амбулаторном обследовании было зафиксировано повышение ЛСК по селезеночной артерии до 230 см/с, при этом гемодинамические показатели печеночной артерии оставались в норме. В динамике постепенно отмечалось увеличение селезенки до 18-19х6,4 см. Через 4 месяца после трансплантации пациентка стала отмечать стойкое повышение температуры до 38,5°. По УЗИ в проекции ворот появилась зона сниженной эхогенности около 3,5*3,5 см без явного жидкостного компонента, лимфаденопатия. Лабораторно отмечалась лейкопения $2{,}04*10^9$/л с палочкоядерным сдвигом до 11%, тромбоцитопения $66*10^9$/л, нарастание СРБ до 73,6 – 128 мг/мл, СОЭ – 39 мм/ч, печеночные пробы оставались в норме.

27.05.2020 г. пациентка была госпитализирована в ХО1 ККБ. При обследовании по МСКТ было выявлено обеднение кровотока по долевым, сегментарным ветвям печеночной артерии, не исключалось формирование холангиогенного абсцесса размерами 4,5х3,9 см в области 5 сегмента печени (Рис. 2). Принято решение о проведении селективной целиакографии с целью исключения «синдрома обкрадывания» селезеночной артерией. Под местной анестезией пунктирована и катетеризирована правая бе-



Ангиограмма 1. Аневризма селезеночной артерии (черная стрелка), общая печеночная артерия (белая стрелка)

дренная артерия, ангиографический катетер модификации «Cobra» 5F проведен в брюшной отдел аорты, где выполнена селективная катетеризация и ангиография чревного ствола. По данным полученной ангиографии визуализируются признаки «синдрома обкрадывания»: при контрастировании чревного ствола основной сброс контрастного вещества происходит в селезеночную артерию, при этом общая печеночная артерия контрастируется с запозданием, и кровоток пропульсивного характера без четкой визуализации дистальных сегментов. В среднем сегменте селезеночной артерии визуализируется аневризма размерами 30*25 мм (Ангиограмма 1).



Ангиограмма 2. Проксимальная окклюзия селезеночной артерии с установленными спиралями и окклюдером (черная стрелка), общая печеночная артерия контрастируется на всем протяжении (белая стрелка)

Учитывая клинические и лабораторные изменения, принято решение об окклюзии селезеночной артерии с целью перенаправления кровотока в русло общей печеночной артерии. Через установленный интродьюсер в бедренной артерии в брюшной отдел аорты проведен ангиографический катетер модификации «Cobra» 8F, выполнена суперселективная катетеризация селезеночной артерии. В проксимальный отдел селезеночной артерии установлены две микроспирали Mreye размерами 15*150 мм и 20*150 мм, с целью достижения тотальной редукции кровотока установлен окклюдер AmplatzerVascularPlug размером 8 мм.

На контрольной целиакографии отмечается полная редукция кровотока в бассейне селезеночной артерии, улучшение кровотока по печеночной артерии с заполнением внутрипеченочного артериального русла (Ангиограмма 2). В послеоперационном периоде отмечалась гипертермия до 39°, купированная парацетамолом, проводилась антибиотикотерапия (фосфомицин, линезолид, левофлоксацин). По МСКТА в динамике появились множественные мелкие инфаркты селезенки, размеры селезенки уменьшились до 17 см (Рис. 3). По УЗИ скорость кровотока по селезеночной артерии снизилась до 64 – 108 см/с, IR – до 0,3, затем основной ствол СА окклюзировался, кровоснабжение селезенки осуществляется за счет коллатеральных сосудов, по печеночной артерии ЛСК составляла 123 см/с, IR – 0,56, воспалительное образование 5 сегмента печени с тенденцией к разрешению; лабораторные показатели функции печени оставались в норме. Пациентка выписана из клиники 29.06.20 г. в удовлетворительном состоянии.

Рис. 3. МСКТА органов брюшной полости у пациентки С. после проведения РЭО селезеночной артерии. Селезеночная артерия с установленными спиралями и окклюдером (белая стрелка). Микроинфаркты селезенки (желтая стрелка)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмболизация селезеночной артерии является наиболее распространенным интервенционным методом лечения SASS. После успешно проведенной эмболизации при ультразвуковом исследовании у 96,3% пациентов отмечается увеличение перфузии по печеночной артерии с нормализацией формы волны и уменьшением IR, а также улучшение лабораторных показателей функции трансплантата печени [6,4]. Хирургические методы лечения SASS включают лигирование или бандажирование селезеночной артерии и спленэктомию. Однако открытые вмешательства используются только тогда, когда интервенционное лечение неэффективно, в связи с высоким риском послеоперационных осложнений (сепсис, тромбоз воротной вены). Nüssler N.C. и соавторы предлагают проводить спленэктомию только при наличии аневризмы селезеночной артерии [8]. С целью профилактики SASS у пациентов группы риска (диаметр селезеночной артерии более 4 мм, или больше 150% диаметра печеночной артерии) рекомендуется проведение лигирования или бандажирования селезеночной артерии во время трансплантации печени [7,12]. В нашем клиническом случае синдром обкрадывания селезеночной артерией не имел характерной клинической и ультразвуковой картины на ранних сроках после трансплантации печени. Ишемическое повреждение желчных протоков манифестировало формирующимся холангиогенным абсцессом, при этом лабораторные показатели функции печени оставались в норме. Применение контрастной компьютерной томографии и ангиографии позволило выявить это редкое осложнение, а рентгенэндоваскулярная эмболизация при помощи микроспиралей позволила постепенно редуцировать кровоток в селезеночной артерии, улучшить перфузию паренхимы печени с минимальным постэмболизационным синдромом. Успешное проведение РЭО позволило сохранить иммунологическую функцию селезенки без тяжелых септических осложнений, что особенно важно для пациентов после трансплантации, получающих пожизненную медикаментозную иммуносупрессию.

Литература

1. Гранов Д.А., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Боровик В.В., Руткин И.О., Тилеубергенов И.И. ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРТОТОПИЧЕСКУЮ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2016; 18(1):17-21.

2. Журавель С.В., Андрейцева О.И., Донова Л.В., Джаграев К.Р., Чжао А.В. Профилактика и лечение сосудистых осложнений после трансплантации печени. Трансплантология. 2012; (1-2):33-37.

3. Загайнов В.Е., Серегин А.А., Зайцев А.И., Бельский В.А., Рыхтик П.И., Заречнова Н.В., Васенин С.А., Рябова Е.Н., Горохов Г.Г., Шкалова Л.В. «СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ» СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ. Вестник трансплантологии и искусственных органов.

4. García-Criado A, Gilabert R, Bianchi L, Vilana R, Burrel M, Barrufet M, Oliveira R, García-Valdecasas JC, Brú C. Impact of contrast-enhanced ultrasound in the study of hepatic artery hypoperfusion shortly after liver transplantation: contribution to the diagnosis of artery steal syndrome. EurRadiol. 2015 Jan;25(1):196-202. doi: 10.1007/s00330-014-3377-5. Epub 2014 Aug 12. PMID: 25117745.

5. Kirbas I, Ulu EM, Ozturk A, Coskun M, Harman A, Ogus E, Haberal M. Multidetector computed tomographic angiography findings of splenic artery steal syndrome in liver transplantation. Transplant Proc. 2007 May;39(4):1178-80. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.02.024. PMID: 17524925.

6. Li C, Kapoor B, Moon E, Quintini C, Wang W. Current understanding and management of splenic steal syndrome after liver transplant: A systematic review. Transplant Rev (Orlando). 2017 Jul;31(3):188-192. doi: 10.1016/j.trre.2017.02.002. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28254530.

7. Mogl MT, Nüssler NC, Presser SJ, Podrabsky P, Denecke T, Grieser C, Neuhaus P, Guckelberger O. Evolving experience with prevention and treatment of splenic artery syndrome after orthotopic liver transplantation. Transpl Int. 2010 Aug;23(8):831-41. doi: 10.1111/j.1432-2277.2010.01062.x.Epub 2010 Feb 18. PMID: 20180930.

8. Nüssler NC, Settmacher U, Haase R, Stange B, Heise M, Neuhaus P. Diagnosis and treatment of arterial steal syndromes in liver transplant recipients. Liver Transpl. 2003 Jun;9(6):596-602. doi: 10.1053/jlts.2003.50080. PMID: 12783401.

9. Pinto S, Reddy SN, Horrow MM, Ortiz J. Splenic Artery Syndrome after orthotopic liver transplantation: a review. Int J Surg. 2014 Nov;12(11):1228-34. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.09.012. Epub 2014 Oct 12. PMID: 25311773.

10. Saad WE. Management of nonocclusive hepatic artery complications after liver transplantation. TechVascIntervRadiol. 2007 Sep;10(3):221-32. doi: 10.1053/j.tvir.2007.09.016. PMID: 18086427.

11. Saad WE. Nonocclusive hepatic artery hypoperfusion syndrome (splenic steal syndrome) in liver transplant recipients. SeminInterventRadiol. 2012 Jun;29(2):140-6. doi: 10.1055/s-0032-1312576. PMID: 23729985; PMCID: PMC3444879.

12. Song JY, Shi BY, Zhu ZD, Zheng DH, Li G, Feng LK, Zhou L, Wu TT, Du GS. New strategies for prevention and treatment of splenic artery steal syndrome after liver transplantation. World J Gastroenterol. 2014 Nov 7;20(41):15367-73. doi: 10.3748/wjg.v20.i41.15367. PMID: 25386086; PMCID: PMC4223271.

13. Uflacker R, Selby JB, Chavin K, Rogers J, Baliga P. Transcatheter splenic artery occlusion for treatment of splenic artery steal syndrome after orthotopic liver transplantation. CardiovascInterventRadiol. 2002 Jul-Aug;25(4):300-6. doi: 10.1007/s00270-002-2614-5. Epub 2002 Jun 4. PMID: 12042994.

14. Vit A, De Candia A, Como G, Del Frate C, Marzio A, Bazzocchi M. Doppler evaluation of arterial complications of adult orthotopic liver transplantation. J Clin Ultrasound. 2003;31(7):339-345. doi:10.1002/jcu.10190

Лечение **COVID-19**

средней степени тяжести и тяжелого течения: применяемые препараты

Евгения Курц,
заведующая отделением клинической фармакологии, главный внештатный фармаколог МЗ Красноярского края, руководитель регионального центра НР по КК:

В январе 2020 года прошла информация о новой вирусной инфекции в Китае. Вероятно, в тот момент мы даже представить не могли, что через три месяца в нашей стране появятся первые пациенты и первые летальные случаи.

Весь мир встал на борьбу с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Медицинское сообщество различных стран, международные и российские эксперты стали изучать имеющиеся в арсенале лекарственные препараты. Каждый врач понимает, что для лечения определенного заболевания необходим препарат, который будет купировать его развитие, облегчать состояния пациента, но для этого потребуются годы. В условиях пандемии у врачей и производителей нет возможности провести полноценные исследования в короткое время. С учетом эпидемиологической ситуации необходимо было принимать меры сегодня и сейчас. Количество больных увеличивалось с геометрической прогрессией, а это – жизни пациентов.

Когда эпидемия коснулась нашей страны, медицинское сообщество уже имело определенный опыт лечения. Гидроксихлорохин, Мефлохин – эти препараты изначально синтезировались для лечения малярии. Затем было выявлено их иммуносупрессивное действие, и препараты стали использовать для лечения ревматоидного артрита. Цель применения – снизить иммунный ответ организма. Что, собственно, и требуется в период стремительного развития болезни при коронавирусной инфекции.

В момент прогрессирования заболевания возможно развитие жизнеугрожающей, вирус-индуцированной, неконтролируемой активации

В момент прогрессирования заболевания возможно развитие жизнеугрожающей, вирус-индуцированной, неконтролируемой **активации иммунной системы.**

иммунной системы, «цитокиновый шторм». В настоящий момент показали свою эффективность препараты Барицитиниб, Олокизумаб, Тоцилизумаб, Сарилумаб, Канакинумаб, которые блокируют иммунный ответ. Взвешивая риски, клинические проявления, сопутствующие заболевания, команда экспертов принимает решение о назначении одного из перечисленных препаратов.

Все медицинское сообщество объединилось в одну большую команду. Регионами, у которых накоплен самый большой опыт применения препарата за короткий срок, являются Москва и Санкт-Петербург. У нас есть возможность обсудить совместно с коллегами самые неординарные, тяжелые случаи коронавирусной инфекции.

В мае 2020 года был совершен прорыв в терапии ковид-инфекции. Зарегистрирован новый противовирусный лекарственный препарат Фавипиравир. Ранее это вещество с противовирусным действием было изобретено в Японии, и теперь, в связи с последними событиями, процесс его регистрации на рынке ускорен. На сегодняшний день в свободной продаже препарата нет, так как он предназначен только для стационарного лечения ковид-инфекции, под контролем специалистов. В настоящий момент мы ожидаем регистрацию в РФ нового противовирусного препарата – Ремдесивир.

В настоящий момент мы ожидаем регистрацию в РФ нового противовирусного препарата – **Ремдесивир.**

В приоритете каждого специалиста основные требования к фармакотерапии – безопасность и эффективность. В сложившейся эпидемиологической ситуации предъявляются более высокие стандарты к назначаемой терапии, а также требования к назначению и оформлению лекарственной терапии. Поэтому у нас существует специальный документ, который заполняется коллегиально. Кроме того, при появлении побочных реакций на проводимую терапию лечащий врач заполняет извещение о нежелательной реакции лекарственного средства.

Появление COVID 19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. Борьба продолжается, и, конечно, мы ожидаем появления новых методов лечения, которые смогут спасти наших пациентов.

Гибридная **операционная**

● ● ●

Антон Штарк,
заведующий операционным отделением:

С начала этого года в ККБ работает гибридная операционная, которая сочетает в себе возможности открытой и рентген-хирургии, в частности – ангиографии. Таких операционных в стране не более десятка, в них интегрированы хирургический стол и визуализирующая аппаратура, в нашем случае это ангиограф. Здесь можно делать любую операцию, но наиболее ценно то, что в ее процессе хирурги могут осуществлять ангиографический контроль и сопровождение, и это дает целый спектр возможностей в лечении разных заболеваний, где речь идет о патологиях сосудов. Часто такая операционная востребована в сердечно-сосудистой хирургии и нейрохирургии. Это операции на сердце, аорте, головном мозге.

Например, при опасной и стремительно протекающей патологии – расслоении и разрыве аорты – смертность достигает колоссальных показателей. Большая удача, если пациента с такой патологией довозят до стационара – счет идет на часы. И необходи-

Таких операционных в стране не более десятка, в них **интегрированы хирургический стол и визуализирующая аппаратура,** в нашем случае это ангиограф.

мую в таком случае операцию в региональных центрах выполнить невозможно, нужно высокотехнологичное оборудование и специалисты, обладающие опытом лечения такой патологии. Ранее часто мы вынуждены были делить такие операции на этапы, для того чтобы провести ангиографию и стентирование аорты, теперь мы можем выполнять такие вмешательства в один этап, принимая при этом наиболее верное тактическое решение в ходе вмешательства.

L.K. Bickerstaff с коллегами установил, что аневризмы грудной аорты ежегодно вновь выявляют в 5,9 случая на 100 000 населения. Более 60% этих находок включают восходящий отдел и дугу аорты. В свою очередь, T.C. Demos и H.V. Posniak сообщают, что в США ежегодно выявляют около 2000 новых случаев расслоения аорты, что находится в соответствии с данными L.G. Svensson и E.S. Crawford и равняется примерно 10 случаям на 100 000 человек. В сводном докладе T. Shenan сообщается, что максимальная частота расслоений аорты в Европе встречается в Италии и составляет 4,04 случая на 100 000 человек. Таким образом, эти исследования показывают, что среди всей популяции, относящейся к предмету исследования, аневризмы и расслоения аорты встречаются примерно в 0,01% случаев.

30 лет назад ожоговое отделение было переведено в ККБ

В Красноярском крае комбустиология стала развиваться в конце 1960-х. Первый организатор службы – Людмила Леонидовна Акулова. Лечение больных с ожогами проводилось на хирургических и травматологических койках разных больниц, но в 1968 году в Красноярской городской больнице №3 было организовано ожоговое отделение, а в 1979-м его перевели в помещение жилого дома по улице Одесской.

На обходе в ожоговом отделении

В июне 1990 года ожоговое отделение переводится в краевую клиническую больницу №1. На новом месте увеличились площади, появилась возможность комплектования отделения новым оборудованием, необходимым для хирургического лечения глубоких и обширных ожогов, появилась возможность ввести в штат отделения должности врача-педиатра и терапевта.

В октябре 1992 года был организован краевой ожоговый центр, в состав которого вошли отделение комбустиологии на 60 коек и отделение реанимации на 12 коек. Возглавил работу центра Михаил Юрьевич Васильев. Отделением комбустиологии с 1999 года заведует Андрей Борисович Хлебников. Первой заведующей реанимации стала Галина Дмитриевна Кокоулина, а в 2002 году – Владимир Адамович Мацкевич.

Тяжелообожженные из районов края доставляются в центр бригадами санавиации. Связь специалистов ожогового центра и санитарной авиации неразрывна.

Поскольку центр входит в состав многопрофильной краевой больницы, ожоговых больных круглосуточно может проконсультировать любой специалист, доступно любое исследование. Всесторонняя медицинская помощь особенно актуальна при поступлении пострадавших с комбинированной травмой, включающей ожоги.

Примеры массового поступления обожженных в краевую больницу показательны: группа северокорейских рабочих, обожженных при взрыве на Ачинском НПЗ, погорельцы из Хакасии, пассажиры красноярского рейсового автобуса, заехавшего в фонтан с горячей водой, травмированные в аварии пассажирского автобуса под Козулькой – все они получили профессиональную помощь в самые короткие сроки. Ежегодно в центр госпитализируется около 150-ти тяжелообожженных. Наличие вертолетной площадки на территории больницы позволяет доставить пациента непосредственно с борта вертолета в отделение реанимации. Сюда госпитализируют пациентов в ожоговом шоке, с отравлением угарным газом, термоингаляционной и электротравмой.

При глубоких ожогах комбустиологи проводят хирургическую **некрэктомию**, трансплантируют на раны здоровую кожу пациента.

В ожоговой реанимации применяются **флюидизирующие кровати**, наполненные кварцевыми микросферами, температура и передвижение которых управляется.

В январе 2020 года ожоговый центр был переведен в новый хирургический корпус ККБ. Здесь развернуто 14 коек отделения реанимации и 45 – отделения комбустиологии, из которых 10 – детские. В ожоговой реанимации применяются флюидизирующие кровати, наполненные кварцевыми микросферами, температура и передвижение которых управляется, создавая оптимальные условия для заживления ран.

В отделение госпитализируются обожженные дети до года, пациенты с ожогами II степени более 15% поверхности тела, III степени – 5% и больше. Отделение оснащено всем необходимым для лечения глубоких ожогов: дерматомами, перфораторами, электроножами и электрокоагуляторами, современными раневыми покрытиями. При глубоких ожогах комбустиологи проводят хирургическую некрэктомию, трансплантируют на раны здоровую кожу пациента. В плановом порядке проводятся реконструктивно-восстановительные операции у пациентов с послеожоговыми рубцовыми деформациями век, губ, носа, ушных раковин, молочной железы, туловища, конечностей, контрактурами суставов. Хирурги проводят лечение ран и трофических язв различной этиологии и локализации, ведут работу по профилактике рубцовых осложнений термической травмы.

● ● ●

Владимир Мацкевич,
заведующий ожоговым центром ККБ:

Дорогие коллеги, сотрудники ожогового центра! В этом году исполняется 30 лет с тех пор, как ожоговый центр вошел в состав краевой клинической больницы. Это знаковая дата, и я поздравляю нас всех с этим юбилеем. Искренне желаю крепкого здоровья вам и вашим близким, сохранения желания работать (это, к сожалению, не всегда и не всем удается), получения удовольствия от рабочего процесса и от результата, долгих лет жизни, и чтобы нам всем всего хватало и на работе, и дома, реализации ваших самых сокровенных мечтаний.

Я давно говорю: нашим медсестрам, тем, кто работает с нашими пациентами, можно при жизни ставить памятник. Это не громкие слова – наши больные отличаются от других. Не хочу обидеть коллег, но в нашей работе присутствует еще один параметр – это наглядность. Тот, кто видел обширные ожоговые раны, особенно у детей, не забудет это никогда. И из тех, кто приходит работать к нам, остаются лишь 70–80%, остальные просто не выдерживают. Спасибо вам большое, дорогие мои коллеги!

Аптека открылась 13 марта 1940 года на первом этаже хирургического корпуса загородной больницы – так в то время называлось наше медучреждение (в округе не было ни одного каменного здания, лишь еврейское и татарское кладбища). В помещении было только три комнаты. Первой заведующей назначили Александру Халутину.

80 лет аптеке ККБ

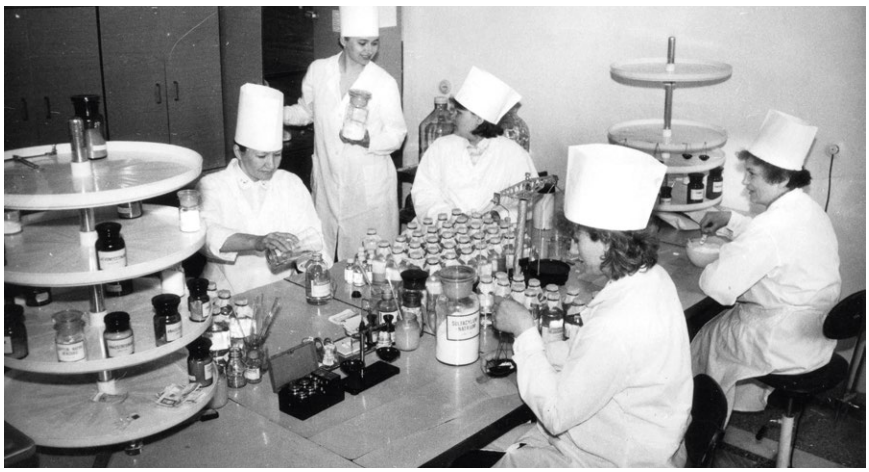
До войны подавляющее количество лекарств изготавливалось extemporae. Перечень медицинских изделий и препаратов включал перевязочные материалы, этиловый спирт, новокаин, гексенал, эфир для наркоза, опиаты, стрептоцид, аспирин, хинин, панкреатин, пурген, салол, настойку валерианы.

Флаконы с лекарствами стерилизовали в алюминиевых «выварках» (баках) текучим паром. С началом войны наступил дефицит лекарств и медицинских изделий. Хирурги оперировали без перчаток, санитарки и медсестры стирали окровавленные бинты. В то же время после 1942 года появились антибиотики: пенициллин, грамицидин С, актиномицин, стрептомицин.

По воспоминаниям Александры Халутиной, фармацевты возили в больницу фармакопейные

слева Александра Александровна Халутина,1942 г.

В 1980-е, с увеличением количества хирургических отделений, аптека изготавливала стерильных лекарств **до тысячи флаконов в день.**



жидкости для изготовления растворов через Енисей, укутывая баллоны от мороза.
Сегодня больница использует в основном готовые лекарственные формы, а в 1960-х, например, в день изготавливалось и фасовалось до 15 000 порошков, до 100 кг мазей, ампул по 5–10 штук – до 500 упаковок. Плюс растворы для внутреннего и наружного применения. С этим объемом справлялись 12 фармацевтов.

В 1965 году аптека переехала в поликлинику, здесь она расположена и сейчас, а занимает два этажа.

В 1980-е, с увеличением количества хирургических отделений, аптека изготавливала стерильных лекарств до тысячи флаконов в день.

Изготовление лекарственных препаратов в больничной аптеке остается актуальным и сегодня. В силу различных причин не все препараты, изготовленные индивидуально, можно заменить на готовые лекарственные, произведенные в заводских условиях.

Сегодня штат аптеки состоит из 13 провизоров, 12 фармацевтов и 16 сотрудников младшего персонала. С 2018 года руководит аптекой Елена Вячеславовна Попова.

Специалисты аптечной службы изготавливают лекарственные средства, проводят экспертизу качества поступающего товара, обеспечивают его хранение, отпуск и фармацевтическое консультирование. Современные медицинские и фармацевтические технологии изменили структуру товарных запасов: сегодня в аптеке можно найти больше медицинских высокотехнологичных изделий, в том числе имплантируемых в организм человека. В работе аптеки используются IT-технологии для обеспечения адресного хранения товаров, введен персонифицированный учет лекарств и медизделий, а также доставка товаров до отделений. Вся про-

дукция помечена внутренним штрих-кодом – это позволяет упорядочить движение товаров и обеспечить удобство работы медицинского персонала и безопасность пациентов.

Отвечая современным требованиям, аптека ККБ, помимо традиционного функционала по изготовлению лекарств, постоянно расширяет свои компетенции. Сегодня аптечная служба занимается выявлением потребности отделений клиники в лекарственных препаратах и медицинских изделиях, их анализом, планированием, формированием заявок, подготовкой документации для государственных закупок, приемкой, сортировкой, хранением, распределением между отделениями товаров аптечного ассортимента. Сотрудники аптеки проводят ежедневные мониторинги качества лекарственных препаратов и медицинских изделий, выявлением фальсифицированной продукции и

Аптека ККБ является координационным органом, оказывающим методическую и консультационную помощь коллегам по внедрению системы **обязательной маркировки** лекарственных средств в своих учреждениях.

оперативным изъятием таковой из обращения. Это позволяет гарантировать безопасность пациентов и в конечном итоге – повысить качество оказания медицинской помощи.
Аптека активно участвует во внедрении СМК и транслирует свой опыт медицинским организациям края и страны, недаром посещение аптеки обязательно входит в программу мастер-классов (стажировок) центра компетенций ККБ.

В связи с введением в стране обязательной маркировки лекарственных средств в аптеке ККБ началась активная работа по внедрению этой системы, которая призвана оказывать противодействие обороту контрафактной и фальсифицированной продукции. Аптека ККБ является центром компетенции среди больничных аптек по этому вопросу – координационным органом, оказывающим методическую и консультационную помощь коллегам по внедрению этой системы в своих учреждениях.

С наступлением эпидемии COVID-19 появились новые задачи и регламенты. Для своевременного обеспечения лечебного процесса в аптеке ККБ в оперативном порядке были организованы следующие процессы:

- заблаговременно созданы запасы дезинфицирующих средств, кожных антисептиков и средств индивидуальной защиты;
- с увеличением коечного фонда оперативно проводились экстренные закупки необходимых лекарственных средств, медицинских изделий, антисептиков и дезинфицирующих средств, что позволило в кратчайшие сроки создать определенные запасы;
- организована система постоянного мониторинга и своевременного восполнения необходимых ресурсов в аптеке ККБ;
- организована система постоянного мониторинга резервных лекарственных препаратов для лечения пациентов с диагнозом COVID-19 в клинических отделениях;
- разработана система организации лекарственного обеспечения в условиях распространения новой коронавирусной инфекции;
- обеспечена круглосуточная доставка необходимых лекарственных средств, медицинских изделий, антисептиков и дезинфицирующих средств из аптеки ККБ в отделения клиники.

● ● ●

Елена Попова,
заведующая аптекой ККБ:

Наша аптека – это современная развивающаяся структура, и мы очень ждем строительства нового корпуса для нас, где могли бы в корне изменить структуру и логистику доставки медизделий и лекарств, сделать ее оптимальной и стремительной. Мы хотели бы внедрить в работу нашей клиники опыт зарубежных коллег, когда в госпитальной аптеке производится изготовление и индивидуальная фасовка лекарств для каждого пациента, готовятся питательные смеси, разводятся антибиотики и агрессивные цитостатики.

Хочу поздравить наших сотрудников с круглой и значимой датой – 80-летием аптеки. Желаю коллегам стабильности, позитива, энергии для достижения самых смелых целей. Пусть наш бесценный опыт станет залогом для дальнейшего развития и самореализации. Радуйте своей заботой близких, коллег и пациентов.

Оргкомитет конкурсов
«Лучший заместитель главного врача» и «Главная медсестра года – 2020»
изменил сроки участия

Из-за COVID-19 многие клиники работали в аврале, и жизнь конкурсов **«Лучший заместитель главного врача»** и **«Главная медсестра года»**, казалось, замерла. Но сейчас, пока вирус дал передышку, заместители главных врачей по медицинской части и руководители сестринских служб вновь начали регистрироваться и загружать свои проекты на сайтах best-zgv.ru и best-gms.ru.

Чтобы все успели поучаствовать в конкурсе, оргкомитет продлил регистрацию и прием работ. Читайте о новых сроках и узнайте, что уже подготовили ваши коллеги.

Теперь **до 8 октября** участники II ежегодного Всероссийского конкурса «Лучший заместитель главного врача» и II ежегодного Всероссийского конкурса «Главная медсестра года — 2020» могут заполнить анкеты, пройти тестирование и загрузить свой проект на сайтах конкурсов best-zgv.ru и best-gms.ru.

Участвовать по-прежнему могут заместители главных врачей по медицинской части, главные и старшие медсестры, заместители главного врача по работе с сестринским персоналом.

Все зарегистрировавшиеся получают диплом участника.

Если пройдете тест на сайте, то получите еще одно подтверждение вашей высокой квалификации — сертификат.

Загрузите свой проект — сможете побороться за один из трех главных призов конкурса.

Конкурс «Лучший заместитель главного врача»:

- I место — 200 тыс. руб.
- II место — 100 тыс. руб.
- III место — 50 тыс. руб.

Конкурс «Главная медицинская сестра · 2020»:

- I место — 100 тыс. руб.
- II место — 50 тыс. руб.
- III место — 25 тыс. руб.

До 20 октября конкурсные комиссии проверят проекты на соответствие требованиям и опубликуют. Затем **до 12 ноября** пройдут открытые голосования, по результатам которых пользователи сайтов best-zgv.ru и best-gms.ru определят по 10 финалистов.

До 30 ноября жюри выберет из каждой десятки по три лучшие работы и определит победителя. **Церемонии награждения призеров конкурса состоятся 17 и 18 декабря.**

Мы надеемся, что даже в непростой 2020 год вы не упустите возможность заявить о себе. Сложная ситуация с коронавирусом стала индикатором организаторских способностей и лидерских качеств. А это, в свою очередь, — повод рассказать о них в конкурсной работе.

Некоторые ваши коллеги уже так и сделали: посвятили свои проекты достижениям в борьбе с COVID-19. Впрочем, каких-либо тематических предпочтений у жюри конкурса нет. У «нековидных» проектов — равная возможность занять призовые места.

Всю подробную информацию можно найти на сайтах конкурсов: best-zgv.ru и best-gms.ru.

Участвуйте в конкурсе и выигрывайте!

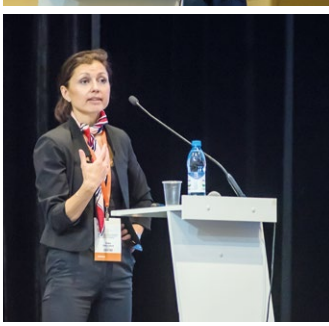
Реклама

IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации

24 и 25 сентября 2020 года в Красноярской краевой клинической больнице состоится IV ежегодная Всероссийская конференция с международным участием «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации».
Цель мероприятия – формирование моделей управления качеством оказания медицинской помощи, исходя из которых формулируются практические рекомендации по организации и проведению внутреннего контроля качества.
Важной стороной внутренних процессов считается и соблюдение принципов бережливого производства. Также обсуждаются вопросы участия и роли семьи в лечении пациентов разных возрастов и находящихся в состояниях различной степени тяжести.
В предыдущие годы конференция собирала несколько сотен участников из разных городов России, ближнего зарубежья, а также Азии, Европы и США. В этом году форум пройдет в режиме online из конференц-зала ККБ. В нем примут участие 27 спикеров из России и США.

Благодарим организаторов и партнеров конференции!



Организаторы:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА» ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

краевая клиническая больница основана в 1942

Партнёры:

КРАСЦВЕТМЕТ

АЭРОГЕО АВИАКОМПАНИЯ

МЕДТЕХНИКА поставка и сервис

ГАЗПРОМБАНК

ООО «Ассистент» оптовая торговля фармацевтической продукцией

24-25 сентября 2020 г. | программа конференции

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
Швабский Олег Рудольфович	заместитель генерального директора 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
Квашнина Ирина Николаевна	заместитель 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

ПРОГРАММА

12:00-12:40	Регистрация участников и техническое подключение
12:40-12:50	Открытие конференции. Немик Б.М. – министр здравоохранения Красноярского края
12:50-13:00	Корчагин Е.Е. – главный врач Краевой клинической больницы

24 сентября 2020

БЛОК I. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ.

МОДЕРАТОРЫ				
№	**Время**	**ФИО докладчика**	**Тема доклада**	**Должность, организация**
1	**13:00-13:40**	Швабский Олег Рудольфович	Обеспечение качества и безопасности пациентов и персонала в соответствии с требованиями приказа 381н и практических рекомендаций Росздравнадзора	Заместитель Генерального директора, ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва
	13:40-13:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
2	**13:45-14:05**	Проценко Денис Николаевич	Использование различных шкал в COVID-центре	Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 40», Москва
	14:05-14:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
3	**14:10-14:30**	Дорожкин Александр Сергеевич	Возможности групповой и индивидуальной онлайн арт-терапии в работе с выздоравливающими от COVID-19 пациентами инфекционного госпиталя	Врач-психиатр, неврологическое отделение для больных с ОНМК, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	14:30-14:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
4	**14:35-14:55**	Хайруллин Ильдар Индусович	Особенности организации медицинской помощи при массовых поступлениях	Генеральный директор, Фонд Международного медицинского кластера, Москва
	14:55-15:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
5	**15:00-15:20**	Корчагин Егор Евгеньевич	СМК и современная инфраструктура медицинской организации	Главный врач, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	15:20-15:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
6	**15:25-15:45**	Гребенников Сергей Васильевич	Обеспечение эпидемиологической безопасности в COVID-госпитале «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»	Главный врач КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича», Красноярск
	15:45-15:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
7	**15:50-16:10**	Архипов Артем Сергеевич	Хирургическая безопасность. Новый операционный блок	Заместитель главного врача по хирургии, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
		Штарк Антон Александрович		Заведующий операционным отделением, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	16:10-16:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
8	**16:15-16:35**	Суворов Максим Сергеевич	Организация передвижного инфекционного госпиталя для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией	Заведующий стационарным отделением скорой медицинской помощи (приемное отделение), КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	16:35-16:40	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
9	**16:40-17:00**	Демко Ирина Владимировна	Организация дистанционного консультирования в период пандемии	Профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, руководитель легочно-аллергологического центра, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
		Корчагин Егор Евгеньевич		Главный врач, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
		Грицан Алексей Иванович		Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПО, КрасГМУ, Красноярск
	17:00-17:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
10	**17:05-17:25**	Горбань Алина Игоревна	Роль СМК в обеспечении эпидемиологической безопасности	Заведующая эпидемиологическим отделом, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	17:25-17:30	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
11	**17:30-17:50**	Воронина Ольга Аркадьевна	Использование инструментов управления качеством при оказании МП в условиях временного инфекционного госпиталя	Заведующая отделом контроля качества медицинской помощи, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	17:50-17:55	Обсуждение. Ответы на вопросы.		

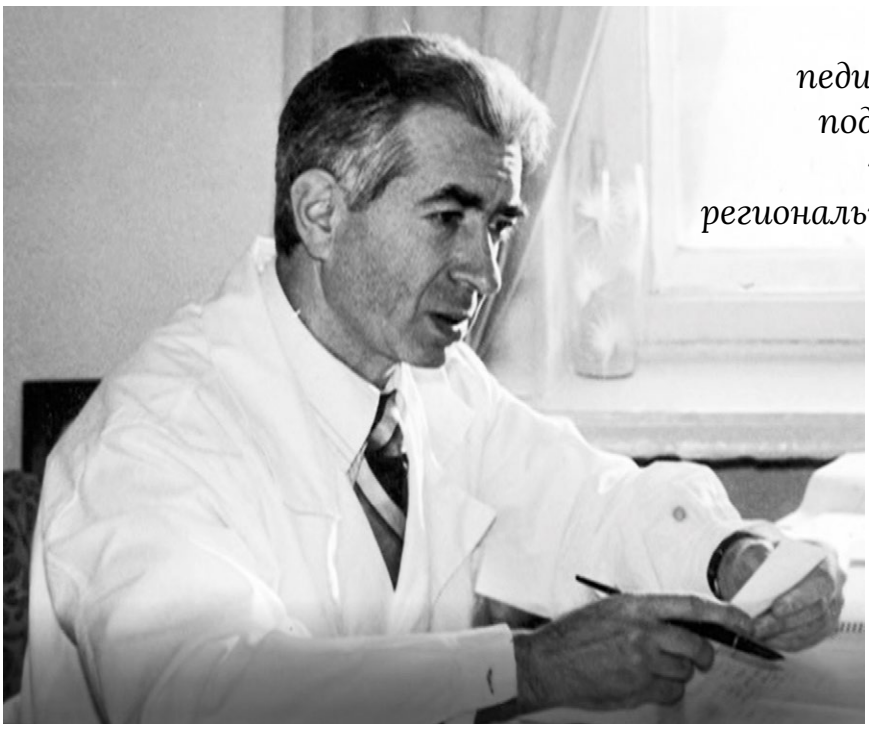
ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ КОНФЕРЕНЦИИ

25 сентября 2020

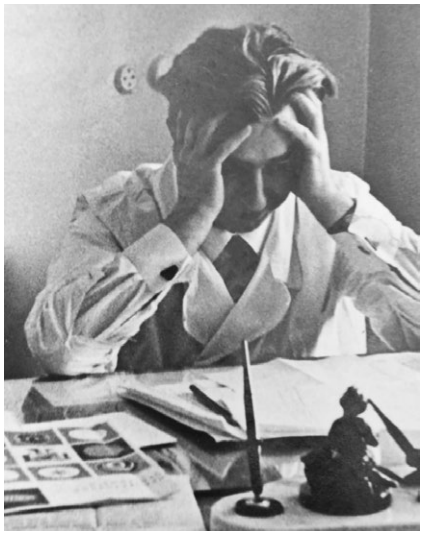
БЛОК II. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.

МОДЕРАТОРЫ				
№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация
1	13:00-13:20	Головина Наталья Ивановна	Опыт работы центра компетенции по внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора	Заместитель главного врача по медицинской части, представитель руководства по качеству, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	13:20-13:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
2	13:25-13:45	Симакова Валентина Михайловна	Новая роль специалистов консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «ККБ» в период пандемии	Заместитель главного врача по поликлинической работе КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	13:45-13:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
3	13:50-14:10	Черкашин Олег Андреевич	IT-инструменты в период пандемии	Руководитель центра информационного и документального обеспечения, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	14:10-14:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
4	14:15-14:55	Коллин Суини (Colleen Sweeney)	Медицинская сестра глазами пациента	Учредитель и владелец Sweeney Healthcare Enter-prises, (дипломированная мед. сестра, бакалавр естественных наук, сертифицированный профессионал в области ораторского искусства), Нью-Йорк
	14:55-15:05	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
5	15:05-15:25	Каримова Резида Билиновна	Роль среднего медицинского персонала в многопрофильной клинике	И.о. главного врача, клинико-диагностический центр МЕДСИ на Красной Пресне, Москва
	15:25-15:30	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
6	15:30-16:10	Поташникова Ольга	Формирование культуры безопасности. Оценка уровня культуры безопасности.	Представитель клиники Hadassah, Израиль
	16:10-16:20	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
7	16:20-16:40	Огошков Павел Александрович	Опыт внедрения требований РЗН в ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»	Заместитель главного врача по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», Челябинск
	16:40-16:45	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
8	16:45-17:05	Дягилев Михаил Владимирович	Бережливое мышление. Заставить нельзя полюбить.	Генеральный директор, ОАО «Красноярский завод цветных металлов имени В.Н. Гулидова», Красноярск
	17:05-17:10	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
9	17:10-17:30	Солнцев Дмитрий Владиславович	Инструменты улучшения клиентского сервиса	Управляющий Красноярским отделением ПАО «Сбербанк», Красноярск
	17:30-17:35	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
10	17:35-17:55	Куликов Олег Вильевич	Наиболее распространенные риски проектов по совершенствованию медицинских организаций на основе бережливого производства	Специалист ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, руководитель Центра формирования компетенции в области качества и безопасности медицинской деятельности ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», к.м.н., Москва
	17:55-18:00	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
11	18:00-18:20	Бортникова Полина Владимировна	Применение инструментов менеджмента качества для анализа и поиска причин жалоб пациентов	Заведующая отделом по работе с обращениями граждан, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	18:20-18:25	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
12	18:25-18:45	Николаева Надежда Михайловна	Совершенствование и стандартизация процессов централизованного стерилизационного отделения	Начальник отдела СМК, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
		Шишкин Николай Викторович		Старший медицинский брат центрального стерилизационного отделения, КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	18:45-18:50	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
13	18:50-19:10	Шешин Алексей Николаевич	Организация системы таблет-питания пациентов в новом пищеблоке ККБ	Заведующий пищеблоком КГБУЗ «ККБ», Красноярск
	19:10-19:15	Обсуждение. Ответы на вопросы.		
14	19:15-19:45	Подведение итогов, принятие резолюции		

Закрытие конференции



Один из самых известных педиатров СССР 27 лет жизни подарил Красноярскому краю и стал основоположником региональной научно-практической педиатрической школы.



Профессору Рапопорту – **90 лет**

В холле Главного корпуса краевой клинической больницы расположен стенд с портретами звезд медицины, в разные годы работавших в ККБ. Эти люди – легенды краевого здравоохранения, но только один из них – легенда живая. Это профессор **Жан Жозефович Рапопорт,** 20 сентября 2020 года отмечающий 90-летие.

Заслуги профессора Рапопорта хорошо известны. С 1961 года он работал в Красноярском крае. Здесь в 1969 году защитил докторскую диссертацию, получил статус «Отличник здравоохранения СССР». По инициативе Рапопорта в 1962 году на базе краевой больницы создан легочный центр, первый в СССР, в 1965 году – краевой детский кардиологический центр, открыт аллергологический кабинет, в 1967 году – краевой аллергологический и гематологический центры. Рапопорт – основатель краевой педиатрической школы. Основным научным направлением кафедры под его руководством было изучение физиологии, патологии и адаптации ребенка в условиях Сибири и Севера. Профессор – один из инициаторов открытия Института медицинских проблем Севера в Красноярске.

Рапопорт – автор 15 монографий, 17 монографических сборников, 532 научных публикаций. Под его руководством выполнено и защищено три докторских и 50 кандидатских диссертаций. Профессор Рапопорт в 1999 году международным биографическим центром Кембриджа включен в число ведущих ученых XX века. Американский биографический институт включил его в число 500 ведущих ученых, оказывающих влияние на мировую науку в XXI веке. Президиум Академии естественных наук РФ в 2000 году наградил профессора Рапопорта почетным знаком академии «За заслуги в развитии науки и экономики».
Все это сухие факты биографии, а сегодня мы подарим читателям «Первой краевой» Рапопорта, которого обожали многие поколения студен-

Профессор Рапопорт в 1999 году международным биографическим центром Кембриджа включен в число **ведущих ученых XX века.**

Военное детство

Школьник

О годах без мамы Жан Жозефович пишет скупо – **он жил по чужим семьям,** отец все время уезжал в командировки.

тов и преподавателей. За что?
За то, что он необыкновенно красивый человек – во всех отношениях.

«ЗА МНОЙ ХОДИЛА МАДАМ ДЮБУА»

«Моим родителям пришлось жить в эпоху глубочайшей ломки многовековых традиций, когда в корне менялись местами правда и ложь, честь и предательство, друзья и враги. Ломались страны, великие авторитеты объявлялись врагами, люди метались по планете в поисках правды», – так начинается письмо профессора, в котором он рассказывает о своей жизни.

До трех лет парижский малыш Жан бойко болтал по-французски со своей няней мадам Дюбуа. *«За мной ходила мадам Дюбуа»*, – так пишет Жан Жозефович. Как же вышло, что в паспорте советского профессора местом рождения указан Париж? Родители Рапопорта Иосиф и Роха-Люба разными путями оказались в столице Франции. После Первой мировой войны освободились от имперской кабалы Польша, Венгрия, Чехия, народы Прибалтики, но, как мы видим и сегодня, эта «свобода» всегда связана с подъемом местечкового национализма и ненавистью к инородцам. А уж евреям доставалось в первую очередь, вот почему отец профессора Рапопорта Иосиф (Жозеф) Ильич, активный и бескомпромиссный человек, в середине 1920-х уехал из Польши в Палестину строить еврейское государство. Иосифа несколько раз арестовывали и, наконец, исключив из Техниона в Хайфе, выслали из страны. Он оказался во Франции, где получил в Париже высшее образование и стал инженером-строителем.

Мама Роха-Люба по аналогичным причинам приехала во Францию. Там собралось немало еврейской молодежи, стремившейся получить высшее образование.

Молодые люди поженились, в сентябре 1930 года родился Жан. Нет бы довольствоваться сытой буржуазной жизнью и воспитывать своего талантливого ребенка, но в уме беспокойного Жозефа Рапопорта бродили идеи коммунизма. Инженер-строитель с женой и трехлетним сыном приехал в СССР строить новое справедливое социалистическое общество.

ОН ВИДЕЛ, КАК АРЕСТОВАЛИ МАМУ

В Москве Рапопортов приняли хорошо. Папа работал на строительстве крупных объектов в разных городах СССР, мама подрабатывала операционной медсестрой у профессора Шерешевского, а еще – переводчиком в институте социальной медицины. Роха-Люба поступила на первый курс 1-го Московского медицинского института, а маленький Жан был в детском саду продленного дня.

В 1936 году мама поехала с Жаном в Париж – в гости к бабушке, показать внука. Всего через несколько недель они вернулись в СССР, и все, казалось бы, обошлось, но через год, в зловещем 1937-м, Роху-Любу Рапопорт арестовали. Отец в этот момент был в дальней командировке, маму забрали прямо при Жане. О годах без мамы Жан Жозефович пишет скупо – он жил по чужим семьям, отец все время уезжал в командировки.

В школу в первый класс талантливый мальчик не пошел. Второй класс окончил, когда жил в семье в Подольске, третий класс – в Москве, четвертый – в Башкирии, всего Жан сменил семь школ. *«Шок от ареста мамы и последующих скитаний полностью лишил меня французского языка»*, – пишет Жан Жозефович. Позже Роху-Любу реабилитировали. Она потеряла два года жизни, семью, жилье, все имущество, но получила право окончить мединститут.

Началась война. Папа в Караганде, мама на Западном фронте, а 11-летний Жан – в новой семье. Жан Жозефович вспоминает: *«Меня в числе школьников отправили из Москвы в Скопино, подальше от бомбежек. Там нас разместили около церкви на кладбище, где мы рыли траншеи. Через несколько недель нас разбомбили, были убитые и*

Папа Жозеф и мама Роха-Люба

Инженер-строитель с женой и трехлетним сыном приехал в СССР строить **новое справедливое социалистическое общество.**

раненые. Нас срочно вернули по домам». Еще через несколько недель вместе с военным заводом и новой семьей отца Жана в грузовом вагоне повезли в Пензу. Путь был долгий и голодный, но никто не ныл. На окраине города нашлась заброшенная изба, там и поселились.

В августе 1941 года Жозеф Ильич добровольцем ушел на фронт. До победы старший лейтенант саперной службы Рапопорт не дожил – в 1944 году погиб в Польше. Награжден боевыми орденами. В том же 1941-м маму отправили в тыл. Она забрала сына и увезла в Уфу. Доктора Рапопорт направили в сельскую районную больницу, где через год она стала главным врачом. Только один пример: война, люди голодали. Чтобы прокормиться, собирали в поле колоски перезимовавшей пшеницы, которую не успели убрать осенью. В этих зернах развивался грибок, вызывавший смертельную септическую ангину. Вымирали целые семьи и деревни. Мама предложила властям из этих зерен гнать спирт, а людям взамен выдавать картофель или чистую пшеницу. Так ей удалось спасти несколько сотен крестьян и их детей. Сын доктора Рапопорт уже понимал, что тоже будет лечить людей.

ОДЕССА, МАМА, СТУДЕНЧЕСТВО

Вскоре после победы Рапопорты оказались в Одессе. Город в руинах, на улицах нередко находили мины, въезд в Одессу ограничен, снабжение плохое. Жан Жозефович вспоминает, что в Одессу не сразу вернулся «советский дух», кругом были спекулянты, криминал, озлобленность. Для мамы и сына опять, в который раз, наступил период перестройки – климатической и социальной. Мама работала участковым терапевтом. Это было ее призвание, ее стихия. Больные, их всевозможные проблемы, трудности диагностики и лечения, посещение лекций, стремление не отстать от быстро убегающей современности, работа до позднего вечера. Она часто говорила дома о больных, об их нелегкой жизни, вспоминала с уважением лучших профессоров, у которых училась, с особым пиететом – о науке и ученых.

В 1948 году Жан окончил школу – с заявленной, но так и не полученной золотой медалью. Тем не менее юноша поступил в Одесский медицинский институт. Он успешно сочетал теорию с практикой – в городских клиниках вечерами участвовал в обходах, приеме новых пациентов, срочных операциях, принимал роды. Почти три года лично проводил опыты на кафедре патологической физиологии. «*Меня прельщала клиническая практика – спасать, лечить, но наука маячила где-то особо*», – вспоминает Жан Жозефович.

К распределению у ректора были рекомендации с трех кафедр направить Рапопорта в аспирантуру. Кроме того, Жан Жозефович уже был женатым человеком и имел двухмесячного ребенка – это тоже по закону должно было влиять на распределение. Но работать молодую семью направили на Донбасс. А через три года молодой врач Рапопорт поступил в аспирантуру Ленинградского педиатрического медицинского института.

СТРАНА ПЕДИАТРИЯ

Вот как Жан Жозефович вспоминает аспирантуру: «*Началась великолепная клиническая школа в стране Педиатрии. И наука, о которой только и можно мечтать. Нотаций, поучений, казенных призывов никто не произносил. Учила сама обстановка, любой клинический анализ, ход размышлений, построение диагноза и план лечения. Моим руководителем был Аркадий Борисович Воловик.*

Он рекомендовал академику Владимиру Ильичу Иоффе руководить моей научной работой. Я был абсолютно свободен в разных клиниках и в лаборатории иммунологии и микробиологии в институте экспериментальной медицины АМН СССР».

В ноябре 1960 года уже кандидата медицинских наук Рапопорта институт рекомендовал на должность главного педиатра Ленинграда, но… вместо этого Минздрав РСФСР направляет его в Красноярский медицинский институт создавать кафедру педиатрии.

Как-то Жан Жозефович обмолвился, что до Красноярска вся его жизнь была чередой преследований. Возможно, профессор имел в виду пресловутую «пятую графу». Но очень может быть, что за Рапопортом, как мадам Дюбуа в младенчестве, ходила запись в паспорте «место рождения – Париж».

Итак, молодой ученый ехал в Сибирь – в город, который станет его судьбой, потому что нигде и никогда его так массово и искренне не уважали и не любили, как в Красноярске.

«ПРИЕЗЖАЙТЕ В СИБИРЬ САМИ, НЕ ЖДИТЕ, ПОКА ВАС ПРИВЕЗУТ»

2 января 1961 года Рапопорта встретил на вокзале проректор КГМИ и отвез к ректору – Петру Георгиевичу Подзолкову. Петр Георгиевич всегда был с ним очень любезен. Через два года именно Подзолков предоставил семье Рапопортов хорошую квартиру прямо напротив краевой больницы.

И сам он, будучи заведующим кафедрой, уделял много внимания надеждам и чаяниям своих людей. Вот что писал Рапопорт о членах коллектива: «*Мой жизненный и профессиональный опыт позволяет утверждать, что хороший врач совсем не обязательно при этом научный работник или хороший преподаватель. Так же успешный ученый – не всегда хороший врач… Стремясь подобрать коллектив из талантливых врачей, я максимально помогал каждому защитить диссертацию и приобрести умение преподавать студентам и врачам. Однако принимались во внимание его лучшие природные и приобретенные возможности. Нет одинаковых людей, и не может каждый стать звездой в любом деле. Далеко не сразу, но проводилась осторожная, неоскорбительная селекция*».

В краевой больнице Жан Жозефович работал с 1962 года – в это время шло интенсивное строительство новых корпусов. С главным врачом Сологубом детально обсуждался план будущих детских отделений, устройство боксов, молочная кухня, поликлиника, кадры, их обучение.

Состояние педиатрической службы в крае было катастрофическим, детская смертность огромная, больница была срочно необходима. В итоге ее получили, и это был праздник. За несколько дней все 150 коек детской клиники оказались заполненными.

В городах и районах края детей обслуживали в основном врачи, окончившие лечебный факультет. Они панически боялись больных младенцев. Педиатр, чтобы стать специалистом, учится вначале шесть лет, а потом – всю жизнь. Что же требовать от неспециалиста? Даже руководству крайздрава Рапопорт настойчиво объяснял, что дети – это не взрослые в миниатюре, у них свои закономерности роста, физического и психического развития, особенности адаптации и защиты от инфекций, свои болезни. Ко времени открытия детской клиники ККБ №1 уже функционировал 5-месячный курс усовершенствования врачей-педиатров.

Ко времени открытия детской клиники ККБ №1 уже функционировал 5-месячный **курс усовершенствования врачей-педиатров.**

Над внуком Мишей Жан Жозефович провел **успешный педагогический эксперимент:** приобретение и сохранение языков, регулярная физическая подготовка, обязательно музыка, общая культура, наука, путешествия, личная свобода.

с внучкой Нелли, правнуками Тони и Карин

Формально курс ФУВ, а с 1963 года – кафедра детских болезней с ФУВ располагались на базе отделений ККБ, были и другие учебные базы. Заведующие отделениями и врачи больницы официально не подчинялись Рапопорту, но главный врач Сологуб «отдал» профессору все детские отделения в полное «владение». Так возникла клиника, где ассистенты, доценты и заведующий кафедрой добровольно, без доплаты взяли на себя ответственность за все, что должно делаться в больнице. В результате детская смертность в крае стала устойчиво снижаться, эффективность лечения отчетливо улучшилась.

В свое время мама Рапопорта услышала от первого наркома здравоохранения Николая Семашко, с которым ей довелось работать, такой совет: надо устраиваться в сельской больнице – как на всю жизнь. В Красноярске Рапопорты обосновались именно так. Здесь была защищена докторская диссертация, здесь у Жана Жозефовича и его жены Елены родился второй сын – Аркадий. А уже через 5–7 лет профессор Рапопорт, приглашая своих друзей из Москвы и Прибалтики в гости, шутил: «*Приезжайте в Сибирь сами, не ждите, пока вас привезут*».

ЭМИГРАЦИЯ

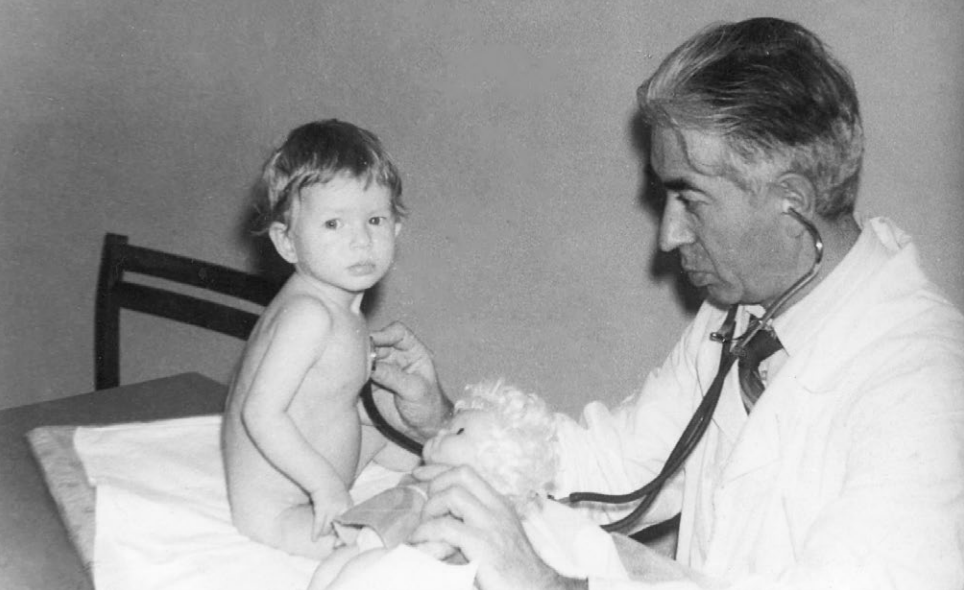
Семья Рапопортов в полном составе эмигрировала в Израиль в 1988 году. Там их встретили родственники, о которых Жан Жозефович и не знал. Было трудно без знаний языка, местной ментальности и без работы. По очереди занимались изучением языка в ульпане (учебное заведение. – *Прим. ред.*). Младший внук Миша пошел в детский сад, где никто не знал русский язык, 14-летняя внучка Неля начала учиться в школе. Врачи должны были сдать письменный экзамен на английском языке. Курсы заняли несколько месяцев, сын Аркадий и его жена Света успешно все сдали.

Самого Жана Жозефовича от любых экзаменов освободили, но для права на работу необходимо было полгода – освоить документацию, наименования, перечень препаратов и остальной рабочий быт.

В то же время в детском отделении вели подобную работу врачи из СССР – разные города, разная подготовка. Несколько человек узнали Рапопорта и попросили, чтобы профессор прочитал курс усовершенствования врачей и помог в работе с пациентами. С согласия заведующего клиникой Жан Жозефович начал совмещать занятия с врачами и собственную учебу. Сын и невестка стали работать и достигли успехов.

Над внуком Мишей Жан Жозефович провел успешный педагогический эксперимент: приобретение и сохранение языков, регулярная физическая подготовка, обязательно музыка, общая культура, наука, путешествия, личная свобода. В результате мальчик вырос прекрасным человеком – отслужил три года в армии инструктором рукопашного боя и получил два высших образования в самых элитных израильских институтах.
Потом Жан Жозефович взялся за правнуков, это дети внучки Нелли. Мальчику Тони 16 лет, девочке Карин – 12. Он уделяет им много времени, дети своего прадедушку очень любят.

Чадолюбивый профессор Рапопорт, прекрасный воспитатель, любящий отец, дед, прадед, абсолютно уверен: в первые пять лет жизни для ребенка важнейший человек – мать. Роль мужчины не умаляется, но его задачи весьма специфичны. Наверное, говоря это, профессор-педиатр, подаривший детям 70 лет жизни, думает о своей прекрасной маме Рохе-Любе, которая жила своим единственным сыном и любила его больше всех на свете.



«Педиатрия – главный алмаз в короне здравоохранения».

● ● ●

Татьяна Таранушенко,
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии ИПО:

В сентябре 1982 года я пришла в клиническую ординатуру на кафедру детских болезней, возглавляемую профессором Рапопортом. До этого много слышала об этом уникальном человеке от коллег и мамы-педиатра.
И действительно, Жан Жозефович открыл мне мир широких возможностей для личностного роста и саморазвития, научил работе на результат, принимать взвешенные решения и отвечать за ошибки. Человек с очень разносторонними знаниями в различных разделах медицины, он генерировал множество планов и всевозможных идей, которыми «заражал» коллег. Казалась, что заданиям профессора нет предела, а сил выполнить все поручения уже не хватает. При этом никакие отговорки не принимались и были просто не уместными, потому что все видели работоспособность и преданность делу у руководителя и понимали, насколько важно соответствовать статусу сотрудника кафедры Рапопорта. Многие фразы, впервые услышанные от Рапопорта, запомнились на всю жизнь: «Никогда не говори «никогда» и никогда не говори «навсегда»», «Кого люблю, того и наказываю», «Педиатрия – главный алмаз в короне здравоохранения».

● ● ●

Виктор ТИМОШЕНКО,
к.м.н., доцент кафедры детских болезней с курсом ПО:

С Жаном Жозефовичем я встретился на пятом курсе педиатрического факультета на экзамене по научному коммунизму, он был в составе экзаменационной комиссии. Рапопорт слушал минут пять, а потом развил дискуссию по национальному вопросу и триумфальному шествию Советской власти по стране. Разговор получился интересным, и экзаменаторы поставили мне хорошую оценку. По окончании ординатуры я был зачислен на кафедру педиатрии в очную аспирантуру. Жан Жозефович еженедельно прорабатывал результаты исследований у аспирантов. Запомнились его слова: «Как для пассажиров в общественном транспорте, так и для исследователей совесть – лучший контролер!»

● ● ●

Елена Семенова,
педиатр-невролог, редактор газеты «Медик» КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого:

Мы его боялись. Буквально втягивали животы и вжимались в стену, когда он проходил мимо. Он мог так посмотреть своими библейскими глазами, что ты буквально цепенеешь. И что самое интересное, где-то в глубине этих глаз было тепло и смех. Я дважды на себе это испытала. Помню, он внезапно зашел на занятия по эндокринологии, была тема «Несахарный диабет». Разбирали клинический случай, пришлось что-то говорить. И почему-то я завершила спич словами: «В результате ребенок пьет и…» – тут я замолчала. Вот здесь-то Рапопорт и засмеялся внутренне. Подвел итог занятию и говорит: «Как тут доктор выразилась, ребенок пьет и льет».

слева направо: Дмитрий Тараденко, хирург-колопроктолог, Любовь Большакова, пациентка, Денис Махотин, хирург-колопроктолог.

Сохранить **качество жизни**

История болезни – это всегда не просто сухие строчки, описывающие нездоровье, за ними стоит реальная человеческая жизнь и судьба. Представляем вашему вниманию события из жизни пациентки, переплетенные с событиями профессиональной деятельности врачей, где принцип «никогда не сдаваться» дал прекрасный результат.

Вот что рассказывает Любовь Николаевна Большакова, жительница поселка Тура, которая осенью 2015 года обратилась по направлению с жалобами на боли в животе:

– Врачи думали, по-женски у меня что-то, живот часто болел. Потом меня направили в краевую, здесь сразу определили опухоль и назначили операцию. Врачи сказали, что операция срочная, до лета могла бы уже и не дожить. В общем, опухоль удалили, поставили колостому, но Денис Аркадьевич тогда, в 2015-м, пообещал, что, если все будет хорошо, мне колостому уберут и вернут все на место... После операции направили в онкоцентр, где я наблюдалась, назначили таблетки, прошла курс химиотерапии, каждые 3 месяца приезжала.

В ноябре 2016 года меня положили в краевую больницу для закрытия стомы. По анализам все было хорошо, две недели готовили к операции.

Сейчас все замечательно! Живу полноценной жизнью. Очень и очень благодарна врачам за всё — за то, что все эти годы были на связи, что **сделали свою работу безупречно.**

Повезли в операционную, чтобы закрыть стому, а очнулась я в реанимации... стома на месте... Потом доктор мне объяснил, что опухоль, которая была в кишечнике, перешла на яичники. При этом анализы были нормальными, ничего подозрительного не показывали. И вот когда мне вскрыли живот, то увидели всю картину и до стомы так и не добрались.

В 2017 году я получила направление в Москву, чтобы там стому закрыли. Всю осень звонила, спрашивала, пришла ли квота, но все отодвигалось, а после Нового года мне из Москвы ответили, что еще нужно проходить «химию» по месту жительства. С января 2018 года снова стала наблюдаться в онкоцентре. Созвонилась с Денисом Аркадьевичем Махотиным, он показал мою историю болезни профессорам, и они дали мне шанс – сказали, на осень назначат операцию. Но осенью я сломала ногу, поставили пластину, полгода проходила на костылях.

Когда смогла нормально ходить, без костылей, мне сделали первую операцию – старую стому убрали, вывели новую, временную, через три месяца полностью ее закрыли и сделали реконструкцию.

Сейчас все замечательно! Живу полноценной жизнью. Очень и очень благодарна врачам за все – за то, что все эти годы были на связи, что сделали свою работу безупречно и действительно все возможное, хотя шансов было уже немного. Денис Аркадьевич всегда отзывался, когда звонила ему, это меня очень поддерживало. Другие врачи шансов практически не давали, а он использовал даже маленький шанс, чтобы помочь мне.

Все это время за Любовь Николаевну переживала дочь Даша, которой сейчас 15 лет. Она всегда говорила: «Мамочка, у тебя все будет хорошо!»

На операции по закрытию стомы Денису Махотину ассистировал хирург-колопроктолог Дмитрий Тараденко.

Мы рисковали – да, но все-таки риски эти были **много раз просчитаны**, и мы понимали, на что идем и для чего это делаем.

● ● ●

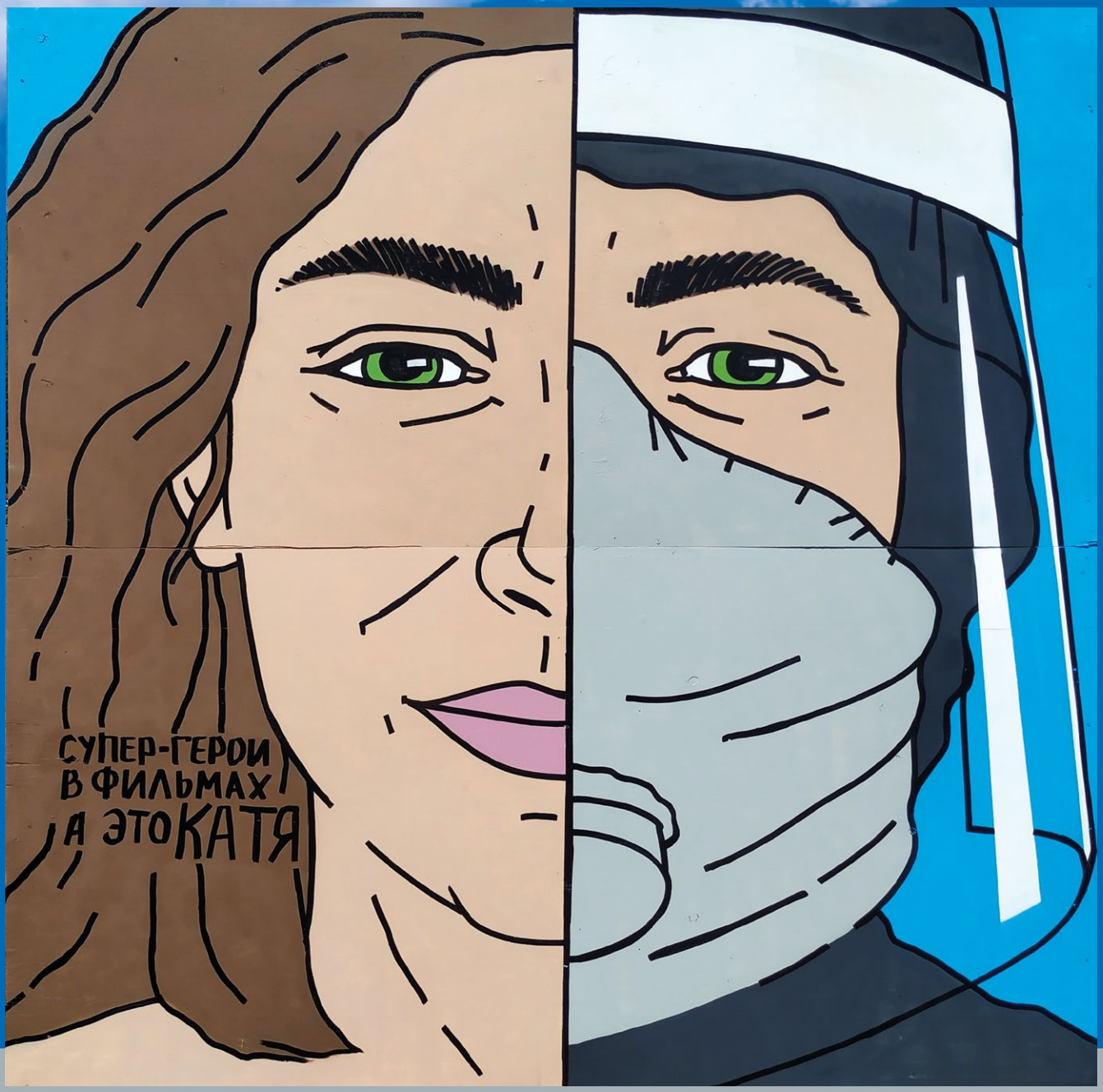
Денис Махотин,
хирург-колопроктолог:

– Главная особенность этого случая в том, что изначально у пациентки был низкий местнораспространенный рак прямой кишки. Первая операция технически была очень сложна, во время нее была удалена опухоль, но восстановить проходимость кишечной трубки не было возможным. Поэтому была наложена кишечная стома. При попытке закрытия кишечной стомы во время второй операции через год после проведенной химиотерапии у пациентки находим метастазы рака прямой кишки в женские половые органы. И для того, чтобы снова удалить опухолевую ткань, пришлось целиком убрать внутренние половые органы. И та стома, которую мы надеялись удалить, осталась. Дальше идет длительная химиотерапия, так как опухолевый процесс был достаточно распространенным, и на этом фоне формируется кишечно-влагалищный свищ культи прямой кишки и культи влагалища.

В конце 2019-го пациентка приехала к нам на попытку реконструкции. Учитывая крайне низкую культю прямой кишки, имеющийся прямокишечно-влагалищный свищ, операция была технически крайне сложной. Разобщен прямокишечно-влагалищный свищ, восстановлена проходимость кишечной трубки (закрыта одноствольная сигмостома). Операция закончена наложением превентивной (разгрузочной) трансверзостомы, т. к. был высокий риск несостоятельности кишечного анастомоза. Последняя госпитализация – для закрытия превентивной стомы. Финишная операция прошла успешно, и я надеюсь, что теперь человек будет жить абсолютно нормальной полноценной жизнью очень долго.

По сути, все операции, которые мы сделали, – это нестандартные решения, все операции неординарные. Мы рисковали – да, но все-таки риски эти были много раз просчитаны, и мы понимали, на что идем и для чего это делаем.

Мораль одна у этой истории: ранняя диагностика всегда является залогом более успешного лечения по сравнению с лечением запущенного процесса. Мы отправляли эту пациентку в НИИ колопроктологии, наше головное учреждение, но там ей отказали, сказали: «Живите так», а мы сумели найти выход и сохранить человеку качество жизни.



Красноярская художница **Анастасия Безвершук** посвятила картину медикам, которые борются с коронавирусом, — на ее граффити изображена медсестра и студентка КрасГМУ **ЕКАТЕРИНА ХИНОВКЕР**, которая с апреля работала в «красной» зоне.