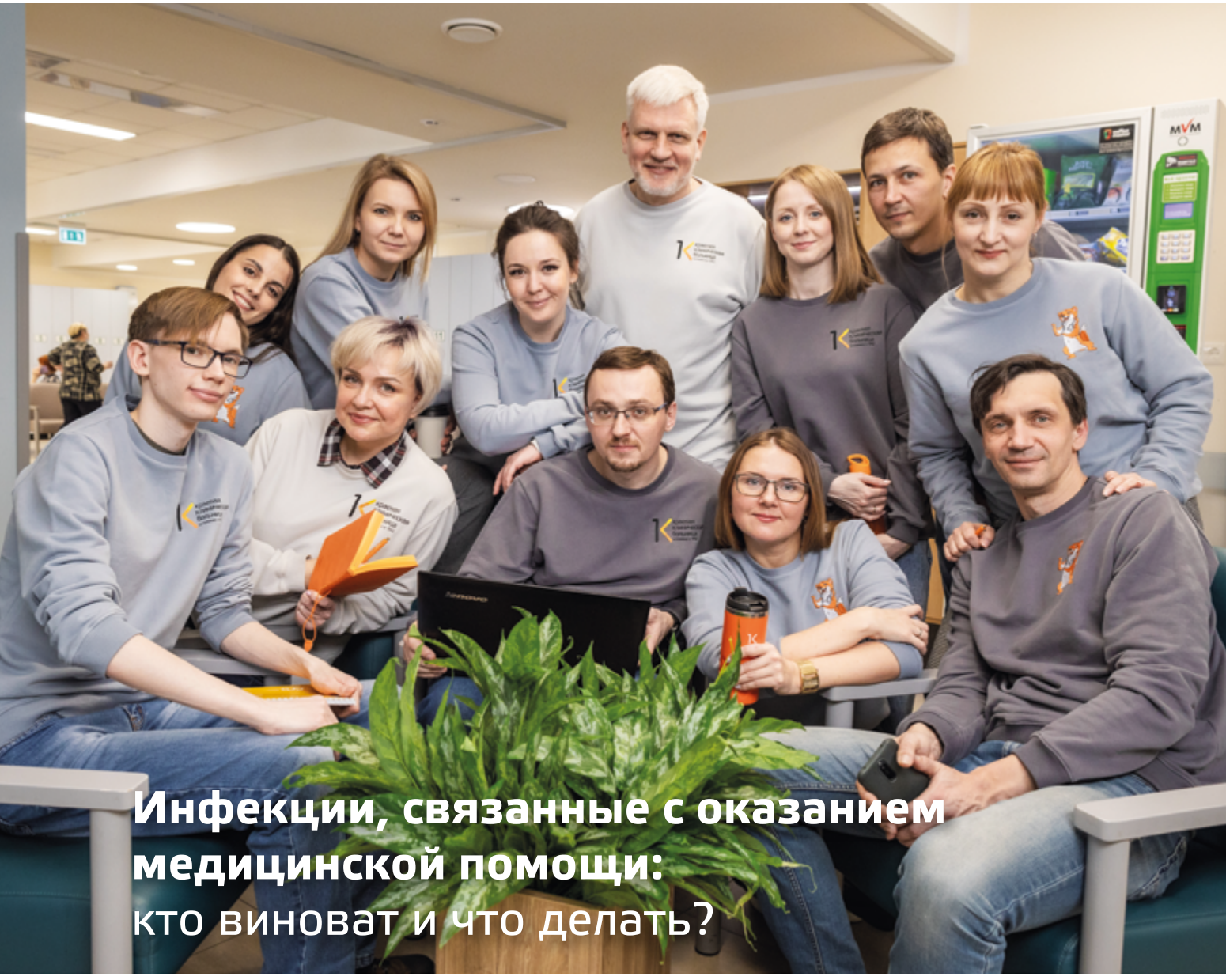
март 2023 год

№ 1 (87)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

краевая клиническая больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой клинической больницы



Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: кто виноват и что делать?

Психиатр или клинический психолог – кто нужен в конкретном случае

Случай успешного экстренного эндопротезирования аортального клапана у пациента с критическим аортальным стенозом

Портреты

Иван Бахал

Ирина Утьманова

краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Красноярская краевая клиническая больница

основана в 1942 году

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

На декабрь 2021 года в больнице всего

1631 **койка, из них:**

154 реанимационные

609 для пациентов базового инфекционного госпиталя

В структуре больницы

60 стационарных отделений, объединенных в

13 специализированных центров

Более **42 000** пациентов пролечены в стационаре больницы в 2022 г., из них более **5 000** получают высокотехнологичную медицинскую помощь

87 000 пациентов получают консультационно-диагностическую помощь в поликлинике краевой больницы

9 филиалов санитарной авиации ежегодно оказывают помощь **4 500** пациентам, из них **3 500** эвакуируются воздушным транспортом

Всего в больнице работает
4 364 сотрудника

врачей	более 950
медицинских сестер	более 1500
немедицинского персонала	более 1500

Красноярская краевая клиническая больница сертифицирована на соответствие системы менеджмента качества требованиям практических рекомендаций Росздравнадзора и требованиям международного стандарта ISO 9001

на декабрь 2021 года

Как «стеклянные» лягушки могут помочь в борьбе с тромбозом и гипоксией

Эти лягушки – крошечные земноводные, обитающие в тропических лесах Центральной и Южной Америки. Кожа и прочие ткани амфибий настолько прозрачны, что через брюшко можно увидеть кости, внутренние органы, бьющееся сердце. Такое уникальное свойство делает стеклянных лягушек малозаметными для природных врагов – птиц, пауков и змей.

Биологи из Университета Дьюка (их статья опубликована в журнале Science) впервые выяснили, как этим земноводным удается поддерживать свою прозрачность на столь высоком уровне. Ведь есть проблема – текущая по кровеносным сосудам кровь делает ткани видимыми. Оказалось, в ходе эволюции лягушки выработали способность прятать свою кровь в печени.

По ночам, когда эти амфибии кормятся и спариваются, они непрозрачны. Однако днем, когда лягушки спят на поверхности листьев, большая часть их тела, за исключением ярко-зеленой спинки, становится прозрачной. Это обеспечивает крошечным земноводным безопасность в неактивном периоде.

Исследователи установили, что днем, во время сна, размер их печени увеличивается на 40% из-за того, что в ее сосудах скапливается 89% всех красных кровяных клеток, циркулирующих в организме в остальное время суток. Когда лягушки просыпаются, кровь снова начинает бежать по сосудам, и прозрачность кожи снижается.

Как амфибиям удается выживать в то время, когда их органы не снабжаются кислородом и другими веществами – исследователи пока не установили. Другая загадка заключена в том, что конгломерат кровяных телец не образует опасного тромба. Разгадка, вероятнее всего, приблизит ученых и медиков к решению проблем тромбоза и гипоксии.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Март 2023 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

2 **Ценный кадр**

5,7 **Новости**

6 **Слово редакторов**

8 **Портрет** | Иван Бахал

10 **Портрет** | Ирина Утьманова

12 **Оргздрав** | Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: кто виноват и что делать?

20 **Опыт** | Помощь медицинского психолога в многопрофильном стационаре

24 **Партнерская страничка** | Профилактические осмотры несовершеннолетних в КГДБ 8

26 **Casus extraordinarus** | Случай успешного экстренного эндопротезирования аортального клапана у пациента с критическим аортальным стенозом

30 **Casus extraordinarus** | Клинические случаи хирургического лечения стенозов сонных артерий в остром периоде ишемического инсульта с применением специализированного операционного микроскопа

36 **Casus extraordinarus** | Случай развития микроабсцедирования печени и кист поджелудочной железы у пациента с хроническим описторхозом

40 **Casus extraordinarus** | Клинический опыт лечения деструктивных форм периодонтитов

43 **Оргздрав** | Корпоративная культура организации. Что влияет? Как это работает?

46 **Знаменательные даты** | 30 лет ФОМС Красноярского края

50 **Знаменательные даты** | 30 лет музею ККБ

54 **Знаменательные даты** | 25 лет журналу «Первая Краевая»

56 **Знаменательные даты** | 55 лет микробиологической лаборатории

1 Спасти двоих

Пациентка В. живет в Дзержинском районе Красноярского края, где нет ни роддома, ни специализированного родильного отделения. Когда подошел срок рожать, она была направлена в Канск. Однако канские гинекологи не на шутку обеспокоились – у девушки под нижней челюстью «красовалась» массивная флегмона.

Флегмона – острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки с тенденцией к быстрому распространению по клетчаточным пространствам и вовлечением в гнойный процесс мышц и сухожилий. Заболевание возникает в результате проникновения в мягкие ткани патогенных микроорганизмов, чаще золотистого стафилококка и стрептококка. Такое состояние представляло собой большую опасность для жизни как самой матери, так и ребенка, оно чревато обширным воспалением и сепсисом (общим заражением крови и других тканей организма). Тем более что организму девушки предстояло перенести серьезную встряску: роды, гормональная перестройка, физические нагрузки. Районные медики приняли решение отправить пациентку в Краевую клиническую больницу.

Когда Сергей Евгеньевич Волынкин, врач – челюстно-лицевой хирург, осмотрел вновь прибывшую пациентку, оказалось, что стоматолог в Дзержинском районе уже сделал попытку вскрытия и дренирования флегмоны, но гнойный процесс продолжился, стало затруднительным не только принимать пищу, но и даже просто открыть рот, говорить.

Во время консультации гинеколога Елены Игоревны Токмачевой и консилиума с целым рядом специалистов стало ясно: двойной операции не избежать. Предстояло одновременно работать бригадам челюстно-лицевых хирургов и хирургов-гинекологов. В плане лечения значилось: кесарево сечение, вскрытие флегмоны левых поднижнечелюстной, щечной, подбородочной областей, дезинтоксикационная терапия, противовоспалительная терапия.

9 февраля в 20:09 на свет путем кесарева сечения под общим наркозом появился доношенный мальчик, без асфиксии, без видимых пороков развития, ростом 50 см и массой 3420 г, 9 баллов по шкале Апгар (система быстрой оценки состояния новорожденного, от 0 до 10 единиц, где 0 – ребенок не подает признаков жизни, а 10 – идеальное состояние).

Параллельно с этим были выполнены разрезы в левой поднижнечелюстной области, вскрыты левые поднижнечелюстное и щечное пространства, извлечено гнойное содержимое флегмоны, проведена ревизия раны, установлены дренажи, раны промыты антисептическим раствором, наложены асептические повязки.

Двое суток пациентка провела в отделении реанимации №3 ККБ, ее ребенок был отправлен в Перинатальный центр, где за ним наблюдают опытные врачи и медсестры. Новоиспеченная мать каждый день получает видео и фото своего сына, которого она решила назвать Романом. Сама она чувствует себя значительно лучше и готовится к выписке. Лечащий врач пациентки, челюстно-лицевой хирург Софья Максимовна Кауниетис, говорит о том, что процессы заживления протекают нормально, лечение дает эффект, а швы на щеке и под нижней челюстью спустя несколько месяцев будут почти незаметны.

Так врачи ККБ спасли жизни сразу двух человек – матери и ребенка. Мы поздравляем молодую женщину с рождением замечательного малыша, а врачей – с очередным эпизодом блестяще выполненной работы. Для ее реализации понадобилось слаженное взаимодействие специалистов разных профилей: челюстно-лицевых хирургов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, клинических фармакологов, лаборантов, медицинских сестер. А также огромный труд по приобретению бесценного опыта.

Слово редакторов

Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Дорогие друзья, наша больница живет в унисон с городом, краем, в целом со страной и по сути представляет собой маленькое государство, переживающее спады и подъемы, неудачи и победы, этапы развития. Наши врачи и средний медицинский персонал в течение последних нескольких месяцев оказывают помощь на рубежах нашей Родины. В это же самое время больница ни на минуту не останавливает свою текущую работу, объем которой не уменьшается, а на места отбывших в зоны боевых действий заступают их коллеги.

В этом номере журнала вы увидите большой, подробный материал об инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи, а также о внутрибольничных инфекциях – тема актуальная и требующая пристального внимания. Кроме того, вашему вниманию представлены два интереснейших клинических случая из области сердечно-сосудистой хирургии, один – в гастроэнтерологии, другой – в стоматологии.

И как всегда, мы рассказываем о наших людях, их профессиональной деятельности, личной жизни, чаяниях и надеждах. О наших коллегах, которыми бесконечно дорожим и гордимся.

Евгения Арбатская,
редактор журнала «Первая Краевая»

Наверняка вы знаете, что такое колесо баланса Майера, но напомню: это один из известных методов анализа текущего состояния жизни, «мгновенный срез». Колесо баланса – это круг, разделенный на сектора. Обычно их восемь, каждый сектор – сфера жизни. Такой анализ можно применить не только к жизни конкретного человека, но и к организации, обществу. Думаю, не открою тайны, если скажу, что наша больница стремится к гармоничному и всестороннему развитию, и это имеет отражение в самых разных процессах, в первую очередь – лечебном.

Так, поступающим к нам пациентам мы оказываем помощь не только по соматическим профилям, но и работаем с их психическим и психологическим состоянием. О работе клинических психологов и психиатров рассказывает глубокий и исчерпывающий материал этого номера.

В ККБ уделяется большое внимание сотрудникам и корпоративной культуре, о важности этой составляющей работы кадровой службы рассказывает ее руководитель – Екатерина Михайлова. Тем более что наш корпоративный дух зародился не вчера, он появился с первых дней существования больницы, это подтверждают материалы о наших знаменательных датах.

2 Краевая больница победила в премии **«Серебряный лучник»**

Региональная премия в области развития общественных связей «Серебряный Лучник – Сибирь» входит в систему региональных конкурсов Национальной премии «Серебряный Лучник» – одной из самых авторитетных и престижных PR-премий в России. Участие в этой премии – хорошая возможность для специалистов в области коммуникаций презентовать свои уникальные проекты перед широким кругом коллег, обменяться идеями и посоперничать за престижную награду и признание профессионалов. Сегодня любая крупная организация, которая строит планы стратегического развития на годы вперед, обязательно работает с коммуникациями наравне с другими производственными процессами как внутри коллектива, так и во внешней среде. Сложно сказать, что важнее – внешние контакты (PR, маркетинг) или внутренние, поскольку от согласованности действий всех членов большой команды зависит качество процесса, конечного продукта или услуги.

В нашем случае это качество оказания медицинской помощи. Для того чтобы повысить вовлеченность медицинских и немедицинских сотрудников ККБ в обучение, улучшение процессов, совершенствование помощи, полтора года назад ККБ внедрила стимулирующую внутрикорпоративную геймификацию. Соревновательный элемент взаимодействия сотрудников и отделений помогает повышать профессионализм персонала.

Этот проект был заявлен нами на премию «Серебряный Лучник – Сибирь», где и победил в номинации «Корпоративные коммуникации». Презентовала проект заместитель главного врача по кадрам Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» Екатерина Михайлова.

Особо жюри отметило тот факт, что проект осуществляется практически на безбюджетной основе, силами HR, IT, СМК и PR-отделов. Мы благодарим наших партнеров, которые включились в процесс, помогли нам осуществить задуманное и продолжают участвовать.

3 Краевая больница вошла в список **лучших работодателей России**

Крупнейшая российская платформа онлайн-рекрутинга hh.ru представила результаты рейтинга работодателей России за 2022 год. В список лучших вошли 16 компаний из Красноярского края.

Рейтинг работодателей России – самый масштабный и авторитетный в стране, в его методологии учтены лучшие зарубежные практики. Рейтинг проводится с 2010 года. В 2022-м его финалистами стали 1082 компании – список лучших работодателей, в том числе 16 компаний из Красноярского края.

Красноярская краевая больница вошла в пятерку лучших работодателей региона среди крупных компаний с численностью персонала от 1000 до 5000 человек.

В рейтинге работодателей краевая больница принимает участие второй раз. Сравнивая данные с результатами предыдущего года, специалисты службы управления персоналом отмечают рост по всем индексам, которые учитываются в определении рейтинга организации. Так, показатель лояльности сотрудников больницы вырос с 40,0 до 53,2%, эффективность и развитость HR-функций – с 39,5 до

63,8%, увеличилось количество соискателей, выбравших Краевую клиническую больницу при ответе на вопрос, где бы они хотели работать.

Менеджер по персоналу ККБ Светлана Сбитнева, комментируя результаты рейтинга работодателей России, благодарит сотрудников, принявших участие в опросах:

– Зная эти показатели, мы ставим для себя амбициозные цели и дальше улучшать результаты, а значит – и благополучие сотрудников больницы. Сегодня люди нуждаются в ориентирах, которые помогут найти «ту самую компанию», в которой будет стабильно и комфортно.

Иван **Бахал**

Инженер по контрольно-измерительным приборам и автоматике восемь лет назад переехал из Донецка в Красноярск и сегодня связывает свое будущее с Краевой клинической больницей, занимаясь весьма актуальными и необходимыми задачами инженерного обеспечения работы больницы.

Какое у вас образование?
Я окончил Донецкий институт железнодорожного транспорта, приобрел специализацию «Автоматика и автоматизация на транспорте», работал после окончания вуза старшим преподавателем на кафедре. Потом была аспирантура в Харькове и незаконченная кандидатская диссертация по теме «Надежность микропроцессорных систем на железнодорожном транспорте».

Вы с детства мечтали о профессии, связанной с техникой?
Да, любимыми предметами были физика и математика. Ходил в радиолюбительские кружки, не расставался с паяльником. Школу окончил с одной четверкой – не удалось получить медаль, но учился охотно. И железнодорожное направление выбрал из-за большого интереса.

Когда приехали в Красноярск, какие впечатления были первыми?
Город очень понравился – красиво, Красноярск стоит на таком нескучном природном ландшафте, где есть и горы, и равнина, и тайга. Впечатлил Енисей. И, конечно, было понятно, что это современный, развитый город. Первая моя работа здесь была в сфере строительства, потом вернулся в свою привычную сферу КИПиА, а затем устроился в фирму «Интехно», которая была подрядчиком ККБ по созданию в новом корпусе автоматизированных систем. Собственно, именно эта организация собирала пневмопочту и мусороудаление, обслуживанием и расширением которых я занимаюсь и сегодня. Конкретно я пришел в это направление, когда система уже была запущена в эксплуатацию. Уже в процессе изучал ее, принцип работы и обслуживания, знакомился с технической документацией – Михаил Воронцов, главный инженер больницы, пригласил работать уже в собственной аналогичной службе ККБ. Сначала я занимался диспетчеризацией, затем задачи расширились – добавились, кроме упомянутых, связанные с автоматическими дверями и электронными сейфами.

На ваш взгляд, это правильно, когда у больницы есть своя такая служба, функционал не отдается на аутсорсинг?
Думаю, именно так и правильно. Мало собрать автоматизированную систему, отладить ее, но и дальше возникает большое количество вопросов – в ходе ее эксплуатации и уж тем более при неполадках. В задачах нашего отдела не только поддержание рабочего состояния систем, но и их совершенствование, расширение. Так, в ближайшее время мы рассчитываем увеличить количество станций пневмопочты и бельемусороотведения в главном корпусе, это здание строилось в 80-е годы XX века, и, разумеется, там такие технические вещи тогда не предусматривались. Сегодня требования к зданиям и помещениям медицинского учреждения значительно усложнились: начиная от окрашивания стен специальными красками и заканчивая наличием сложного оборудования вентиляции, освещения, разного рода коммуникаций.

Другие крупные больницы не пытались вас переманить к себе?
Было такое, но мне здесь очень нравится – и коллектив, и условия работы, и род занятий.

Есть ли сегодня риски для сохранения функционального состояния наших автоматизированных систем, связанные с дефицитом комплектующих, ведь пневмопочта производства Австрии, а система мусороотведения – Швеции?
Больших рисков нет. Во-первых, потому что нами создан запас всего необходимого практически на любой случай жизни. Во-вторых, поставщики сегодня активно и успешно занимаются заменой производителей комплектующих. И наконец, системы работают в течение четырех лет, и

> Я прагматик и оптимист, и когда преподавал, была одна жизнь, сегодня другая. Она полна своих плюсов и интересных вещей, перспектив, развития.

пока, с учетом должного обслуживания, сбоев не давали. Программное обеспечение тоже не вызывало нареканий.

Конкретный практический вопрос: как обрабатывается трасса пневмопочты на предмет санитарии?

Есть специальная капсула с отверстиями, куда заливается антисептический раствор, по бокам у нее фетровый уплотнитель, который собирает пыль, грязь и излишки жидкости. Капсула заряжается на каждый маршрут и таким образом обрабатывает всю трассу. А трассу мусороудаления обрабатывают вместе с нами медицинские дезинфекторы – система включается на малые обороты, принудительно открываются люки, и дезинфекторы проливают систему растворами.

Скажите, у инженеров смена специализации или ее расширение – дело обычное?

Скорее да, это не как у врачей. Как говорил мой преподаватель, инженер – не тот, кто знает все, а тот, кто знает, где узнать. Если специалист на ты с фундаментальными знаниями, то получить дополнительные не составляет большого труда, в инженерном деле базис для разных специальностей один.

Не скучаете по преподавательской деятельности?

Не задумываюсь об этом. Я прагматик и оптимист, и когда преподавал, была одна жизнь, сегодня другая. Она полна своих плюсов и интересных вещей, перспектив, развития. Люблю свою сегодняшнюю работу и с удовольствием иду сюда.

Ирина Утьманова

Врач-кардиолог кардиохирургического отделения сегодня, как и в студенческие годы, не расстается с учебниками и с радостью вникает в нюансы быта каждого из своих пациентов.

Давайте начнем с банального вопроса – как вы стали врачом?

Моя мама педиатр, а ее двоюродный брат – терапевт. Поэтому с самого детства я с мамой – и на приемы, и на вызовы, и всех в подъезде полечить, и все эти медицинские разговоры в семье. Когда училась в школе, была уверена, что стану косметологом. А когда поступила в медакадемию, то поняла, что косметология мне не столь интересна.

Любимым школьным предметом была химия: это же чистое волшебство – что-то смешиваешь, это меняет цвет, горит, шипит. Но несмотря на хорошую учебу, любовь к профильным предметам и обучение в малой медицинской академии, поступить на бюджет не удалось. Тогда папа сказал: «Ира должна учиться, пусть поступает на платное». И они с тетей Наташей – Натальей Владимировной Рябовой, которая работала в библиотеке академии, – перенесли мои документы на платное отделение, и я поступила.

Младшая сестра тети Наташи живет в Бородино, поэтому мы и были знакомы, я даже у нее некоторое время жила, приехав в Красноярск. Она говорила: во что бы то ни стало нужно ежедневно находить возможность прочесть страницу художественной литературы. «Ируся, время почитать!» – помню ее слова. Считаю, благодаря тете Наташе мне проще дается общение с пациентами, да и в целом коммуникации, чтение книг дало свободу выражения мыслей.

Тогда, в 2001 году, обучение стоило 18 000 рублей в год. Мама с папой приехали в Красноярск, пошли платить за учебу. В кассе взяли деньги только за полгода, то есть 9000, а вторую половину мама вместе с кошельком потеряла! Плакала, а папа ее утешал: «Кому-то они нужнее».

Кстати, именно благодаря самостоятельной оплате обучения у меня после окончания появилась возможность выбрать место работы – без обязательств отработать по распределению.

А что было после окончания академии?

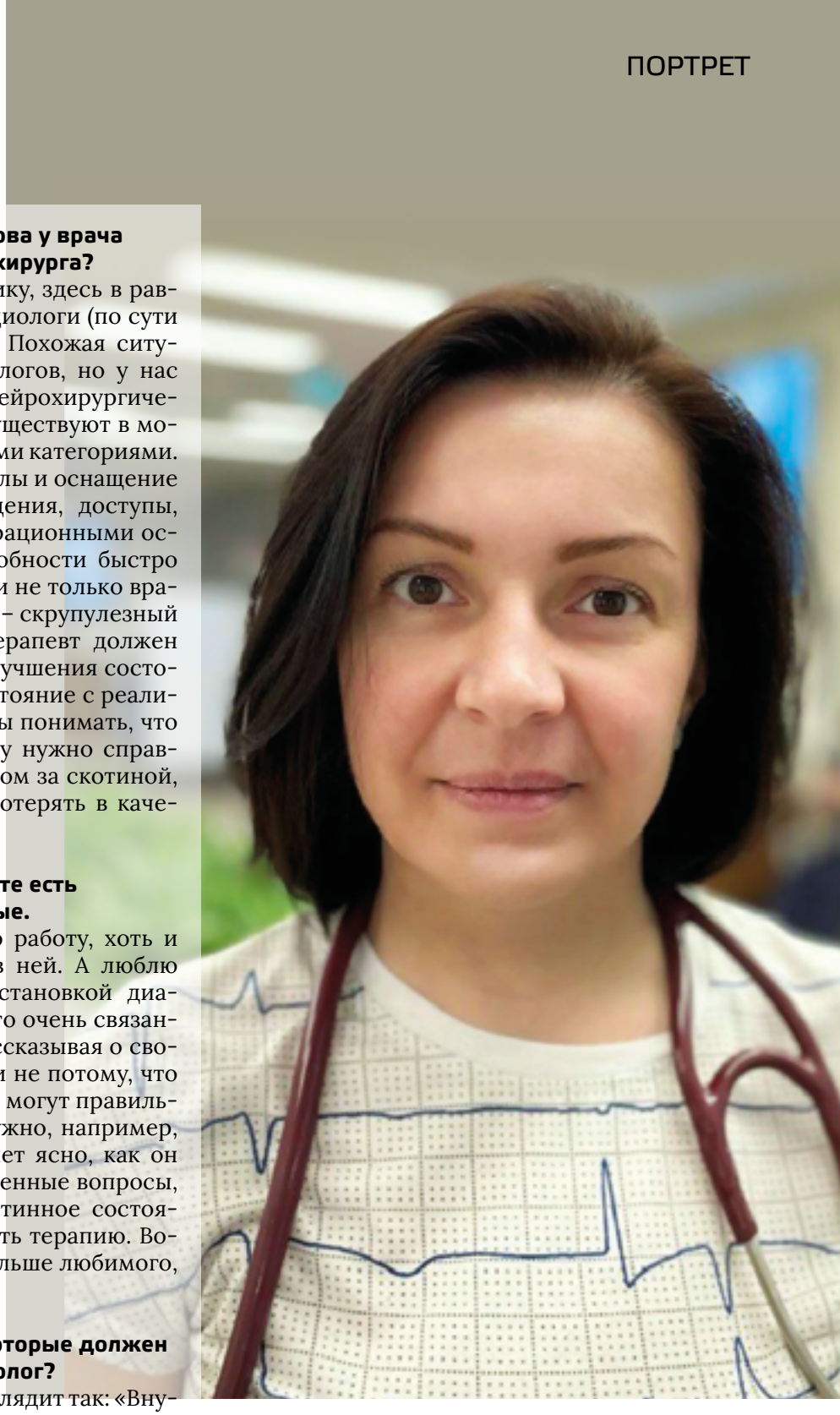
Окончив лечебный факультет, я пошла в терапию, хотя были размышления о гинекологии и хирургии. И первый мой самостоятельный терапевтический опыт состоялся на базе 1-й городской больницы на Вейнбаума, расположенной в купеческих домах. Там было все – и давление, и пневмонии, и гастриты, и артриты. Из аппаратуры только фонендоскоп, рентген и кардиограф. Считаю, что мне очень повезло с наставниками, эти взрослые женщины дали мне не только суть клинического мышления, но и такую по-настоящему, по-хорошему женскую идею медицины как чего-то очень правильного, оберегающего, в широком смысле паллиативного.

Далее были эпизоды работы в поликлинике, которые четко показали, что я врач сугубо стационарный. Мне с каждым пациентом нужно закрывать гештальт, доводя дело до какой-то результативной точки. Отпускать пациента «в поля», не имея возможности проконтролировать динамику, – это совсем не мое.

Мне с каждым пациентом нужно закрывать гештальт, доводя дело до какой-то результативной точки. Отпускать пациента «в поля», не имея возможности проконтролировать динамику, – это совсем не мое.

Как вы оказались в кардиологии?

Моя заведующая терапией посоветовала пойти в ординатуру по кардиологии к Геннадию Васильевичу Матюшину. А когда в 2010 году открылся федеральный кардиоцентр, то случился отток специалистов туда, и для меня нашлось место здесь, у Андрея Владимировича Пустовойтова. Тогда вокруг него собралась молодая и амбициозная команда. Кардиохирургия в нашей клинике за эти 10 лет сильно изменилась: в два раза выросло количество операций, внедрены хирургические методы лечения аорты и ее ветвей, активно работает программа по трансплантации сердца. В этом году, я надеюсь, смогу включить нашу клинику в российское исследование по оценке эффективности и безопасности вакцинации против COVID-19 у пациентов после трансплантации сердца.



В чем по-разному работает голова у врача терапевтического профиля и у хирурга?
Наше отделение имеет специфику, здесь в равном содружестве работают кардиологи (по сути – терапевты) и кардиохирурги. Похожая ситуация у нейрохирургов и неврологов, но у нас лечащий врач – кардиолог, а в нейрохирургическом – нейрохирург. Хирурги существуют в моменте операции и мыслят другими категориями. Их задача – определять материалы и оснащение для операции, технику проведения, доступы, уметь справляться с внутриоперационными осложнениями, что требует способности быстро принимать верное решение. Они не только врачи, но и инженеры. Не их задача – скрупулезный подбор препаратов и доз. А терапевт должен добиться выздоровления или улучшения состояния пациента и увязать его состояние с реалиями жизни человека. Мы должны понимать, что этот сельский житель, которому нужно справляться с доставкой воды, с уходом за скотиной, с летней страдой, не должен потерять в качестве жизни.

У каждого, пожалуй, в его работе есть любимые моменты и нелюбимые.
Наверное, не люблю бумажную работу, хоть и понимаю всю необходимость в ней. А люблю скрупулезно разбираться с постановкой диагноза, общаться с пациентом. Это очень связанные вещи, так как пациенты, рассказывая о своей болезни, часто «сочиняют», и не потому, что хотят обмануть, а потому, что не могут правильно оценить симптомы. Тогда нужно, например, «погулять» с больным – и станет ясно, как он переносит нагрузку; задать косвенные вопросы, ответы на которые вскроют истинное состояние. Люблю тщательно подбирать терапию. Вообще, в моей работе намного больше любимого, чем нелюбимого.

Посоветуйте несколько книг, которые должен прочитать каждый врач-кардиолог?
Пожалуй, мой список сейчас выглядит так: «Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система», «Кардиохирургия. Справочник», «Аритмии сердца», «Болезни митрального клапана: основы и тенденции в лечении», «Реконструктивная хирургия клапанов сердца по Карпантье: от анализа клапана к его реконструкции», «Трансплантология. Фармакотерапия без ошибок», «Коронарная хирургия при мультифокальном атеросклерозе». Еще посоветую участвовать в профессиональных сообществах, посещать профильные конференции и общаться с коллегами – знания в нашей области меняются с сумасшедшей скоростью.

Есть ли какая-то большая философская мысль, которую вы вынесли из своего опыта в медицине?
Я думаю, что работа в медицине учит меня ценить жизнь и здоровье больше, чем когда-либо прежде. Я понимаю, как важно находиться в настоящем моменте и не откладывать на потом то, что действительно имеет значение. Кроме того, работа в кардиологии учит тому, что сердце – это не только физический орган, но и символ многих вещей, которые делают нашу жизнь ценной и полной смысла.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: *кто виноват и что делать?*

Алина Горбань, *врач-эпидемиолог ККБ:*

ИСМП во всем мире, включая нашу страну, являются актуальной проблемой современной медицины. Около 15% пациентов, поступающих в лечебные учреждения, подвергаются внутрибольничному заражению. В стационарах различного профиля периодически возникают вспышки ИСМП.

Чем отличаются понятия «ИСМП» и «госпитальная инфекция»?

Первым появилось понятие «внутрибольничная инфекция». Например, привезли пациента с корью, он передал ее другому пациенту, случился эпизод внутрибольничной инфекции, но она не связана с оказанием медицинской помощи. Понятие «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи» сегодня трактуется шире, но при этом обязателен момент проведения медицинской манипуляции. К ИСМП сейчас относят также заболевания пациентов, связанные с оказанием медицинской помощи не только в больницах, но и в любых лечебно-профилактических учреждениях. В число ИСМП помимо заболеваний пациентов включены заболевания и медицинских работников. Объединяет все три вида инфекций место инфицирования – лечебное учреждение.

Наиболее удачным и полным можно считать определение ИСМП, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ в 1979 году: «Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи, – это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает пациента в результате его поступления в лечебное учреждение или обращения за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника вследствие его работы в данном лечебном учреждении».

ИСМП – понятие собирательное, включающее различные нозологические формы. Недавно вышел приказ Министерства здравоохранения РФ № 1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации», который многое регламентирует.

Около 15% пациентов, поступающих в лечебные учреждения, подвергаются внутрибольничному заражению.

Критерии ИСМП для пациентов:

- Является клинически распознаваемым, в том числе с учетом результатов лабораторных исследований.
- Возникает у пациентов в результате их поступления в медицинскую организацию или обращения за оказанием медицинской помощи вне зависимости от времени появления симптомов заболевания.
- Связано с оказанием медицинской помощи.
- Отсутствовало у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию, в том числе в инкубационном периоде заболевания, кроме случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с предшествующей госпитализацией или предшествующим обращением за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию.
- Не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи.
- Не является обострением хронического инфекционного заболевания, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи.

Критерии ИСПМ для медработников:

- Является клинически распознаваемым, в том числе с учетом результатов лабораторных исследований.
- Возникло у работника медицинской организации при выполнении трудовых обязанностей в результате профессиональной деятельности.
- Связано с оказанием медицинской помощи.
- Не выявлено у работника при поступлении на работу в данную медицинскую организацию, в том числе в инкубационном периоде заболевания.
- Не является обострением хронического инфекционного заболевания, имевшегося у работника до начала работы.

Какие существуют классификации ИСМП?
По разным принципам:

Классификация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи – ИСМП
(Health care – associated infections – HaIs)

- По условиям оказания медицинской помощи пациентам
  - ИСМП в госпитальных условиях (Hospital — acquired infections)
  - ИСМП в других организациях, осуществляющих медицинскую деятельность
  - ИСМП в амбулаторно-поликлинических условиях
- На основе искусственной систематики микроорганизмов-возбудителей
  - Инфекции, вызываемые патогенными микроорганизмами
  - Инфекции, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами
- По поражаемым контингентам
  - Инфекции пациентов
  - Инфекции у медицинского персонала, связанные с выполнением профессиональных обязанностей при разных условиях оказания медицинской помощи

ИСМП, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами

По локализации патологического процесса (некоторые актуальные группы)

1. Инфекции мочевыделительной системы *(Urinary tract infections – UTIs)*
2. Инфекции дыхательных путей *(Upper / Lower respiratory tract infections – LRIs, pneumonia)*
3. Инфекции костно-мышечной системы *(Bone & Joint infections – BJIs)*
4. Инфекции кожи и подкожной клетчатки *(Skin &Soft tissue infections – SSTIs)*
5. Инфекции лимфатических и кровеносных сосудов *(Cardiovascular system infections – CVSIs)*
6. Генерализованные формы / Инфекции кровотока *(Bloodstream infections – BSIs)*
7. Инфекции в области хирургического вмешательства
8. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока
9. Катетер-ассоциированные инфекции мочевыделительной системы
10. ИВЛ-ассоциированные пневмонии

По этиологии – естественная (филогенетическая) систематика условно-патогенных микроорганизмов (некоторые актуальные группы)

1. Стафилококковые инфекции
2. Стрептококковые инфекции
3. Синегнойные инфекции
4. Клебсиеллезные инфекции
5. Инфекции, вызванные E.coli
6. Кандидозы
7. Аспергиллезы
8. Инфекции, вызванные микробными ассоциациями
9. Биопленочные инфекции

По условиям инфицирования

1. 1. Эндогенные инфекции *(Endogenous infections, Self-infections)*
2. 2. Экзогенные инфекции *(Exogenous infections, cross-infections & environmental infections)*
3. Комбинированный тип (инфекции, обусловленные формированием госпитального штамма)

По типу медицинской технологии

1. Инфекции, связанные с устройствами *(Device-associated infections – DAIs)*
2. Инфекции, связанные с медицинскими процедурами *(Procedure-associated infections- PAIs)*

Какова структура и виды возбудителей ВИ и ИСМП?

Известно более 300 возбудителей, которые могут обусловливать возникновение инфекционного процесса у пациентов стационара или заболевание медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей.

- Escherichia coli (E. coli)
- Klebsiella pneumoniae (K. pneumoniae)
- Salmonella spp.
- Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa)
- Acinetobacter spp.
- Staphylococcus aureus (S. aureus)
- Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae)
- Enterococcus faecalis (E. faecalis)
- Enterococcus faecium (E. faecium).

Частота встречаемости различных видов микроорганизмов при внебольничных и нозокомиальных инфекциях в РФ согласно данным AMRmap

Вид	Абсолютная частота (N)	Относительная частота (%)
Нозокомиальные		
Pseudomonas aeruginosa	5049	19.31
Klebsiella pneumoniae	4975	19.02
Acinetobacter baumannii	3583	13.7
Staphylococcus aureus	3378	12.92
Escherichia coli	3187	12.19
Enterococcus faecalis	1005	3.84
Enterobacter cloacae	744	2.85
Proteus mirabilis	696	2.66
Stenotrophomonas maltophilia	616	2.36
Enterococcus faecium	603	2.31
Serratia marcescens	528	2.02

Вид	Абсолютная частота (N)	Относительная частота (%)
Внебольничные		
Escherichia coli	3633	22.43
Streptococcus pneumoniae	2916	18.01
Staphylococcus aureus	2293	14.16
Streptococcus pyogenes	2262	13.97
Haemophilus influenzae	1105	6.82
Klebsiella pneumoniae	925	5.71
Neisseria gonorrhoeae	679	4.19
Pseudomonas aeruginosa	472	2.91
Enterococcus faecalis	335	2.07

ИСМП отличаются большим разнообразием микроорганизмов, которые относятся к бактериям, вирусам, плесневым и дрожжеподобным грибам, простейшим. Общее число возбудителей ИСМП с каждым годом увеличивается, главным образом за счет условно-патогенных бактерий, а также микроорганизмов, которые ранее считались сапрофитами.
Особое внимание следует уделить этиологии сепсиса и септических состояний, которые, как правило, с большим трудом поддаются терапии, характеризуются крайне тяжелым течением и высокой летальностью, достигающей 40-60%. В спектре возбудителей сепсиса преобладают: золотистый стафилококк, клебсиеллы, эпидермальный стафилококк, а также стрептококки группы В.
Вирусы составляют значительную часть общего числа этиологических агентов – возбудителей ИСМП. К ним относятся: многочисленные респираторные и кишечные вирусы, возбудители гепатитов В, С, краснухи, герпеса, ВИЧ-инфекции. Все это создает значительные трудности как в проведении микробиологического контроля, так и в разработке противоэпидемических мероприятий.

Каким образом распространяются ИСПМ и развивается резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам?

Применение антибиотиков позволило спасти миллионы человеческих жизней, резко снизить летальность от инфекционных болезней. Однако, как это ни парадоксально и драматично, именно антибиотики явились одной из причин, обусловивших рост заболеваемости ИСМП из-за формирования антибиотикоустойчивых внутригоспитальных штаммов.

Отдельно стоит сказать о бесконтрольном и нерациональном применении пациентами антибиотиков, неоправданном самоназначении этих препаратов – без понимания показаний, противопоказаний, механизма действия и схем лечения. ИСМП стали глобальной проблемой для медиков всего мира. Рост ИСМП порожден комплексом факторов, в числе которых следующие:

- создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией: большой плотностью, преимущественно ослабленными пациентами, а также с медицинским персоналом, постоянно и тесно общающимся с пациентами;

- формирование искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекции, связанного с инвазивными вмешательствами, девайс-ассоциированными инфекциями, лечебными и диагностическими медицинскими процедурами, с использованием медицинской аппаратуры;

- постоянный источник ИСМП в виде пациентов и медицинского персонала, пациентов со стертыми формами инфекции или являющихся носителями;

- широкое применение антибиотиков;

- формирование внутригоспитальных штаммов, характеризующихся высокой устойчивостью;

- увеличение контингента риска – пациентов, выхаживаемых и излечиваемых благодаря современной медицины;

- возрастание доли пожилых пациентов;

- снижение неспецифических защитных сил организма у населения земного шара;

- нарушение санитарно-гигиенического режима в лечебных учреждениях приводит к резкому росту заболеваемости ИСМП и возникновению вспышек. Основные пути контаминации при госпитальной инфекции: контактный, аэрозольный, алиментарный, парентеральный.

Резервуаром (источником) госпитальной инфекции являются:
• руки персонала, кишечник, мочеполовая система, носоглотка, кожа, волосы, полость рта как пациента, так и персонала;
• окружающая среда: пыль, вода, продукты питания;
• инструментарий;
• оборудование;
• лекарственные средства и т.д.

Назовите места локализации ИСМП в медицинских учреждениях?

ИСМП локализуются в изделиях из резины (катетеры, дренажные трубки); приборах, в которых используется вода и антисептики (дистилляторы, ингаляторы, ионизаторы и др.), аппаратах искусственного дыхания, инструментарии. В организме человека преимущественными местами обитания ИСМП являются: кожа и мягкие ткани, мочевыводящие пути, полости (рта, носоглотки), влагалище, кишечник. Через руки медицинского персонала передаются: золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, стрептококк А, энтерококк, эшерихии, клебсиелла, энтеробактер, протей, сальмонелла, синегнойная палочка, анаэробные бактерии, гриб рода кандида, простой герпес, вирус полиомиелита, вирус гепатита А.

Каковы методы борьбы с ИСМП?

Они являются логическим следствием механизма

распространения. Главным признаком, указывающим на этиологическую роль выделенных микроорганизмов при госпитальной инфекции, является присутствие ее в патологическом материале в больших количествах. И здесь на первый план выходит роль качества и оперативности бактериологических анализов. Согласно классической схеме, мы ждем 5-7 дней, чтобы вырастить культуру и определить ее устойчивость к различным препаратам. Но сегодня существуют методы, позволяющие «узнать врага в лицо» в день забора материала, это очень важно, особенно в тех случаях, когда тяжесть заболевания связана с угрозой витальным функциям организма пациента.

Основные мероприятия профилактики госпитальной инфекции:

• снижение риска заноса возбудителя инфекционных болезней в медицинскую организацию;

• предотвращение возникновения условий для формирования внутрибольничных штаммов микроорганизмов, а также штаммов, обладающих устойчивостью к противомикробным лекарственным препаратам, химическим и (или) биологическим средствам;

• обеспечение эпидемиологической безопасности внешней среды медицинской организации;

• предотвращение распространения (выноса) инфекционного заболевания за пределы медицинской организации;

• обеспечение соответствия медицинской организации санитарно-эпидемиологическим требованиям к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования, а также условиям деятельности медицинской организации;

• проведение оценки риска возникновения случаев ИСМП у пациента и принятие мер по его минимизации;

• проведение лечебно-диагностических мероприятий для выявления и лечения пациентов с ИСМП;

• обеспечение пребывания пациента в условиях изоляции (при необходимости) и оказания ему медицинской помощи;

• проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекционного заболевания;

• проведение дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в медицинской организации;

• обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий, применяемых в медицинской организации, в том числе соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

• проведение микробиологического мониторинга циркулирующих микроорганизмов с определением резистентности к противомикробным лекарственным препаратам, химическим и (или) биологическим средствам;

• проведение противоэпидемических мероприятий в отношении контактных лиц;

• соблюдение правил гигиены рук в медицинской организации, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;

• предупреждение случаев ИСМП у работников медицинских организаций;

• рациональное применение противомикробных лекарственных препаратов, химических и (или) биологических средств для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний.

В медицинском учреждении независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:
– сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
– исключение внутригоспитальных заражений;
– исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Кто из пациентов больше всего подвержен ИСМП?

Это пациенты с резко сниженным естественным иммунитетом, ослабленные пациенты с тяжелой соматической патологией (сахарный диабет, злокачественные новообразования, анемия, алкоголизм), пациенты, получавшие гормональную или лучевую терапию, а также цитостатики. Высокому риску инфицирования подвергаются посетители и родственники, ухаживающие за тяжелобольными в хирургических, урологических, реанимационных отделениях, отделениях гемодиализа, особенно люди пожилого возраста и дети; медицинский персонал и в большей мере все те, кто применяет инструментарий многоразового использования, загрязненный биологическими жидкостями и требующий проведения всех этапов очистки, в том числе предстерилизационной.

Какие существуют порядки установления и регистрации ИСМП?

Установлен перечень состояний и нозологических форм заболеваний ИСМП, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации, на основе номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации, утвержденной Приказом Минздрава РФ № 1108н от 29.11.2021 г., с учетом вида медицинской организации, профиля, условий и форм оказания медицинской помощи.

НОМЕНКЛАТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВЫЯВЛЕНИЮ И РЕГИСТРАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

I. Клинические (нозологические) группы инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами.	Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10)
Инфекции области хирургического вмешательства.	A48.0; T79.3; T81.4; T82.6; T82.7; T83.5; T83.6; T84.5 - T84.7; T85.7; T87.4; T88.8; G04.2; G04.8; G04.9
	Другие коды МКБ-10 нозологических форм в соответствии с областью хирургического вмешательства (J85; J86; K65; N98.0; O04.0; O04.5; O07.0; O08.0 и другие)
Инфекции органов дыхания.	J15.0 - J15.6; J15.8; J15.9; J16; J18; J20 -J22; T88.0
Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией, в том числе катетер-ассоциированные инфекции кровотока.	A40; A41; 180; T80.2; T.82.6; T.82. 7; T88.O; R65.0; R65.1; У71.2
Инфекции мочевыводящих путей.	N30.0; N34.0; N39.0; T83.5; T83.6; T81.4
Гнойно-септические инфекции новорожденных.	G00; 180.8; J15.0 - J15.6; J15.8; J15.9; J16; J18; J20 -J22; L00; L01; L02; L03; L08.0; L08.8; L08.9; M86.0 - M86.2; M86.8; M86.9; P36; P38; P39; T80.2; T83.5
Гнойно-септические инфекции родильниц.	O85; O86; O90.0 - O91.1; O99.5; O75.3
II. Нозологические формы инфекционных болезней, вызываемые патогенными микроорганизмами, и паразитарных болезней.	Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10)
Острые кишечные инфекции, острые вирусные гепатиты А, Е.	A01; A03; A04; A05; A08; A09; B15; B17.2
Другие сальмонеллезные инфекции.	A02
Воздушно-капельные инфекции, в том числе корь.	A36; A37; A39; B01; B05; B06; B26; J06; J09 -J11; J22
Туберкулез, впервые выявленный, активные формы.	B05
Болезнь, вызванная ВИЧ.	A15-A19
Вирусный гепатит В.	B20 - B24
Вирусный гепатит С.	B16
COVID-19.	B17.1
Пневмонии (вирусные, бактериальные, вызванные иными возбудителями, неуточненные).	U07.1; U07.2
Другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний.	J12 -J18
	обозначаются кодами по МКБ-10, соответственно нозологической форме

Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10). Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

На основании полученной информации о подозрении на случай ИСМП врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом медицинской организации, лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации проводится эпидемиологическое расследование предполагаемого случая ИСМП.

Информация о выявленных случаях ИСМП учитывается и анализируется в рамках мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Комиссией (службой) по внутреннему контролю и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. О случае ИСМП передается экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

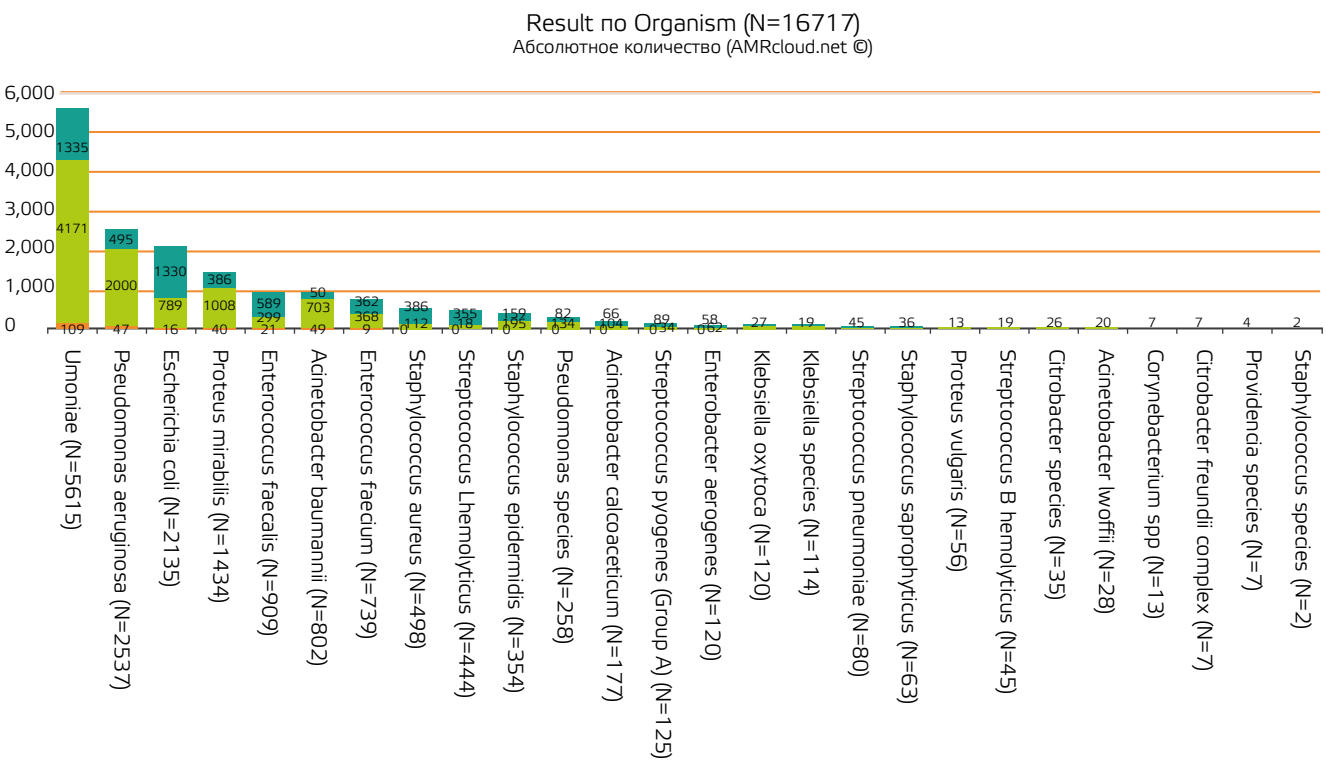
Анализ заболеваемости ИСМП в медицинской организации осуществляется врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом медицинской организации, лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации, Комиссией на основе результатов эпидемиологического мониторинга, микробиологического мониторинга, мониторинга проведения инвазивных процедур, оценки факторов риска возникновения и распространения ИСМП в медицинской организации.
Оценка качества проведения мероприятий по профилактике ИСМП осуществляется путем плановых и целевых (внеплановых) проверок медицинской организации в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Комиссией (службой) по внутреннему контролю и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности.

Для улучшения выявления и регистрации случаев ИСМП и для повышения качества профилактических мероприятий медицинские работники с высшим образованием и средним профессиональным образованием проходят обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам эпидемиологии и профилактики ИСМП не реже 1 раза в 3 года со сроком не менее 36 часов.

В ККБ внедрено программное обеспечение для облегчения регистрации эпизодов ИСМП и оптимизации обработки данных?
Да, это часть общебольничной информационной базы QMS, которая позволяет отслеживать риски возникновения эпизода внутрибольничной инфекции.

На сегодняшний день врачу важно знать своего врага в лицо – микроб, который вызывал воспалительный процесс. Необходимо понимать, какие защитные свойства он наработал и насколько эффективны те или иные антибиотики в отношении этого микроба. Каждый день бактериологическая лаборатория КГБУЗ «ККБ» помогает

врачам-клиницистам с ответом на эти вопросы. Информация о выделенных возбудителях накапливается и ретроспективно анализируется врачами – клиническими фармакологами и врачами-эпидемиологами для выбора специфической терапии/антибиотиков и дезинфектантов. В этом нам помогает онлайн-платформа для анализа и обмена данными антибиотикорезистентности – AMRcloud, которая была запущена в декабре 2022 года. Благодаря этой платформе микробиологический мониторинг будет доступен каждому сотруднику онлайн. Сейчас мы видим, как грамположительная флора сдала позиции, а именно всем известный Staphylococcus aureus занимает на пьедестале только восьмую позицию, превалирует же сегодня грамотрицательная флора Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli. Также становится ясно, как меняется резистентность микроорганизмов к группам антибиотиков.



Помощь медицинского психолога в многопрофильном стационаре

«Жизнь – это процесс постоянного выбора. В каждый момент человек имеет выбор: или отступление, или продвижение к цели. Либо движение к большей боязни, страхам, защите, либо выбор цели и рост духовных сил».

Абрахам Маслоу

Инна Ведерникова,

медицинский психолог отделения ранней медицинской реабилитации ККБ:

Жизнь человека наполнена разными событиями. Безусловно, мы рады и счастливы, когда активны, когда чувствуем себя комфортно, способны реализовывать массу идей и желаний. А вот болезни – это то, чего никто не ждет и стремится избавиться от тягостного состояния, желая вернуть стабильность. С человеком в ситуации болезни мы и встречаемся в клинике.

Лечебно-восстановительный процесс активен, в нем больной выступает не просто «потребителем» лечения, а партнером и участником лечебно-восстановительных мероприятий, что значительно повышает шансы на восстановление, возвращение пациента в социум, сокращает его пребывание в стационаре, уменьшает вероятность формирования у него «вторичных выгод» от болезни.

Многие заболевания вызывают у пациентов тревогу. Это опасения за исход и течение заболевания, беспокойство по поводу исследований, процедур, лечения, последствий болезни, дальнейшей трудовой деятельности, отношений с родственниками. Переживания, в которые погружается больной, могут осложнять лечение и течение заболевания. Процесс адаптации к новой среде у пациента начинается с того момента, когда он входит в лечебное учреждение: на него оказывают влияние и название учреждения, и уютная обстановка, и вежливое, внимательное обращение персонала к нему и между собой, а также усилия персонала, направленные на быстрое и эффективное решение проблем пациента. Эти факторы порождают ощущение доверия, защищенности, надежды на эффективную помощь.

Однако даже при соблюдении всех этих условий врачу порой приходится встречаться с особенностями поведения больных, которые замедляют или препятствуют достижению желаемого результата. Как пример можно вспомнить некоторые ситуации, когда пациенты отказываются от дальнейшего лечения при замечательных результатах оперативного вмешательства, не хотят выписываться домой или нарушают больничный режим, не соблюдают рекомендации лечащего врача, плачут сутками напролет или проявляют агрессию к окружающим, отказываются от приема пищи и т.д.

В таких случаях необходимо понять, помощь какого специалиста будет наиболее эффективна, – медицинского психолога или психиатра.

Медицинский психолог – это специалист с высшим психологическим образованием, прошедший соответствующую подготовку для работы с людьми, имеющими здоровую психику. Не назначает медикаментозной терапии и не устанавливает диагнозы! В работе использует психологическую коррекцию, консультирование. Это, как правило, краткосрочный процесс, преимущественно состоящий из информирования о том, что с человеком происходит, какие внутриличностные конфликты он пытается разрешить и как это можно сделать максимально эффективно и конструктивно.

Любой запрос на консультацию медицинского психолога должен иметь четкую цель – аналогично назначению врачом различных видов обследования, то есть какую именно задачу хочет решить клиницист, получив информацию от психолога.

Одной из основных задач медицинского психолога в клинике внутренних болезней является диагностика и участие в лечебно-реабилитационной работе.

Медицинский психолог:

1. Проводит диагностику когнитивных (познавательных) функций (память, гнозис, интеллект, речь, праксис) с оценкой степени нарушений (легкий когнитивный дефицит, умеренный, выраженный – деменция).
Снижение в разной степени когнитивных функций может нарушать восприятие пациентом информации, возникает ее забывание, недопонимание смысла, на фоне чего в представлении пациента может создаваться искаженное восприятие картины болезни, формироваться завышенные ожидания по поводу лечения или в силу недостаточной критики недооценка либо переоценка собственных возможностей. Как результат – несоблюдение временного охранительного режима.

2. Проводит диагностику и коррекцию эмоционально-личностной, мотивационно-волевой сферы – используя методы клинической беседы, наблюдения, стандартизированные шкалы и опросники с балльной системой оценки степени выраженности нарушений тревоги и депрессии. Знание первичных нарушений позволяет понять, что на самом деле является причиной слез пациента: физическая боль, душевные страдания, связанные с утратой своей целостности, наличие размытых перспектив по поводу дальнейшей жизни и т.д.

Неспецифические методы воздействия на психику пациента базируются на принципах медицинской деонтологии и доступны каждому медицинскому специалисту независимо от специальности:

- Для снижения эмоциональной напряженности, уменьшения ситуативной тревоги используются: доступное пациенту информирование, разъяснение, отвлечение, невербальные методы коммуникации и другие способы воздействия.
- Для повышения активности и мотивации к выздоровлению важна мобилизация внутренних ресурсов пациента, подчеркивание того, что ему уже сейчас доступно и что в этом достигнутом есть его личное участие. Пациента необходимо вовлекать в те виды деятельности, которые допустимы по его состоянию. Важным является отвлечение от своих внутренних переживаний по поводу болезни, таким образом стимулируется психическая активность, формируется личное участие в процессе реабилитации и принятие ответственности за собственное здоровье.
- В беседах с больным необходимо подчеркивать, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен его собственным отношением к болезни и лечению. Озвучивать реально достижимые цели в конкретный временной период, уточнять, как сам пациент видит процесс выздоровления. Таким образом можно понять ожидания пациента, сформировать адекватное отношение к заболеванию и его возможным последствиям.

Врач-психиатр:

1. Имеет высшее медицинское образование, часто дополнительную специализацию по психотерапии, назначает медикаментозное лечение, устанавливает диагноз. В его компетенции входят случаи, когда пациенты:
- не контролируют свои действия, не поддаются словестной коррекции;
- находятся в суицидальном риске или после суицидальной попытки;
- имеют депрессивные, тревожно-фобические расстройства, нарушения сна, истерические приступы, ПТСР, неврозы;
- имеют психические расстройства (галлюцинации, бредовые идеи и др.).

«Если у человека есть «зачем» жить, он может выдержать любое «как».

Фридрих Ницше

● ● ●

Александр Дорожкин,

врач-психиатр ККБ:

В данном высказывании великий немецкий философ рассуждает о значимости наличия у личности четких жизненных целей. Фридрих Ницше убежден в том, что если человек поставит перед собой такие цели, то на пути к ним он сможет преодолеть любые трудности и препятствия.

Все мы помним сюжет «Повести о настоящем человеке» Бориса Полевого, когда летчик Мересьев после длительного лечения и ампутации ног приложил неимоверные усилия, для того чтобы сделать практически невозможное: вернулся в строй и вновь стал сбивать вражеские самолеты. Он заново учился ходить, занимался физическими упражнениями, превозмогая невыносимую боль. И наоборот, в романе В.П. Астафьева «Прокляты и убиты» один из главных героев, лейтенант пехоты, направленный в санитарном поезде на восток страны, умирает от ранения, которое, по всем расчетам медиков, должно было закончиться полным выздоровлением. Но герой этой истории, в отличие от Мересьева, вероятно, переживает тяжелую депрессию, чувствует эмоциональное опустошение как проявление посттравматического стрессового расстройства. «Ему незачем больше жить». И он тихо угасает на руках у медицинских сестер.

На примере этих литературных героев можно увидеть, какое важное значение имеет эмоциональное состояние, мотивация, наличие смысла и цели жизни у пациента, который проходит этап восстановления или реабилитации после тяжелого заболевания или смертельно опасного ранения. В тот момент, когда уже кажется, что кризис миновал и жизни больного ничего не угрожает, апатия и депрессия могут погубить или оставить инвалидом пациента, имеющего шанс на полное выздоровление и полноценный возврат к нормальной жизни.

Вот почему психологи, нейропсихологи, психотерапевты и психиатры играют важную роль в определении и поддержании реабилитационного потенциала пациента. Реабилитационный период имеет такое же важное значение, как и активное проведение хирургических или терапевтических методов лечения.

В зависимости от состояния пациента врач-психиатр может принимать активное участие в работе реабилитационной команды. Психолог или психотерапевт обращают внимание на то, что снижение реабилитационного потенциала может быть обусловлено теми или иными психическими расстройствами, которые могут протекать скрыто для врачей других специальностей. Врач-психиатр обладает специальными знаниями и опытом, а также глубоким знанием психопатологии, чтобы распознать или заподозрить наличие депрессии, суицидальных мыслей либо преобладание органических поражений головного мозга, что будет формировать определенную клиническую картину. Иногда важно понимать наличие уже существовавших особенностей личности: непсихотических психических расстройств либо химических зависимостей, которые также будут влиять на время и качество процесса реабилитации, либо формирование вторичной выгоды, либо рентных установок, приобретение каких-либо выгод, например, статуса инвалида, дающего определенные материальные и социальные бонусы, что часто бывает характерно для инфантильных личностей с истероидной организацией. Иногда пациенты могут проявлять агрессию по отношению к врачам и медицинскому персоналу, предъявлять нереалистичные ожидания к процессу лечения и реабилитации, предпринимают попытки навязать свои представления о том, как должен строиться лечебно-диагностический и реабилитационный процесс.

Подобные субъективные воззрения и попытка идти на поводу у пациента только вредят само-

му пациенту и максимально осложняют процесс реабилитации и выздоровления. Каждый такой случай имеет сугубо индивидуальный характер, здесь врач-психиатр также принимает участие в формировании реабилитационной стратегии и определенной линии поведения медперсонала. Опять же, в интересах пациента.

В то же время врач-психиатр привлекается в случае развития реактивных психозов, связанных с повышенным риском совершения пациентом суицидальных попыток либо общественно опасных действий, а также в случае выявления грубых когнитивных нарушений, которые могут протекать незаметно для окружающих, но тоже приводят к общественно опасным действиям, которые пациент может совершить ввиду сниженной критики и непонимания фактического характера своих действий.

Психиатр имеет глубокие представления о норме и психопатологии, знания о закономерностях развития и течения психических расстройств. Он может подобрать необходимое лечение, опираясь на свои знания о психофармакологии.

Соответственно, врач-психиатр необходим в следующих ситуациях:

- когда поведение пациента приобретает общественно опасный характер и становится сложно прогнозируемым, непонятным и непредсказуемым;
- когда известно о попытке суицида, или когда пациент находится в стационаре после суицидальной попытки;
- когда мы можем диагностировать тяжелую депрессию;
- когда нужно дифференцировать невротический и психотический уровни нарушения психики;
- в случаях тяжелого посттравматического стрессового расстройства;
- когда известно, что пациент страдает каким-либо тяжелым психическим заболеванием (шизофрения, биполярное расстройство, расстройство личности (психопатия) в стадии декомпенсации);
- когда врачи других специальностей подозревают у больного наличие нарушений мышления в виде бредовых или сверхценных идей, которые мешают процессу лечения и реабилитации.

Также врач-психиатр выступает в роли консультанта при назначении терапии психотропными препаратами для достижения максимальной эффективности и снижения побочных эффектов. Первым этапом, когда психиатр приходит к пациенту, он проводит диагностическую работу: определяет выраженность и тяжесть проявлений. Дальше происходит, можно сказать, сортировка, когда врач определяет, может ли пациент находиться в палате отделения, или его в силу высокого риска агрессивного поведения (представляет опасность для себя или соседей по палате, медперсонала) необходимо перевести в специализированное медучреждение или в отделение реанимации, где есть возможность проведения седации, шире возможности проведения психотропной терапии, есть круглосуточное наблюдение, таким образом, можно регулировать уровень активности пациента. Существует ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», которая разъясняет основания для госпитализации в психиатрическую клинику в недобровольном порядке.

Разумеется, здесь нужно руководствоваться интересами пациента с точки зрения наилучшей терапии как его психического состояния, так и соматического. Поэтому в одних случаях, при серьезных соматических нарушениях, целесообразнее пациента оставить в многопрофильной клинике с применением психотропной терапии, рассчитывая на то, что его психические нарушения будут носить транзиторный характер, в других – направить в профильную психиатрическую клинику. Это решает консилиум из трех врачей: психиатра, лечащего врача и реаниматолога. В наиболее сложных ситуациях к решению подключаются заведующий отделением и начмед.

Психические нарушения склонны к рецидивированию. Если мы знаем, что у пациента уже был эпизод, мы должны понимать: вероятность возникновения психопродукции у такого больного выше, чем у общего числа пациентов.

Обычно эпизоды, которые выливаются в широко обсуждаемые инциденты, возникают по двум причинам: персонал не смог адекватно оценить психическое состояние пациента, либо оно было настолько подвижным и изменчивым, что также создало трудности в оценке (такое часто бывает при сосудистой патологии).

Поэтому нам, специалистам, работающим с психикой пациента, предстоит создать дополнительные учебные и инструкционные материалы для большей осведомленности персонала о проявлениях психических нарушений и их отличиях от психологических.

Профилактические осмотры несовершеннолетних

М.Ю. Маслова, Е.П. Горбылева
КГБУЗ «КГДБ №8»

В целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей ежегодно в нашем учреждении проводятся профилактические осмотры в установленные возрастные периоды.
Основным нормативным документом для проведения осмотров является приказ Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
На 2022 год в КГБУЗ «КГДБ №8» было запланировано проведение 70 705 профилактических медицинских осмотров. Выполнено 71 196 комплексных осмотров, что составило 100,6% от запланированных. На 2-й этап были направлены 80 человек для проведения дополнительных обследований и консультаций.

Количество детей, прошедших 1 этап диспансеризации			**Количество детей, направленных на 2 этап**		**Количество детей, прошедших 2 этап**		**Количество детей, завершивших диспансеризацию**	
план	**факт**	%	**направлены**	%	**факт 2 этапа**	**2 этап %**	**факт**	%
70 705	71 196	100,6	80	0,1	77	96,2	71 193	**99,9**

По результатам осмотров впервые выявлено 5307 заболеваний, всего зарегистрировано 46 857.
В структуре впервые выявленной патологии по результатам проведенных осмотров:
- первое место занимают болезни костно-мышечной системы (27,9%);
- второе место – болезни глаза и его придаточного аппарата (20,7%);
- третье место у болезней эндокринной системы (16,4%).

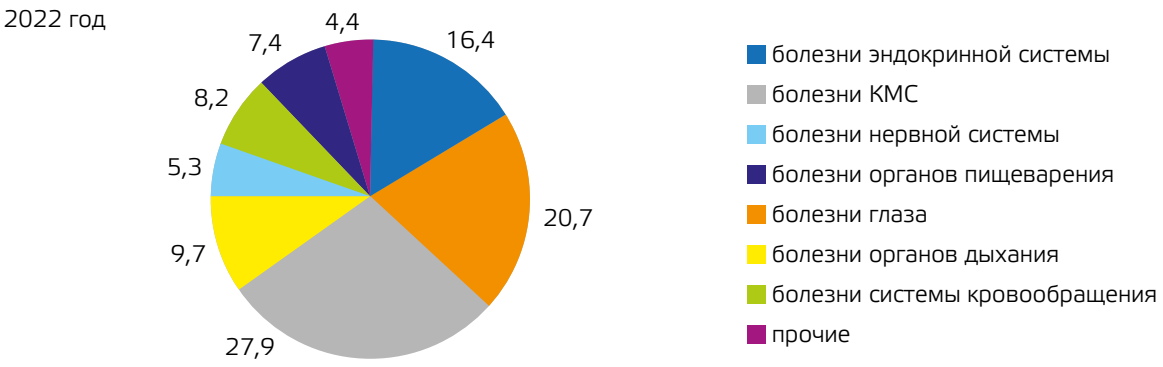


Рис. 1. Структура впервые выявленной патологии за 2022 год

В структуре общей заболеваемости:
- первое место занимают болезни костно-мышечной системы (26,3%);
- второе место – болезни глаза и его придаточного аппарата (20,7%);
- третье место у болезней эндокринной системы (12,1%).

По результатам проведенных профилактических осмотров в 2022 году по КГБУЗ «КГДБ №8» нуждались в дополнительных консультациях и исследованиях в амбулаторных условиях 14 494 человека (20,4%), проведены исследования 13 309 человек (91,8%). В условиях стационара нуждались в проведении дополнительных консультаций и исследований 738 человек (5,1%), все дети обследованы.

Распределение прошедших 1-й этап диспансеризации в 2022 году по группам здоровья: I – 30,4%, II – 51,3%, III – 16,4%, IV – 0,04%, V – 1,7%.

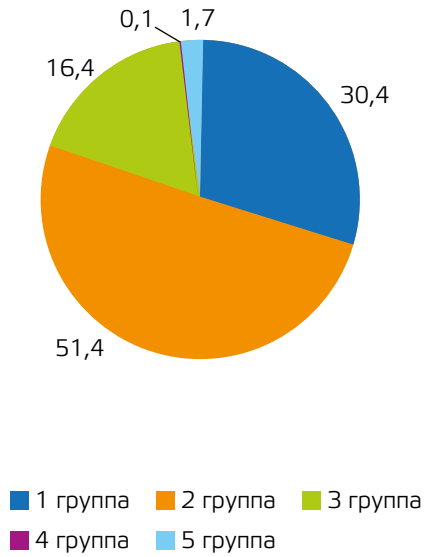


Рис. 2. Распределение детей по группам здоровья из числа прошедших диспансеризацию в 2022 году

В рамках национального проекта **«Здравоохранение»** регионального проекта **«Развитие детского здравоохранения Красноярского края»**, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи, в 2022 году по учреждению охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15-17 лет составил:

девочки:
- подлежало осмотру 5553;
- прошли медицинский осмотр 4368;
- прошли медицинский осмотр акушером-гинекологом 4363 (99,8%);
- осмотренных от всех подлежащих – 78,5%.

мальчики:
- подлежало осмотру 5390;
- прошли медицинский осмотр 4284;
- осмотрены детским урологом-андрологом 4283 (99,9%);
- осмотрено от всех подлежащих – 79,4%.

Углубленный профилактический осмотр подростков 15-17 лет способствует раннему выявлению и лечению имеющейся патологии и предотвращению нарушения репродуктивного здоровья в будущем путем профилактических и реабилитационных мероприятий. С подростками также проведена разъяснительная работа по рациональному репродуктивному поведению, профилактике неплановой беременности, здоровому образу жизни.

В течение 3-х лет в структуре выявленной патологии у детей преобладают заболевания костно-мышечной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, а также болезни эндокринной системы. Состояние здоровья детей за 3 года заметно ухудшилось: процент абсолютно здоровых детей (I группа здоровья) уменьшился на 14,7%, количество детей с функциональными состояниями (II группа здоровья) увеличилось на 6,4%, а число имеющих хронические заболевания (III-V группы здоровья) выросло на 13,1%.

Случай успешного экстренного эндопротезирования аортального клапана у пациента с критическим аортальным стенозом

А.Е. Рязанов, В.А. Мосина, К.В. Кочкина, Н.В. Литвинюк, О.Б. Маштакова, Е.Р. Вейсвер, Я.И. Вериго

КГБУЗ «Краевая клиническая больница», ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Введение

Аортальный стеноз (АС) – это порок сердца, сопровождающийся деформацией створок и/или сужением клапанного отверстия. Гемодинамические изменения при АС характеризуются значительным увеличением постнагрузки левого желудочка вследствие препятствия систолическому кровотоку на уровне устья аорты с развитием концентрической гипертрофии миокарда и сначала диастолической, а затем и систолической сердечной недостаточности с гипоперфузией большого круга кровообращения, высоким риском развития аритмий [1,2].

Проблема аортального стеноза приковала к себе внимание около 300 лет назад и связана со смертью парижского портного Боннета. Человек среднего возраста умер внезапно, чем и вызвал интерес врача: на вскрытии было обнаружено изолированное поражение и чрезвычайная костная плотность створок аортального клапана. В 1863 году Рудольф Вирхов обнаружил в створках кальцинированного клапана аорты костную ткань с участками микропереломов и функционирующим костным мозгом. Он впервые обозначил данный процесс как оссификацию, отграничив ее от типичного кальциноза в ответ на проникновение инородного тела. В 1904 году Менкеберг при описании массивной петрификации клапанов аорты у пациентов старческого возраста выдвинул теорию «износа» как причины поражения клапанов и ввел термин «сенильная дегенерация» [3].

Самая частая причина АС у взрослых – кальцификация створок нормального трехстворчатого или врожденного двухстворчатого клапана. При ревматическом поражении аортального клапана (АК) формируются фиброз, кальциноз створок, спаянные комиссуры и створки. Ревматический АС почти всегда сочетается с поражением митрального клапана. Аортальный стеноз у пациентов с врожденным двустворчатым клапаном обычно проявляется в позднем возрасте (около 50 лет). Если створки спаяны или их развитие неполное, турбулентный поток крови травмирует их, и со временем развиваются фиброз и кальциноз. Дегенеративный кальциноз на сегодняшний день считается ведущей причиной стеноза аортального клапана [1]. В патогенезе развития кальциноза играют роль повреждение эндотелия и накопление липидов, в особенности липопротеин (а) [4].

Течение аортального стеноза характеризуется длительным латентным периодом, когда нарастает обструкция и гипертрофия левого желудочка. Характерная клиническая триада аортального стеноза включает в себя стенокардию, синкопальные состояния и одышку [5]. При отсутствии хирургической коррекции порока средняя продолжительность жизни пациентов с симптомным тяжелым аортальным стенозом составляет от 2 до 5 лет, 15-20% этих больных умирают внезапно [6].

Протезирование аортального клапана остается второй по востребованности операцией в кардиохирургической практике. Например, в 2016 году в России из 52 377 операций на сердце у взрослых доля аортокоронарного шунтирования составила 70,5%, а доля протезирования

АК – 11,6% (около 6000 операций) [7]. Обоснованное желание снизить летальность у пациентов старшей возрастной группы и расширить показания к устранению аортального порока у пациентов со значимой сопутствующей патологией привело к разработке менее агрессивных методов замены АК. В 2002 году был предложен метод транскатетерной имплантации протеза аортального клапана (Transcatheter Aortic Valve Implantation – TAVI) [8], не предусматривающий использование ИК. С 2011 года процедура эндоваскулярного протезирования аортального клапана внедрена и успешно проводится врачами сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Красноярска [9]. Мы представим клинический случай успешного экстренного проведения имплантации TAVI пациенту с критическим аортальным стенозом.

Описание клинического случая

Пациент К. 70-ти лет поступил 20 апреля 2022 года в приемное отделение Красноярской краевой больницы с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, а также на отеки нижних конечностей, слабость, периодическое головокружение, уменьшение количества отделяемой мочи. Вот что удалось выяснить из анамнеза: клиника артериальной гипертензии длительная, показатели АД не контролирует, стенокардия напряжения на уровне 3 ф.к., прогрессирует в течение нескольких месяцев. В начале 2022 года проходил стационарное лечение по месту жительства по поводу двусторонней пневмонии и декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). По ЭхоКГ с места жительства выявлен аортальный стеноз с максимальным градиентом на АК до 50 мм рт.ст., на ЭКГ– полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ). Из сопутствующей патологии – сахарный диабет 2-го типа. При компьютерной томографии органов брюшной полости выявлено объемное образование левого надпочечника, правой почки (t-r?), множественные кисты почек, конкременты почек. Пациент был направлен на диагностическую коронароангиографию (КАГ) для определения степени поражения коронарных артерий и тактики дальнейшего ведения. Результаты КАГ от 31.03.2022: критический стеноз 1/3 ПКА. После КАГ у пациента наблюдались выраженная слабость, склонность к гипотонии, острая задержка мочи, которая разрешилась на фоне консервативной терапии. От дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара пациент отказался.

Дома состояние прогрессивно ухудшалось, с 16 по 19 апреля мужчина находился в районной больнице по поводу декомпенсации сердечной недостаточности. 20 апреля обратился к кардиохирургу в поликлинику ККБ. При осмотре были обнаружены признаки декомпенсации ХСН, одышка, выраженные отеки нижних конечностей, гипотония. Учитывая декомпенсацию сердечной недостаточности, пациент прямо с приема был госпитализирован в отделение кардиологии №1.

При дообследовании у него выявлено изолированное повышение уровня тропонина –1532,100 пг/мл, при нормальном уровне МВ-КФК – 23 ед/л, вероятно, связанное с декомпенсацией ХСН, повышение креатинина до 175 мкмоль/л, мочевины – 27,3 ммоль/л, калия – 5,1 ммоль/л, АСТ -171 ед/л, АЛТ – 400 ед/л, билирубина – 46 мкмоль/л, анемия легкой степени. По данным ЭхоКГ в динамике: градиенты давления на АК 130/66 мм рт. ст. (градиент может быть недооценен из-за низкой ФВ). Аортальная недостаточность 1-2 ст. Показатели ЛЖ (Симпсон): КДО 167 мл, КСО 93 мл, УО 73 мл, ФВ 44%. Участки гипокинезии 1,5,6,11 сегментов ЛЖ. Митральная недостаточность 3 ст. (S 15,4 см2; V 42 %).

Трикуспидальная недостаточность 2 ст. (S 6,0 кв.см; V 24%). СДЛА 60 мм рт. ст. НПВ 2,6 см, расширена; коллабирует менее 50%. Перикардиального выпота нет. В остальном без динамики от 31.03.2022 года.

При ультразвуковом исследовании: в плевральной полости справа свободная жидкость объемом около 470 куб.см.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 85 в минуту, ГЛЖ, ПБЛНПГ.

Допплеровское исследование сосудов конечностей: атеросклероз брахиоцефальных артерий (стеноз ВСА справа 75%). Атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз ЗБА слева 70%).

Учитывая клинически значимый критический аортальный стеноз и тяжелый коморбидный фон (стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, стенокардия напряжения 3 ф.кл, ХСН IIБ ст с умеренно сниженной ФВ (44%), выраженная легочная гипертензия СДЛА 60 мм рт.ст., сахарный диабет 2-го типа, атеросклероз брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей, ХБП, МКБ, анемия) коллегиально с рентгенхирургами принято решение о проведении эндоваскулярного протезирования аортального клапана и стентирования коронарных артерий по жизненным показаниям. Учитывая высокую азотемию, во избежание развития контраст-индуцированной нефропатии вмешательства планировалось провести в два этапа. Больной был консультирован заведующим отделением хронического гемодиализа, даны рекомендации по подготовке, при необходимости возможно проведение гемодиализа.

Была начата терапия ХСН, пациента стали готовить к оперативному вмешательству.

Несмотря на проводимую терапию отмечалась отрицательная динамика: прогрессирование одышки, усиливающейся в положении лежа, нарастание отеков, слабость, тенденция к гипотонии. Утром 25.04.2022 года значительно усилилась одышка, наросли отеки, несмотря на диуретическую терапию. Судя по лабораторным данным, прогрессировала полиорганная недостаточность. Осмотр показал, что больной находится в положении ортопноэ, по всем полям сухие хрипы, гипотония (АД 80/50 мм рт. ст.), диурез за сутки составил 1200 мл. Срочно собран консилиум с рентгенхирургом, на котором принято решение: по жизненным

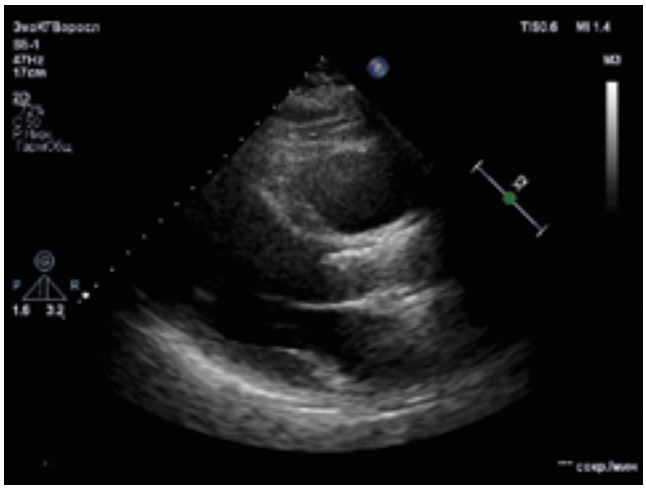


Рис. 1. ЭхоКГ пациента К. после операции. Парастернальная позиция по длинной оси, В-режим. В проекции АК визуализируется протез CoreValve

показаниям экстренное проведение реканализации правой коронарной артерии, экстренная вальвулопластика аортального клапана с интраоперационным решением вопроса об имплантации протеза аортального клапана. В этот же день 25.04.2022 в 12:50 пациент был подан в рентгеноперационную. Ему выполнена аортография. Принята попытка катетеризации ПКА: через бедренный доступ катетерами JR, AR, AL селективно катетеризировать артерию не удалось.

Хирургической бригадой повторно проанализирована КАГ пациента: учитывая левый тип кровоснабжения миокарда, дальнейшие попытки катетеризации данной артерии на фоне декомпенсации сочетанного порока аортального клапана (критический стеноз со значимой недостаточностью III степени) нецелесообразны.

По данным измерения инвазивного давления: ЛЖ 178/20 мм рт.ст., Ао 88/49 мм рт.ст. – градиент на АК 90 мм. рт. ст. Проводник Amplatz Super-Stiff проведен в полость ЛЖ. В условиях навязанного ЧСС 180 уд. в мин. выполнена вальвулопластика баллонным катетером диаметром 25 мм. По данным инвазивного измерения – градиент на АК 50 мм. рт. ст. Учитывая высокий остаточный градиент и высокую степень аортальной недостаточности, принято решение о выполнении эндопротезирования аортального клапана. Установлен аортальный протез CoreValve Evolut R – 34 мм. После операции на контрольной ЭхоКГ от 26.04.2022 КДР ЛЖ 5,3 см, ФВ 43 % (по Тейхольц).

В проекции АК тень протеза (рис. 1). Максимальные градиенты давления на АК 19/11 мм рт. ст., трансклапанная регургитация 2 ст. Максимальные градиенты давления на МК 9/3 мм рт. ст., регургитация МК 2-3 ст. S по Допплеру 2,7 кв.см. Недостаточность ТК 2 ст. Минимальная легочная гипертензия, СДЛА 35 мм рт. ст. НПВ -2,4 см, (коллабирует менее 50%). Минимальное заднее ЭХО-свободное пространство 0,4 см.
В послеоперационном периоде состояние больного с положительной динамикой: уменьшение одышки, слабости, стабилизация АД, дыхание жесткое, хрипов нет, диурез достаточный. По лабораторным показателям снизились в 2 раза тропонин, АЛТ (215 ед/л) и АСТ (69 ед/л), билирубин, нормализовался уровень калия.

Таким образом, после коррекции порока значительно уменьшились проявления ХСН, улучшились лабораторные показатели без дополнительных медикаментозных назначений. 27 апреля пациент был переведен в отделение кардиологии №1. За время наблюдения состояние стабильное, одышка, отеки нижних конечностей отсутствуют, АД на уровне 110-120/70 мм рт. ст., увеличилась физическая активность, по ХСН больной максимально компенсирован. Подобрана терапия, и 04.05.2022 больной в стабильном состоянии был выписан из стационара под наблюдение участкового терапевта и кардиолога.

Заключение

Внедрение менее инвазивных и более щадящих методик протезирования аортального клапана (транскатетерная имплантация без искусственного кровообращения) позволяет добиться хороших непосредственных результатов у пациентов старшей возрастной группы с высоким риском оперативного лечения. Потребность в данном виде вмешательства растет. Только за 2022 год на базе кардиологического отделения №1 ККБ проведено 9 операций имплантаций TAVI и запланировано 7 вмешательств нуждающимся пациентам с критическим аортальным стенозом. Представленный пример демонстрирует возможность успешного использования данного метода в ургентной ситуации (декомпенсации ХСН, развитии отека легких) в результате слаженной командной работы кардиологов, рентгенхирургов, анестезиологов, врачей функциональной диагностики.

Список литературы

1. Dare AJ, Veinot JP, Edwards WD, Tazelaar HD, Schaff HV. New observations on the etiology of aortic valve disease: a surgical pathologic study of 236 cases from 1990 Hum Pathol 1993; 24:1330–8

2. Комлев А.Е., Саидова М.А., Имаев Т.Э., Шитов В.Н., Акчурин Р.С. Гемодинамические варианты тяжелого аортального стеноза. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2020;16(5):822-830.

3. Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Чипигина Н.С. и др. Кальцинированный аортальный стеноз: известные факты и перспективные исследования. Клиницист 2020;14(1–2):34–41

4. Vassiliou V.S., Flynn P.D., Raphael C.E. et al. Lipoprotein(a) in patients with aortic stenosis: insights from cardiovascular magnetic resonance. PLoS One 2017;12(7):0181077.

5. Lindman B.R., Bonow R.O., Otto C.M. Current management of calcific aortic stenosis. Circ Res 2013;113(2):223–37.

6. Nishimura R.A., Otto C.M., Bonow R.O. et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease. J Am Coll Cardiol 2014;63(22):57–185

7. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., Милиевская Е.Б. и др. Сердечно-сосудистая хирургия – 2016. М.: Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. 2016.

8. Chandola R., Teoh K., Elhenawy A., Christakis G. Perceval Sutureless valve – are Sutureless valves here. Curr. Cardiol. Rev. 2015; 11(3): 220–228. PMID: 25394851.

9. Кочкина К.В., Кочкина Т.А., Маштакова О.Б., Усик Г.А., Мызников А.В., Кулаков Ф.С., Малышкин Д.А., Сидоренко А.В., Евтягин С.Е., Протопопов А.В. Эффективность и безопасность одномоментных эндоваскулярных вмешательств при транскатетерной имплантации аортального клапана. Российский кардиологический журнал. 2016;(11):41-46.

Клинические случаи хирургического лечения стенозов сонных артерий в остром периоде ишемического инсульта с применением специализированного операционного микроскопа

А.Н. Снегирёв[2], Ю.Я. Пестряков[2], П.Г. Шнякин[1,2], А.В. Канашин[2], Н.Ю. Карпова[2], М.А. Федорченко[2], А.В. Малицкий[2]

1. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии ПО Министерства здравоохранения РФ.

2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск.

Аннотация

Острые цереброваскулярные заболевания являются большой медицинской и социальной проблемой нашего времени. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям, в развитых странах инсульт является основной причиной инвалидизации и второй-третьей причиной общей смертности. В России смертность от инсульта и другой цереброваскулярной патологии, в структуре общей смертности, составляет 39%, уступая лишь кардиальной патологии. Ежегодно в мире церебральный инсульт поражает от 5,6 до 6,6 млн человек и уносит 4,6 млн жизней. В нашей стране таких случаев 2,5–3 на 1000 населения в год, показатель смертности – 1,7 на 1000 населения (один из наиболее высоких в мировой статистике). По международным эпидемиологическим данным (World Development Report), отмечается омоложение инсульта с увеличением его распространенности на лиц трудоспособного возраста до 60 лет. Только 8% пациентов после инсульта могут вернуться к обычной работе и жизни, что и делает эту проблему особо острой.

Несмотря на все старания медработников мы получаем далекие от идеала результаты, и приходится тратить огромные деньги на дальнейшее лечение и реабилитацию этой категории пациентов. Настоящая ситуация требует разработки превентивных мер для устранения факторов риска и лечения ишемического инсульта. Одной из ведущих патогенетических причин инсульта является атеросклероз артерий. В структуре общего инсульта атеротромботический подтип занимает 30%, что и делает проблему актуальной.

По данным отечественной и доступной англоязычной литературы, первичная профилактика инсульта – это во многом не только задача медиков, но и одна из общих задач социума. Как раз вторичная профилактика демонстрирует отлаженную командную работу медработников в структуре сосудистого центра, чему и хотелось уделить внимание в описании клинического случая.

24.05.2019 в приемный покой Краевой клинической больницы Красноярска поступил мужчина 1958 года рождения. Он жаловался на слабость в левых конечностях, а также отметил, что сила в руке наросла, но в ноге слабость оставалась. В анамнезе около недели назад была отмечена некоторая слабость в левых конечностях, которая регрессировала в течение нескольких часов, но тогда пациент к врачам не обращался.

При поступлении в ККБ мужчине выполнена МСКТ головного мозга, по результатам которой очаговых изменений вещества головного мозга обнаружено не было. По данным УЗИ ДС ЦДК определяется стеноз внутренней сонной артерии до 80% справа и до 70% слева. Пациента осмотрел невролог, который поставил диагноз: «ишемический инсульт с левосторонним гемипарезом». По данным МСКТА БЦА: на КТА определяются стенозы проксимальных сегментов ВСА с обеих сторон до 75%. Извитость экстракраниальных сегментов обеих ВСА. Стеноз V4 сегмента левой позвоночной артерии до 60%. Диагноз пациента обсудили коллегиально сотрудники нейрохирургического отделения Краевой клинической больницы, и было принято решение о проведении оперативного лечения в два этапа.

Первый этап – реконструктивное вмешательство на экстракраниальном отделе сонной артерии, каротидная эндартерэктомия ВСА справа с использованием микроскопической ассистенции (микроскоп Pentero). Второй этап – не ранее чем через месяц. Он предполагал реконструктивное вмешательство на экстракраниальном отделе сонной артерии, каротидную эндартерэктомию ВСА слева с использованием микроскопической ассистенции (микроскоп Pentero).

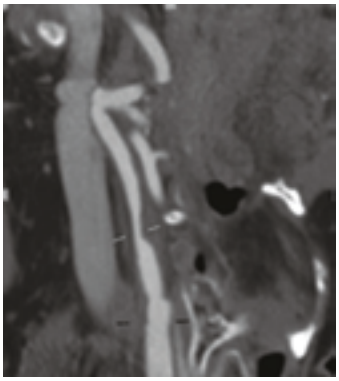


Рис. 1. Данные МСКТА БЦА при дообследовании: определяются стенозы проксимальных сегментов ВСА с обеих сторон до 75%

Рис. 2. Фото из операционной. Оперирует Александр Николаевич Снегирёв

29.05.2019 выполнено оперативное лечение в объеме: каротидная эндартерэктомия ВСА справа с использованием микроскопической ассистенции (микроскоп Pentero) с наложением временной шунтирующей системы (LeMaitre).

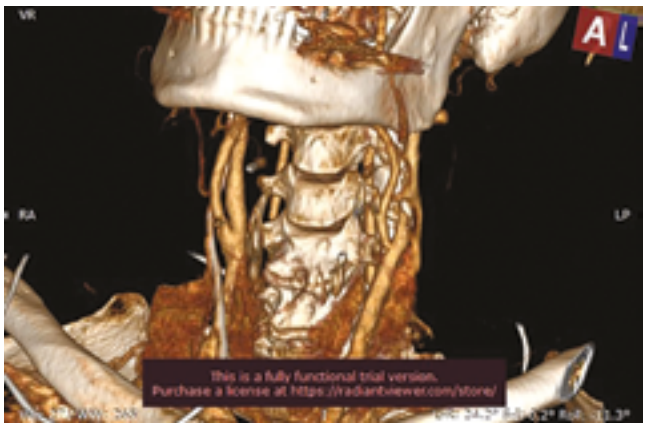


Рис. 3. Данные МСКТА БЦА после реконструкции. Ход артерии полностью восстановлен

Послеоперационный период протекал без осложнений. Второй этап реконструктивной хирургии ВСА с противоположной стороны выполнен через месяц.

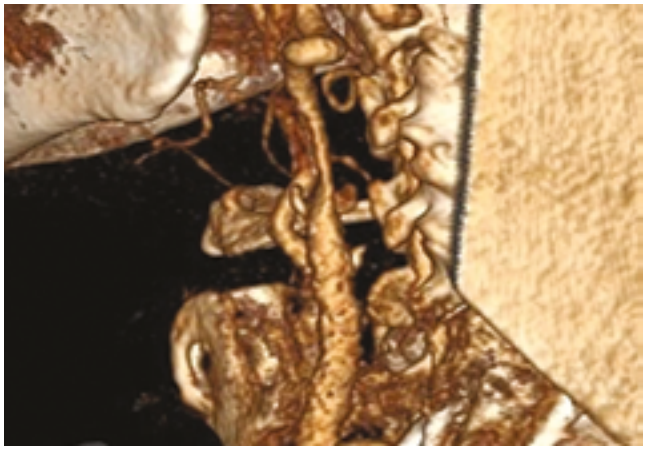


Рис. 4. Данные МСКТА БЦА при поступлении на второй этап. Стеноз внутренней сонной артерии слева 75%

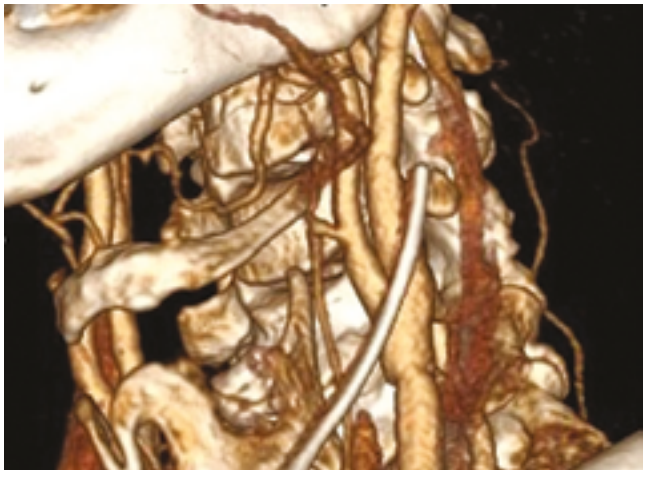


Рис. 5. Данные МСКТА БЦА после реконструктивной хирургии. Просвет внутренней сонной артерии восстановлен

Пациент выписан из отделения нейрохирургии с дальнейшими рекомендациями в стабильном состоянии без неврологического дефицита, продолжается его наблюдение в кабинете вторичной профилактики инсульта ККБ у невролога.

Второе клиническое наблюдение

Пациентка С., 61 год. С 24.04.2022 перенесла ОРВИ, на фоне общего недомогания обратила внимание на развитие слабости и неловкости в левой руке. 04.05.2022 в связи с сохраняющимися жалобами обратилась за медицинской помощью. Была осмотрена неврологом в приемно-диагностическом отделении. Вынесен диагноз: «ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии». По данным МСКТ головного мозга от 04.05.2022 КТ – картина ОНМ по ишемическому типу в правой теменной доле.

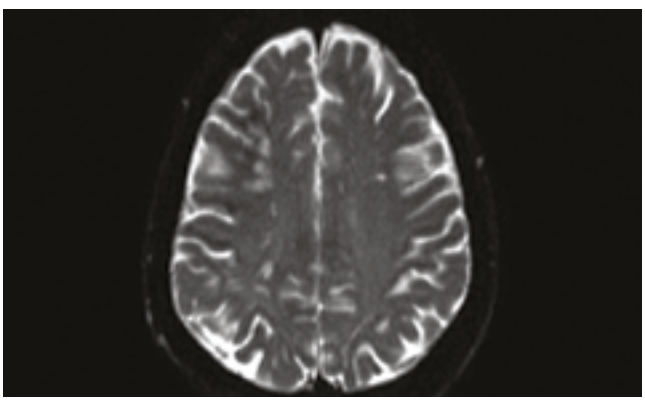


Рис. 6. По данным МРТ в теменной доле справа определяются участки ишемических изменений

Рис. 7. Объемная реконструкция брахиоцефальной артерии, демонстрирующая наличие критического стеноза внутренней сонной артерии справа

Рис. 8. Гемодинамически значимый выраженный стеноз ВСА слева

11.05.2022. Реконструктивное вмешательство на экстракраниальном отделе правой внутренней сонной артерии. Каротидная эндартерэктомия внутренней сонной артерии справа с микроскопической ассистенцией.

Рис. 9. Объемная реконструкция ангиографии брахиоцефальных артерий, демонстрирующая восстановление просвета внутренней сонной артерии справа

Рис. 10. Объемная реконструкция ангиографии брахиоцефальных артерий, демонстрирующая восстановление просвета внутренней сонной артерии слева

Послеоперационный период протекал стандартно, без осложнений. Выполнено МСКТА БЦА: состояние после каротидной эндартерэктомии справа, атеросклеротическая бляшка из просвета удалена, просвет ВСА справа восстановлен.

Учитывая наличие симптомного критического стеноза ВСА справа, пациентке показано проведение каротидной эндартерэктомии справа.

11.06.2022. Реконструктивное вмешательство на экстракраниальном отделе левой внутренней сонной артерии. Каротидная эндартерэктомия внутренней сонной артерии слева с микроскопической ассистенцией.

Послеоперационный период протекал стандартно, без осложнений. В послеоперационном периоде выполнена МСКТА БЦА: состояние после КЭЭ слева, просвет левой ВСА восстановлен. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара без неврологического дефицита.

Отчет о выполненных открытых реконструктивных операциях отделением нейрохирургии №1 за неполный 2022 год

В период с января по октябрь в отделении нейрохирургии №1 выполнено порядка 35 реконструктивных вмешательств без периоперационных осложнений, что показывает применение микронейрохирургической техники сосудистого шва с использованием микроскопической ассистенции оправданным в остром периоде нарушения мозгового кровообращения и выводит в Красноярском крае подход и стратегию, направленную на профилактику ишемического инсульта, на новый уровень.

Обсуждение

Каротидная эндартерэктомия является доказанным эффективным методом профилактики атеротромботического инсульта у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий. Оперативное вмешательство имеет хирургические риски. Хирургическое лечение стеноза сонной артерии проходит с использованием определения параметров оксиметрии головного мозга, определением скорости кровотока средней мозговой артерии на стороне операции, может быть использован нейрофизиологический мониторинг.
Невзирая на имеющиеся доступные методы, позволяющие оценивать функциональные показатели перфузии головного мозга во время операции, проблемы осложнений остаются достаточно актуальными. Общее количество осложнений не должно превышать 3-7%. Вероятно наступление транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта на фоне длительного пережатия артерии. По данным NASCET, ECST, ACST, допустимая средняя частота периоперационных ишемических осложнений для симптомных пациентов не должна превышать 6%, для асимптомных – 3%.

Одним из последних крупных исследований по КЭА, в котором отражены результаты периоперационных ишемических осложнений, является NYCASS (New York Carotid Atherosclerosis Surgery Study) [8]. В работе отмечен большой разброс частоты осложнений в зависимости от степени проявления хронической церебральной ишемии: среди асимптомных больных периоперационные инсульты встречались у 3%, среди пациентов с ТИА в анамнезе – у 6,5%, а среди пациентов с предшествующим инсультом – у 14,5%. Несмотря на высокую вероятность развития инсульта в периоперационном периоде, именно эти больные наиболее нуждаются в эндартерэктомии, так как риск повторных инсультов при естественном течении заболевания достигает 10% в первый год и 45-50% в течение последующих пяти лет.

Возможно развитие дисфункции черепно-мозговых нервов (подъязычного нерва) в силу взаиморасположения подъязычного нерва и протяженности стеноза, что требует более широкого хирургического «коридора». Дисфункция подъязычного нерва может сопровождаться дисфагией, дизартрией, асимметричным положением языка.

Среди осложнений могут наблюдаться внутричерепные кровоизлияния как проявления синдрома гиперперфузии головного мозга после реконструктивных вмешательств на экстракраниальном отделе сонной артерии. Частота развития синдрома гиперперфузии, по данным различных авторов, составляет 0,2-18,9%, а геморрагические осложнения отмечаются в 0,4-1,8% случаев [7,9,10,11]. Однако, учитывая наличие демографического старения населения, недостаточный контроль факторов риска

и отсутствие единой тактики выбора лечения у данной группы пациентов, а также степень инвалидизации и выраженности неврологических проявлений и уровень летальности (36-63%), возникающие в результате кровоизлияния, данная патология остается одной из актуальных проблем современности.

В отдаленном периоде среди осложнений могут наблюдаться рестенозы сонных артерий. Данные клинические наблюдения демонстрируют успешный хирургический этап вторичной профилактики атеротромботического ишемического инсульта. Такой подход демонстрирует командную работу неврологов и нейрохирургов, которая позволяет внедрять новые технологии в рутинную практику в первичных сосудистых центрах, направленных на вторичную профилактику атеротромботического инсульта на более современном уровне, и в целом дает возможность добиться снижения уровня ишемических инсультов.

Заключение

Применение микроскопической техники с использованием специализированного микроскопа позволяет:

- более тщательно выполнять эндартерэктомию с убедительным контролем обрывков интимы интраоперационно;
- избежать осложнений, связанных с повреждением невральных структур по ходу операционного доступа;
- исключить интра- и периоперационные проблемы (несостоятельность шва, образование гематом, тромбозы в области шва и т.д.), так как микрососудистый шов обладает более качественными характеристиками;
- осуществлять оказание оперативного пособия в более физиологичном и удобном положении для хирурга и ассистента.

В заключение хочется обратить внимание оперирующих нейрохирургов и сосудистых хирургов, а также рентгенхирургов нашего края, занимающихся хирургическим лечением стенозов сонных артерий, что в настоящее время ни один из типов вмешательства для атеросклероза сонных артерий не показал явное превосходство над другими.

Все методы хирургического лечения должны рассматриваться не как конкурентные, а как взаимодополняющие. Выбор типа хирургического вмешательства для каждого пациента должен быть индивидуальным и зависеть от множества факторов: тип и размер атеросклеротической бляшки, возраст и сопутствующие заболевания, аспекты локальной и сосудистой анатомии и т.д. Положительный эффект оперативного лечения данной патологии зависит не от того, являешься ты нейрохирургом, сосудистым хирургом или рентгенхирургом, а от работы в команде внутри сосудистого центра и постоянном взаимодействии, но никак не от конкуренции представителей этой команды (нейрохирурги и сосудистые хирурги).

Хочется также сказать, что таких больных должен оперировать тот, у кого это получается лучше, а будет это нейрохирург, сосудистый хирург, рентгенхирург или они будут работать совместно, не имеет принципиального значения. Хирургия мозговой реваскуляризации – эндартерэктомия и каротидное стентирование – должны быть рассмотрены не только как метод предотвращения ишемического инсульта, но и как метод лечения хронической церебральной ишемии.

Список литературы

1. Sundt, T.M. Carotid endarterectomy: Complications and preoperative assessment of risk / T.M. Sundt, B.A. Sandok, J.P. Whisnant // Mayo Clin Proc, 50(1975), pp. 300-304

2. Sundt, T.M. Correlation of cerebral blood flow and electroencephalographic changes during carotid endarterectomy: with results of surgery and hemodynamics of cerebral ischaemia / T.M. Sundt, F.W. Sharbrough, D.G. Piepgras et al. // Mayo ClinProc, 56 (1981), pp. 534-542

3. Wylie, E.J. Intracranial haemorrhage following surgical revascularization for treatment of acute strokes / E.J. Wylie, M.F. Hein, J.E. Adams // J. Neurosurg. 1964.Vol. 21. p. 212-214.

4. Leviton, A. Severe headache after carotid endarterectomy / A. Leviton, L. Caplan, E. Salzman // Headache. 1975. - Vol. 17. P. 207-209.

5. Spetzler, R.F. Normal perfusion pressure breakthrough theory / R.F. Spetzler, C. Wilson, P. Weinstein et al. // Clinical neurosurgery. 1978. Vol. 25. p. 651.

6. Wang, S., Han, J., Cheng, L., & Li, N. (2017). Risk factors and preventive measures of cerebral hyperperfusion syndrome after carotid artery interventional therapy. Experimental and Therapeutic Medicine, 14(3), 2517–2520.

7. Solomon RA, Loftus CM. Quest DO, Correll JW. Incidence and etiology of intracerebral hemorrhage following carotid endarterectomy. J Neurosurg. 1986: pp. 29-33.

8. Kirchoff-Torres, K. F., & Bakradze, E. (2018). Cerebral Hyperperfusion Syndrome After Carotid Revascularization and Acute Ischemic Stroke. Current Pain and Headache Reports, 22(4)

9. Van Mook WN, Rennenberg RJ, Schurink GW, van Oostenbrugg RJ, Mess WH, Hofman PA, et al. Cerebral hyperperfusion syndrome. Lancet Neurol. 2005;4(12):877–88.

10. Wang GJ, Beck AW, DeMartino RR, Goodney PP, Rockman CB, Fairman RM. Insight into the cerebral hyperperfusion syndrome following carotid endarterectomy from the national Vascular Quality Initiative. J Vasc Surg. 2017; 65(2):381–9.e2.Epidemiological study of the incidence, risk factors and sequelae of CHS in CEA patients.

11. Bouri S, Thapar A, Shalhoub J, Jayasooriya G, Fernando A,Franklin IJ, et al. Hypertension and the post-carotid endarterectomy cerebral hyperperfusion syndrome. Eur J Vasc Endovasc Surg: Off J Eur Soc Vasc Surg. 2011;41(2):229–37. Meta-analysis of postCEA CHS with evidence based treatment recommendations.

12. Анцупов К.А., Лаврентьев А.В., Виноградов О.А., Дадашов С.А., Марынич А.А. Особенности техники гломус-сберегающей эверсионной каротидной эндартерэктомии // Ангиология и сосудистая хирургия.

13. Анцупов К.А. Особенности техники гломус-сберегающей эверсионной каротидной эндартерэктомии / К.А. Анцупов, А.В. Лаврентьев, О.А. Виноградов //Ангиология и сосудистая хирургия. М., 2011. - Т. 17, № 2. - С. 119-123.

14. Беляев А.Ю. Синдром церебральной гиперперфузии после каротидной эндартерэктомии.

15. Буклина С.Б. Клинические и нейропсихологические аспекты атеросклеротических поражений магистральных артерий мозга // «Нейропсихология сегодня». М: Изд-во МГУ, 1995. – с. 120-135.

16. Kathryn F Kirchoff-Torres 1, Ekaterina Bakradze 2 Cerebral Hyperperfusion Syndrome After Carotid Revascularization and Acute Ischemic Stroke

17. Farooq MU, Goshgarian C, Min J, Gorelick PB. Pathophysiology and management of reperfusion injury and hyperperfusion syndrome after carotid endarterectomy and carotid artery stenting.

18. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade stenosis. N. Engl. J. Med. 1991;325: 445–53

19. Борисов, В.А. Сахарный диабет и мозговой инсульт / В.А. Борисов. С.П. Маркин // Журн. теорет. и практ. медицины. 2005. – № 1. – с. 16-20.

20. Покровский А.В., Белоярцев Д.Ф., Адырхаев З.А. Влияет ли способ каротидной реконструкции на непосредственные результаты вмешательства? Ангиология и сосудистая хирургия. 2012;18:3:81–91.

21. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of theMRC European Carotid Surgery Trial(ECST).Lancet. 1998; 351 (9113): 1379–87.

22. Tu JV, Wang H, Bowyer B, Green L, Fang J, Kucey D. Risk factors for death or stroke after carotid endarterectomy: observations from the Ontario Carotid Endarterectomy Registry. Stroke. 2003;34:2568-2573

23. Жулев Н.М., Яковлев Н.А., Кандыба Д.В., Сокуренко Г.Ю. Инсульт экстракраниального генеза. СПб 2004; 56.

24. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. и др. Принципы диагностики и лечения больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. М: Нервные болезни 2000; 8.

25. Антонов Г.И. Хирургическое лечение цереброваскулярной патологии, обусловленной заболеванием ветвей дуги аорты: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. СПб 1998.

26. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М: Медицина 1979; 367.

27. Усачев Д.Ю. Реконструктивная хирургия брахицефальных артерий при хронической ишемии головного мозга: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2003.

28. Шмигельский А.В. Анестезиологическое обеспечение реконструктивных операций при стенозирующих и деформирующих поражениях сонных артерий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2011.

Случай развития микроабсцедирования печени и кист поджелудочной железы у пациента с хроническим описторхозом

М.В. Песегова, к.м.н., И.В. Путинцева, к.м.н., В.В. Курсинова, Н.Н. Подковырина, Н.Ю. Брудская, А.Г. Хроян

Описторхоз – заболевание из группы трематодозов, вызываемое паразитическими плоскими червями из рода Opisthorchis – Opisthorchis felineus и Opisthorchis viverrini. Распространен на территориях биогеоценоза указанных видов – бассейны рек Обь и Иртыш. Распространению заболевания способствует традиция употребления в пищу малосоленой рыбы. В структуре биогельминтозов в РФ на долю описторхоза приходится 74,4% заболеваемости.

В ранней стадии болезни ведущим патогенетическим фактором является развитие общей аллергической реакции в ответ на воздействие продуктов метаболизма, ферментов растущего паразита. В ее основе – развитие пролиферативных процессов в лимфатических узлах, селезенке, пролиферативно-экссудативных реакций в коже, слизистых оболочках дыхательных путей, пищеварительных органов (А.В. Лепехин с соавт., 1992; А.М. Бронштейн, А.К. Токмалоев, 2002).

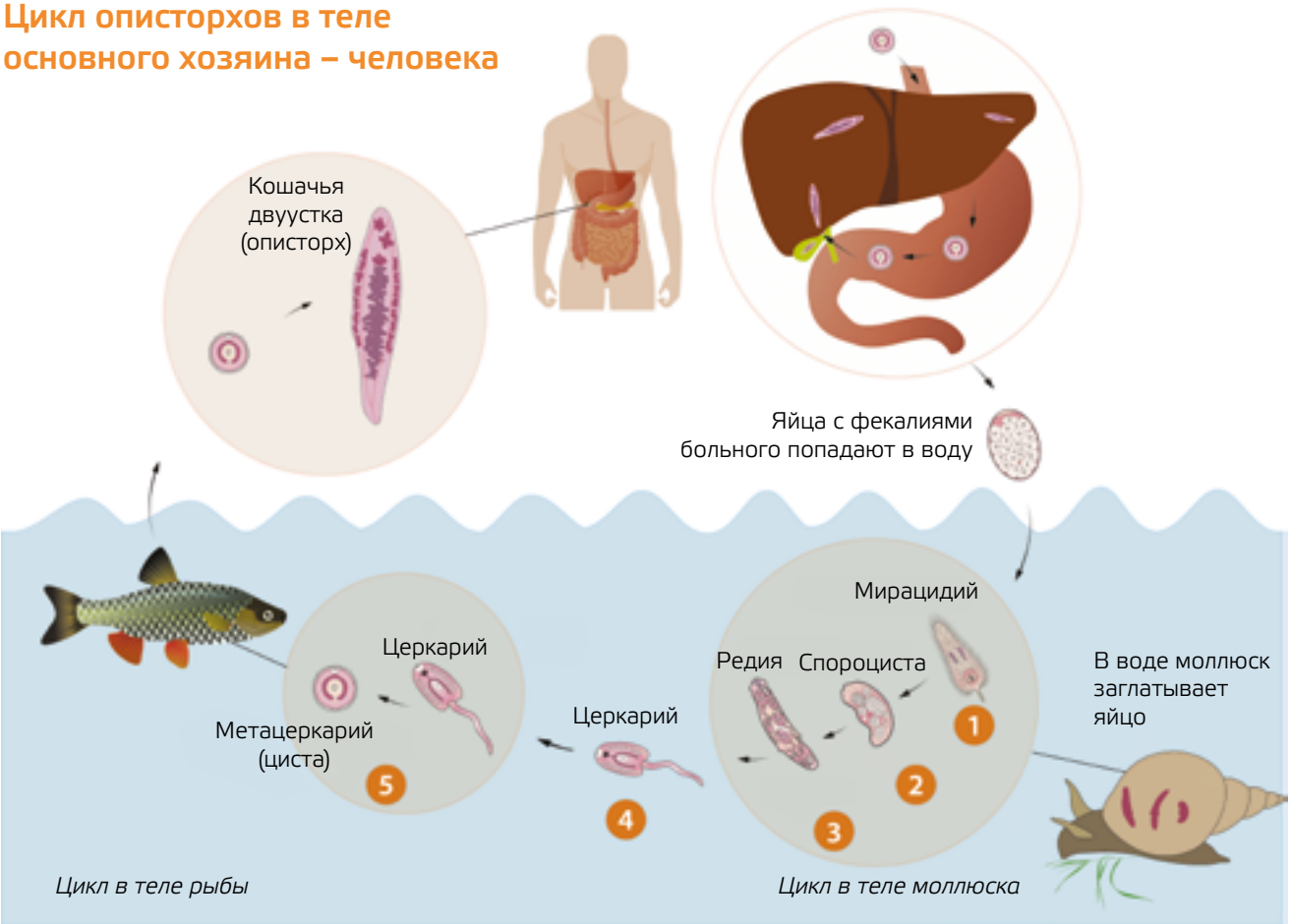
Важную роль играет расстройство микроциркуляции и гипоксия с нарушением газообмена, прежде всего в крови печени. Как следствие этих воздействий – развитие дистрофических процессов в печени, миокарде и других органах. Развитие органной патологии зависит от интенсивности заражения, а также наличия иммунологической толерантности у коренных жителей очагов, у которых острая фаза проходит легче, чем у «неиммунных» – приехавших в очаг.

При описторхозной патологии можно выделить основные повреждающие факторы:

- Механический фактор связан с местным механическим воздействием описторхисов и зависит от количества их в печени, желчевыводящих путях, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы. Описторхисы повреждают стенки протоков своими присосками и щипиками. Паразиты вызывают образование множественных кровоточащих эрозий, захватывая и отрывая клетки эпителия присосками в процессе своих передвижений. В ответ на это слизистая протоков чрезмерно разрастается и перерождается. Такое состояние слизистой расценивается как предраковое.
- Аллергический фактор обусловлен присутствием описторхисов, которые вызывают аллергическую перестройку организма. У больных отмечаются аллергические кожные реакции (дерматит, экзема, псориаз), бронхиальная астма, аллергические суставные боли.
- Нервно-рефлекторный фактор объясняется тем, что скопившиеся описторхисы раздражают нервные рецепторы в протоках, вызывая боль. Это ведет к нарушению функций всего желудочно-кишечного тракта, возникновению хронических воспалительных процессов и дисбактериоза.
- Вторично-инфекционный фактор срабатывает тогда, когда гельминты, их яйца, слизь, слущенный эпителий создают препятствия для оттока желчи и секрета, поэтому протоки расширяются. В них еще больше застаивается и сгущается желчь, присоединяются гнилостные бактерии. Возникает длительное хроническое воспаление протоков. В ответ на хроническое воспаление разрастается рубцовая ткань вокруг протоков, инициируя предциррозное состояние.
- Общетоксический фактор связан с продуктами жизнедеятельности описторхисов. Для организма хозяина это токсин. Паразиты пагубно действуют на все системы организма, нарушают гомеостаз. Страдает иммунная система, сердечно-сосудистая, нервная, эндокринная, мочеполовая, кровь и кроветворение (Д.Д. Яблоков, 1979; В.Е. Поляков, А.Я. Лысенко, 2003; А.В. Лепехин с соавтр., 1992; А.М. Бронштейн, А.К. Токмалоев, 2002).

Во время описторхозной инвазии осложнения могут быть в виде гнойного воспаления протоков и желчного пузыря, абсцесса печени, разры-

Цикл описторхов в теле основного хозяина – человека



ва кистозно-расширенных желчных протоков и желчного перитонита, острого воспаления поджелудочной железы – панкреатита, первичного рака печени и поджелудочной железы, цирроза. Представляем вашему вниманию клинический случай развития микроабсцедирования печени и кист поджелудочной железы, ассоциированные с хроническим описторхозом.

Больной М. 1977 года рождения, житель Ачинска, поступил в Краевую клиническую больницу с жалобами на постоянные ноющие и приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, повышение температуры с ознобами до 37,4-38 градусов и резкое снижение веса – на 14 кг за месяц.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с мая 2020 года, когда впервые появились приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину. Самостоятельно принимал найз, кетонал, после чего наступал некоторый временный эффект.
С сентября 2020 года пациент стал отмечать повышение температуры до 39 градусов с ознобами, которая держалась в течение 3-4 дней. Затем через 7-8 дней вновь отмечался подъем температуры до фебрильных цифр. С октября 2020 года – постоянное повышение температуры до 37,4-38. При обследовании по месту жительства диагностирован правосторонний плеврит. Мужчина принимал антибактериальные препараты, но эффекта не отмечал.

По результатам УЗИ, проведенного по месту жительства, было подозрение на опухоль надпочечника. Рекомендована МРТ, после чего диагноз подтвердился.

Пациент был направлен в краевой онкологический диспансер, где ему проведена диагностическая лапаротомия. Во время операции данных, подтверждающих опухоль надпочечников, выявлено не было. Интраоперационно проведена биопсия печени и забрюшинных лимфоузлов – в срезах печени выявлены очаговые некрозы гепатоцитов с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией по типу микроабсцессов, гепатоциты в состоянии белковой дистрофии; в срезах лимфоузлов картина реактивной гиперплазии.

В анализах крови отмечалось ускорение СОЭ до 45-51 мм в час, повышение трансаминаз –

АСТ 45,3, АЛТ 127. Другие биохимические показатели в выписке из онкодиспансера не были изменены, в развернутом анализе крови – без патологии. Направлен в Краевую клиническую больницу для уточнения диагноза.

При объективном обследовании

Состояние средней степени тяжести, температура 37,4 градуса, больной в сознании, адекватен. Питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, нормальной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-суставная система без видимой патологии. Грудная клетка обычной формы. Голосовое дрожание не изменено, одинаково проводится с обеих сторон. Перкуторно – легочный звук. В легких дыхание проводится по всем полям, несколько ослаблено в н/отделах. ЧДД – 20 дыханий в минуту. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье слева. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78. АД 120/80 мм. рт.ст.
Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка не увеличена. Симптом 12-го ребра отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторное обследование

Гемоглобин – 129 г/л; эритроциты – 4,89х1012; лейкоциты – 17,18х109; тромбоциты – 242х109; эозинофилы – 57,9%; нейтрофилы – 21,9%; лимфоциты – 15,3%; моноциты – 4,7%; СОЭ – 35 мм/ч.HbsAg – отр.; а/т к HCV – отр.; АЛТ – 46,6; АСТ – 24,1; билирубин общий – 16,3 мкмоль/л; общий белок – 81,5 г/л; альбумины – 46,64; С-реакт. белок – 14,4; мочевина – 3,1 моль/л; креатинин – 85 мкмоль/л; холестерин общий – 5,63 ммоль/л; амилаза – 41; липаза – 12; ЩФ – 252; ГГТ – 94; сахар – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 413; ПИ – 86%; железо – 18,4. Маркеры аутоимунного гепатита отрицательные

Инструментальное обследование

УЗИ брюшной полости. Размеры печени: КВР – 20 см, толщина – 17,1 см; ККР – 10,4 см, толщина – 10,1 см; контур ровный, структура негомогенная, с чередованием зон повышенной и пониженной эхогенности; внутрипеченочные протоки не расширены; холедох – 0,5 см; воротная вена – 1,44 см, в области бифуркации признаки тромбоза, занимающего 2/3 просвета, фрагментарная реканализация; селезеночная вена в эпигастрии – 0,8 см, просвет свободен; печеночные вены – 0,43 см; желчный пузырь расположен обычно – 11,3х3,87 см, стенки – 0,2 см, пристеночные эхоструктуры не определяются.
Поджелудочная железа: контур нечеткий, головка 2,53 см, тело 2,88 см, хвост 2,93 см, структура однородная повышенной эхогенности. Селезенка – 12,1х5,05 см, гомогенная.
Почки: правая – 13,2х5,1 см, левая – 12,1х5,83 см. Лимфатический узел в воротах печени – 1,44 см.

Заключение

Гепатомегалия с эхоструктурными изменениями. Тромбоз воротной вены на уровне бифуркации. Лимфоаденопатия. Выраженные диффузные изменения в поджелудочной железе.

ФГС: умеренно выраженный бульбит, диффузный умеренно выраженный поверхностный гастрит.

Пациенту назначена терапия: гепатопротекторы (Урсолив); дезинтоксикационная терапия (в/в р-ры стерофундин, плазма-лит); антибиотикотерапия (ципрофлоксацин); ферменты (панкреатин); спазмолитики (дротаверин); инъекции НПВП при повышении температуры больше 38 градусов.

По данным обследования, ведущими проявлениями заболевания у пациента являются интоксикационный (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, повышение СРБ, длительная фебрильная лихорадка) синдром холестаза, цитолиза, высокой эозинофилии, морфологических изменений (микроабсцедирование печени), тромбоз воротной вены.

Учитывая проживание пациента в эндемичном по описторхозу районе, употребление речной рыбы, высокую эозинофилию крови, целесообразно было проведение поиска паразитарной инвазии.

Какая рыба потенциально опасна

При дообследовании

МРТ брюшной полости: умеренное диффузное увеличение размеров печени (до 18 см), при этом ранее описываемые участки перестройки структуры практически не визуализируются. Диаметр воротной вены до 1,5 см без явных внутрипросветных образований. Забрюшинно по задней поверхности тела и хвоста поджелудочной железы, распространяясь на область левого надпочечника, определяется неправильной формы инфильтрат размерами 3,5х4,8х8,8 см с неровными контурами, неоднородной структурой за счет мелких кистовидных полостей. Очаговой перестройки структуры поджелудочной железы не определяется. В воротах печени группа лимфоузлов диаметром до 1-1,5 см.

***Заключение*:** учитывая анамнез, характер изменений на предшествующей МРТ, описанная картина соответствует воспалительным изменениям, вероятнее всего, возникшим вследствие панкреатита (инфильтрат с формированием псевдокист).

В кале выявлены яйца описторха, а также положительные АТ к описторхиям в высоком титре (КП 3,5). Пациенту проведена дегельментизация бильтрицидом на фоне системных ГКС (учитывая сохраняющийся субфебрилитет, повышенные показатели иммуноглобулинов, высокую эозинофилию) с последующим снижением дозы до полной отмены.

Через неделю после проведенной терапии и дегельминтизации бильтрицидом наблюдалась существенная положительная динамика: купированы лихорадка, болевой и диспептический синдромы, снизились лейкоцитоз, СОЭ, существенно уменьшилась эозонофилия крови, нормализовались трансаминазы, уменьшился холестаз.

При лабораторном обследовании в динамике: гемоглобин – 124 г/л; эритроциты – 4,71х1012; лейкоциты – 11,2х109; тромбоциты – 240х 109; эозинофилы – 22,1%; нейтрофилы – 23,2%; лимфоциты – 29,4%; моноциты – 5%; СОЭ – 25 мм/час, АЛТ – 28,6; АСТ – 14,3; ЩФ – 156; ГГТ – 61;
Пациент выписан с окончательным диагнозом: токсический гепатит с холестазом и микроабсцедированием на фоне хронического описторхоза; выраженная эозинофилия крови; хронический панкреатит с формированием псевдокист в области хвоста поджелудочной железы; тромбоз воротной вены.

Заключение

В данном клиническом случае описано одно из серьезных осложнений эндемического паразитарного заболевания, характерного для нашего региона – описторхоза. Как видно в представленном случае, в основе патогенеза хронической стадии описторхоза выражена вся многофакторность патологии: механическое, аллергическое, нервно-рефлекторное влияние взрослых гельминтов, вторичное влияние микробной флоры, а также аутосенсибилизация организма продуктами гибели собственных тканей – клеток эпителия желчных протоков и желчного пузыря. Нарушается функциональное состояние поджелудочной железы, развиваются явления хронического пролиферативного холангита, перихолангита, в паренхиме печени возникают структурные изменения в виде хронического гепатита, микроабсцессов, а при длительном течении не исключена возможность формирования цирроза печени.

Своевременная диагностика и адекватная терапия позволили сформировать благоприятный прогноз для жизни и трудоспособности пациента.

Список литературы

Бронштейн А.М., Токмалоев А.К. Паразитарные болезни: протозоозы и гельминтозы. – М.: BINOM , 2002. – 302 с.

Лепехин А.В., Мефодьев В.В., Филатов ВТ., Бужак К.С. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза. – Томск, 1992. – 229 с.

Поляков В.Е., Лысено А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. – М.: Медицина, 2003. – 250 с.

Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Лобзина Ю.В., Казанцева А.П. – СПб., 2000. – 713 с.

Сергиев В.П. Паразитарные болезни сегодня и завтра // Качество жизни: Медицина. – 2005. – № 1(18). – С. 10-15.

Сергиев В.П. Регистрируемая и истинная распространенность паразитарных болезней // Мед. паразитология. – 1992. – № 3. – С. 3-5.

Торопова Н.П., Сафронова Н.А, Синявская О.А., Плотникова И.А., Попова С.Д., Чернова Н.Ф., Кириллов К.В., Струин Н.Л., Феденко Л.А. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: Аспекты патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики. Практическое пособие. – Екатеринбург: Изд-во «Урал». Гунта, 2004. – 60 с.

Яблоков Д.Д. Описторхоз человека. – Томск: Изд-во Томского университета, 1979. – 237 с.

Клинический опыт лечения деструктивных форм периодонтитов

Т.Л. Соловьянович, О.В. Машукова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Как известно любому врачу-стоматологу, деструктивные формы периодонтитов – основная причина потери зубов у населения в масштабах планеты. Посоревноваться с ней могут только деструктивные формы пародонтитов, но процент их от общей массы причин удаления зубов все же меньше.

Причины развития деструктивных форм периодонтита:

• длительно существующий очаг инфекции в полости рта без попыток лечения со стороны пациента; как следствие – выход патогенной микрофлоры и продуктов распада пульпы за пределы системы корневых каналов в костную ткань вокруг зуба;

• неблагоприятный общесоматический фон: эндокринная патология (сахарный диабет и др.), сосудистые заболевания, аллергические, системные и др.;

• иммунодефицитные состояния:

* временные – период реконвалесценции после общих вирусных или бактериальных инфекций;
* постоянные – следствие развития в организме ВИЧ или гепатитов разных форм.

Так или иначе, независимо от общих причин, задачей врача – стоматолога-терапевта является местное лечение очага, то есть правильная эндодонтическая обработка системы корневых каналов причинного зуба с последующим адекватным пломбированием.

Основной смысл пломбирования – герметичная изоляция внутренней системы корневых каналов зуба от окружающей костной ткани челюсти. Именно **герметизм обтурации** в сочетании с **адекватной антисептической обработкой** всей системы корневых каналов является основным залогом успеха в лечении деструктивных форм периодонтитов.

После прекращения поступления в костную ткань патологических продуктов изнутри зуба организм постепенно «застраивает» участок деструкции нормальной костью, включая резервные механизмы регенерации. Наша задача, как врачей, правильно ему помочь.

В нашей клинике на приеме мы применяем следующий алгоритм:

1. Механическая обработка системы корневых каналов по любой из общепринятых методик с «распрямлением» (при необходимости) и расширением на 2-3 размера по iso.

2. Антисептическая обработка (промывание 3%-ным раствором гипохлорита натрия), затем высушивание, промывание физраствором или просто водой, высушивание и внутриканальная обработка жидкостью Гранулотек (содержит 0,1% дексаметазона ацетат, формальдегид, фенол, гваякол) на турундах с экспозицией 3-5 (до 10) минут. Такая обработка дает более выраженный антисептический эффект за счет способности этого материала к диффузии в боковые ответвления (дельты) системы корневых каналов и их стерилизации. При необходимости заполняем обработанные каналы пастами на основе

гидроокиси кальция или пульпосептином на 2-3 недели.

3. Собственно пломбирование канала. После извлечения турунд с жидкостью Гранулотек высушиваем каналы при помощи адсорберов, затем в апикальную часть канала вносим небольшое количество свежезамешанного материала Гранулотек, который слегка как бы «трамбуем» – поддавливаем в направлении верхушки корня (для заполнения боковых апикальных дельт), далее пломбируем канал гуттаперчей с применением любого силера.

4. Отдельно стоит коснуться повторной эндодонтической обработки – перелечивания ранее уже леченых зубов, где по какой-либо причине в каналах имеются отломки инструментов.

5. Чаще всего это передне-щечные каналы верхних моляров (B1 и B2) и медиальные каналы в нижних молярах. И там, и там между этими каналами на всем протяжении бывают анастомозы в виде боковых дельт, а апикальные отверстия расположены довольно близко, или оно одно общее на два канала. Эти особенности строения мы и используем для успешного лечения, даже в случаях невозможности извлечения отломков инструментов.

Здесь нам на помощь снова приходит Гранулотек. Это пока единственный материал в арсенале стоматолога-терапевта, который, как указывает производитель, способен работать за счет диффузии даже через отломок инструмента в канале с хорошими отдаленными результатами.

Свободный канал механически обрабатываем на всю длину с расширением внутреннего диаметра на 2-3 размера по iso; канал с отломком обрабатываем по возможности. При необходимости заполняем обработанные каналы пастами на основе гидроокиси кальция или пульпосептином на 2-3 недели. По прошествии этого времени пломбируем все проходимые части каналов Гранулотеком на всем протяжении, слегка «поддавливая» материал в стороны в процессе пломбирования для заполнения боковых анастомозов и дельт.

В многокорневых зубах отдельно стоит коснуться обработки дна полости зуба. Довольно часто в этой области тоже встречаются дельты – анастомозы с костной тканью в области фуркации. Эти анастомозы – своего рода «тоннели», где пролегали сосудисто-нервные пучки, связывающие коронковую пульпу с костью в области фуркации. После гибели пульпы они становятся кратчайшим путем для попадания инфекции в эту область. Учитывая эти анатомические особенности, дно полости зуба после пломбирования каналов «выстилаем» любым имеющимся материалом типа канал МТА, имеющим свойства стимуляции остеогенеза, и только потом закрываем изолирующими слоями.

Как показывает наш собственный опыт, при отсутствии каких-либо клинических проявлений через год-полтора-два (до 3 лет) наблюдения после лечения в более 90% случаев происходит полное рентгенологическое исчезновение очагов деструкции, даже в области фуркации у многокорневых зубов. В оставшихся менее 10% случаев при полном отсутствии клинических проявлений могут наблюдаться остаточные рентгенологические проявления, которые можно охарактеризовать как устранение дефекта кости с образованием рубцовой ткани, особенно при больших объемах поражения. Это чаще всего касается зубов с повторной эндодонтической обработкой (перелечивание после резорцин-формалинового метода, когда рубцовые изменения костной ткани уже были до начала нашего лечения) и у пациентов с неблагоприятным общим соматическим фоном. Клинический пример в приложении №1.

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что торопиться срочно удалять зубы с деструктивными формами периодонтитов не стоит. При желании пациента стоматологу-терапевту стоит браться за лечение таких зубов с довольно благоприятным прогнозом.

Плюсы сохранения зубов очевидны:
1. Сохраняется полноценная «жевательная единица» без риска отторжения.

2. Сохраняется зубная борозда, которая, как известно, выполняет функцию транспорта активных факторов иммунитета (клеточных и гуморальных) из крови в ротовую жидкость, поддерживая на должном уровне местный иммунитет в полости рта.

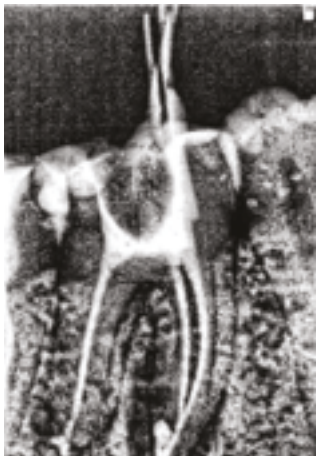
Приложение № 1.
Визиограммы клинического случая.
Срок наблюдения – около 2,5 года

Снимок сделан 14.07.2020

Снимок сделан 14.07.2020

Первый снимок

Снимок сделан 17.07.2020



Снимок сделан 17.07.2020

Снимок сделан 14.07.2020

Снимок через 2,5 года

Снимок сделан 10.01.2023

Список литературы

1. Полтавский В.П. Интраканальная медикация: современные методы // М.: СИМК, 2015.
2. Бризено Б. Мануальное препарирование корневого канала // Клин. стомат. 1997.
3. Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. Практическая эндодонтия // М.: Медицина, 1984.
4. Макеева И.М., Пименов А.Б., Смазанный слой корневого канала и его удаление // Эндодонтия today, 2002, Т.2, № 1-2.
5. Пименов А.Б. Участки корневых каналов, недоступные для инструментальной обработки // Эндодонтия today, 2003, Т.3, №1-2.
6. Рыбаков А.И. Актуальные вопросы лечения верхушечных периодонтитов: Тр. IV Всесоюз. Съезда стоматологов // М., 1964.

Корпоративная культура организации. Что влияет? Как это работает?

Культура – это о том, как сотрудники работают вместе, относятся к своим клиентам и выстраивают отношения с партнерами. Культура – мощный инструмент для привлечения и удержания персонала. Она оказывает огромное влияние на продуктивность. При этом антикультура может разрушать организацию.

Екатерина Михайлова,

заместитель главного врача ККБ по кадрам:

В опроснике Gallup Q12, измеряющем уровень вовлеченности сотрудников, есть такой пункт: «Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашего учреждения помогает вам осознать важность вашей работы?». Он измеряет, в какой степени работники хотят верить в то, что делают их работодатели, и направлен на максимизацию индивидуального и группового вклада путем обращения к ценностям сотрудника. Почему мы об этом спрашиваем: когда сотрудники соглашаются с этим пунктом, то они понимают, что связь между их личной миссией и миссией учреждения заставляет их хотеть сделать больше.
Как улучшить? Запустить управление культурой и активно ее коммуницировать.

ЦЕННОСТИ

В основе корпоративной культуры лежат ценности, которые разделяют все участники команды. Это фундаментальные убеждения, на которых базируются все процессы организации; главные принципы, которые используются при взаимодействии с другими учреждениями, пациентами и сотрудниками. Такие ценности должны быть твердыми и непоколебимыми, буквально ультиматумом, а не предложением. Они должны влиять на каждый процесс – от системы вознаграждения сотрудников и поведения на рабочем месте до определения стратегий и выбора тактики лечения пациента.
Для четкости целей в организациях утверждается политика в области качества, которая содержит сформулированную миссию, а также ценности организации. Это то, ради чего мы ходим на работу, какими принципами мы руководствуемся для достижения целей, какое поведение демонстрируем. Ценности проходят красной нитью в каждом процессе организации: совместно разработанная стратегия, структура организации, система процедур и стандартов, корпоративный стиль организации, состав персонала с определенной суммой необходимых навыков.

Работа с персоналом – самая обширная часть корпоративной культуры. Вся деятельность кадровой службы практически должна быть направлена на формирование положительного отношения сотрудников к своей работе. Опыт сотрудника строится на социальной психологии. В быту это звучит так: относись к людям так, как хочешь, чтобы относились к тебе. В системе – так: относись к своим сотрудникам так, как хочешь, чтобы они относились к клиентам.

ПУТЬ СОТРУДНИКА

Все функции и инструменты в области управления персоналом в Краевой клинической больнице мы выстраиваем в виде Пути сотрудника. Это инструмент, который графически представляет путь сотрудника, или, другими словами, опыт сотрудника – от момента приема на работу до увольнения или на определенном отрезке пути. Путь сотрудника содержит информацию о важ-

ных моментах, «болевых» точках, проблемных местах, особенностях перехода от этапа к этапу. Путь сотрудника – это визуализация опыта взаимодействия сотрудника с учреждением. Основой для создания Пути сотрудника становится жизненный цикл сотрудника, точки его взаимодействия с учреждением, ключевые моменты в карьере, личные впечатления. На карту наносятся все точки соприкосновения учреждения с сотрудником на всех этапах жизненного цикла – от кандидата на работу до увольнения, поддержания с ним связи и возвращения. Путь сотрудника содержит в себе: поиск персонала, отбор, адаптацию, трудоустройство, наставничество, обучение, развитие, признание, оценку, увольнение. Все процессы сопровождаются кадровым администрированием и мотивацией.

На примере карты отображены наиболее типичные точки соприкосновения. Грамотно составленный Путь сотрудника помогает изучить опыт взаимодействия сотрудников с учреждением, проанализировать ключевые моменты в найме, адаптации и развитии, выявить проблемные области и продумать улучшения. Конечная цель – сделать все процессы «зелеными» = удобными сотруднику, создающими позитивный опыт.

На этапе набора персонала корпоративная культура уже имеет значение. При первом знакомстве с кандидатом кадровая служба должна донести эти ценности. У нас в организации при отборе соискателей собеседование проходит в формате интервью по ценностям, во время прохождения welcome-тренинга кандидаты также проговаривают и обсуждают, какое поведение сотрудников соответствует ценностям, а с политикой в области качества кандидаты под подпись знакомятся до подписания трудового договора.

Корпоративная культура включает в себя помощь в развитии сотрудников на всех этапах работы: наставничество, оплата обучения работников по направлениям, связанным с их служебными обязанностями, приглашение лекторов для выступления в самой организации.

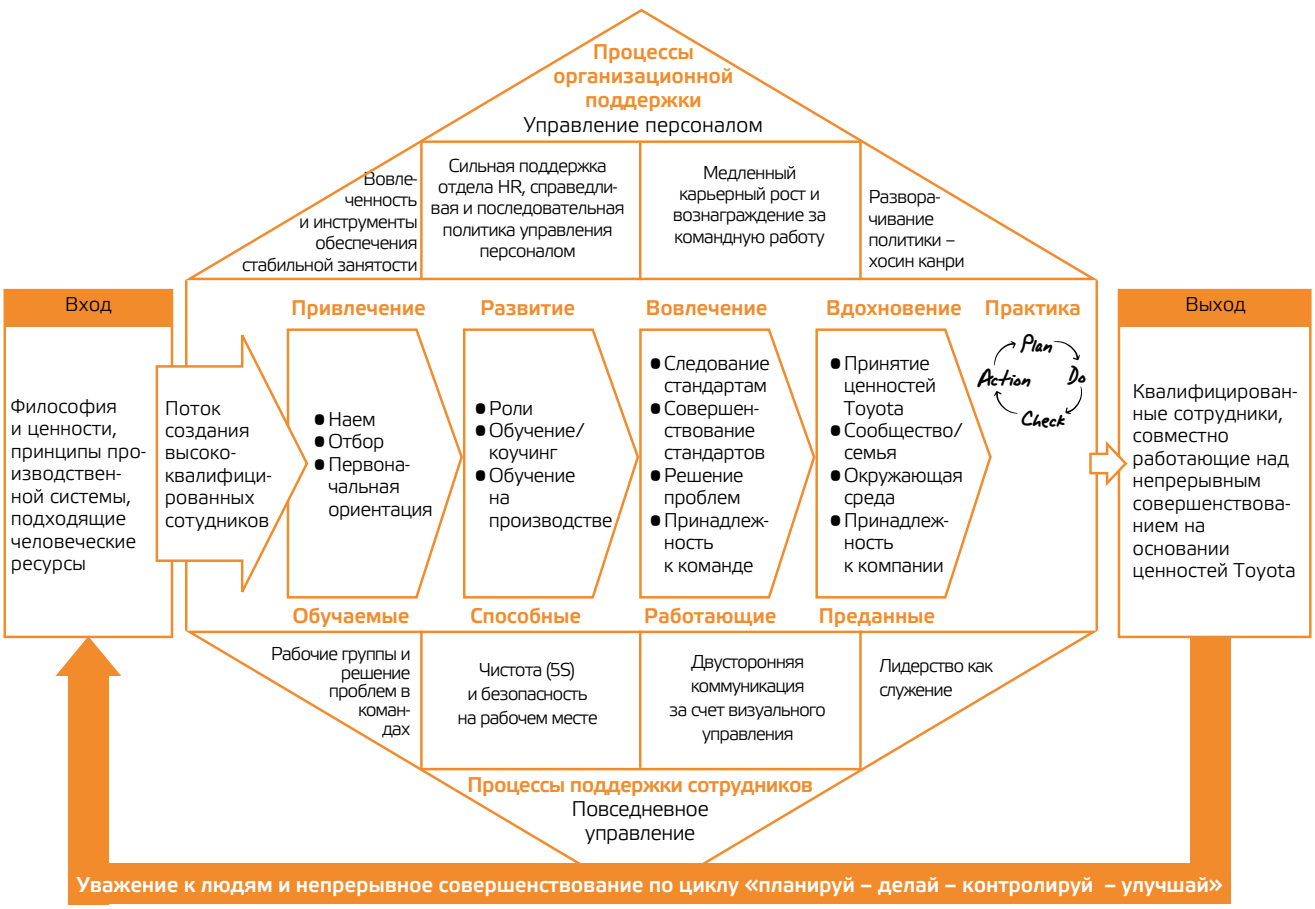
Организация совместного отдыха – важный момент, который позволяет поддерживать благоприятный климат в коллективе. Мы, например, празднуем День медицинского работника, организуя фестиваль «Саморазвитие» для сотрудников и членов их семей на базе отдыха. Приглашаем психологов, бизнес-тренеров, инструкторов по йоге, которые помогают личностному росту, решению семейных проблем или просто позволяют отвлечься и отдохнуть.

Четкость обязанностей персонала улучшает корпоративную культуру, делая процессы прозрачными, и это не только и не столько должностные инструкции, а прежде всего те стандарты и инструкции, которые должен соблюдать медицинский работник, когда он выполняет процедуру или технологию лечения. Очень важно, чтобы каждый выполнял действие, которое сопряжено с риском,

правильно. Создавая регламентирующие документы, важно вовлекать персонал, делать это открыто, чтобы каждый мог принять участие. Обсуждать детали со всеми заинтересованными сторонами и ликвидировать те разногласия, которые появятся.
На формирование корпоративной культуры влияет стиль управления руководителя:
• Открытость
• Поддержка инициативы
• Делегирование полномочий
• Посещение на рабочих местах
• Публичная похвала
• Справедливость

Если руководитель активно вовлечен в процессы, если он открыт с людьми, не боится и делегирует полномочия – это путь к выстраиванию сотрудничества. Важна обратная связь от пациентов и от работников. Когда сотрудники видят сопричастность руководителя, это является для них поддержкой, их процессы становятся важными. Принцип: ругать сотрудника один на один, а хвалить публично – работает. Для похвалы и благодарности не обязательно ждать, когда произойдет героический поступок.
Важна и форма контроля. Контроль – инструмент не для наказания, а для выявления проблем, которые существуют, чтобы впредь их не допускать. В этом может помочь организация и проведение аудитов, составление корректирующих мероприятий и устранение выявленных несоответствий.

Модель человеческих систем Toyota, которая хоть и не является волшебной палочкой, тем не менее описывает то, каким образом все факторы взаимодействуют при создании корпоративной культуры. Техническая и социальная система работают вместе, в результате чего возникает корпоративная культура коллективного труда при решении проблем. Инструменты такой корпоративной системы настроены на то, чтобы вскрывать проблемы, а человеческие системы предназначены для привлечения, развития и вовлечения сотрудников на решение этих проблем.



Джефри Лайкер, Майкл Хосеус. Корпоративная культура Toyota: Уроки для других компаний – М.: Альпина Паблишер, 2018. – 354 с.

Таким образом, корпоративная культура – комплексное понятие, начиная от миссии учреждения в целом и заканчивая правилами работы для отдельного сотрудника. Важная часть корпоративной культуры – работа с персоналом, от первого собеседования при оформлении в штат и до увольнения.

30 лет

ФОМС Красноярского края

28 июня 1991 года был принят Федеральный закон №1491-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Основными принципами осуществления ОМС стали: возможность получить бесплатную медицинскую и лекарственную помощь для граждан РФ, развитие новой системы организации и финансирования здравоохранения, обеспечение финансовой стабильности.
В Красноярском крае точкой отсчета появления ОМС принято считать дату подписания решения Малого совета Красноярского краевого Совета народных депутатов от 7 мая 1993 года №127-М, которым и создан Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования (КФОМС).

Это были трудные годы. Отсутствие опыта сказывалось на выполнении задач – необходимости создания финансовой устойчивости системы, механизма выдачи полисов, базы застрахованного населения края, проведения регистрации налогоплательщиков.

В 1994 году утверждена первая краевая программа обязательного медицинского страхования населения на год (Постановление администрации Красноярского края от 03.03.94 №118п). Цель программы – обеспечить каждого застрахованного гражданина бесплатной медицинской и лекарственной помощью при наступлении страхового случая в необходимом объеме.

1996 год, сотрудники фонда ОМС

В последующие годы была организована работа с обращениями граждан, сформирован и развивался вневедомственный контроль качества медпомощи, проводилась досудебная и судебная практика защиты прав граждан, работа по предъявлению регрессных исков для возмещения затрат за медицинскую помощь, оказанную пострадавшим в результате противоправных действий.

С 1999 года, по инициативе руководителя фонда, были централизованы платежи за

Рабочее совещание по вопросам тарифов, 2000 г.

неработающее население, которые проводились администрацией края.

С 2000 года за счет средств ОМС началось финансирование первичной медико-санитарной помощи (АПУ). В том же году была осуществлена первая централизованная поставка компьютерной техники для медицинских организаций с предустановленной медицинской информационной системой (ИС) «Поликлиника».

В 2003 году Краевой фонд с пилотного проекта начал финансировать высокотехнологичную помощь. Сначала в перечень попали четыре медицинские технологии: имплантация искусственного водителя сердечного ритма, замена тазобедренного сустава, лечение катаракты с использованием искусственного хрусталика и лечение хронической обструктивной болезни легких методом небулайзерной терапии. Высокотехнологичную помощь получили 3806 пен-

Брифинг по изменениям законодательства в ОМС, 2010 г.

Круглый стол в рамках выставки «Енисеймедика», 2010 г.

сионеров по возрасту.
С сентября 2004 года фонд обеспечивает реализацию программы дополнительного (льготного) лекарственного обеспечения (ДЛО).

За 2003–2004 годы была введена в эксплуатацию система регистра застрахованного населения Красноярского края (РЗН), она позволила поддерживать ежемесячную актуализацию базы данных.

Для обеспечения информированности граждан в вопросах получения бесплатной медицинской помощи в феврале 2009 года была создана круглосуточная бесплатная многоканальная телефонная линия 8-800-700-000-3 (call-центр) «Право на здоровье» – телефон доверия. Это был совместный проект фонда ОМС, министерства здравоохранения края и страховых медицинских организаций. Горячая линия стала инструментом информирования и защиты прав людей, оперативным и профилактирующим нарушения. Сегодня ежегодно принимается и обрабатывается более 31 тысячи звонков.
Кроме того, в этом же году получил развитие еще один пациентоориентированный проект фонда – «Посты качества», где сотрудники страховых медицинских организаций консультируют граждан и оперативно решают проблемы, возникающие при получении медицинской помощи.

29 ноября 2010 года был принят новый Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Он сделал центром внимания гражданина, закрепил новые подходы и механизмы обязательного медицинского страхования, новые принципы финансирования сферы здравоохранения, сохранив существующую иерархию оказания помощи, утвердил территориально-участковый принцип оказания первичной медико-санитарной помощи. Пациенту было предоставлено право выбора медицинской организации и врача.

С 2011 года медицинские организации, занимающиеся частной практикой, получили право осуществлять деятельность в системе ОМС.

В 2013–2014 годах в крае появилась новая модель ОМС – финансирование базовой программы началось по единым для всей страны подушевым нормативам из федерального бюджета.
В 2014–2017 годах в Красноярском крае была внедрена региональная медицинская информационная система (РМИС). По данным на 2017 год, общее число медицинских организаций, участвующих в проекте, достигло 40 (30%), это клинические больницы, консультативные поликлиники Красноярска и межрайонные больницы края. Общее число пользователей электронной медицинской системой (МИС) – более 15 тысяч специалистов, 2600 одновременно работающих, с начала эксплуатации создано более 1,9 млн электронных медицинских карт пациентов, заведено свыше 4 млн эпизодов приема пациентов.

С 2014 года в систему ОМС края включена скорая медицинская помощь.

В 2015–2016 годы в фонде создан сервис по централизованной обработке реестров (ЦОР) в ежедневном круглосуточном режиме по всем видам медицинской помощи, оказываемой по программе ОМС.

В 2021 году фонд начал внедрение на территории края государственной информационной системы обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС), которое продлится до 2025 года. Запуск ГИС поможет оперативно решать вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи, упростит взаимодействие участников системы ОМС.

С 1 декабря 2022 года всем застрахованным стал доступен цифровой полис ОМС. Теперь для получения помощи в медорганизации достаточно будет предъявить паспорт или свидетельство о рождении. Все данные о застрахованных собраны в едином регистре, что исключает дублирование информации, упрощает оформление документов и ускоряет обмен данными между всеми участниками системы ОМС. С этими же целями в январе 2023 года Фонд вошел в единую систему электронного документооборота.

Прошедшие 30 лет для Территориального ФОМС – это не просто история в цифрах и фактах, а целенаправленная реализация государственной политики на обеспечение права на здоровье каждого гражданина и труд огромного числа неравнодушных людей.

Площадка фонда на выставке «Енисеймедика», 2010 г.

30 лет

музею ККБ

К 50-летнему юбилею Краевой клинической больницы был создан ее музей. К этому моменту накопилось немало свидетельств развития медицины, духовной преемственности поколений медработников, самоотверженности и трудовых подвигов – все это требовало бережного сохранения и передачи потомкам.

Композиция «Клятва Гиппократа» в большом зале Музея

Автором идеи создания и первым руководителем музея была бывшая заведующая клинико-биохимической лабораторией, отличник здравоохранения, врач высшей квалификационной категории Тамара Александровна Кулакова. Коллектив больницы поддержал эту инициативу. С одобрения главного врача Владимира Яковлевича Гауса началась кропотливая работа по сбору материалов для будущего музея. Тамара Александровна выступала на планерках и производственных совещаниях, встречалась с коллективами отделений, ветеранами больницы и участниками Великой Отечественной войны. Поисковая работа продолжалась в краевом архиве, архивах краеведческого музея, краевого управления здравоохранения, в Доме санитарного просвещения, краевой научной библиотеке, в архиве нашей больницы. На сбор и систематизацию материалов ушло пять лет, а в 1990 году началась работа по оформлению музея.

Площади выделили в первом корпусе больницы, который был построен в 1939 году. Конечно же, операционный блок – сердце хирургического корпуса, где каждый сантиметр «дышит» историей, там и было решено разместить музей. Это накладывало большую ответственность на создателей экспозиции при оформлении интерьера и стендов.

Тамара Александровна Кулакова, основатель и первая заведующая музеем ККБ

Оформлялся музей по проекту профессора Владимира Николаевича Одношивкина, заведующего кафедрой искусства интерьера Красноярского художественного института. Исполнителями были мастера Красноярского краевого художественного фонда под руководством художника Михаила Викторовича Гусева. Автор скульптурной композиции «Ибн Сина и Гиппократ» Анатолий Слободян, художник-монументалист Красноярского творческо-производственного объединения

Владимир Николаевич Одношивкин, дизайнер, на 15-летии музея, 2008 г.

Один из портретов композиции «Общество врачей Енисейской губернии»

Художественного Фонда РСФСР.
Центральной экспозицией музея по праву считается стеклянная композиция «Заседание учредителей Общества врачей Енисейской губернии», которая создает эффект присутствия этих замечательных людей. Фотографировать зал трудно, ведь здесь почти все прозрачное. В центре композиции стол, кресла вокруг него из оргстекла. На креслах выгравированы портреты и имена докторов – членов Общества врачей Енисейской губернии.

Барокамера для новорожденных

В небольшом зале истории хирургии хранится уникальное оборудование. Например, барокамера для новорожденных (такие барокамеры раньше выпускались на красноярском предприятии «Сибцветметавтоматика»), операционный стол с ручным подъемом (производство Досчатинского завода медоборудования) – он попал в музей после 50-ти лет службы в отделении травматологии, а также первый японский аппарат искусственного кровообращения, который привезли в больницу в начале 90-х годов. Много личных вещей, среди них печатная машинка профессора Александра Дыхно с латинской клавиатурой, трофейный тонометр лор-врача Валентина Бирженюка.

В музее более двухсот стендов, рассказывающих об истории красноярской медицины и истории отделений больницы. Рисунки и тексты многих стендов сделаны вручную и сами

Самый старый экспонат музея – набор хирургических инструментов середины XIX века (пр-во – Англия)

2001 г.,Т.А. Кулакова у входа в музей

являются памятником уже утраченной профессии художника-оформителя.

С марта 2020 года Музей истории ККБ стал недоступен для посещения, так как находится в переименованном в легочный корпусе, который полностью перепрофилирован в пульмонологический госпиталь для лечения больных с коронавирусной инфекцией. Сейчас пресс-служба работает над созданием виртуальной версии музея, чтобы сделать музейные материалы и архивы вновь доступными для заинтересованных людей. Электронный музей истории ККБ будет сформирован по принципу коллекций из подборки документов, фотографий, информационных сообщений, относящихся к истории отделений больницы.

Зал хирургии

Автор дизайн-проекта Музея истории медицины профессор В.Н. Одношивкин на 15-летии музея

Центральный зал музея

Отметим, что с самых первых дней музейные фонды формировались в основном из экспонатов, передаваемых в музей частными дарителями, в основном сотрудниками больницы и их родственниками. Музей продолжает работу по сбору новых материалов для архива и фонда. Поэтому если у вас сохранились уникальные фотографии, документы или предметы, поделитесь ими.

Один из стендов музея посвящен его организатору Т.А. Кулаковой

Приказ о создании музея, 1991 г.

Из дневника
Тамары Александровны Кулаковой:

«Наступил в моей жизни 1986 год, год моего 60-летия. Что делать? <…> судьба подарила мне умную, добрую передачу о музеях. Я подумала – а чем я хуже… На следующий день пошла к главному грачу – Гаусу Владимиру Яковлевичу. Спасибо ему, выслушал и назначил встречу. Пришла. Первое его предложение было делать музей под опекой Крайздравотдела. Я отказалась. Второе – в составе оргметодотдела больницы. Я ему ответила отрицательно, творчество должно быть свободным. Он был терпелив, … назначил мне встречу через 3 дня. Я пришла, как на казнь. Вижу, улыбается… отлегло от сердца. Произвел меня в канцеляристы, и зарплата за счет лаборатории. Так я ее и получала все годы. А в трудовой книжке появилась запись: «1986 год. Переведена на организацию музея истории медицины при Краевой клинической больнице. Зав. музеем». Ну и началось. Я не раз ругала сама себя: «Куда я всунула голову. Без опыта, без специального образования. Но я делала доброе дело, и судьба посылала мне в помощь добрых людей. Спасибо коллективу нашего отдела кадров. Они организовали мне рабочее место на своей территории. Людмила Сергеевна Лаврова, Галина Николаевна Оганесян, Тамара Николаевна Ярлыкова потеснились и помогали мне с работой в нашем больничном архиве. …Я не могу обойти памятью Ваграма Суреновича Эмексузяна – ассистента кафедры истории КПСС нашего мединститута, Михаила Викторовича Гусева – бригадира художников. Если бы не их помощь, вряд ли был бы музей. С Ваграмом Суреновичем мы познакомились в архиве. Он сразу взял надо мной шефство. Работа в архиве – это тоже искусство. А Гусев Михаил Викторович – художник и бывший омоновец. Удивительный человек. Началась же перестройка, расценки прыгают, а договор заключен по старым, он и… ворчит на меня: «Сколько из-за Вас я, Тамара Александровна, денег потерял». Я ему говорю, давайте переделаем договор, а он мне в ответ: «Переделаешь тут с Вами, как посмотришь на Ваши глаза, так стыдно становится». Так что мои глаза сэкономили больнице кругленькую сумму.

Шумбасов Юрий Васильевич, наш врач-уролог, подарил картину, Виноградов Константин Анатольевич зашел в музей, как он сказал, «на огонек». Сидели на диване, разговаривали, в окно светило солнце. Он спрашивает: «А что Вы, Тамара Александровна, шторы не повесите?» Я ему отвечаю: «Нет денег». И он, как волшебник, улыбнулся, руку в карман пиджака и вынимает – 1500 рублей. «Хватит?» – спрашивает. Ну я растерялась. Он уговорил меня. Купили на эти деньги материал и сшили шторы. Вот так – «с миру по нитке». Судьба дарила мне прекрасных людей: Одношивкин Владимир Николаевич, завкафедрой интерьера художественного института. По его проекту сделан наш музей. Были у нас с ним баталии, но дружба победила.

Милый наш Вадим Тигранович Кеосьян сколько раз помогал музею фотографиями, оформлением стендов. Наш художественный фонд, что на правобережье, в лице Светланы Степановны помогал нам тоже по-настоящему. Всем вам спасибо и низкий поклон. Правильно говорят в народе: мир не без добрых людей. Теперь о своих. Мне хочется сказать о старших медсестрах. Евгения Николаевна Быстрова в свое время организовала мне встречу на совете старших медсестер. Мы поняли друг друга, и музей был окружен вниманием. Это и Людмила Григорьевна Молодкина, и Светлана Рувимовна Чучалина, Аллочка Тедер из травматологии, Роза Исаевна Аганина – КДЛ, ну и, конечно, Внукова Надежда Кирилловна – пищеблок. Ведь чай тоже приходилось организовывать…»

25 лет

журналу «Первая Краевая»

В апреле 1993 года вышел в свет первый номер журнала «Первая Краевая». До этого в крае не было изданий, выпускаемых клиникой.

Главным редактором стал главный врач ККБ Борис Павлович Маштаков, в редакционную коллегию вошли все заместители главного врача, а ответственным секретарем был Владимир Иванович Киселев – врач, много лет посвятивший издательской деятельности и медицинскому просвещению. За языковую грамотность статей отвечала корректор с опытом в не один десяток лет Галина Геннадьевна Гудошникова. В 2001 году у журнала появился свой корреспондент – Виктория Олеговна Альбертович.

Учрежден журнал для обмена информацией о событиях краевого здравоохранения и его главной больницы – Краевой клинической. Как и тогда, издание продолжает публиковать материалы о внедрении новых медицинских технологий, результаты исследований лекарственных препаратов, мнение специалистов по узким вопросам медицины, статьи об организации процессов в медучреждениях, качестве медицинской помощи, интервью не только с медицинскими сотрудниками столь большого «организма» ККБ.

В 2013 году редактором стала Елена Сергеевна Семенова. «Очень люблю журнал, обожаю краевую больницу и ее замечательный коллектив. Так случилось, что я 12 лет работала врачом, затем 12 лет журналистом, а потом все слилось воедино – стала работать редактором медицинского научно-практического журнала. И это для меня огромное счастье, потому что я была как бы переводчиком между двумя сообществами – могла донести суть удивительных событий, происходящих в ККБ, до широкой аудитории. Эта причастность к большой медицине, осознание важности происходящего – огромный смысл и мотивация к действию. Знакомство с большими мастерами, творцами в профессии, участие в их делах – большая радость. Были и такие моменты, когда помощь мне как пациенту позволила просто выжить. Я благодарна врачам и

Первый номер журнала «Первая Краевая»

Е.С. Семенова на фальцовке книги к 75-летию ККБ

коллегам, всегда их буду любить и ценить. А в журнал вкладывала все лучшее, что имела как профессионал», – говорит Елена Сергеевна. И отмечает, что именно на ее период работы выпало создание юбилейного 50-го номера.

Фокус зрения журнала с самых первых номеров не ограничивается внутренней жизнью ККБ – здесь есть информация о мировых научных изысканиях, опыте коллег из разных городов России и зарубежья. С нами активно сотрудничают организаторы здравоохранения края, ученые КрасГМУ, Института медицинских проблем Севера и других институтов, специалисты ФОМС. Страницы журнала стали местом дискуссий и общения врачей.

Каждый редактор, приходящий для создания в ККБ «Первой Краевой», вносил что-то новое в облик и содержание журнала: структуру, рубрикацию, контент. Редактор Евгения Арбатская и дизайнер Анна Кравцова, которые приступили к производству 77-го номера в самый разгар пандемии COVID-19 в июле 2020 года, предложили новый дизайн и принципы верстки, новые рубрики, сохранив при этом корпоративный дух журнала и ценные традиции. «Летом этого года главной темой всех СМИ был ковид. И, конечно, издание больницы, игравшей важную роль в крае в оказании помощи таким пациентам, отражало эти события, – рассказывает Евгения Арбатская. – Большую часть летнего номера занял проект «150 дней COVID-19», в котором специалисты разных профилей – врачи, медсестры, кадровики, организаторы здравоохранения, айтишники, инженеры – рассказывали о создании базового инфекционного госпиталя, выездных госпиталей и еще одного стационарного на ул. Рокоссовского. Было понятно, что запуск новых структур и наладка их четкой работы – бесценный опыт, который нужно зафиксировать не только в форме документов, но и как живые истории».

К редакции журнала присоединилась большой профессионал-филолог, корректор с огромным опытом работы в периодике Любовь Данилова. «Раньше мне немного приходилось работать с медицинскими изданиями. В новой работе довелось окунуться в новый огромный и удивительный мир самой гуманной профессии, где главное – забота о человеке», – говорит она.

Сегодня журнал можно найти в ординаторских многих больниц края, он попадает туда вместе с рассылкой почты из министерства здравоохранения края. А с 2001 года каждый номер в PDF-формате публикуется на сайте medgorod.ru.

Егор Евгеньевич Корчагин, главный врач ККБ и главный редактор журнала с 2011 года, отмечает: «Издание транслирует открытый принцип сбора контента, здесь могут напечататься материалы любых специалистов здравоохранения, правда, с одной оговоркой: материалы должны быть оригинальными и соответствовать принципам доказательной медицины и медицинской этики». Выдерживать строгий ценз научности и достоверности помогают члены расширившейся редакционной коллегии, доктора и кандидаты наук.

Журнал появился в 1990-е годы, когда российская медицина, как и вся страна, испытывала огромные трудности, принципиальную перестройку, с тех пор издание несет в себе важную роль летописи ККБ и в целом здравоохранения Красноярского края.

55 лет

микробиологической лаборатории

Сегодня ни одна крупная больница не может обойтись без бактериологической лаборатории, где выполняют анализы, необходимые для постановки и уточнения диагноза инфекционного заболевания. Такие анализы способствуют правильному выбору специфического лечения и определению сроков выписки из больницы. Предметом для исследования в бактериологических лабораториях являются биоматериалы, взятые как от пациентов, так и с объектов внешней среды.

Бактериологическая лаборатория Краевой клинической больницы проводит микробиологические исследования, направленные на изучение этиологии инфекционных процессов, санитарно-бактериологическое состояние госпитальной среды. Одним из важных разделов клинических микробиологических исследований является разработка стратегии и тактики применения химиотерапевтических препаратов в условиях стационара, рекомендации по рациональной антибиотикотерапии больных на основании изучения чувствительности возбудителей к антибиотикам. Использование современных методов исследования позволило выйти на новый более современный уровень бактериологических исследований.

Совместная работа бактериологической лаборатории с эпидемиологическим отделом и отделением клинической фармакологии по эпидемиологическому надзору за резистентностью к антимикробным препаратам позволяет дать оценку эпидемической ситуации в стационаре на основании бактериологических исследований биологических материалов, полученных от больных, и характера микрофлоры, выделенной из госпитальной среды.

А как же всё начиналось?

1967 год. На базе легочно-аллергологического центра организуется бактериологическая лаборатория. Исследования биологического материала при легочной патологии проводит бакбригада, состоящая из врача-бактериолога Марии Николаевны Котовой и двух лаборантов – Натальи Ивановны Дмитровой и Любови Федоровны Фроловой, которые впоследствии в течение 30 лет, на всех этапах становления лаборатории, занимались бактериологическими исследованиями. Лаборатория размещалась в двух комнатах. С каждым годом росли объемы исследований, все больше специалистов разных клинических специальностей нуждались в качественных бактериологических результатах. И в 1988 году бактериологическая лаборатория вошла в состав клинико-диагностической лаборатории, увеличивался штат, расширялась номенклатура исследований.

Следующим значимым этапом в развитии лаборатории стало размещение на новых площадях ре-

С 2003 года бактериологическая лаборатория является самостоятельным структурным подразделением больницы, возглавляет ее Людмила Николаевна Копытко.

Коллектив бактериологической лаборатории.
Заведующая Л.Н. Копытко (второй ряд, вторая слева)

конструируемого старого пищеблока ККБ в ноябре 2002 года. Реконструкция проводилась по разработанному проекту в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями и по заключению государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. Введена в эксплуатацию согласно санитарно-эпидемиологическому заключению №24. КР.02.000. М. 005492.04.03 от 08.04.2003 года.

С 2003 года бактериологическая лаборатория является самостоятельным структурным подразделением больницы, возглавляет ее Людмила Николаевна Копытко. Имеющиеся помещения, планировочное решение, размещение оборудования, организация распорядка работ, внедрение новых технологий, использование современных стандартных тест-систем, питательных сред и, самое главное, высококвалифицированный, профессионально подготовленный персонал с ответственной, стремящейся к совершенствованию молодой плеядой бактериологов позволяют осуществлять все исследовательские работы (бактериологические, серологические, а с 2006 года и ПЦР-исследования) на высоком уровне.

Однако перед баклабораторией ККБ стоит ряд важных задач развития, одна из которых – повышение оперативности выдачи результатов анализов. В классическом случае результат бактериологического анализа выдается через 3-7 дней даже при наличии автоматизации. В итоге он уже мало актуален, а в случае тяжелой инфекции или сепсиса такое промедление может стоить пациенту жизни, так как отложенное на несколько часов назначение адекватной антибиотикотерапии увеличивает вероятность смертельного исхода в полтора-два раза.

Есть ли решение в такой ситуации? Как обеспечить клиническую эффективность микробиологической лабораторной диагностики? Какой должна быть современная комплектация бактериологических лабораторий? Ответы на все эти вопросы применительно к Краевой клинической больнице дают специалисты лаборатории, администрации и службы менеджмента качества, планируя приобретение нового оснащения и внедрения новых технологий.

Неизвестный мастер

«Святые Косма и Дамиан пересаживают ногу»

Около 1495 г.

Университетская библиотека.

Лондон.

Косма и Дамиан – «святые бессребреники», «божии кузнецы», врачеватели и чудотворцы, первые «трансплантологи», святые покровители врачей и хирургов, исцелители «от разслабления тела, от исступления ума, от смертоносныя язвы» (православная молитва) – одни из самых известных святых.

Легендой, которая вдохновляла врачей все это время искать возможности исцелять, было житие святых – братьев Космы и Дамиана. Житие гласит, что у дьякона Юстиниана сильно болела нога, никакие лекарства не помогали. И вот тогда во сне ему явились двое ангелов с инструментом в руках. Явившиеся отрезали его больную ногу и пришили вместо нее конечность умершего эфиопа. Наутро Юстиниан проснулся здоровым и восславил деяния лекарей.