

декабрь 2020 год

№ 3 (78)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



Главная тема

Качество медицинской ПОМОЩИ

Ирина Демко:

Мы накапливаем опыт
в лечении COVID-19

Портреты

Евгений Самохвалов

Алина Горбань

Ингаляционная анестезия при родах. Будущая мама с помощью акушерки получает через ингалятор наркотический препарат трилен, мощное обезболивающее.



ДЫШИТЕ ГЛУБЖЕ!

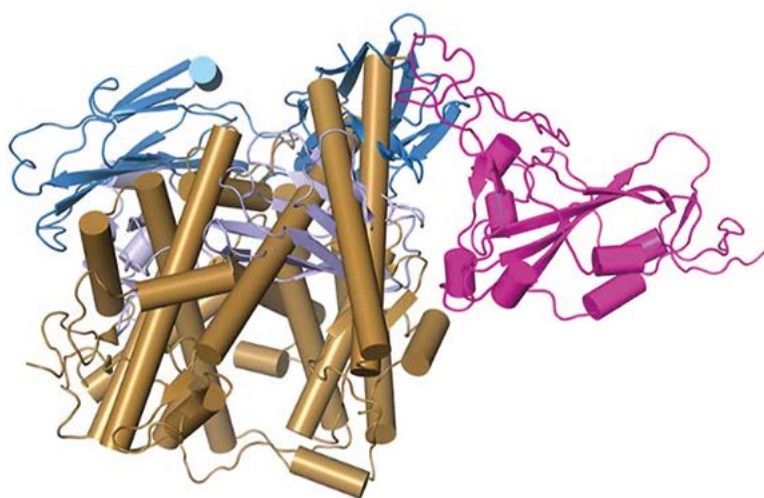
До второй половины XX века в медицинской практике кислород использовался крайне редко, во многом из-за проблем, связанных с его получением. Схема применения кислорода, разумеется, чаще носит респираторный характер. Ранее его использовали в основном для реанимации пациентов. Специально для проведения кислородных ингаляций были разработаны кислородные подушки и транспортные баллоны. Значительно позже кислородная терапия стала применяться для лечения и профилактики гипоксии, инфаркта миокарда, а также заболеваний сердечно-сосудистой системы и верхних дыхательных путей. Спустя много лет после феноменального открытия в области промышленной генерации кислорода были созданы более совершенные технические устройства (кислородные генераторы), которые позволили проводить кислородную терапию в комплексе с медикаментозным лечением. В настоящее время кислородные концентраторы вполне могут претендовать на звание универсальных технических приборов, так



Медсестра в родильном отделении больницы следит за давлением кислородного баллона. Здесь выхаживают новорожденных – слабых и недоношенных.

как их функциональный потенциал позволяет не только проводить обогащение воздуха кислородом, но и продуцировать чистый O_2 для приготовления кислородных коктейлей.

Получено 3D-изображение одного из антител к коронавирусу



Изображение, созданное с помощью рентгеновского анализа белков, показывает, как молекулы на концах нейтрализующего антитела препятствуют способности молекул «шипов» коронавируса связываться с рецепторами на поверхности клеток человека. Антитела к SARS-CoV-2 ученые выделили из образцов крови пациента с коронавирусом из штата Вашингтон еще в самом начале нынешней пандемии.

С тех пор исследователи провели немало времени, изучая эти глобулярные белки плазмы крови. В частности, один из вопросов, который остается не до конца решенным: как долго сохраняются антитела в крови переболевших COVID-19.

Теперь ученые наглядно показали, как мощнейшее (в 530 раз сильнее по сравнению с другими) антитело выздоровевшего пациента, получившее название CV30, вмешивается в ключевой механизм «шипов» SARS-CoV-2 и заставляет их критически

важные части буквально ломаться в процессе. Исследование опубликовано в журнале Nature Communications.

Авторы работы нанесли на карту молекулярную структуру CV30, в результате получив набор 3D-изображений, которые позволили выяснить, в чем секрет действия CV30.

Фармацевтические компании продолжают экспериментировать с комбинациями мощных нейтрализующих антител, создаваемых в лаборатории.

Подобные «коктейли из моноклональных антител» можно производить в промышленных масштабах и вводить как здоровым людям (для профилактики), так и уже заразившимся.

Ученые из Сиэтла надеются, что описанное ими антитело CV30 может оказаться полезным для профилактики или лечения COVID-19. Чтобы выяснить это, CV30 вместе с другими белками-кандидатами необходимо протестировать доклинически, а затем провести испытания на людях.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

Адрес редакции | 660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-904-895-30-62
medgorod.rukkb-red@mail.ru

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из музея
Истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

Допечатная подготовка, печать
ООО «Полиграфическая компания «Ситалл»
660074, г. Красноярск, ул. Борисова, 14,
стр. 2, оф. 513
Тел.: (391) 218-05-15
E-mail: sitall@sitall.com, www.sitall.com

Тираж 999 экз. Декабрь 2020 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

3, 5	Новости
4	Слово редактора
8	Портрет Евгений Самохвалов
10	Портрет Алина Горбань
12	Главная тема Качество медицинской помощи
28	Опыт Ирина Демко: Мы накапливаем опыт в лечении COVID-19
36	Опыт Применение скринингового обследования детей и подростков в диагностике туберкулезной инфекции в условиях частного медицинского центра
39	Опыт Метод реплантации фронтального зуба постоянного прикуса при полном его вывихе у ребенка 8 лет
42	Опыт Зачем нужна еще одна книжка про позвоночник и его болезни?
44	Это интересно Символы медицины
46	Знаменательные даты
48	Ex animo Юрий Гончаров
51	Это интересно Продолжительность жизни врачей
54	Ex animo
56	Итоги года

1 Рентгенхирурги протестировали Angiodroid

Angiodroid – инжектор углекислого газа. Он используется для визуализации сосудов при эндоваскулярных вмешательствах. Его применение особенно показано для пациентов с риском возникновения контрастированной нефропатии, то есть серьезного нарушения функции почек. Angiodroid можно использовать при вмешательствах на сосудах, находящихся ниже диафрагмы, во избежание воздушной эмболии сосудов сердца и головы.

Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения Никита Литвинюк рассказал, что аппарат для тестирования предоставила фирма-производитель:

– Нам предоставили этот аппарат на апробацию как клинике с большим опытом эндоваскулярных вмешательств, особенно у пациентов с диабетической стопой. Цель – чтобы мы оценили



качество ангиограмм, полученных с помощью контрастирования CO₂. Сам метод контрастирования углекислым газом не является чем-то новым, но сейчас он обрел современную автоматизированную платформу, что позволяет контролировать абсолютно все параметры введения углекислого газа, – рассказывает врач.



2 1 декабря нашим врачам торжественно вручили государственные и краевые награды

Орденом Пирогова награжден руководитель Центра оказания экстренной и неотложной медицинской помощи ККБ Максим Суворов, а главный врач Егор Корчагин – знаком отличия Красноярского края «За трудовые заслуги».

В Указе Президента Российской Федерации от 21 июня 2020 года заслуги Максима Сергеевича отмечены так: «За большой вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией (COVID-19), самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные при исполнении врачебного долга». Если



простыми словами: за организацию «с нуля» в экстремально короткие сроки и в полевых условиях медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией в Северо-Енисейском районе. Как ранее отметил в одном из интервью Максим Сергеевич, орден – это награда за самоотверженную работу всей медицинской команды краевой больницы.

Знаком отличия «За трудовые заслуги» отмечен личный вклад Егора Евгеньевича Корчагина в развитие медицины, охрану жизни и здоровья жителей края. Его опыт организатора здравоохранения и руководителя позволил быстро подготовить Краевую клиническую больницу к работе в условиях эпидемии коронавируса.

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Качество на первом месте

Наша работа до и в период пандемии показала: для того чтобы оказывать помощь качественно, необходимо в первую очередь понимать, что это значит. Качество обладает всегда как минимум двумя свойствами. Первое – соответствие запросам клиента (в нашем случае пациента): насколько мы дружелюбны, человечны, внимательны. Второе – насколько то, что мы делаем, соответствует профессиональным стандартам, алгоритмам, протоколам. И без одной, и без другой составляющей невозможно обеспечить качественную медицинскую помощь. Особенно когда в процесс вовлекается одновременно большое количество людей,

которые раньше не занимались подобной работой. Происходит ежедневное обучение на рабочем месте. Как это можно сделать грамотно? Только путем стандартизации, путем создания документов, которые регламентируют обязательное исполнение тех или иных действий и основаны на определенных требованиях. Весь наш шестилетний опыт работы по СМК: использования инструментов управления качеством, создания стандартов, инструкций и алгоритмов для всех этапов оказания помощи – всё это пригодилось теперь, когда мы вынуждены принять новые вызовы. Соблюдение принципов эпидбезопасности, новые принципы лечения потребовали создания новых документов, и мы знали, как это вводить в практику и контролировать исполнение.

Почему именно сейчас это особенно актуально? Простая аналогия: представьте себе, что во время военных событий каждый солдат, не принимая в расчет распоряжения командира, действует исходя из собственных соображений. Наверняка это приведет к рассогласован-

ности и поражению. Чем жестче ситуация, тем четче должны исполняться распоряжения.

Хочу отдельно сказать про единomyслие и «заряженность» идеями всех членов коллектива. Дело в том, что у каждого есть выгоды от исполнения единых стандартов, они призваны облегчать исполнение функций каждым, увеличивать эффективность и быть созданными не вопреки, а во благо. Введение стандартов носит не карательный характер, а поддерживающе-обучающий. Сотрудники, работающие по регламентам, отмечают, что так трудиться легче, более понятны требования и круг обязанностей, меньше лишней суеты, больше осознания в правильности принятых решений. Поэтому мы будем продолжать развиваться и совершенствовать нашу помощь людям.

Хочу поздравить коллектив Краевой клинической больницы с наступающим 2021 годом и пожелать всем нам, конечно же, улучшения эпидемиологической обстановки, стабильности, развития и личного благополучия!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая краевая»

Перемены

Недавно меня спросили: «Как вы можете охарактеризовать уходящий год одним словом?» И я, подумав немного, ответила: «Перемены». Думаю, в той или иной степени это слово подходит для 2020-го каждому человеку на Земле. Хочу пожелать, чтобы эти изменения стали основой для новых позитивных событий – как в частной жизни, так и в работе.



3 Депутаты подарили небулайзеры для пациентов

Депутат Государственной Думы Юрий Швыткин и депутат Красноярского городского Совета депутатов Дмитрий Власов вручили аппараты для

ингаляции лекарственных средств для пациентов краевой больницы. Небулайзеры депутаты купили на собственные средства, тем самым выразив личную поддержку медикам и пациентам в непростое время.

Буквально сразу после вручения новые аппараты были переданы заведующим отделениями аллергологии, пульмонологии и центра медицинской реабилитации. Специалисты пообещали, что медицинские устройства сразу же будут использоваться в работе.

Кроме медицинских аппаратов Юрий Николаевич Швыткин вручил главному врачу Благодарность комитета Госдумы по здравоохранению, где отмечен высокий профессионализм, добросовестный труд и большой вклад Егора Корчагина в развитие отечественного здравоохранения. Егор Евгеньевич поблагодарил уважаемых депутатов и в их лице всех, кто с пониманием и уважением относится к работе медиков в это тяжелое время.



4 Успешное завершение аудита

В ноябре этого года Краевая клиническая больница успешно прошла ресертификационный аудит на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2015. Это уже наш третий успешный аудит по ISO 9001. Теперь мы приступили к подготовке стационара и поликлиники к сертификационному аудиту по требованиям Росздравнадзора спустя три года с момента выдачи сертификата.

5 Открылся еще один инфекционный госпиталь

Временный инфекционный госпиталь, организованный на базе Краевой офтальмологической больницы, начал принимать пациентов, первые из которых переведены на долечивание из базового госпиталя ККБ. Это больные с положительной динамикой течения заболевания и те, чье состояние оценивается как средней тяжести.

Персонал составляют медики краевой больницы, имеющие большой опыт работы в «красной зоне», а также врачи и медсестры краевой офтальмологической больницы.

Инфекционный пульмонологический госпиталь на базе офтальмологического центра стал пятым госпиталем, организованным краевой



клинической больницей. Всего же из инфекционных госпиталей ККБ выписано уже более 6000 пациентов после лечения от COVID-19.



**Ульяна Викторовна
Зырянова**

директор Института
дополнительного
образования «Медэксперт»



Почему тема аккредитации медицинских работников очень актуальна в конце 2020 года?

Дело в том, что до 2021 года аккредитация касалась лишь выпускников медицинских вузов и средних профессиональных образовательных организаций (колледжей, техникумов), а также тех, кто получал новую специальность в результате прохождения обучения по программам ординатуры и профессиональной переподготовки. Но уже с 1 января 2021

года полностью отменяется система прохождения сертификационных экзаменов и выдачи сертификатов специалистов. Аккредитацию со следующего года будут проходить все медицинские работники, у которых закончится действие сертификата.

Как будет проходить аккредитация, а самое главное, что нужно сделать медицинскому работнику, чтобы быть аккредитованным? Давайте разберемся...

Важно понимать, что аккредитация бывает трех видов:

- **Первичная.** Ее проходят выпускники профильных образовательных учреждений при сдаче итоговых экзаменов.

- **Первичная специализированная.** Для специалистов, которые прошли программы ординатуры, профессиональной переподготовки, а также лиц, получивших образование на территории иностранного государства.

- **Периодическая.** Процедуру проходят уже работающие по специальности врачи и медсестры.

Этапы (виды испытаний) зависят от вида предстоящей аккредитации:

Первичная и первичная специализированная аккредитация	Периодическая аккредитация
- Тестирование (теоретический этап) - Практический этап: оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях и/или/ решение ситуационных задач	- Оценка портфолио через Портал НМО <i>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 34н от 20.01.2020 отменил тестирование как этап!</i>

Это значит, проходить испытания на тренажерах (симуляторах) и электронное тестирование нужно будет только выпускникам образовательных учреждений или тем, кто прошел обучение по программам ординатуры и программам профессиональной переподготовки (первичное обучение).

Медицинским работникам, у которых заканчивается срок действия сертификата после 01.01.2021, нужно будет проходить периодическую аккредитацию, которая состоит из одного этапа - оценки портфолио. Следовательно, единственное, что нужно сделать каждому медицинскому работнику, чтобы не иметь проблем с аккредитацией – это позаботиться о своем портфолио.

Очень важно знать и понимать, что же такое портфолио, из каких компонентов оно состоит и как будет оцениваться.

Портфолио – это отчет за последние

пять лет о профессиональной деятельности аккредитуемого, включающий сведения об индивидуальных профессиональных достижениях и сведения об освоении программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширения квалификации.

Предполагается, что большинство медицинских работников будут проходить периодическую аккредитацию посредством подсистемы «Интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования» ИС НМО.

Сведения об индивидуальных профессиональных достижениях будут оцениваться и заверяться руководителем (заместителем руководителя) медицинской, фармацевтической или иной организации по последнему месту работы аккредитуемого (при наличии).

Сведения о непрерывном совершенствовании профессиональных навыков и расширении квалификации будут включать данные об обучении по программам дополнительного профессионального образования – программам повышения квалификации в соответствии с требованиями профессиональных стандартов и иную деятельность, направленную на непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации (при наличии), включающую обучение в рамках деятельности профессиональных некоммерческих организаций, подтвержден-

ную на ресурсе «Интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования» ИС НМО, и индивидуальную познавательную деятельность, подтвержденную на ресурсе «Интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования» ИС НМО.

На данный момент нет нормативно-правового акта, который бы четко определял критерии оценки портфолио, но есть проекты и рекомендации Минздрава РФ по формированию портфолио. Давайте с ними ознакомимся.

Рекомендуемое количество ЗЕТ за отчетный пятилетний период

250 часов (ЗЕТ) за 5 лет				
1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
50 часов	50 часов	50 часов	50 часов	50 часов



За 1 год 50 ЗЕТ	
«Формальное» образование	«Неформальное» образование + самообразование
Не менее 36 часов	Не менее 14 часов
Повышение квалификации с выдачей удостоверений	Интерактивные образовательные модули и образовательные мероприятия

Циклы Института «Медэксперт» прошли экспертизу Совета НМО. Мы проконсультируем Вас по вопросам формирования портфолио по Вашей специальности и поможем составить план образовательной активности, который поможет беспрепятственно пройти процедуру аккредитации. Мы предложим Вам как дистанционные, так и симуляционные циклы с прохождением практического обучения на тренажерах - симуляторах в нашем симуляционном центре. Стоимость

таких циклов от 2000 рублей.

Для формирования портфолио мы совершенно бесплатно проводим конференции и вебинары с выдачей ЗЕТ. Ознакомиться с планом мероприятий и зарегистрироваться в качестве участника можно на нашем сайте: **med-expert-24.ru**.

Медэксперт – это комплексное решение проблем аккредитации для медицинских работников!

Дополнительное профессиональное образование медицинских и фармацевтических работников

Аккредитационно-симуляционный центр

Провайдер системы НМО (выдаем ЗЕТ за циклы, конференции, семинары, вебинары)

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

Перейти на сайт



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

Евгений Самохвалов

Заведующий 4-м кардиологическим отделением Красноярской краевой больницы получил премию «Оскар здравоохранения» в номинации «Лучший кардиолог» и продолжает основную работу совмещать с обязанностями заведующего 5-м пульмонологическим отделением в базовом инфекционном госпитале.

Евгений Владимирович, расскажите, пожалуйста, о конкурсе, его условиях.

Это конкурс российского врачебного интернет-сообщества, имеющий достаточно сложные условия. Откровенно скажу, об участии в нем я не предполагал. Информацию получил от Евгении Михайловны Курц. Она сказала, что на сайте премии появились номинанты, и среди них есть я. Сам я заявку не подавал. В моей номинации было трое претендентов. Каким образом проходил отбор кандидатов, мне не известно. Голосовали, как было написано, коллеги-врачи, и это очень ценно – получить высокую оценку своего труда от представителей профессионального сообщества. Ну а потом организаторы прислали письмо с известием о моей победе. Конечно, это было приятно, хоть и весьма неожиданно.

Давайте поговорим о современном устройстве кардиологии и об узких специализациях кардиологов.

Всю современную кардиологию можно разделить на две большие части: с применением оперативных методов и без их применения. Хотя в нашей больнице по этому принципу пациентов мы не разделяем, но любое кардиологическое отделение применяет разные методики лечения. Поэтому все наши врачи должны знать всё: и хирургическую часть, и терапевтическую. И специализация кардиологических отделений очень условная, мы все делимся информацией друг с другом о разных сторонах нашей темы.

И все же, в каких темах вы лично чувствуете себя сильнее?

В остром коронарном синдроме и гипертонии. Это то, что я люблю больше всего. Еще в институте у меня был выбор между гастроэнтерологией и кардиологией. В ординатуре я попал в 1-ю кардиологию 20-й больницы, очень долго там проработал, видимо, это и определи-

ло мою дальнейшую судьбу. Гипертония – это такая болезнь, которая требует очень кропотливого, тщательного контроля за пациентом, умения «играть» препаратами, потому что нет такого, что назначаемый препарат обязательной подойдет больному, порой уходит достаточно много времени, пока находится нужная схема лечения, сочетания препаратов. История с назначением «3 рэ в дэ по 1 тэ» не проходит. Значение имеет очень многое: тип пациента, пол, возраст, привычки, склад нервной системы и т.д. Гипертония может протекать годами, и при этом пациент может даже не подозревать о том, что он ею болен. То, что при повышенном давлении обязательно болит голова, – это миф. В такой ситуации важно предотвратить возникновение сосудистых катастроф, и для этого необходимо отслеживать лабораторные показатели функции почек, электролитов, печеночных функций. Это комплексное ведение больного.

Как вы выбирали профессию?

С начальной школы хотел быть врачом, играл во врача, знал, что им стану. Хотя родители – не врачи.

Вас лично тема COVID-19 как-то коснулась?

Да, я полтора месяца отработал в отделении пульмонологии №5 заведующим. Сам тоже переболел, но думаю, что заразился не во время работы, а по причине внешнего заноса – ребенок принес из школы. Лежал тут же, у нас. Сейчас снова собираемся в «красную зону».

Какая у вас мотивация заходить туда?

Недавно я увидел хорошую передачу на ТВ про королеву Великобритании Елизавету и про все семейство Виндзоров. Их фамильный девиз – «Я служу». Если вдуматься, очень глубокая по смыслу фраза, она мне понравилась. И я подумал, что это кредо близко и мне – я тоже служу, и этим все сказано.



Алина Горбань

Врач-эпидемиолог Краевой клинической больницы с начала года активно борется с неосведомленностью населения по вопросам эпидемиологии, как и с самой эпидемией.

Почему Китай, с которого началась нынешняя пандемия, довольно успешно борется с ней, в то время как множество других стран «захлебываются» в новой волне?

В Китае исторически так сложилось, что люди более дисциплинированы. У них если правительство сказал, что нужно поступать вот так-то, то никаких сомнений не возникает – все так и поступают. Россияне более безалаберны и необязательны. Кроме того, азиаты уже давно носят маски, оберегая себя от привычных сезонных инфекций. Вторая причина – низкий уровень осведомленности об инфекциях в принципе и о COVID в частности. Но это характерно не только для России, а и для многих стран.

Можно ли бороться с неосведомленностью, низким уровнем информированности?

Можно. Причем на государственном уровне и начиная прямо со школы. Помните, была такая книжка – «Я познаю мир»? Может быть, и сейчас она где-то продается. Это прекрасный образец того, как доступно, понятно и правильно может быть подана информация. В данном случае – для детей.

А в принципе, это большая глобальная проблема – просветительская роль медицины в отношении обычных людей. С одной стороны, есть источники, которым дают максимально научно обоснованную информацию, например, о ковиде можно почитать на сайте Министерства здравоохранения РФ, а есть всевозможные СМИ, блогеры и т.д., которые выдают населению неверные факты, искаженную информацию, не будучи сами врачами или биологами. Людям сложно разобраться, где правда, а где мракобесие.

Наверное, у каждого члена общества в идеале должна быть воспитана ответственность перед этим самым обществом за то, как он бережет себя и ближнего – мы все в одной лодке, и те, кто плевать хотел на санэпидрежим, и те, кто всё выполняет неукоснительно. Получается, мы с вами

носим маски в общественных местах, моем руки и несмотря на это рискуем заразиться, как и те, кто относит себя к числу ковид-диссидентов. И уровень информированности тоже имеет отношение к ответственности, потому что грамотный человек знает, что и как делать верно. Информирование, разумеется, как и любые другие процессы, требует финансирования, эту функцию, на мой взгляд, по большей части должно взять на себя государство.

Это что касается населения. Давайте поговорим о заболеваемости врачей – почему ковидом болеют наши сотрудники?

Это такая же безалаберность, как и у других людей, в выполнении алгоритмов – раз, наружный занос инфекции – два.

Каковы ваши прогнозы относительно COVID-19?

Я думаю, переболеют в любом случае 60–70 процентов населения. Изжить этот вирус полностью, как мы уничтожили оспу, думаю, не получится. Просто сам вирус будет меняться, мутировать, и постепенно летальность начнет уменьшаться. Плюс с введением в привычный обиход вакцин мы сможем защитить группы риска. Таким образом, новая коронавирусная инфекция пополнит пул сезонных респираторных вирусных заболеваний наряду с гриппом, парагриппом, респираторно-синцитиальным вирусом и т.д.

Чем занято ваше рабочее время сегодня?

День начинается с просмотра мониторинга заболеваемости ковидной инфекцией среди сотрудников, оцениваем количество случаев и принимаем управленческие решения. Также просматриваем случаи заноса среди пациентов «чистой зоны» и вводим ограничительные мероприятия. Занимаемся организацией лабораторного обследования сотрудников на ковид. Разрабатываем документы, которые помогут выстраивать правильные процессы относительно противоэпидемического режима. Отвечаем на запросы надзорных органов, а иногда и сами за-



даем им вопросы. Оказываем консультативную и методическую помощь. Участвуем в разборе случаев заболевания ковид у сотрудников ККБ. И, конечно, следим за контролем санитарно-эпидемиологического режима в отделениях. Это все звучит очень прозаически.

Думали ли вы, когда учились на врача-эпидемиолога, что будет суждено столкнуться с мировой пандемией?

Нет! Мы изучали эпидемии чумы, холеры, испанки, которые случались в истории человечества, и нам говорили, что максимум, с чем мы можем столкнуться, – с холерой, но это маловероятно. Более вероятно, что будем бороться с гриппом. И я даже не могла себе вообразить, что в нашей современной жизни случится такая масштабная катастрофа. Как говорится, человек предполагает, а бог располагает. Но мы знаем, что человечество выжило во всех этих событиях, и сейчас справится.

Качество медицинской помощи



Система менеджмента качества является частью системы управления любой организации. Качество – емкая, сложная и универсальная категория, имеющая множество особенностей, связанных, в том числе, с профилем организации.



Проше говоря, SMK – такой стиль управления предприятием, при котором как руководители, так и все остальные сотрудники стремятся к улучшению качества услуги, продукции и самой системы управления предприятием. Требования к SMK изложены в международном стандарте ISO 9001:2015 года, который так и называется – «Системы менеджмента качества. Требования». Стандарт разработан международной организацией по стандартизации (ISO, г. Женева, Швейцария) и обобщает лучший мировой опыт управленческих практик. Также наша SMK выстраивалась на основе практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

При внедрении SMK на любом предприятии происходят изменения, которые направлены на установление технологической прозрачности всех видов деятельности. Иначе говоря, вводимые правила позволяют проследить весь путь входа запроса на услугу, в нашем случае запроса на медпомощь, до ее оказания и получения результата от нее. При такой технологической прозрачности легко выявляются дефекты медицинской помощи, недостатки технологий, а также причины их возникновения. SMK позволяет не только выявить недостатки, но и создать механизм борьбы с ними, который вводится в работу предприятия на постоянной основе и позволяет стабильно повысить качество оказания медицинской помощи. Суть SMK в медицине – выстроить процессы с соблюдением всех нормативных требований, тем самым обеспечить качественную и безопасную медицинскую помощь.



Радомир Бошкович,

руководитель проектов компании «Международный инновационный консалтинг», г. Москва, руководитель проектов компании Vonex Inženjering, г. Белград, эксперт по качеству в области здравоохранения. Работает на проектах по улучшению качества оказания медицинских услуг с 1995 года – как на уровне государства, так и на уровне отдельно взятой клиники.

Радомир, почему сегодня, в XXI веке, когда многие компании давно ввели у себя системы менеджмента качества и продолжают совершенствовать их, российские пациенты высказывают недовольство по поводу элементарных недочетов в оказании медицинских услуг?

Систему здравоохранения организует не отдельная больница, это делает государство – в соответствии со своими возможностями и задачами соответствующего исторического периода. Сравним российское здравоохранение советского периода и сегодняшнее – вопросы, которые решались тогда, касались массовости, прежде всего инфекционных заболеваний. Сегодня эта задача, конечно, тоже стоит, но появилась масса новых. И получается так, что система здравоохранения не соответствует сегодняшним запросам пациентов. Второе – медицина тоже подвержена политическим процессам, и политики часто принимают решения, не соответствующие современной конъюнктуре. За это не могут нести ответственность медицинские учреждения.

Еще один момент – ответственность самих пациентов. В Советском Союзе существовал другой акцент – была всеобщая диспансеризация,

врачи мало что объясняли пациентам, беря на себя ответственность за их здоровье. Сегодня, в условиях рыночной экономики, конкуренции систем страхования, конкуренции медучреждений, человек сам решает, как поступать со своим здоровьем: обследоваться ли регулярно, заниматься ли профилактикой, иметь ли вредные привычки, практиковать ли здоровый образ жизни.



В России вызов врача на дом без экстренной необходимости – повсеместная практика, тогда как в Европе вызвать к себе медиков можно лишь в случае крайней необходимости.

экстренной помощи. В противном случае вызов врача будет оплачиваться самим пациентом, он не входит в страховку. Такая ситуация, существовавшая в европейских странах всегда, заставляет внимательно относиться к своему здоровью и тем самым стремиться к предупреждению необходимости вызова врача на дом. В развитых странах люди понимают, что

В России, пожалуй, малая часть людей ответственно относится к состоянию своего тела. Это часть национального кода?

И это тоже, но есть и другие причины, например, заложенные системой. Так, в России вызов врача на дом без экстренной необходимости – повсеместная практика, тогда как в Европе вызвать к себе медиков можно лишь в случае крайней необходимости, когда действительно есть угроза жизни при неоказании

сохранять здоровье выгоднее, чем его поправлять. И если у кого-то лишний вес, например, то он сам должен понимать, что риск диабета и сердечно-сосудистых заболеваний высок, и он сам за это несет ответственность. Требовать идеального артериального давления у данного пациента от медицинской организации и бессмысленно, и нелогично.

Вероятно, просветительская работа врача приобретает особую значимость?

Несомненно. Коммуникация врач – пациент, как и пациент – медицинская организация, пациент – система здравоохранения – это все или способствует повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью, или ее снижает.

Есть определенный процент ситуаций, когда недовольство пациента медицинским обслуживанием совершенно правомерно и справедливо. Такие ситуации обычно не превышают 3% от общего количества жалоб, и, конечно, по этим случаям нужно проводить пристальное расследование.

Одна из проблем, с которыми связаны недочеты, – **кадровый дефицит**. В некоторых больницах он достигает 30%. Обычно этот дефицит закрывается переработками принятых сотрудников. Крайне редко врачи работают на одну ставку. Помню забавный случай, когда в одной клинике мне жаловались на то, что молодой врач не желает брать переработку, это воспринималось как своего рода предательство, ведь других специалистов такого профиля нет. Это, конечно, нонсенс! Разумеется, переработки ведут к утомлению и профессиональному выгоранию. В какой-то момент сотруднику, который работает на две ставки, становится все равно, что происходит и с ним, и с пациентом, и это настоящая бомба замедленного действия в смысле потенциального снижения качества.

Если говорить о том, чем конкретно чаще недовольны пациенты, то врачами и медсестрами персонально они чаще довольны, а вот к тому, что является признаками системы, предъявляют претензии. Почему так? Каждый пациент требует что-то свое, ссылаясь на свои права,

как он их понимает. Хотя больница оказывает медицинскую помощь каждому пациенту, она все-таки организована, чтобы работать с потоками пациентов, и тут иногда появляется недо-разумение. Чем ограничиваются права одного пациента? Очевидно, правами другого пациен-та, которому также требуется помощь. И тогда может, например, случиться так, что пациент

должен подождать дольше, чем положено, поскольку медики заняты другим, более сложным случаем. В итоге, конечно, пациенты это понимают. **Коэффициент удовлетворенности пациентов персоналом** чаще превышает 70%, в некоторых случаях, как в случае ККБ, этот показатель даже больше 90%. В это самое время эти же люди могут быть не вполне довольны здравоохранением в целом.



Коэффициент удовлетворенности пациентов персоналом чаще превышает 70%, в некоторых случаях, как в случае ККБ, этот показатель даже больше 90%.

Какие инструменты

в получении этих данных вы используете?

Мнение пациентов мы снимаем, конечно, анкетированием. Это анкеты самих пациентов и членов их семей. Обработка этих опросников, которые пациенты заполняют в ходе лечения, не всегда дает объективный результат, люди иногда опасаются отвечать честно, пока находятся в учреждении. Зато идет анализ жалоб, которые здесь обозначаются. Также ценны жалобы, отслеживаемые через пресс-клиппинг, которые появляются в СМИ и соцсетях. Упоминания могут быть как положительные, так и отрицательные – с этой информацией тоже можно и нужно работать. Можно даже извлекать уроки из жалоб пациентов в других медицинских организациях и предупреждать такие же ситуации в своей больнице.

ВОЗ – АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- Безопасность
 - Результативность
 - Своевременность
 - Экономическая эффективность
 - Равноправность
 - Сосредоточенность на пациенте
-

И третья большая составляющая – **анализ клинических результатов**. Это та часть объективной оценки качества работы медучреждения, которую сам пациент не всегда может составить адекватно. Он может оценить отношение к себе, уход, коммуникацию или питание, но правильность назначений, например, он, не будучи специалистом, оценить не может. Росздравнадзор на этот случай имеет рекомендации и перечень критериев, их около 40, по которым можно максимально объективно оценить назначенное лечение. Также существует приказ Министерства здравоохранения №203-Н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», где критериев около трехсот. Эти многочисленные показатели позволяют составить мнение не только об адекватности ухода и лечения, но и об индивидуальной направленности на пациента. Здесь и время, которое он находился в приемном отделении, и безопасность пребывания в стационаре с разных позиций – как медицинских, так и немедицинских, и сервис, и документооборот, и многое другое.

Давайте вернемся к истокам и разложим понятие качества медицинского обслуживания на составляющие.

Хороший вопрос. В рамках 323-го Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» качество определяется тремя большими составляющими: своевременность оказания медицинской помощи – это один аспект, второй – это правильность постановки диагноза и выбора методики лечения, ухода и реабилитации, третий – достижение запланированного результата. Всемирная организация здравоохранения дает немножко другое определение, и мне оно нравится больше. Так, согласно версии ВОЗ, одним из параметров качества является **доступность**. Не только пространственная, но и финансовая. В России я как-то впервые услышал такое слово – «отказник». Я не понял сначала, и мне пояснили: отказник – это человек, который отказывает-



К характеристикам **качества медицинской помощи** относят:

Профессиональную компетенцию.

Результативность.

Доступность.

Межличностные взаимоотношения пациента и врача.

Непрерывность.

Удобство. Безопасность.

Удовлетворенность.

ЕВРОПЕЙСКАЯ ХАРТИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТА:

- Право на профилактические меры
- Право на доступность
- Право на информацию
- Право на согласие
- Право на свободу выбора
- Право на приватность и конфиденциальность
- Право на уважение времени пациентов
- Право на соблюдение стандартов качества
- Право на безопасность
- Право на инновации
- Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли
- Право на индивидуальный подход к лечению
- Право на подачу жалобы
- Право на компенсацию

ся от лекарственного обеспечения и выбирает вместо него финансовую компенсацию. Это, конечно, очень плохая идея.

Второй очень близкий мне принцип – **справедливость**. Не должно быть никакой дискриминации – ни по расовому, ни по половому, ни по какому-то другому признаку.

Категория **«профилактическая ориентация»**. На основании резолюции из Алма-Аты, принятой в 1956 году, профилактика и первичное звено должны быть главными в системе здравоохранения. Пирамида должна быть так устроена, чтобы из всего числа обращений в больницу попадали не более 20% людей. Не потому, что их не принимают в стационар, а потому, что их жалобы и последующее лечение не требуют госпитализации. К сожалению, в России система построена таким образом, что в больницу и к врачам – узким специалистам попадает слишком

много людей. Система участкового или семейного врача не работает как надо. Естественно, возникают огромные очереди к узким специалистам, народ очень недоволен. Но, простите, зачем ЛОР-специалисту смотреть пациентов с банальным насморком?

Есть еще некоторые права пациентов, которые не отражены в 323-м законе. Например, **право на приватность**: я не хочу, чтобы в мою палату заходили без стука, несмотря на то что входящий – медик.

Еще один очень-очень важный вопрос – **безопасность процессов оказания медицинской помощи**. В законе 323-ФЗ об этом нет ни слова. И обеспечение безопасности, получается, не входит в заботу учреждения. А на деле может произойти такое – уронили пациента, который в результате погиб. Возникает главный в России вопрос: «Кто виноват?». Мой ответ: всегда виновата система. Получается, в ней не предусмотрена безопасная транспортировка пациента, когда он зафиксирован на каталке, бортики подняты. Это как будто подразумевается, но нигде не прописано. Если исходить из того, что ни один врач или медсестра не приходят на работу, чтобы навредить пациенту, становится ясным, что отсутствие точных инструкций делает такую ситуацию возможной.

В итоге получается, что определение ВОЗ, в котором освещены шесть аспектов качества, и Европейская хартия о правах пациента более точно и полно отражают сущность качества медицинской помощи.

Система менеджмента качества, вводимая в больницах, способна переломить ситуацию?

Конечно! Здесь, в ККБ, это уже давно существует. Повышается безопасность, анализируются риски, прорабатываются процессы и издаются документы, регламентирующие самым подробным образом все, что происходит в больнице.

А как дело обстоит в других странах?

Есть национальные стандарты безопасности в медицине, существуют специальные органы, которые проверяют их соблюдение и, что немаловажно, обучают. Здесь, в России, есть попытка построить аналогичную систему, но пока она зиждется на энтузиазме неравнодушных. Никто не финансирует эти улучшения, они «питаются» из внебюджетных средств, получаемых от оказания платных услуг. Это в корне неправильно. Государство должно быть не только вовлечено, оно должно выступать инициатором повышения безопасности граждан, обеспечивая необходимые ресурсы.

Вы упомянули очень важное слово «энтузиазм», которое напрямую связано с качеством медпомощи. Важно, когда каждый сотрудник – от руководителя до младшего медработника – «заряжен» этой идеей. Как сохранить этот «заряд»?

Сотрудники будут вовлечены, если понимают важ-



Появляется пирамида, которая начинается с определения стратегических целей, а заканчивается личной ответственностью каждого сотрудника.

ность вопроса и если во главе улучшений стоит первое лицо организации. Все смотрят на вождей. Немаловажно и то, что сотрудники должны понимать, что им лично даст улучшение. Но главное, это стратегическая ориентация медицинской организации. Давайте посмотрим на стратегию развития ККБ до 2023 года: безопасность и качество в ней обозначены как приоритетные принципы. За принципами следуют конкретные действия, с ответственными сотрудниками и заложенными средствами. Появляется пирамида, которая начинается с определения стратегических целей, а заканчивается личной ответственностью каждого сотрудника. В большинстве других больниц этого нет. Но я искренне надеюсь, что лед уже тронулся, и такие идеи распространятся на все клиники страны.



**Сергей
Дранишников,**

консультант отдела
СМК ККБ:

В здравоохранении тема обеспечения качества медицинской помощи, а также безопасности пациентов и персонала в последние годы стала одной из главных. Проводится большое количество конференций как на федеральном, так и на региональном уровне. Некоторые руководители принимают решение о создании СМК после возвращения с таких конференций, отдавая дань моде. Другие – с пониманием и осознанием того, что СМК служит хорошим инструментом для повышения качества. Этот момент является очень важным для успешного начала работы.

Следующий важный момент: руководитель должен донести эту идею, «заразить» ею сотрудников своей организации. Прежде всего – своих заместителей и руководителей подразделений, сформировать команду единомышленников.

Затем нужно выбрать такую проблему или процесс, которые при успешном решении дали бы заметный результат в части повышения качества и безопасности. Это может быть сокращение времени госпитализации пациента, поступившего с множественной травмой или с признаками инсульта, уменьшение числа предписаний надзорных органов и др. Когда сотрудники, участвовавшие в работе по улучшению этих процессов, рассказывают, что стало удобнее работать, например: последовательность действий и роли каждого четко определены, исключены лишние движения и перемещения, все инструменты всегда на своих местах – это мотивирует других сотрудников. Они тоже на-

чинают включаться в работу по совершенствованию процессов оказания медицинской помощи в своих отделениях.

Хотел бы еще раз отметить, что ключевым фактором успеха в работе по созданию СМК является личное участие руководителя организации и вовлечение персонала в эту работу не только на первых этапах, но и на всем пути подготовки к сертификации. А после сертификации – и руководство, и сотрудники включаются в работу по дальнейшему совершенствованию системы менеджмента качества.

Отдельно хотелось бы рассказать о бережливом производстве, но прежде я хотел бы дать некоторые короткие пояснения по поводу возникновения термина. До начала 1990-х годов во всем мире, в том числе и в Советском Союзе, много писали о японских методах управления качеством. И вполне обоснованно – по уровню качества продукции японские товары были вне конкуренции.

А среди японских компаний наибольших успехов в качестве, производительности и прибыльности добилась автомобильная компания «Тойота». Команда исследователей из Массачусетского технологического института, изучая производственную систему «Тойоты», назвала ее термином Lean Production. На русский язык этот термин переведен как «бережливое производство», то есть производство без потерь. На «Тойоте» определили семь видов потерь. Это потери из-за ожидания, ошибок/брака, лишних движений, транспортировок и другие.

Теперь о качестве. Качество – понятие многогранное. Одним из аспектов качества в здравоохранении является своевременность оказания медицинской помощи. Как видно из неполного перечисления видов потерь, все они имеют непосредственное отношение к качеству оказания медицинской помощи. Сокращая время ожидания медицинской помощи, количество ошибок или лишние движения, мы тем самым повышаем качество.



**Методы решения
проблем помогают
уйти от обвинительной
практики при
появлении ошибок
и направить свои
усилия на поиск
причин этих ошибок
и своевременное
устранение причин.**

Надо сказать, что в «Тойоте» нет разделения на методы управления качеством и методы «бережливого производства». Мы в краевой больнице, применяя эти методы, тоже не тратили время на их классификацию. Набор же методов, который мы использовали, довольно обширный. Перечислю лишь часть из этого набора:

- карты потока создания ценности (по терминологии Джона Шука) или графическое описание и стандартизация процессов с помощью квалиграмм;
- разработка алгоритмов и обучение среднего медицинского персонала на основе подхода TWI (Training Within Industry – обучение на рабочем месте);
- обеспечение лекарственными средствами с помощью системы «Канбан»;
- наведение порядка на рабочих местах по системе 5S;
- методы решения проблем: диаграмма Исикавы и метод «5 почему»;
- предотвращение непреднамеренной ошибки и др.

Применение этих методов позволяет наглядно описать процессы медицинской организации, алгоритмы выполнения медицинских манипуляций, создать комфортные рабочие места. Методы решения проблем помогают уйти от обвинительной практики при появлении ошибок и направить свои усилия на поиск причин этих ошибок и своевременное устранение причин.

Было бы, конечно, здорово, если бы системы менеджмента качества выстраивали и государственные органы. Однако об этом можно только мечтать. Более реальная задача – чтобы государственные органы оказывали поддержку в создании СМК, выделяя на это финансовые ресурсы. А медицинские организации, которые имеют сертификаты Росздравнадзора или JCI, тоже бы поощрялись, например:

- путем изменения частоты проверок со стороны надзорных органов в этих медицинских организациях;
- выделения грантов на зарубежные командировки и повышение квалификации;
- выделения дополнительных ресурсов на приобретение современного медицинского оборудования и улучшение инфраструктуры и др.

Но сегодня, к сожалению, примеров подобной

поддержки медицинских организаций не так много. Тем не менее многие руководители, думая о завтрашнем дне, ставят высокие цели по повышению качества и безопасности пациентов и персонала и приступают к созданию систем менеджмента качества. С каждым годом число таких руководителей увеличивается.



Надежда Николаева,

*начальник
отдела системы
менеджмента
качества:*

Идея о создании СМК родилась у руководителей после прочтения книги Л. Берри и К. Селтмана «Практика управления Mayo Clinic», а также посещения ряда зарубежных и российских клиник, конференций и семинаров по менеджменту качества в течение 2012–2013 годов. Был получен достаточно большой объем информации, и идея искала выхода.

Дальше для выполнения конкретных шагов по разработке и внедрению системы менеджмента, определения уже плана действий в феврале 2014 года был приглашен внешний консультант – Сергей Владимирович Дранишников, а в марте мы приняли на работу первого специалиста по менеджменту качества. Фактическим сроком начала работы по созданию системы менеджмента качества можно считать февраль 2014 года.

Представителем руководства по качеству был сначала назначен Алексей Иванович Грицан, а затем его на этом посту сменила Наталья Ивановна Головина, которая и сейчас активно курирует работу по дальнейшему совершенствованию системы качества в нашей больнице. Благодаря ей мы многого смогли добиться и активно идем вперед!

На первом этапе начали со стандартизации. Составили перечень федеральных Порядков оказания медицинской помощи, относящихся к Краевой клинической больнице. Затем была

определена последовательность разработки внутренних стандартов больницы на основе федеральных нормативных документов. Приоритетным направлением на тот момент являлось оказание экстренной медицинской помощи по ОНМК, ОКС, сочетанной травме, а также процессы в приемном отделении.

По каждому направлению были определены ответственные и рабочая группа. Стандартизация процессов позволила сократить ненужные потери времени из-за ожидания, лишней транспортировки, ненужных перемещений персонала и пациентов; выявлять причины – почему пациент задерживается в приемном отделении, и т.д. В результате время от поступления пациента с признаками ОНМК до принятия решения о диагнозе сократилось на 30%, а время ожидания результатов обследования – на 45%. Что касается процесса оказания медпомощи пациентам с сочетанной травмой, то время обследования сократилось с 2 часов до 20 минут.

В это время произошел случай, который ярко проиллюстрировал необходимость наших усилий. Накануне мы отработали с рабочей группой травматологов порядок оказания медпомощи пациентам с сочетанной травмой. Группу возглавлял Алексей Михайлович Лубнин. Были проведены тренировки в приемном отделении. А когда случилось падение вертолета в 2016 году, пациенты с сочетанной травмой одновременно массово поступили в приемное отделение, и проделанная ранее работа по стандартизации уже в тот момент помогла. Были разработаны чек-листы с последовательностью диагностики, сортировка пациентов, продумана система идентификации поступивших, оповещения и сбора бригады, проведены тренировки в приемном отделении и т.д. Это позволило быстро принять людей и оказать им помощь.

Примеров реализованных улучшений по СМК можно назвать много: это оказание медицинской помощи пациентам с пневмониями, сепсисом, на амбулаторном этапе, улучшения в немедицинских подразделениях и т.д. И поименных благодарностей врачам и медицин-

ским сестрам тоже очень много – чтобы их перечислить, не хватит статьи.

В декабре 2017 года Красноярская краевая клиническая больница успешно прошла аудит на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2015 и получила сертификат. После прохождения аудита руководством больницы было принято решение о внедрении практических рекомендаций Росздравнадзора РФ по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Уже в 2018 году была проведена работа по подготовке к сертификации, и ККБ был выдан сертификат о соответствии требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

На сегодняшний день в больнице утверждено более 100 порядков и 350 инструкций по разным направлениям. Внедрена система управления рисками, система передачи информации о критических ситуациях, система внутренних аудитов и мониторингов, открыт Центр компетенций по внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора и т.д. Также в настоящее время ведется активная работа по совершенствованию процессов в связи

с открытием нового корпуса. Например, в результате улучшений процесса и идеи внедрения специальных держателей для инструмента в ЦСО удалось в 20 раз сократить время разбора использованного инструмента.

Основными барьерами при внедрении СМК в любой организации на первых порах являются недостаток знаний и практических на-

выков применения инструментов (например, при стандартизации процессов очень важно научиться составлять документы с краткими, конкретными и понятными фразами, чтобы, прочитав этот документ, каждый сотрудник смог быстро и легко понять, о чем речь), а также боязнь перемен у сотрудников. Кроме того, крайне важна заинтересованность руководства организации и поддержка.

При внедрении СМК в ККБ работа была нацелена именно на результат, работали небольшими



Вообще, весь персонал приемного отделения всегда полон идей и желания развиваться, сотрудники всегда доброжелательны.

группами. Сразу проводилось обучение, тогда эта деятельность становилась понятна сотрудникам, требования казались прозрачными, а восприятие людей было вполне позитивным.

Светлана Леонидовна Нефедова организовала процесс по внедрению и совершенствованию СМК таким образом, что медицинские сестры очень положительно относятся к нововведениям, они вовлечены в процесс улучшений, участвуют в проведении внутренних аудитов, в разработке инструкций и стандартов. Наши врачи-неврологи во главе с П.Г. Шнякиным первыми стали стандартизировать процесс по ОНМК, именно по их направлению был разработан первый стандарт, и они до сих пор являются передовиками, постоянно совершенствуются, у них уже 4-я редакция стандарта.

Приемное отделение – одно из первых, где занимались внедрением СМК с самого начала. Елена Владимировна Шленская всегда с большим трепетом заботится об отделении, у нее всегда горят глаза. Вообще, весь персонал приемного отделения всегда полон идей и желания развиваться, сотрудники всегда доброжелательны. За это им отдельное спасибо.

Сейчас уже имеется большая база порядков, инструкций, многое уже внедрено в отделениях. И сейчас мы пришли к тому, что некоторые порядки необходимо совершенствовать, пересмотреть с учетом более жестких требований по безопасности аккредитационных стандартов JCI*. Накопилась большая база знаний и идей, которые пришло время воплощать в жизнь. Кстати, в ноябре этого года Краевая больница успешно прошла ресертификационный аудит на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2015. Это уже наш третий успешный аудит по ISO 9001. Теперь мы приступили к подготовке стационара и поликлиники к сертификационному аудиту по требованиям Росздравнадзора, спустя три года с момента выдачи сертификата.

С самого начала пандемии мы активно разрабатывали с врачами и медсестрами, эпидемиологами, различные инструкции и алгоритмы, которые были необходимы срочно и быстро, например – алгоритмы по надеванию и снятию СИЗ, по забору мазка для анализа на COVID-19, по транспортировке пациентов из ковидных госпиталей на МСКТ, не допуская пересечения «грязной» и «чистой» зон, и т.д. Особое внимание нужно было уделить безопасности сотруд-

ников, перестроить процессы, продумать новые правила. Поскольку в ККБ уже отработана система стандартизации процессов, это очень помогло нам в работе по разработке новых порядков и инструкций по COVID-19. По необходимости вовлекались все службы, коллектив работал слаженно, дружно и быстро.

Также большая работа была проделана по визуализации и навигации внутри вновь открывающихся госпиталей, чтобы каждый член команды, идущий в «красную» зону, мог обезопасить себя и легко сориентироваться. Радует то, что мы смогли стать частью команды и активно помогать нашим дорогим медикам бороться с COVID.

* Стандарты JCI (Joint Commission International) являются одними из самых требовательных стандартов в области качества и безопасности для медицинских учреждений.



Алексей Протопопов,

врач – сосудистый
хирург, д.м.н.,
профессор, ректор
КрасГМУ:

Разумеется, роль первичного медицинского образования в вопросе качества оказания медицинской помощи стержневая, установочная. Оно целиком регламентируется образовательными программами и стандартами – что туда зашито, то студентам и преподается. И если мы говорим о качестве медпомощи не как о формальном процессе создания массы документов в системе менеджмента качества, а именно так, как понимают и хотят видеть это наши пациенты, то это несколько другая ситуация. После того, как выпускник выходит из стен альма-матер, вот здесь-то и начинается зачастую этот конфликт.

Процесс улучшения качества медицинской помощи гораздо шире, чем представляет его СМК. К сожалению, у нас во многих лечебных учреждениях ее понимают как абсолютно оторванную тему, которая может и не быть привязанной к реальному положению дел. Система окажется

эффективной только тогда, когда материальная и интеллектуальная базы будут соответствовать набору документов, регламентирующих деятельность организации.

Несколько лет назад Министерство здравоохранения РФ пыталось провести законопроект об ответственности руководителей лечебных учреждений за соответствие их материальной базы современным стандартам. Очень жаль, что начинание так и не пришло к воплощению в жизнь. Зачастую выпускник медвуза попадает в такие условия, работать в которых его никто не учил. Мы рассказываем о новом уровне диагностического оборудования, о современных вмешательствах, а попадая даже в городские стационары, не говоря уже о сельских, молодые специалисты этого всего не видят. То, с чем им приходится работать, – это аппаратура 10-15-летней давности, или ее нет вообще. Получается, что свои знания применить на практике врач не может.

Если уж мы говорим о качестве медицинской помощи, то этот процесс должен быть двусторонним: с одной стороны, высокие требования к образовательному потенциалу университетов, с другой – обязанности создания адекватных условий труда. Именно на этом противоречии

зидается главный конфликт дефицита кадров. Почему у нас никто не хочет ехать работать в районные больницы? Там нечего делать с точки зрения современной медицины. Там нет того, чему мы учим наших студентов и что пишется в клинических рекомендациях. Получается дисбаланс распределения кадров – в региональной медицине пусто, а в высокотехнологичные медицинские центры крупных городов стоят очереди из желающих там работать. Поэтому сама идея СМК приживается только в передовых клиниках.

Еще один момент – мы считаем себя ответственными за тех, кого научили, если перефразировать классика. Плохо то, что даже самый перспективный студент или ординатор быстро деградирует в профессиональном смысле, попав на работу в соответствующую среду.

По сию пору сохраняется трехуровневая система здравоохранения, когда все лечебные учреждения можно разделить на первичное звено (ЦРБ, городские больницы), специализированные и высокотехнологичные. Она превратила первичное звено, по сути, в перевалочные базы, там, кроме неотложной помощи, запрещено делать подавляющую массу врачебных манипуляций. В тех субъектах, где финансирование лучше, трехуровневая система постепенно размывается, превращаясь в двухуровневую. Так, например, технологичная помощь сердечно-сосудистым больным сегодня у нас оказывается в Канске, Ачинске, других небольших городах края.

Конечно, если бы не пандемия COVID-19, которая вмешалась в наши планы, то, вероятно, мы продолжали бы развитие и модернизацию учреждений, как это было запланировано. Но явление дефицита финансирования здравоохранения – вещь постоянная и повсеместная на территории РФ.



Система окажется эффективной только тогда, когда **материальная и интеллектуальная базы будут соответствовать набору документов, регламентирующих деятельность организации.**

Еще один аспект: процесс подготовки будущих специалистов должен быть погружен в, что называется, региональную повестку. Это значит, что вуз или заведение среднего медицинского образования должны понимать, что происходит в больницах, опять-таки для достижения соот-

ветствия. Раньше взаимопроникновение медицинского образования и здравоохранения было значительно большим – статус заведующего кафедрой зачастую совпадал с должностью заведующего отделением больницы. Теперь это редкость – некоторое время назад была введена обратная тенденция к разделению этих функций.

В начале года мы разработали очень хороший документ, на наш взгляд, попытались провести его через Министерство здравоохранения, но пандемия опять-таки сбила наши планы. Документ посвящен возвращению кафедр в стены лечебных учреждений. Договорились, что как только ситуация позволит – вернемся к этому вопросу. Работа образования и практической медицины в унисон всегда давала толчок в развитии, это доказано историей и здравым смыслом.



Олег Черкашин,

руководитель
центра
информационного
и документального
обеспечения:

Когда мы от общего понятия менеджмента переходим к менеджменту качества, роль информации значительно возрастает. Прежде всего потому, что объем информации, которую необходимо обрабатывать в менеджменте качества, намного превышает объем информации, обрабатываемой в любой другой области менеджмента. Ведь даже для простой оценки качества требуется гораздо больше информации, чем для оценки количества или стоимости услуги, поскольку каждый отдельный элемент медпомощи имеет не один показатель качества, иногда их сотни.

Вторая причина, по которой информация играет особую роль в менеджменте качества, состоит в том, что качество – объект нематериальный. Качество – это мера, оценка объекта, его нельзя взять в руки, пощупать, попробовать – все это можно сделать только с предметом, который обладает данным качеством. Его можно только воспринять, оценить, понять в той или иной степени. Медицинская помощь направлена на удовлетворение потребностей, но ни потребности, ни степень их удовлетворения не материальны. Таким образом, качество есть информация о свойствах объекта. Именно нематериальность качества делает таким сложным и противоречивым процесс его создания и оценки. Качество одного и того же объекта разными людьми неизбежно будет оцениваться по-разному.

Давайте представим, что в какой-то области мы начинаем заниматься СМК. Мы проанализировали текущий процесс, нашли в нем проблемы и пытаемся выстроить новый. И тут IT может

предоставить множество инструментов для улучшения процесса, сокращение времени на передачу информации, исключение дублирования действий, подсказки, контроль ошибок и т.д. Вот мы стандарт создали, а теперь как сделать так, чтобы он заработал, и не только на какое-то время, но и продолжал работать всегда? Тут опять же могут быть полезными IT-инструменты, которые будут принуждать выполнять или подсказывать те или иные действия, необходимые по этому стандарту. Следует помнить, что повальная информатизация тоже не является правильным решением, следует всегда соотносить трудозатраты и эффект, поэтому часть действий необходимо оставлять вне информационных систем.

Следующий этап и задача – это контроль. Наш ежедневный пример, с которым мы начали работать два года назад: с момента поступления

к нам пациента с ОНМК до визуализации его КТ-снимка с принятием решения, что дальше с больным делать, должно пройти не более двух часов. В приемное отделение пришли представители СМК, разобрались в процессах, нашли проблемы: скорая долго не отзванивается, бригады долго собираются и т.д. Провели работу с проблемами, стало реально лучше. Получили замечательное время – 36 минут. Однако когда два года назад мы выстроили си-

стему автоматического сбора и контроля сроков, на деле это время оказалось больше. Мы стали разбираться дальше. Оказалось, что есть потери во время заполнения бумажной истории болезни, ожидании врача, регистрации пациента и т.д. Но ведь для того, чтобы «отдать» пациента на КТ, не нужно ждать заполнения всех полей истории болезни, во время процесса томографии вся эта информация не важна! Скорость в приеме пациента имеет принципиальную значимость, если речь идет, например, об острых сосудистых нарушениях. Совместно с Центром сосудистой хирургии удалось сократить это время до 26 минут. При чем же здесь IT? Все дело в контроле, именно его позволили осуществить IT-технологии в соответствии с идеологией СМК, в ежедневном режиме разбираются все отклонения и вырабатываются корректирующие действия, это сохраняет постоянную мотивацию к совершенствованию.



**Скорость в приеме
пациента имеет
принципиальную
значимость, если
речь идет, например,
об острых сосудистых
нарушениях.**

Если говорить об IT-технологиях в медицине в целом – это очень объемная и многогранная тема, здесь и то, что уже сделано и что применяется в России и в мире, и то, в каких областях только ведутся разработки.

Еще одна интересная и важная тема – «Система поддержки принятия врачебного решения (СППВР)». Разработка и внедрение СППВР в практику принадлежат к самым главным направлениям развития искусственного интеллекта в медицине. У нас существует множество различных элементов СППВР, это и шкалы, и подсказки врачам на основе данных пациентов. Из нового в 2020 году совместно со Сбербанком был осуществлен проект в этой области. Мы собрали данные со всего края и загрузили их в единую базу. Искусственный интеллект выявил из огромного числа данных закономерности и смог ответить на поставленные вопросы, которые касались конкретного пациента, влияя тем самым на принятие врачебного решения. Которое, в свою очередь, влияет на прогноз и дальнейшую судьбу пациента.

Еще один пример: существует Реестр лекарственных средств (РЛС), где сказано, какие лекарственные средства с какими могут или не могут применяться совместно, усиливают они действие друг друга или ослабляют, при каких заболеваниях или состояниях что можно или нельзя применять. Алгоритмы способны выявлять случаи противопоказаний и предлагать альтернативные схемы лечения, оперативно реагировать на изменения параметров состояния пациента и менять в соответствии с ними назначения. Так мы положительно влияем на два важнейших аспекта качества – эффективность и безопасность.

Все вышесказанное, однако, не отменяет участия человеческого интеллекта, различные информационные системы должны служить помощниками врачам и выполнять рутинные задачи. Сегодня представляется максимально эффективным и полезным для повышения уровня качества медпомощи сочетание IT-инструментов с работой специалистов высокого уровня.



**Николай
Шишкин,**

*старший
медицинский брат
ЦСО:*



**От качества работы
ЦСО в любой
больнице зависит
очень многое – успех
и безопасность любых
инвазивных методов
лечения и диагностики.**

От качества работы ЦСО в любой больнице зависит очень многое – успех и безопасность любых инвазивных методов лечения и диагностики. Ранее в процессе нашей работы было много моментов, где по разным причинам – от человеческого фактора до технических неполадок – могло случаться нарушение необходимого стандарта. Так, сегодня, с внедрением СМК, вся работа персонала сопровождается наглядной разметкой. Визуализация сделана очень ярко и понятно. Это сводит возможность ошибки к минимуму.

Существует ряд механизмов контроля за качеством в ЦСО. Например, для контроля работы дезинфекционно-моющего оборудования применяются tosi-тесты. Это готовые индикаторы, имитирующие биологическое загрязнение для моментального выявления

результатов очистки в моюще-дезинфицирующих машинах, позволяющие определить химические и/или механические причины неудовлетворительного качества обработки. Для контроля работы стерилизационного оборудования используются тесты Бови-Дика, которые позволяют определить эффективность вакуумной системы парового стерилизатора. Иными словами, тест определяет способность стерилизатора удалять достаточное количество воздуха до введения пара. Также мы ежедневно проводим вакуум-тесты на герметичность камер. Еще существуют биологические тесты, их мы тоже применяем раз в квартал. В двойные ампулы заложены живые культуры бактерий, они закладываются в стерилизатор. После стерилизации с помощью специального устройства внутренняя ампула раздавливается, и живые культуры бактерий соединяются с питательной средой. Пробирки помещаются в термостат, если куль-

тура дает рост, значит, стерилизаторы работают неэффективно. Ежемесячно баклаборатория берет смывы с наших поверхностей и инструмента и делает забор проб воздуха. Для ежедневного контроля процесса стерилизации используются интегрирующие индикаторы 5-го класса.

В настоящее время мы запускаем систему учета инструмента Medcontrol. Она позволит отслеживать состояние инструмента на каждом этапе: приемки, обработки, упаковки, стерилизации и выдачи. Комплект инструмента штрих-кодом будет виртуально прикрепляться к истории болезни пациента. Контролируется, в частности, и масса комплекта – для исключения потери необходимых инструментов. Мы уже работаем над задачей полного внедрения Medcontrol, сейчас вместе с разработчиками совершенствуем процессы и разрабатываем различные варианты комплектов инструментов. Их довольно много, так как больница у нас многопрофильная, и всевозможных манипуляций делается много. По планам, окончательно внедрение завершится в следующем году.

Хочу отметить, что в последнее время наше отделение очень приросло кадрами – по сути, увеличилось в два раза, до сорока человек. И это оправдано, поскольку у нас увеличился и объем работ, и качество.



● ● ●
Галина Уразаева,
старшая
медицинская сестра
консультативно-
диагностической
поликлиники ККБ:

«Непрерывное совершенство – наш ключ к высокому уровню пациентоориентированности и качеству клиентского сервиса»

Одной из фундаментальных задач нашей поликлиники является предоставление своевременной квалифицированной медицинской помощи в комфортных условиях для пациента. С этой целью нам пришлось провести ряд преобразований, к которым относятся:

- реорганизация медицинских постов;
- формирование и интеграция профессионального профиля «универсальной медицинской сестры»;
- разработка алгоритмов общения с пациентами, повышающих уровень пациентоориентированности и качество клиентского сервиса;
- введение сестринских карт в программу QMS;
- развитие персонала поликлиники посредством проведения обучения, внедрения системы контроля знаний, наставничества и преемственности опыта.

Мы постоянно **мониторим и анализируем качество сервиса** и уровень пациентоориентированности в нашей поликлинике, изучаем мировые тренды и тенденции и держим руку на пульсе.

Этот путь был не прост, нам пришлось проанализировать причины основных жалоб и возражений пациентов и сопровождающих лиц, разработать и проанализировать карты процессов и пациентопотоков, чтобы понять, в чем мы не эффективны. Вторым этапом было изучение опыта прогрессивных клиник в России и за рубежом, важно было понять, что и как следует преобразовать, чтобы эффективнее предоставлять медицинскую помощь.

Однако, проделав этот путь и создав стратегию развития поликлиники, а также разработав детальный план действий и начав его интеграцию, мы столкнулись с еще одной сложной задачей – возражения и сопротивления со стороны персонала. Мы осознали необходимость разъяснительной работы с персоналом, управления конфликтами и возражениями с «внутренним клиентом», а также обучения работе в новых условиях.

Нам удалось реализовать этот подход и изменить систему работы медицинских сестер. Сейчас мы понимаем, что это привело к большему комфорту в общении пациента с медперсоналом, соблюдении конфиденциальности тайны паци-

ента. Медсестры могут уделять больше времени каждому пациенту, не занимая при этом время приема у врача. Пациентам и сопровождающим лицам стало проще задавать вопросы и получать ответы. Существенно повысились коммуникативные компетенции и «универсальность» медицинских сестер, основанные на взаимозаменяемости и умении работать на всех участках. Снизилось напряжение пациентов и даже сократилось время ожидания приема.

В ближайшее время планируем запустить оценку уровня NPS (уровень доверия и удовлетворенно-

сти пациентов), нам важно знать, что мы можем улучшить в своей работе, и нам важна обратная связь от пациентов и сопровождающих их лиц.

Мир меняется, мы видим, как развивается наша Краевая клиническая больница, как повышается уровень клиентского сервиса в медицине, но вместе с тем растут ожидания пациентов, и мы понимаем, что останавливаться нам нельзя. Мы постоянно мониторим и анализируем качество сервиса и уровень пациентоориентированности в нашей поликлинике, изучаем мировые тренды и тенденции и держим руку на пульсе.

Система менеджмента качества – помощь в работе поликлиники



**Валентина
Симакова,**

зам. главного врача
КГБУЗ «ККБ»



**Татьяна
Пасечник,**

врач-методист,
руководитель отдела
кейс-менеджмента
оказания медицинской
помощи пациентам
консультативно-
диагностической
поликлиники



Ирина Шилова,

врач-методист,
руководитель
поликлиники
дистанционного
консультирования

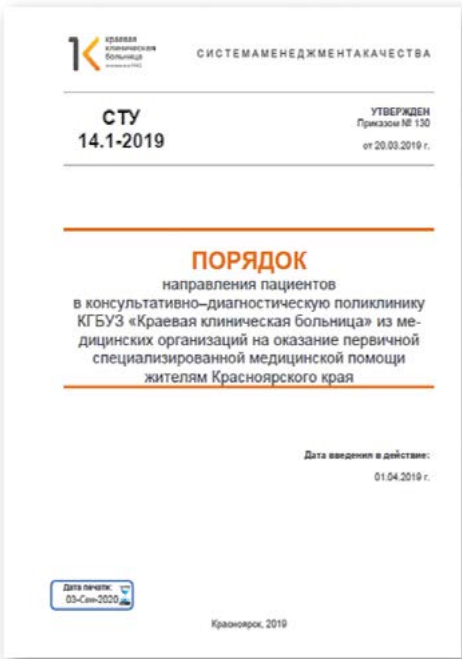
Система менеджмента качества (СМК) – это совокупность методик, процессов и ресурсов, которые необходимы для общего руководства качеством услуг, предоставляемых той или иной организацией. Международные стандарты качества серии ISO 9001 в медицине стали применяться позже, чем в промышленном производстве. В России только в последнее десятилетие появились первые медицинские организации, решившие адаптировать их к этой сфере. Внедрение СМК является для организации стратегическим решением, которое может помочь улучшить показатели ее деятельности и создать надежную основу для инициатив по ее устойчивому развитию. Потенциальными выгодами для организации от внедрения системы менеджмента качества, основанной на международных стандартах, являются: способность постоянно предоставлять медицинские услуги, которые отвечают требованиям пациентов, а также законодательным и нормативно-правовым требованиям, развитие возможностей для повышения удовлетворенности пациентов, учет рисков и возможностей их предотвратить, единый подход к политике и целям в области качества.



Мы выбрали **наиболее проблемные** направления в работе консультативной поликлиники, которые требуют изменений в первую очередь.

С 2014 года в Краевой клинической больнице стала активно внедряться СМК, не осталась в стороне и консультативно-диагностическая поликлиника. В условиях поликлиники это не только повышение доступности и качества оказания консультативной помощи пациентам, но и уменьшение средних сроков обследования пациента. Мы выбрали наиболее проблемные направления в работе консультативной поликлиники, которые требуют изменений в первую очередь. Крайне важный момент – разработка порядков, алгоритмов или инструкций, в которых четко проговаривается всё: кто, как, когда и в какой временной отрезок должен выполнить определенные действия. После создания и утверждения инструкций обязательный этап – обучение всех участников этого процесса и, конечно же, проведение аудитов.

Мы начали с разработки стандартов оказания медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике. Одним из первых разработанных документов был порядок направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику КГБУЗ «Краевая клиническая больница» из медицинских организаций на оказание первичной специализированной медицинской помощи жителям Красноярского края.



Документ определил единые правила направления пациентов в КГБУЗ «ККБ», правила работы с заявкой, проведения онлайн-консультаций. Он содержит в себе алгоритмы работы с заявкой для специалистов и регистраторов нашей организации. Какие результаты мы увидели после внедрения документа? Первое – это сокращение сроков рассмотрения заявок: до трех дней обычной и до одного дня экстренной, увеличение количества маршрутов на этапе рассмотрения направительной документации – до 41,6%, что значительно сокращает время обследования пациентов в консультативно-диагностической поликлинике, увеличение количества заочных и онлайн-консультаций, а также качества их проведения. Особенно в период с марта 2020 года, ввиду ограничительных мероприятий, это был единственный метод оказания консультативной медицинской помощи пациентам Красноярского края.

Количество заочных консультаций — 10,2% от числа заявок

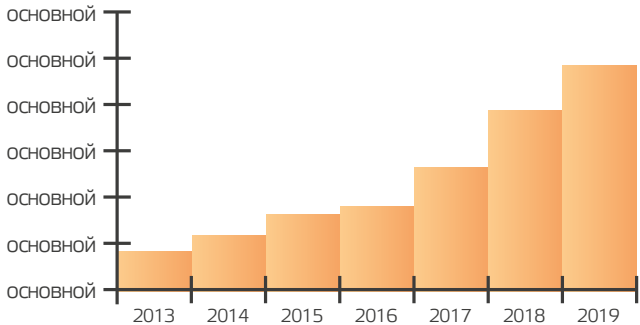


Рисунок 1. Количество заочных консультаций.

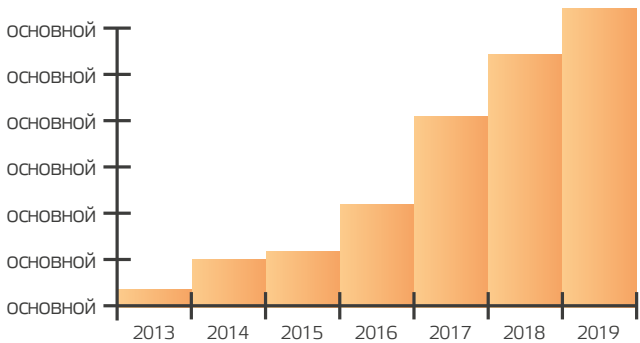


Рисунок 2. Количество заявок с определением маршрута.

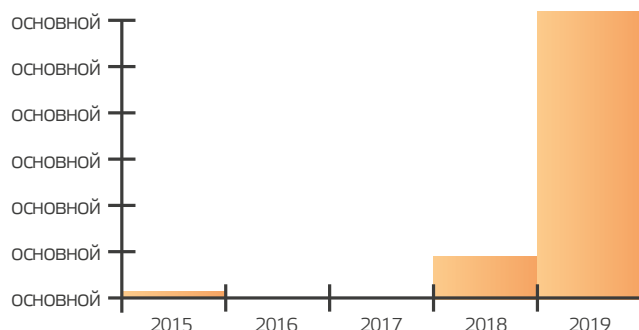


Рисунок 3.
Количество проведенных онлайн-консультаций.

С целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, сокращения сроков обследования пациентов в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» нами разработана и внедрена программа информационной системы «Кейс-менеджмент оказания консультативной помощи». Благодаря этой программе в режиме реального времени с помощью индикаторов качества, разработанных нами, появилась возможность видеть, управлять маршрутом (случаем) оказания медицинской помощи конкретного пациента. Наша цель – минимизация сроков пребывания на амбулаторном обследовании, повышение удовлетворенности пациентов и уменьшение материальных затрат пациента на пребывание в Красноярске. Постоянно контролируя сроки проведения консультаций, мы выявили увеличение сроков обследования пациентов с хирургической патологией, и связано это с предоперационным обследованием пациентов. Совместно с заместителем главного врача по хирургии мы разработали порядок амбулаторного обследования пациентов перед плановым хирургическим вмешательством. Согласно ему все пациенты перед плановым оперативным вмеша-



Наша цель – минимизация сроков пребывания на амбулаторном обследовании, повышение удовлетворенности пациентов и уменьшение материальных затрат пациента на пребывание в Красноярске.



Наблюдается снижение очереди к специалистам и на обследования в связи с увеличением маршрутизации на этапе рассмотрения заявки.

тельством осматриваются терапевтом консультативно-диагностической поликлиники ККБ, который определяет план обследования и дает заключение о возможности оперативного лечения. Вследствие чего мы имеем ощутимое снижение сроков обследования в поликлинике.

Внедрение стандартов и сертификация системы менеджмента качества дают возможность выявить неэффективные звенья в деятельности поликлиники, повысить эффективность ресурсов, документировать все производственные процессы, установить ответственность за каждую из них, выстроить четкие схемы и повысить качество медицинских услуг. Нами разработано 13 порядков, множество алгоритмов и инструкций. Среди них СТУ, которые влияют на качество оказания медицинской помощи и сроки обследования пациентов не только в поликлинике, но и на работу всего лечебного учреждения (порядок оказания медицинской помощи при подозрении и выявлении онкопатологии, идентификация пациентов в КГБУЗ «ККБ»). Созданная и постоянно совершенствующаяся СМК в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» позволяет формировать потоки пациентов, сокращать сроки обследования, снижать количество необоснованных консультаций, своевременно регулировать и сокращать очередность в консультативно-диагностической поликлинике. Наблюдается снижение очереди к специалистам и на обследования в связи с увеличением маршрутизации на этапе рассмотрения заявки.

По данным анкетирования представителей СМО, эта работа позволила сократить средние сроки обследования пациентов с 21 до 7 дней и повысила удовлетворенность пациентов. В 2013 году она составила 58,2%, в 2017-м – 89%–94,1%, в 2018-м – 99%. Повысилась удовлетворенность сотрудников от своей работы. Внедрение системы менеджмента качества упорядочивает работу на всех уровнях и приносит положительные результаты.

Ирина Демко: «Мы накапливаем опыт в лечении COVID-19»



Профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО, главный пульмонолог и аллерголог-иммунолог Сибирского федерального округа и Министерства здравоохранения Красноярского края продолжает в течение года проводить всё удлиняющиеся многочасовые телеконсилиумы и накапливать клинический опыт в лечении грозного заболевания.

Какие вехи этого года запомнились больше всего?

В начале эпидсезона мы надеялись, что пандемия обойдет нас стороной. Потом, когда стало ясно, что эти надежды не оправдались, все принимали участие в эвакуации легочного корпуса и экстренном открытии Базового инфекционного госпиталя, который был создан буквально в три дня. В мае-июне открытие и перепрофилирование различных медицинских учреждений для оказания помощи пациентам с COVID в Красноярске, организация руководством Краевой клинической больницы госпиталя на улице Рокоссовского. Вспышки инфекции на Ванкоре, в Еруде, которые также были ликвидированы с помощью нашей больницы. А сейчас вторая волна, более массовая, чем первая, потребовала запуска еще одной стационарной площадки – на территории глазного центра.

Всем этим изменениям мы следовали согласно Рекомендациям, а параллельно **издавали собственные протоколы** ведения пациентов совместно с СМК и клиническими фармакологами, с АСУ совершенствовали работу в QMS.

Как сегодня устроен ваш день?

Достаточно много времени занимают видеоселекторы, на которых обсуждаем пациентов, находящихся в отделениях интенсивной терапии и реанимации лечебных учреждений края и нашего инфекционного госпиталя. Практически в круглосуточном режиме мы с Алексеем Ивановичем Грицаном и врачами – клиническими фармакологами консультируем врачей по тактике ведения, лечения, маршрутизации больных. Дистанционно читаю лекции студентам, врачам, провожу практические занятия.

Научились ли мы, спустя восемь месяцев с начала пандемии, лечить COVID лучше?

Да, конечно, опыт накапливается. Когда мы начинали работать, то, по большому счету, противовирусных препаратов, которые бы действовали на коронавирус, не было. И все назначения были

off-label. Весь мир действовал методом проб и ошибок, применялись препараты, в инструкции которых нет показаний к назначению в качестве противовирусного средства вообще и SARS-CoV-2 в частности. Первые рекомендации сформировали в январе 2020 года китайские врачи, потом – медики США, а затем и российские. Большие изменения произошли с тех пор. Наука активно работала, анализировала. Так, например, препарат гидроксихлорохин, который изначально применялся для лечения малярии, мы используем сегодня при ковид-инфекции. Азитромицин – антибиотик, который не действует на вирусы, но оказалось, усиливает действие плаквенила, если применяется совместно с ним, – такое исследование провели французы, и в наши национальные рекомендации эта схема тоже вошла. Однако сегодня уже вышла девятая редакция Временных методических рекомендаций, где азитромицин упоминается только как антибактериальный препарат.

Еще пример – препарат калетра, это противовирусное лекарство для лечения ВИЧ-инфекции, до восьмой версии Временных рекомендаций он также применялся в лечении ковидной инфекции. Всем этим изменениям мы следовали согласно Рекомендациям, а параллельно издавали собственные протоколы ведения пациентов совместно с СМК и клиническими фармакологами, с АСУ совершенствовали работу в QMS, включили ряд шаблонов для заполнения относительно назначения препаратов off-label, протоколов ВК, информированного согласия пациента и др. Сегодня, чтобы что-то рекомендовать, должно быть хорошее научное обоснование.

С приходом пандемии насколько в целом расширился спектр обозреваемых вами тем и вопросов?

Дело в том, что коронавирус вовлекает в процесс не только органы дыхания, но и все органы и системы. Здесь клинические проявления заболевания очень разнообразны: от ОРВИ до ОРДС. Примерно в марте, когда были опубликованы первые данные о причинах смерти больных COVID-19, всё изменилось. Оказалось, что причиной смерти является образование микротромбов в мелких сосудах и поражаются такие жизненно важные органы, как легкие, сердце, печень, почки, ЦНС, где возникают микротромбы, это приводит к тому, что орган не может обеспечить свою основ-

ную функцию. Тогда стало понятно, что можем предотвратить смерть в том случае, если применяем антикоагулянты, то есть гепариноподобные препараты. Чем дальше занимаешься этой темой, тем шире и глубже погружаешься в различные узкоспецифические темы.

Еще одна проблема – это цитокиновый шторм. В иммунной системе человека заложено – узнать чужого, его уничтожить и удалить из организма. Но клетки настолько бурно реагируют, что это приводит к развитию цитокинового шторма. То есть нарушается межклеточное взаимодействие, и в кровь в большом количестве поступают воспалительные вещества – цитокины, которые усугубляют состояние больного. Поэтому при лечении ковидной инфекции важно не только своевременное назначение антикоагулянтов и кислорода, но и блокаторов цитокинового шторма. В рекомендации внесен ряд новых препаратов – это моноклональные антитела, механизм их действия заключается в выключении ключевых цитокинов: интер-лейкин 6, 17.

Наши коллеги из Англии в конце мая, обработав большой массив данных, показали, что в этой борьбе хорошие результаты были достигнуты при применении гормонального препарата дексаметазона. Поэтому сегодня системные глюкокортикостероиды входят в схемы лечения коронавируса.

Благо сегодня, спасибо интернету, можно найти массу новейших материалов по этой проблеме.

Информация ежедневно обновляется. Мы вместе с мировой общественностью и Российским респираторным обществом, московскими коллегами активно включились в образовательный процесс. Практически ежедневно проводится по несколько вебинаров в помощь практикующим врачам. Недавно, 12 и 13 ноября, прошла 7-я Всерос-

Практически ежедневно проводится по несколько вебинаров в помощь практикующим врачам.

сийская конференция «Междисциплинарные вопросы пульмонологии, оториноларингологии, аллергологии, профпатологии» на площадке нашего Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, где также обсуждались вопросы лечения COVID. Приобретая опыт, надо его не только накапливать, но и анализировать. Есть некоторые проблемы с систематизацией этих знаний, это еще нам предстоит сделать. Поэтому горизонты профессионального роста весьма и весьма широки.

Расчет потребности в лекарственных препаратах для лечения новой коронавирусной инфекции при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара на дому на территории Красноярского края 29.10.2020 г.

Авторы таблиц: Т.В. Бикулова, врач – клинический фармаколог, Е.М. Курц, врач – клинический фармаколог.

Степень тяжести			Форма выпуска	Кол-во таблеток на курс	Применяемость
ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ					
Схема 1	Фавипиравир*	Для пациентов с массой тела <75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (70 табл.). Для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 р/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (90 табл.)		80	0,3
	ИФН-α, интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,3
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,3
Схема 2	Гидроксихлорохин*	400 мг в 1-й день (200 мг 2 р/сут), далее 200 мг в сутки (100 мг 2 р/сут) в течение 6-8 дней		10	0,2
	ИФН-α, интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,2
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,2
Схема 3	Умифеновир*	200 мг 4 р/сут в течение 5-7 дней	капс. 100 мг №40	40	0,5
	ИФН-α, интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,5
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,5
СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ (БЕЗ ПНЕВМОНИИ)					
Схема 1	Фавипиравир*	Для пациентов с массой тела <75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (70 табл.). Для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 р/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (90 табл.)		80	0,7
	ИФН-α, интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,7
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,7
	Ривароксабан	10 мг 1 р/сут в течение 30 дней		30	0,7
	или Аликсабан	2,5 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,7
	или Дабигатрана этексилат	110 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,7
Схема 2	Гидроксихлорохин*	400 мг в 1-й день (200 мг 2 р/сут), далее 200 мг в сутки (100 мг 2 р/сут) в течение 6-8 дней		10	0,3
	ИФН-α, интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,3
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,3
	Ривароксабан	10 мг 1 р/сут в течение 30 дней		30	0,2
	или Аликсабан	2,5 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,2
	или Дабигатрана этексилат	110 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,2

!!! При появлении признаков бактериальной суперинфекции (лейкоцитоз ≥ 10 тыс/мкл, палочкоядерный сдвиг $\geq 6\%$, гнойная мокрота, повышение прокальцитонина ≥ 0.5 нг/мл) в схему 1 и 2 назначается антибактериальная терапия длительностью 5-10 дней

	Амоксициллин + клавулановая кислота	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч или 2 г внутрь каждые 12 ч (таблетки с модифицированным высвобождением)		14	0,1 (из расчета на 7 дней)
	Амоксициллин	0,5 или 1 г (предпочтительно) внутрь каждые 8 ч		21	0,1 (из расчета на 7 дней)
	Азитромицин	"0,5 г внутрь в 1-й день, затем по 0,25 г каждые 24 ч (5-дневный курс)		5	0,05 (из расчета на 5 дней)
	Левифлоксацин	0,5 г внутрь каждые 12 ч или 0,75 г каждые 24 ч		14	0,1 (из расчета на 7 дней)
	Моксифлоксацин	0,4 г внутрь каждые 24 ч		7	0,1 (из расчета на 7 дней)
	Азитромицин	0,5 г внутрь каждые 12 ч		10	0,05 (из расчета на 5 дней)
СРЕДНЕТЕЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ (С ПНЕВМОНИЕЙ)					
Схема 1	Фавипиравир*	Для пациентов с массой тела <75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (70 табл.). Для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 р/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (90 табл.)		80	0,7
	ИФН- α , интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,7
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки		10	0,7
	Ривароксабан	10 мг 1 р/сут в течение 30 дней		30	0,25
	или Аликсабан	2,5 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,25
	или Дабигатрана этексилат	110 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,3
	Дексаметазон	6 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 0.5 мг	84	0,5 (из расчета на 7 дней)
	или Преднизолон	45 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 5 мг	63	0,5 (из расчета на 7 дней)
	или Метилпреднизолон	36 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 4 мг	63	0,5 (из расчета на 7 дней)
Схема 2	Гидроксихлорохин*	400 мг в 1-й день (200 мг 2 р/сут), далее 200 мг в сутки (100 мг 2 р/сут) в течение 6-8 дней		10	0,3
	ИФН- α , интраназальные формы	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней; впрыскивание 5-6 раз		75	0,3
	Парацетамол	1-2 табл. (500-1000 мг) 2-3 р/сут, не более 4 г в сутки	табл. №10	10	0,3
	Ривароксабан	10 мг 1 р/сут в течение 30 дней		30	0,1
	или Аликсабан	2,5 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,1
	или Дабигатрана этексилат	110 мг 2 р/сут в течение 30 дней		60	0,1
	Дексаметазон	6 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 0.5 мг	84	0,5 (из расчета на 7 дней)
	или Преднизолон	45 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 5 мг	63	0,5 (из расчета на 7 дней)
	или Метилпреднизолон	36 мг/сут в течение 5-10 дней	табл. 4 мг	63	0,5 (из расчета на 7 дней)

При появлении признаков бактериальной суперинфекции (лейкоцитоз ≥ 10 тыс/мкл, палочкоядерный сдвиг $\geq 6\%$, гнойная мокрота, повышение прокальцитонина ≥ 0.5 нг/мл) в схему 1 и 2 назначается антибактериальная терапия длительностью 5-10 дней

Амоксициллин + клавулановая кислота	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч или 2 г внутрь каждые 12 ч (таблетки с модифицированным высвобождением)		14	0,2 (из расчета на 7 дней)
Амоксициллин	0,5 или 1 г (предпочтительно) внутрь каждые 8 ч		21	0,1 (из расчета на 7 дней)
Азитромицин	"0,5 г внутрь в 1-й день, затем по 0,25 г каждые 24 ч (5-дневный курс)		5	0,1 (из расчета на 5 дней)
Левифлоксацин	0,5 г внутрь каждые 12 ч или 0,75 г каждые 24 ч		14	0,2 (из расчета на 7 дней)
Моксифлоксацин	0,4 г внутрь каждые 24 ч		7	0,1 (из расчета на 7 дней)
Азитромицин	0,5 г внутрь каждые 12 ч		5	0,1 (из расчета на 5 дней)

*** До получения мазков на COVID-19 инфекцию возможно начать прием противовирусных средств**

Тилорон (Амиксин, Лавомакс и др.)	125 мг/сут первые 2 дня, затем по 125 мг/сут каждые 48 часов	табл. п/п/о 125 мг № 6	6	0,1
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (Ингавирин)	90 мг по 1 капс. в день 5 дней	капс. 90 мг № 5	5	0,1
Риамилловир (Триазавирин)	250 мг по 1 капс. 3 раза в сутки 5-7 дней	капс. 250 мг № 20	20	0,1
Осельтамивир (Тамифлю, Осетамивир)	75 мг по 1 табл. 2 раза в день 5 дней	капс. 75 мг № 10	10	0,1
Занамивир (Реленза)	по 2 вдоха 2 раза в сутки ингаляционно	порошок для ингаляций дозированный 5 мг/доза 20 мг (4 дозы) — ротадиски (5 шт.)	20	0,1
Интерферон альфа-2b (Виферон)	по 1 суппозиторию 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней	суппозитории ректальные 500 000 МЕ №10	10	0,1
Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]+ Интерферон альфа-2b (Кипферон)	по 1 суппозиторию 3 раза в сутки в течение 5 дней	суппозитории ректальные 200 мг + 500 000 МЕ №5	15	0,1
Энисамия йодид (Нобазит)	по 500 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней	табл. п/пл/о 500 мг № 30	15	0,1
Рибавирин	табл. 200 мг по 5 табл. 2 раза в день первый день, затем по 6 табл. каждые 8 часов в течение 4 дней, затем по 3 табл. каждые 8 часов 4-6 дней	табл. 200 мг № 30	226	0,1
Отхаркивающие				
Ацетицистеин (Флуимуцил)	табл. 600 мг по 1 табл. 2 раза в день в течение 30 дней	табл. шип. 600 мг № 12	60	1,0

Медикаменты

Наименование	Форма выпуска	Ед. изм.	Норма расхода на курс лечения	Применяемость	Стоимость формы выпуска, руб.	Всего, руб.
Гидроксихлорохин (Иммард 200 мг №30, Гидроксихлорохин, таб. п/обол 200мг №30)	упаковка	табл.	0,5	0,3	1 205,54	180,83
Фавипиравир (Авифавир табл., 200 мг №40, Арепливир, табл. п/обол 200 мг №40, Коронавир таб. п/обол. 200 мг №50)	упаковка	табл.	2	0,3	6 000,00	3 600,00
Азитромицин (Азитромицин капс. 500 мг №3)	упаковка	табл.	2	0,3	301,59	180,95
Интерферон альфа (Гриппферон фл.-капс. 10т МЕ/мл 10 мл)	упаковка	флакон	1	0,3	330,00	99,00
Умифеновир (Умифеновир капс. 100 мг №20)	упаковка	капс.	2,8	0,3	416,00	349,44
Ривароксабан (Ксарелто табл. п/обол 10 мг №30)	упаковка	табл.	1	0,4	3 887,62	1 555,05
Дабигатрана этексилат (Прадакса капс. 110 мг №60)	упаковка	капс.	1	0,3	3 212,62	963,79
Аликсабан (Эликвис табл. п/обол 2,5 мг №60)	упаковка	табл.	1	0,3	2 376,29	712,89
Ацетилцистеин (Флуимуцил табл. шип. 600 мг №20)	упаковка	табл.	1	0,5	484,39	242,20
Амброксол (Амбробене табл. 30 мг №20)	упаковка	табл.	1,1	0,5	149,18	82,05
Парацетамол (Парацетамол табл. 500 мг №30)	упаковка	табл.	1	0,5	27,20	13,60
Ибупрофен (Ибупрофен капс. 200 мг №20)	упаковка	капс.	4,5	0,5	166,79	375,28

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19 И ГРИППА

Автор таблиц: А.И. Горбань, заведующая эпидемиологическим отделом

№ п/п	Лица, подлежащие обследованию	Лаборатория	Кратность и особенности забора	Необходимая сопроводительная документация/ экстренное извещение
Забор лабораторных анализов на грипп				
1	Пациенты, госпитализирующиеся с диагнозами ОРВИ среднего/тяжелого течения или внебольничная пневмония (грипп А/В)	Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае» (далее – ФБУЗ ЦГиЭ) *прием материала в лаборатории ежедневно круглосуточно	Однократно при госпитализации	1. Направление на грипп (форма направления для ФБУЗ ЦГиЭ в qMS). Цель исследования: пациенты с диагнозом ОРВИ среднего/тяжелого течения или внебольничная пневмония 2. Сопроводительный акт отделения на всех пациентов в 2-х экземплярах (для лаборатории ЦНИЛ и для эпидемиологического отдела ККБ) 3. Экстренное извещение форма 058/у
Забор лабораторных анализов на COVID-19				
2	Пациенты со всеми формами внебольничных пневмоний, кроме случаев контроля за лечением	ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, центральная научно-исследовательская лаборатория (далее – ЦНИЛ)	- При госпитализации пациентов с пневмонией - Повторный мазок в день получения первого отрицательного результата анализа - На 12-й день от госпитализации, после получения второго отрицательного результата анализа и при наличии клиники «ковидной пневмонии» <i>*т.к. пациент считается контактным</i>	1. Направление на новую коронавирусную инфекцию (форма направления для ЦНИЛ в qMS). Цель исследования: внебольничная пневмония код МКБ: J12-18 2. Сопроводительный акт отделения на всех пациентов в 2-х экземплярах (для лаборатории ЦНИЛ и для эпидемиологического отдела ККБ) 3. Экстренное извещение форма 058/у
	Пациенты всех возрастов с признаками ОРВИ и гриппа	Юридический адрес: г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 13 *прием материала ежедневно с 08:00 до 13:00	Однократно при обращении / при госпитализации	1. Направление на новую коронавирусную инфекцию (форма направления для ЦНИЛ в qMS) <i>Цель исследования: пациенты с гриппом и ОРВИ</i> 2. Сопроводительный акт приемного отделения на всех пациентов в 2-х экземплярах (для лаборатории ЦНИЛ и для эпидемиологического отдела ККБ)

3	Пациенты в ходе лечения с подтвержденным диагнозом COVID-19	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», отдел иммунологических, молекулярно-биологических, паразитологических и бактериологических исследований клинико-диагностической лаборатории (далее - ЦОМид) прием материала ежедневно с 08:00 до 13:00	● При подтверждении диагноза, контроль на 12-й день от даты госпитализации ● На 4-й день после получения положительного результата исследования (до получения отрицательного результата) ● При переводе пациента из другой медицинской организации проводить забор биологического материала в день госпитализации и на 4-й день (до получения отрицательного результата)	1. Направление на новую коронавирусную инфекцию с диагнозом U07.1 (форма для ЦОМид qMS) 2. Экстренное извещение форма 058/у 3. Сопроводительный акт отделения на всех пациентов в 2-х экземплярах (для лаборатории ЦОМид и для эпидемиологического отдела КГБУЗ ККБ)
4	Пациенты, поступающие экстренно на стационарное лечение в КГБУЗ «ККБ»	Центр лабораторных технологий «АБВ» (далее – ЦЛТ «АБВ») прием материала понедельник-пятница с 09:00 до 15:00	● Однократно при госпитализации	1. Направление на новую коронавирусную инфекцию (форма для ЦЛТ «АБВ» в qMS) 2. Сопроводительный акт отделения на всех пациентов, поступающих экстренно на стационарное лечение за сутки, в 2-х экземплярах (для ЦЛТ «АБВ» и для эпидемиологического отдела ККБ)
	Контактные пациенты и сотрудники из стационарных отделений КГБУЗ «ККБ», где выявлен COVID-19 среди персонала/пациентов		● Однократно при отсутствии клинических проявлений ковидной инфекции на 8-й календарный день медицинского наблюдения со дня контакта с больным COVID-19 ● Незамедлительно при наличии клинических проявлений ковидной инфекции	1. Направление на новую коронавирусную инфекцию (форма для ЦЛТ «АБВ» в qMS) 2. Сопроводительные акты отделения на контактных пациентов и сотрудников в 2-х экземплярах (для ЦЛТ «АБВ» и для эпидемиологического отдела ККБ) <i>*Акты на сотрудников и пациентов раздельные</i>
	Сотрудники инфекционных госпиталей, не переболевшие ковидной инфекцией			1. Направление на новую коронавирусную инфекцию (форма для ЦЛТ «АБВ» в qMS)
	Сотрудники инфекционных госпиталей, переболевшие ковидной инфекцией с отсутствием IgG		● 1 раз в 7 дней	2. Сопроводительные акты отделения на всех сотрудников в 2-х экземплярах (для ЦЛТ «АБВ» и для эпидемиологического отдела ККБ)

Опыт применения скринингового обследования детей и подростков в диагностике туберкулезной инфекции в условиях частного медицинского центра

Е.В. Леонов, И.В. Леонова

ООО «Академия здоровья «Эдельвейс», г. Красноярск

КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер №1»



Несмотря на положительную динамику основных показателей по туберкулезу среди детей и подростков в Российской Федерации и Красноярском крае, задачей комплекса противотуберкулезных мероприятий является эффективная работа с группами риска с целью выявления случаев локального туберкулеза на ранних этапах его развития.

Цель исследования

Оценка эффективности иммунодиагностики для формирования групп риска развития туберкулеза.

Диагностическая значимость внутрикожного теста аллергена туберкулезного рекомбинантного в выявлении локальных форм туберкулеза и дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии.

Материалы и методы

На протяжении многих десятилетий в качестве массовой иммунодиагностики с целью выявления туберкулеза у детей и подростков применялась проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. В 2008 году в России разработан препарат для внутрикожного применения аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении (АТР), основанный на выявлении клеточного иммунного ответа на специфические для микобактерий туберкулеза антигены (ESAT-6, CFP-10) (проба Диаскинтест).

Благодаря своей специфичности и высокой чувствительности (98–100%) проба Диаскинтест с 2017 года нашла свое применение не только в специализированных противотуберкулезных учреждениях, но и в общей лечебной сети.

Клиническими рекомендациями «Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях» прописывается порядок проведения иммунодиагностики с применением пробы Диаскинтест и определена категория детей для проведения данного внутрикожного теста.

С целью выявления туберкулеза детей и подростков массовая иммунодиагностика проводится в возрасте с 12 месяцев до 17 лет включительно. Детям в возрасте до 7 лет включительно для проведения массовой иммунодиагностики используется туберкулин с двумя туберкулиновыми единицами (2ТЕ) (проба Манту с 2ТЕ ППД-Л), старше 7 лет и до 17 лет включительно препаратом выбора является аллерген туберкулезный рекомбинантный (АТР) (проба Диаскинтест).

Для проведения массовой иммунодиагностики в ООО «Академия здоровья «Эдельвейс» на базе центра вакцинопрофилактики с 2018 года организована постановка внутри-

Год	Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л	Проба Диаскинтест	Всего
2018	207	389	596
2019	386	547	933
Всего	593	936	1529

Таблица 1
Количество проведенных внутрикожных тестов
в ООО «Академия здоровья «Эдельвейс»

Метод иммунодиагностики	Возраст пациентов			
	1–3 года	4–6 лет	7–14 лет	15–17 лет
Проба Манту с 2ТЕ	183	410	–	–
Проба Диаскинтест	21	239	661	15

Таблица 2
Возрастная структура детей, получивших иммунодиагностику

кожных проб: проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и проба Диаскинтест. Как видно из **таблицы 2**, проба Манту с 2ТЕ ППД-Л пациентам в возрасте старше 7 лет не проводилась. Это обусловлено нецелесообразностью ее проведения в таком возрасте в связи с проведением в соответствии с национальным календарем профилактических прививок однократной ревакцинации против туберкулеза в возрасте 6–7 лет и отсутствием в последующем необходимости отбора детей для проведения последующих ревакцинаций БЦЖ-М.

Результаты

При изучении результатов характера пробы Манту в возрастной группе до трех лет положительный результат отмечался у 146 детей (79,8%), что в первую очередь связано с проведением вакцинации против туберкулеза (БЦЖ, БЦЖ-М) и наличием поствакцинальной аллергии на проведенную вакцинацию. Только в 21 случае (14,3%) отмечалась необходимость проведения дифференциальной диагностики поствакцинальной аллергии (ПВА) и инфекцион-

ной аллергии (ИА) в связи с сохраняющимися положительными результатами пробы либо в связи с усилением реакции пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л в течение трех лет. Во всех случаях проведение пробы Диаскинтест позволило исключить наличие ИА. Дети в последующем наблюдались у врача-педиатра и

Во всех случаях проведение пробы Диаскинтест позволило исключить наличие ИА.

при дальнейшем углубленном сборе анамнеза и проведении обследования у 17 (80,9%) детей причина положительных результатов пробы Манту вызвана изменением аллергического статуса ребенка и проявлением неспецифической аллергии, а также в результате выявленной глистной инвазии – 14 (82,4%) и 3 (17,6%) соответственно. Этой категории пациентов в последующем рекомендовано проведение туберкулинодиагностики с подготовкой ребенка

в индивидуальном порядке и на фоне проведения десенсибилизирующей терапии в течение семи дней (пять дней до проведения туберкулинодиагностики и два дня до оценки результатов пробы).

Проведение пробы Диаскинтест в возрастной группе от 4-х лет до 6 лет можно разделить на две категории. Первая – это дети с высоким риском развития туберкулеза (193 ребенка), вторая – пациенты, родители которых категорически отказались от проведения пробы Манту, либо дети, которым по рекомендации участкового педиатра предложено проведение пробы Диаскинтест в связи с выраженной аллергической настроенностью организма (46 детей).

В возрастной группе от 4 лет до 6 лет проба Диаскинтест проводилась при измененной аллергии к туберкулину у детей с высоким риском развития туберкулеза в следующих случаях:

1. Впервые положительная реакция на туберкулиновую пробу (28 случаев – 14,5%).
2. Усиливающиеся реакции за год на 6 мм и более (43 случая – 22,3%).
3. Постепенное нарастание реакций до размера папулы 12 мм и более (36 случаев – 18,7%).
4. Стойкое сохранение монотонной туберкулиновой пробы (85 случаев – 44,0%).
5. Гиперергические реакции на туберкулиновые пробы (1 случай – 0,5%).

После проведения пробы Диаскинтест пациентам рекомендовано было провести диагностический минимум: общий анализ крови, общий анализ мочи, обзорная рентгенография органов грудной полости с последующим проведением

консультации врача-фтизиатра. В данной возрастной группе положительный результат пробы Диаскинтест отмечался в 5 случаях: 3 ребенка при обследовании в связи с нарастанием реакции пробы Манту на 6 мм и более и по одному случаю в результате изменения размера папулы и нарастанием ее до 12 мм, а также развитием гиперергической реакции на туберкулин.

В возрастной группе старше 7 лет положительный результат пробы Диаскинтест получен в 3 случаях: 2 ребенка в возрасте до 14 лет и 1 подросток. После проведения комплекса диагностического обследования пациенты направлены на консультацию в профильное учреждение.

При проведении дальнейшего клинико-рентгенологического обследования в специализированном противотуберкулезном учреждении во всех 8 случаях выявлена локальная форма туберкулеза с утверждением диагноза на врачебной комиссии.

Ложноположительных результатов и проявлений неспецифической аллергии при проведении внутрикожного теста с АТР в стандартном разведении за период проведения пробы не выявлено.

Ложноположительных результатов и проявлений неспецифической аллергии при проведении внутрикожного теста

с АТР в стандартном разведении за период проведения пробы не выявлено.

Выводы:

1. Массовая иммунодиагностика обеспечивает эффективную работу по формированию групп риска развития туберкулеза и раннему выявлению заболевания.
2. Внутрикожный тест с АРТ в стандартном разведении подтверждает максимально высокую чувствительность и специфичность при применении его в качестве скрининга для выявления детей и подростков с высоким риском развития заболевания туберкулезом и является тестом, позволяющим дифференцировать поствакцинальную и инфекционную аллергию.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей. М.: РООИ «Здоровье человека», 2015. 36 с.
2. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Барышникова Л.А. Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях: Клинические рекомендации. 3-е изд. М., 2019. 40 с.
3. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Клевно Н.И. Скрининговое обследование детей и подростков с целью выявления туберкулезной инфекции. Методическое руководство. М.: РООИ «Здоровье человека», 2018. 48 с.
4. Аксенова В.А., Барышникова Л.А. Эффективность аллергена туберкулезного рекомбинантного при раннем выявлении туберкулезной инфекции у детей и подростков в условиях общей лечебной сети // Вопросы современной педиатрии. 2015, т.14; № 3, с. 358-362.
5. Белова Е.В., Стаханов В.А. Диагностика туберкулезной инфекции у подростков на основе рекомбинантных белков *Mycobacterium tuberculosis* в учреждениях первичной медико-санитарной помощи // Туберкулез и болезни легких. 2015; № 5, 42 с.

Метод реплантации фронтального зуба постоянного прикуса при полном его вывихе у ребенка 8 лет

Применение технологии комплексного лечения



Софья Максимовна Кауниетис,
челюстно-лицевой хирург:

травм – вывихи временных зубов, скол коронок (без вскрытия полости зуба) и вывих постоянных зубов. При таком виде травмы зуб полностью теряет связь с лункой и мягкими тканями (происходит разрыв тканей периодонта, круговой связки, сосудисто-нервного пучка).

Особенности проблемы. Травматическое повреждение зубов и особенно полный вывих (травматическая экстракция) в остром периоде травмы и в последующем имеет не только болевой (симптоматический), психологический, функциональный статус, но и становится причиной развития деформации – гипоплазии структур области травмы и нарушения зубочелюстной системы.

Актуальность. Повреждения зубов у детей являются достаточно распространенной типичной травмой при падении на лицо, ударе лицом о твердые предметы или при ударе твердым предметом по лицу. Наиболее часто травмируются верхние и нижние резцы.

Основной причиной травматизма у детей является уличная, спортивная и бытовая травмы. Наибольшее количество травм наблюдается при падении, ударах твердыми предметами по лицу. Достаточно частый вид

Реплантация зуба – это помещение зуба после его выпадения или смещения в свою же лунку. Успех реплантации в большой степени зависит от времени, прошедшего с момента травмирования до помещения зуба в лунку. На прогноз реплантации также влияют состояние зуба и особенно состояние периодонтальной связки, сохранившейся на поверхности корня и в лунке зуба. Немедленная реплантация постоянного зуба позволяет сохранить его жизнеспособность.

Немедленная реплантация постоянного зуба позволяет сохранить его жизнеспособность.

Клиническое наблюдение. В приемное отделение ГКДХБ №5 обратились родители мальчика 8 лет.

Ребенок жаловался на боль альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Из анам-

неза стало ясно, что школьник получил травму за час до обращения во время прогулки с собакой во дворе дома. Не удержал пса за поводок и ударился лицом о твердое покрытие. Была боль, наблюдалась кровоточивость из полости



Дентальная
рентгенография.
Полный вывих
31-го зуба.

рта. Мама ребенка на прием принесла вывихнутый зуб.

При осмотре оказалось, что есть умеренный отек нижней губы, ссадина, отсутствует 31-й зуб, лунка наполнена кровяным сгустком. Десневой край альвеолы при этом был поврежден. Соседние зубы, альвеолярный отросток патологической подвижности не имели. Перкуссия была безболезненная.

С целью диагностики характера повреждения мальчику выполнена рентгенография (дентальная внутриротовая цифровая). На рентгенограмме альвеолярного отростка травматических повреждений костных стенок альвеолы и альвеолярного отростка не определялось. Представленный зуб был без нарушения его целостности и имел сформированную верхушку корня.

Учитывая эти клинические данные, было принято решение о проведении технологии реплантации 31-го зуба в условиях клиники ГКДХБ №5 в неотложном режиме.

Во врачебную бригаду был включен детский врач – стоматолог-терапевт для выполнения этапа подготовки зуба к операции реплантации.

1. Этап лабораторный.

Вывихнутый 31-й зуб был помещен в водный раствор хлоргексидина на 20 минут. Подготовлен стерильный терапевтический набор, обеспечивающий выполнение всех манипуляций. Бором произведено отверстие в коронке 31-го

зуба. Выполнена экстракция пульпы на уровне коронки и корневой части до верхушки корня. Этап пломбирования канала корня и коронковой части произведен по стандартной методике.

2. Операция по реплантации 31-го зуба.

Под инфильтрационной анестезией раствором 2%-го лидокаина (2 мл) лунка 31-го зуба была промыта, удален кровяной сгусток. Пальцевым методом корневая часть подготовленного 31-го зуба до шейки была введена в лунку (реплантирована) в правильном анатомическом положении. Коронковая часть фиксирована проволоочной шиной-скобой к соседним зубам.

Лечение. За период наблюдения медикаментозная терапия не назначалась. При осмотре оценивалось состояние пародонта, подвижность фронтальных зубов. Был рекомендован щадящий по жесткости прием пищи, орошение слизистой оболочки полости рта раствором ромашки, применение мягкой зубной щетки при очищении всех зубов. После снятия фиксирующей шины патологической подвижности реплантируемого 31-го зуба и соседних с ним зубов не наблюдалось. Перкуссия была безболезненная, признаки воспаления пародонта отсутствовали.



Вид
завершенной
операции
реплантации
31 зуба.



Вид на 3-й день
выполненной операции
реплантации 31-го зуба.



Вид выполненной реплантации
31-го зуба —
8 день.

Реабилитация.

Рекомендовано на период двух недель не создавать травмирующие события зубочелюстной системы, соблюдение гигиены полости рта, проводить осмотр полости рта у врача-ортодонта раз в 6 месяцев.

Авторами отмечено достаточно редкое применение данной технологии в практике стоматолога-хирурга. Причины, препятствующие этой технологии, и противопоказания – это особенность характера повреждения: нарушение целостности (перелом) вывихнутого зуба, его утрата во время травмы, несформированная верхушка корня, значительное повреждение костных структур альвеолярного отростка, отсутствие возможности применения лабораторного этапа подготовки зуба к реплантации.



Рентгенография выполненной реплантации 31-го зуба, 12-й день.

Авторами отмечено достаточно **редкое применение данной технологии** в практике стоматолога-хирурга.

Профилактика.

В возрасте от 7 до 17 лет часто диагностируются специфические виды травм. Особенно стоит выделить спортивные и уличные, которые могут быть разной степени тяжести. В профилактике детского травматизма особое место занимает дисциплина и педагогический контроль.

Важно не забывать о технике безопасности на футбольных площадках и стадионах, не допускать переполнения людьми спортивных залов, использовать средства индивидуальной защиты, например, во время катания на роликах или коньках.



Законченный вид выполненной операции, 12-й день.

В работе использованы материалы:
<http://cmfsurgery.ru/trauma/teeth>

1 хирургическое отделение ДГКБ св. Владимира,
г. Красноярск. Городская клиническая детская
хирургическая больница №5

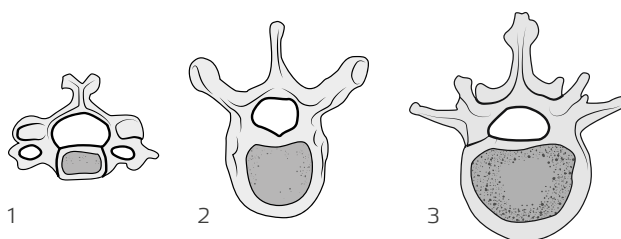
сентябрь 2020 г.

Материал создан при участии:

Светланы Викторовны Цыганковой, детского врача-стоматолога, **Веры Владимировны Рудницкой**, врача-рентгенолога высшей категории, и **Андрея Гербертовича Симонова**, заведующего отделением челюстно-лицевой хирургии Краевой клинической больницы.

Зачем нужна еще одна книжка про позвоночник и его болезни?

В свет вышла новая книга П.Г. Шнякина, Н.В. Исаевой, А.В. Ботова, А.В. Протопопова «Хрупкий позвоночник. Боли в спине не избежать?!». Мы побеседовали с одним из авторов – Павлом Геннадьевичем Шнякиным.



- 1 – шейный позвонок;
2 – грудной позвонок;
3 – поясничный позвонок.

Чем ниже располагаются позвонки вдоль позвоночного столба, тем большую нагрузку они испытывают. Поэтому тела грудных позвонков мощнее шейных, а самые крупные тела имеют поясничные позвонки.

Итак, зачем нужна еще одна книга на эту тему? Проблема боли в спине крайне актуальна. Считается, что каждый человек хотя бы раз в жизни испытывал боль в спине. В связи с чем вокруг лечения этого недуга сформировался большой пласт как традиционной, так и народной медицины. Если говорить о традиционной медицине, то боль в спине лечат многие специалисты: терапевты в поликлинике, неврологи,

нейрохирурги, травматологи, мануальные терапевты, остеопаты, иглорефлексотерапевты и др. При этом далеко не все из них ориентируются на методы лечения, имеющие доказательную базу, а иногда просто откровенно плохо представляют суть проблемы и современные методы лечения. С другой стороны, имеется большой пул различной «народной медицины», где нередко применяются не только сомнительные методы лечения, но порой и весьма опасные для здоровья пациента. Интересно, что именно представители «народных» способов лечения боли в спине наиболее часто публикуют книги о том, как в домашних условиях решить все проблемы с позвоночником. Безусловно, нередко в них встречаются весьма здравые советы, касающиеся лечебной физкультуры, диеты и пр., однако тема проблемы с позвоночником слишком обширна и таит много подводных камней, чтобы опираться только на такие упрощенные подходы. Наша книга направлена на то, чтобы показать все современные возможности лечения позвоночника, причем в их правильной последовательности: от всех видов консервативного лечения до малоинвазивных оперативных и даже до больших операций по протезированию межпозвонкового диска.



Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника.

Для кого написана книга?

Книга написана для всех, у кого периодически возникает боль в спине, снижая качество жизни.

ни. Причем для некоторых людей, к сожалению, боль в спине (или шее) становится каждодневным спутником жизни. Нередко такие проблемы возникают в уже достаточно молодом возрасте, и нужно понимать, что проблемы с позвоночником с годами имеют тенденцию нарастать, поэтому важно знать, как профилактировать обострение заболевания, а если оно возникнет, то в каких случаях и к каким специалистам следует обратиться за помощью. Наша книга – это не справочник по лечению боли в спине, это некий путеводитель, который поможет правильно сориентироваться в представленных современных методах диагностики и лечения боли в спине.

Вторая книга написана сложившимся коллективом – в этот раз было легче, проще?

Мы создавали ее немного расширенным составом, чтобы охватить тему со всех сторон. Я и доктор А.В. Ботов – нейрохирурги, поэтому делали акцент на современных возможностях хирургии позвоночника. Профессор Исаева – невролог и подробно остановилась на различных симптомах боли в спине и шее, в том числе которые могут быть связаны с серьезными заболеваниями позвоночника, требующими дообследования у специалистов. Профессор Протопопов – специалист по лучевой диагностике, он подробно описал возможности современных методов диагностики боли в спине, стараясь максимально доступно ответить на вопрос: когда нужно делать рентгенографию позвоночника, когда КТ, а когда МРТ.

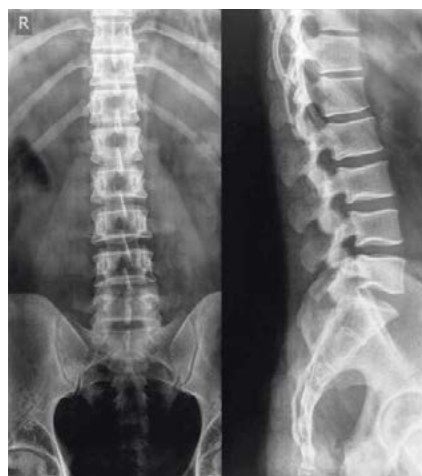
В отличие от «Хрупкого мозга» писать эту книгу было немного проще. Во-первых, уже имелся опыт написания книги для населения, и стало чуть проще объяснять сложные вещи простым языком. Во-вторых, сама тема боли в спине людям более понятна и близка, чем заболевания такого сложного органа, как головной мозг.

Как собирали материал и какова была технология написания и редактирования, роли участников творческого коллектива?

Исходно мы написали оглавление «идеальной книги» о боли в спине, которую хотели бы подарить нашим пациентам и в которой они нашли бы все ответы на их многочисленные вопросы. После чего каждый из нас взялся за написание тех глав, которые посчитал наиболее близкими его профессиональным интересам. То есть всё было по желанию, поэтому и получилось достаточно быстро и интересно.

Какое издательство напечатало этот, первый, тираж книги, каков размер тиража, источник финансирования издания?

Тираж в 1000 экземпляров мы напечатали в региональном издательстве «Версо» за счет спонсора. Эти книги мы пока не будем дарить нашим



Рентгенограммы поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях.

пациентам и всем желающим. Сейчас рассматриваем разные варианты печати книги в центральном издательстве.

Где можно купить книгу?

Пока книгу купить нельзя, но количество экземпляров достаточное, чтобы подарить всем желающим.

Есть ли в планах какая-то следующая книга?

Пока, наверное, мы остановимся по написанию книг для населения. Всё, что «горело» и о чем хотелось сообщить, сказали в этих двух книгах. Высасывать из пальца новую желанную нет. Если появится интересная тема, которая вдохновит и будет нужна, то, может быть, и будет новая книга. Сейчас впереди у нас у всех свои проекты уже по специализированным медицинским монографиям и учебным пособиям.

С чего посоветуете начать тем врачам, кто задумал написать свою книгу?

Думаю, главное – это ответить на вопрос, для чего вы хотите написать книгу. Книжный рынок достаточно наполнен, в том числе хорошими книгами на медицинскую тематику для населения, и нужно на это ориентироваться. Зачем повторяться, когда уже есть хорошая книга на какую-то тему? Если же вы понимаете, что вам есть что сказать, что существующие издания не полностью охватывают какую-то проблему, что ваша книга может быть полезна и способна сказать хоть немного нового и важного, это ключевое. Однако этого недостаточно. Очень важно выбрать правильный формат и способ подачи материала, особенно если тема узкоспециализированная, медицинская. Во время написания книги вы каждый раз должны видеть перед собой своего читателя и спрашивать: «Понятно ли ему всё, что вы пытаетесь сказать? Не перегружаете ли вы его специализированной информацией? Может ли эта информация быть подана более понятно и интересно?»

Что означает медицинская символика?

Красный крест и полумесяц

Подавляющее большинство россиян считает, что Красным крестом обозначается всё, что имеет отношение к медицине, однако это не верно. Он предназначен для защиты медиков, госпиталей, раненых и больных во время военного конфликта. Это совершенно особая символика, «экстренное» изображение. Такие символы являются официальными эмблемами Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. Инициатором создания движения стал в XIX веке швейцарец Анри Дюнан. Под впечатлением увиденного в одном из сражений франко-австрийской войны он опубликовал статью, в которой задавал вопрос: а возможно ли создать добровольную благотворительную организацию, оказывающую помощь раненым во время войн и вооруженных конфликтов? Женевское благо-



Четыре части креста
символизируют
четыре доблести:
умеренность, благо-
разумие, справед-
ливость и мужество.



творительное общество подробно изучило публикацию Дюнана и учредило комитет, который занялся вопросами практической реализации рекоменда-

ций. Первое его заседание состоялось 17 февраля 1863 года в Швейцарии. В дань уважения к стране, исторически сохранявшей нейтралитет по отношению к воюющим сторонам и организовавшей первую Женевскую международную конференцию в 1863 году. За основу эмблемы был принят государственный флаг Швейцарии с конверсией федеральных цветов. Красный крест на белом фоне – четыре части этого креста символизируют четыре доблести: умеренность, благоразумие, справедливость и мужество.

Во время русско-турецкой войны 1877–1878 годов Османская империя отказалась использовать эту эмблему, заменив её красным полумесяцем, поскольку красный крест вызывал негативные ассоциации с крестоносцами. Женевская конвенция 1929 года признала красный полумесяц в качестве второй защитной эмблемы.

К

Сосуд Гигиен (Гиппократова чаша)

Это наиболее распространенная в нашей стране медицинская эмблема. Первые изображения чаши со змеей относятся к 800–600 годам до н.э. При этом вначале змея и чаша фигурировали раздельно и были атрибутами дочери Эскулапа – богини здоровья Гигиен, которая обычно изображалась со змеей в одной руке и с чашей в другой. Точного и узаконенного символа медицины в виде изображения змеи, обвивающейся вокруг чаши или изображенной рядом с ней, ни в древние времена, ни много позже не было. По данным академика Е.Н. Павловского, такое появилось лишь в XVI веке благодаря знаменитому врачу Парас-



фото am.bioteb.by



Первые изображения
чаши со змеей
относятся к **800–600**
годам до н.э.

цельсу, впервые предложившему подобное сочетание взамен традиционного на то время кадуцея. Истинное значение этой эмблемы остается спорным. Возможно, она олицетворяет собой ле-

чебные свойства змеиного яда, так широко использовавшегося в медицине, и сосуд, где хранился змеиный яд. Змея же символизирует мудрость, знание, бессмертие и вообще все добрые начала.

Кадуцей (жезл Меркурия)

Греческим словом «кадуцей» (знак полномочий вестника) называли волшебный жезл Гермеса (у римлян – Меркурий), обвитый двумя змеями и обычно увенчанный парой крыльев. Змеи символизировали взаимодействие противоположных сил. В римской мифологии Меркурий использовал жезл, чтобы помирить двух дерущихся змей – причина, по которой он стал в Древнем Риме символом уравновешенного и добродетельного поведения. Кадуцей стали использовать в качестве знака, защищающего тайну коммерческой или политической переписки. В настоящее время это эмблема медицины или коммерции, однако когда-то кадуцей представлял собой интригующе разнообразную символическую фигуру.



В римской мифологии Меркурий использовал жезл, чтобы помирить двух дерущихся змей.

Жезл, обвитый двумя змеями, сочетает в себе сразу несколько фундаментальных символических элементов: центральный стержень символизирует Древо Жизни, двойная спираль, сфор-

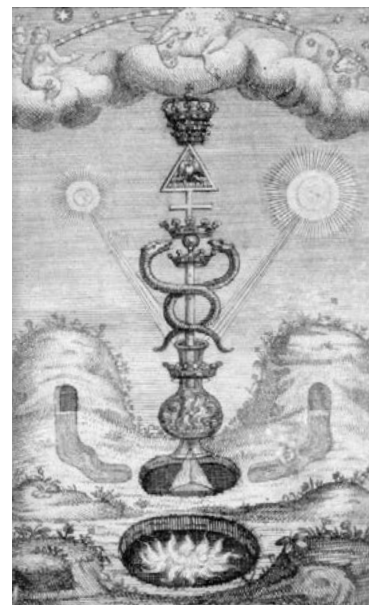


foto pinterest.ru

мированная змеями, – символ космической энергии, двойственности, а также единства противоположностей; сами змеи – плодотворные силы земного и потустороннего миров.

К

Посох Асклепия

Посох Асклепия (палка, вокруг которой обвилась змея головой вверх) является одним из наиболее узнаваемых символов медицины примерно с VIII века до н.э. Греческие мифы повествуют, что Асклепий (у римлян – Эскулап) – сын бога света, правды и пророчеств Аполлона – обучился своему мастерству исцеления у кентавра Хирона и был известен как искуснейший врач, умевший воскрешать мертвых. Однако Зевс, испугавшись того, что благодаря искусству Асклепия люди станут бессмертными, убил его ударом молнии. В одном из древнегреческих мифов рассказывается, что Асклепий был приглашен во дворец Миноса, царя Крита, чтобы воскресить его умершего сына. Врач шел, опираясь на посох, и вдруг посох обвила змея. Испугавшись, Асклепий убил змею. Но едва он это сделал, как появилась вторая змея, несшая во рту какую-то траву. Эта трава воскресила убитую. Видимо, Асклепию уже было



фото © wikimedia.org

предначертано судьбой стать богом, поэтому он, обладая нечеловеческой прозорливостью, тут же все понял, нашел траву, которую принесла змея, собрал ее и, прибыв на Крит, воскресил ею сына царя Миноса. Эта



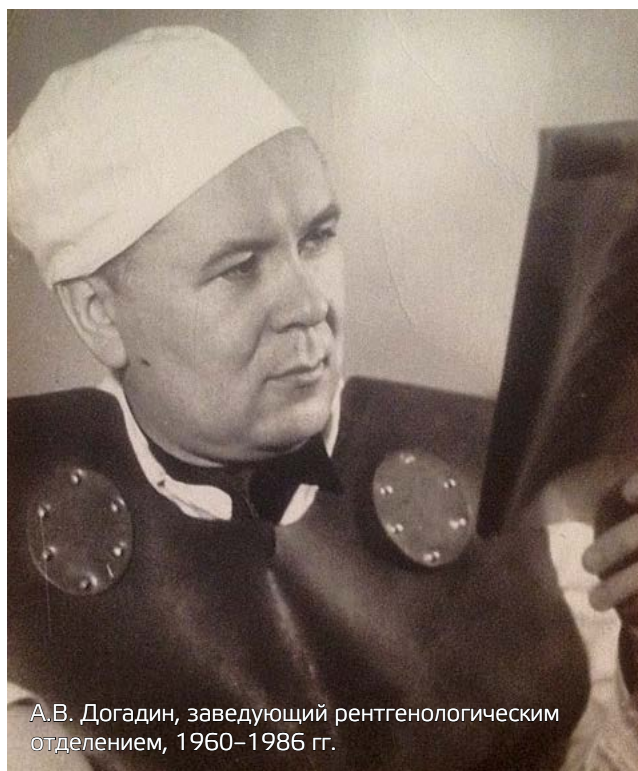
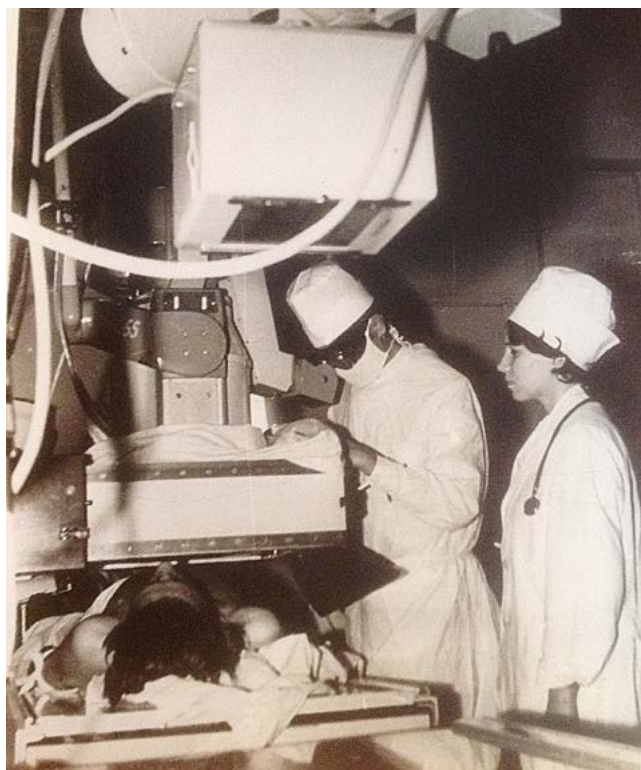
Фигура Асклепия стала первой международной эмблемой медицины.

легенда объясняет, почему в большинстве случаев Асклепий изображается стоя, в длинном плаще, держащим в руках посох, обвитый змеей. Его фигура стала первой международной эмблемой медицины. В настоящее время вертикально расположенный посох, обвитый змеей, изображаемый на фоне окаймленного лавровыми ветвями земного шара, является эмблемой Всемирной организации здравоохранения.

Знаменательные даты

80
лет

со дня создания первого
рентгенкабинета



А.В. Догадин, заведующий рентгенологическим отделением, 1960–1986 гг.

Открытие рентгеновских лучей в 1895 году произвело революцию в медицине. Врачи всего мира сразу оценили значение открытия и сумели применить его в диагностике и лечении заболеваний. В нашей больнице первый рентгенолог Пшенков появился 11 апреля 1940 года. 13 июня заведующим рентгенкабинетом назначен Саркис Тапольян, в августе его сменил Виктор Ключе. Вместе с Виктором Адольфовичем работали доктор Свирский и рентгентехник Воскобойникова.

В 1943 году в Краевой больнице открыт первый рентгенотерапевтический кабинет для лечения кожных заболеваний. Работу врачей-рентгено-

логов курировала кафедра рентгенологии КГМИ. Формирование службы связано с именем Петра Зимы – первого заведующего рентгенологическим отделением ККБ. Рентгенодиагностические кабинеты появились во всех корпусах больницы, врачи получили профильную специализацию по различным разделам рентгенологии.

В разные годы отделением заведовали Тамара Меренкова, Иван Красицкий, Юрий Чегодаев, Николай Иванов, Виктор Ткачев, Николай Зайцев, Евгений Батухин, Александр Василевич. Сегодня отделение лучевой диагностики возглавляет Николай Тюменцев.

**35
лет**

отделению эндоскопии

Впервые врачи заглянули в полости без разреза еще в XIX веке. В краевую больницу бронхоскопия и гастроскопия пришли в конце 1960-х. Первый кабинет бронхоскопии был открыт в легочно-аллергологическом центре, там работал бронхолог Валерий Розманов. Первое выездное эндоскопическое отделение организовалось на базе краевой больницы №2.

Потребность в эндоскопической диагностике росла, и в мае 1977 года в нашей больнице был создан кабинет эндоскопии. Дальнейшее совершенствование эндоскопической техники, накопление практического опыта и увеличение объемов работы послужило поводом для создания в 1985 году отделения эндоскопии. Первым заведующим стал Виктор Перевалов, затем отделение возглавили Владимир Каширин, Олег Бобровский, а с июля 2010 года службой руководит Павел Жегалов.

Развитие клинической эндоскопии напрямую связано с эволюцией оптоволоконной аппаратуры, которую можно представить схемой: оптика – видео – цифра – HD. Растет качество картинки, а вместе с ней удобство для врача и достоверность исследова-



Мария Васильевна
Шпатаковская, первая зав.
отделением, 1962–1986 гг.

ния. Например, первые колоноскопы были устроены так, что доктор должен был наклоняться к больному и смотреть в маленький объектив, сегодня врач видит исследуемую область на экране. Раньше для контрастирования патологического образования в эндоскопии применяли хромокопию, при которой использовали уксус. Сегодня достаточно нажать на кнопку, и элементы слизистой окрашиваются в другой цвет.

В отделении постоянно расширяется спектр инвазивных операций. Внедрено более 30 внутриорганных и полостных эндоскопических операций, используемых в абдоминальной, торакальной хирургии, проктологии. Сегодня наши доктора проводят подслизистые диссекции, удаляют опухоли, камни желчных протоков, пунктируют поджелудочную железу, лигируют вены пищевода, бужируют пищевод. Внедрена методика эндоскопического лечения ахалазии кардии – подобным опытом лечения этой болезни владеют не многие клиники России.

**30
лет**

отделению проф- патологии

Выездная бригада
профпатологов
в п. Еруда, ЗАО «Полнос».



Интенсивное развитие промышленности сопровождалось увеличением количества встречающихся профпатологий. Именно в период интенсивного развития промышленности, в 1950-60-е годы, возникла специализация профпатолога – доктора, занимающегося пациентами, чье здоровье пострадало на производстве. Задача профпатолога дать заключение о причине заболевания, доказать, что оно связано с профессией или не имеет к ней отношения.

В столицах с 1960-х работали НИИ гигиены труда и профзаболеваний, но в Красноярском крае такая служба отсутствовала. Больных направляли за пределы региона. В 80-х начали проводить консультативный прием профпатолога в поликлинике. А в 1990 году по инициативе профессора Юрия Терещенко, который занимался профпатологией еще с аспирантуры, был создан Краевой центр профпатологии на базе ККБ. Центр возглавила Ольга Захаринская, которая занимает этот пост по сей день. С 2006 года при центре работает отделение медицинских осмотров и экспертизы профпригодности.

Заведующему
хирургическим
отделением Ачинской
межрайонной
больницы – **65 лет**

Автор **Таисия Аникина**



Юрий Гончаров: «В хирургии нельзя перестать уважать людей»

Спустя два года после 45-летия АМРБ, где Гончаров работает 40 лет, он подошел и к своей круглой дате. «Подошел» – не слишком точное слово: Андреич, как его любя называют и коллеги, и пациенты, настолько быстр и точен, что если и ходит, то стремительно. Чаше – по лестнице сбегает, а поднимается – так и через две ступеньки.

За тысячами спасенных жизней и проведенных операций Юрию Гончарову особенно некогда было гнаться за регалиями. Да и по шкале скромности он оказался бы на самом верху: даже как-то неприлично быть ну настолько скромным. Когда в 2017 году получал нагрудный знак «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ, чувствовал себя не в своей тарелке: тушевался, ко всеобщему вниманию и ликованию не привык.

Этот человек
штампов не любит,
но отзываются о
нем только так:
«врач от Бога».

ЗАВИДНЫЙ ПАРЕНЬ

Наша беседа началась нестандартно. «Нечего обо мне разговаривать, я обычный», – заявил Юрий Гончаров. Этот человек штампов не любит, но отзываются о нем только так: «врач от Бога». Гончаров суров, иногда и подступиться страшно. Но глубинно – добрый и сострадательный по-настоящему. Душу не выключает никогда. Его любят все – и пациенты, и коллеги. Даже те, кто в больнице давно – и самые профессиональные тоже, единогласно заявляют: «Андреич поболее всех народу спас». Ну а его легендарные смачные шутки вкупе с хитроватым огоньком во взгляде исподлобья – его «фирменные», таких больше ни у кого нет.

– Юрий Андреевич, каким вы были в детстве?

– Нормальный прилежный деревенский парень. Деревенские всегда закаленные физически

и морально. Школу окончил в 1973 году, учился хорошо, дисциплинированно.

– Какие предметы нравились?

– Особо предметы на любимые и не любимые я не делил: в тогдашней школе было всё – от астрономии до хороших трудовых уроков. Учителя войну прошли, такие и ребят воспитают как надо. Результат очевиден: из нашего класса 20 из 25 человек поступили в вузы. Я выбрал Рязанский мединститут. Конкурс туда был большой – 4,5 человека на место. Биология, химия, физика, сочинение – программа вступительной сдачи была расширенной. Сдавали мы экзамены устно – «по полной».

ДОКТОР БЕЗ ЦИНИЗМА

– Сейчас модно в отношении профессии врача употреблять «высокие» слова – «призвание», «миссия». Вы именно так расцениваете свою работу?

– Сантиментов я избегаю. Я из рабочей семьи, у меня родители железнодорожники. И они приучили меня к труду. В принципе, могу всё – и руками, и лопатой, и вилами. Просто надо трудиться.

– Правда, что самые циничные из всех медиков – хирурги?

– Был бы циничный – мы бы с тобой сейчас не разговаривали. Я это слово не люблю, доктор не может быть циничным. Такие очень быстро из медицины уходят. Поначалу – да, сердце рвется за каждого. С годами практики подходишь к профессии не то что отстраненно, но как-то более философски. Начинается с полной вовлеченности: все болезни, которые проходишь в институте, «примеряешь» на себя. На клинических кафедрах вдруг понимаешь: все диагнозы «твои». Пошёл блок лор-болезней – обязательно насморк или горло заболит. Потом подходит практика. И так всю жизнь – если ты из профессии сразу не сбежал.

Чем больше ты видишь, тем тебе не то что страшнее, но ты всё «пускаешь» в голову. Пациента надо не любить, а уважать. Жалеть не надо – потом он сам себя еще больше начнет жалеть. Просто надо быть профессионалом.

Пациента надо не любить, а уважать.
Жалеть не надо – потом он сам себя еще больше начнет жалеть.



– А достигший вершин в профессии злым человеком может быть?

– Профессионал может быть только добрым. У него не должно быть никакого «пофигизма» – только мудрый, взвешенный подход к человеку. Это разные вещи. По человеку видно сразу, есть у него доброта или нет. Если думать «ничего не хочу – ничего не делаю» – уходи из профессии, не потянешь.

– Как врачам быть с эмоциональным выгоранием?

– Это сейчас «метод» такой, как чуть «прижмет». Кричать на улице об этом не надо. Вышел, продышался, отпустило – и обратно. Хирурги, которых ты сейчас видела в ординаторской, по несколько часов и в жару, и в холод стоят каждый день в операционной. Ничего хорошего. «У каждого врача свое кладбище» – терпеть не могу этот дурацкий афоризм. Да, все мы хороним, и мы каждый раз знаем, почему хороним, – врач знает это как никто. Это ближе к цинизму? Да. Хотим мы похоронить человека? Нет, конечно. Но мы знаем, что на днях он умрет, что бы мы еще ни предпринимали. С этим осознанием очень тяжело.

– Но вы как доктор, повидавший всякое, верите в чудеса? Случаются они? Прогноз неблагоприятный – а человек ожил...

– Чудес не бывает. В нашей профессии так: есть здоровый организм, который борется с болячками. Важно, как он вообще себя ведет в жизни. Тут генетика не генетика – дело второстепенное. Если генетически человек здоров, но убивает себя, поведение в отношении себя наплевательское – результат и будет плачевным. В отношении онкологии, к примеру: есть опухоли агрессивные и неагрессивные, доброкачественные и нет. Этиологии мы не знаем – мы видим только конечный результат. Сделали мы операцию, провели химиотерапию – человек восстановился, процесс победили. Другому всё сделали, и даже больше – а победить не можем. Каждый пытается бороться с этим сам. Если с пациентом «сюсюкать» да «ойкать», он и бороться за себя не будет. Вот лежала у нас в отделении женщина, прооперировали, не онкология, но плохо. А она всё равно бодрячком. А другой пришел – ой, его комарик в затылок укусил, молодой двадцатилетний парень, и стонет. Да помажь ты йодом укус – зачем ты пришел?

ПРО ХАРАКТЕР И ПЯДИ ВО ЛБУ

В Ачинск Гончаров приехал по союзному распределению, пришли заявки – молодые доктора поехали по стране. Только из Рязанского института в третий по величине город Красноярского края приехали семь человек. Тогда главным врачом был Евгений Карпович Рябцев – он выступал как «покупатель», набирал выпускников из ведущих вузов в штат больницы. Юрий в Сибирь рванул без сомнений – такая философия была в стране Советов. Рассказывает, чуть до драки не доходило, все хотели работать для народа, а трудности – пусть, чем больше, тем лучше. Кто поехал на Камчатку, кто – в Ачинск.

– У вас сильный характер?

– Не знаю я, что такое характер. Оптимист я, трудиться надо – и вся демагогия.

– Что, по-вашему, самое страшное в хирургии?

– Перестать уважать людей. Настоящий врач, который не изменил выбранному пути, при любой

Заставить работать – как и любить – бесполезно. Если ты пришел в хирургию, должен пахать, пахать, пахать.

профессиональной деформации остается заложником ситуации: куда уходить, если больше ничего, кроме как лечить и спасать, не умеешь. Если человек не готов работать в коллективе, будь хоть сто пядей во лбу у заведующего – ничего не сделаешь. Заставить работать – как и любить – бесполезно. Если ты пришел в хирургию, должен пахать, пахать, пахать. Чтобы выучиться этой профессии, иметь ум – это еще не всё. Важно, практически владеешь ты этим или нет. Бывает, врач с опытом, теоретически умный, но руками работать не может. Если захочет – научится. Заставлять бесполезно. Долго ли надо учиться хирургии? Всю жизнь. Всех болезней знать ты не можешь, страшно смотреть – а не надо смотреть. Болячка одна, а люди разные. И надо вникать и лечить.

– Ваше главное жизненное кредо?

– Оно сродни профессиональному. Если ты человека уважаешь, ты его и полюбишь. А любовь – это вещь тонкая: Бог сверху смотрит и определяет. Если ты уважаешь соседа рядом с тобой – не важно, уважает ли он тебя, – ты всегда найдешь с ним общий язык. И в любви соседу при этом признаваться во всеуслышание смысла нет. Если предал тебя человек – надо, говорит, думать: за что и как это случилось, почему он это сделал. Не можешь простить – себе же делаешь хуже. Злость, мстительность – мелкие качества.



Он из тех, с кем не страшно в разведку. Из тех, про кого говорят: настоящий. Такая вот повесть о настоящем человеке. О Гончарове, который не любит про себя говорить, но никогда не позволит себе не уважать человека.

Продолжительность жизни врачей

Мы привыкли думать о здоровье больных и забывать о своем. Однако при лечении недугов пациентов порой страдает и здоровье самих эскулапов – это ярко продемонстрировала нынешняя пандемия.

Если обратиться к статистике, то врачи умирают раньше, болеют дольше среднестатистического россиянина, а список их профессиональных заболеваний вызывает озабоченность.

Материал редакции на основе обзора источников из интернета

Российские медики зачастую осуществляют свой долг в экстремальных условиях, на 30% опасных для здоровья. Исследователи выделяют три основные причины: плохое состояние медучреждений, устаревшие технологии и отсутствие стандартов требований к безопасности. Так, из-за отсутствия единых правил использования, обслуживания и утилизации крови и инъекционных продуктов постоянно растет число незащищенных контактов с кровью и инфицирования врачей смертельно опасными заболеваниями.

В 1919 году в нашей стране смертность врачей в девять раз превышала среднюю смертность населения в целом. Основными причинами тогда были гибель медицинских работников во время военных действий, смерть от сыпного тифа и других инфекционных заболеваний. Конечно, сейчас смертность и заболеваемость среди медперсонала не так велика, как сто лет назад. Однако имеющиеся показатели все равно весьма печальны.

Вывод ясен: нужно ремонтировать больницы, обновлять оборудование и создавать единые стандарты безопасности и охраны здоровья сотрудников системы здравоохранения.

В 1922 году по постановлению правительства при профсоюзе «Медсантруд» открыли научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. С этого момента состояние здоровья врачей

у нас в стране изучают на официальном уровне.

За несколько лет до этого выдающийся русский ученый и медик Владимир Бехтерев написал статью «О положении врачей в России и об исследовании врачебного труда». Эти самые исследования Бехтерев вел в лаборатории физиологии труда своего Института мозга. Статистика в это время была прямо-таки страшной: по некоторым данным, врачи живут на 10–20 лет меньше своих пациентов.

Врачебный труд – тяжелый.

По существующей шкале тяжести труда медицинские специальности расположены от второй до пятой категории (всего их шесть).

Точной статистики специфических, профессиональных заболеваний врачей и их последствий в России не существует. Одна из причин – низкая выявляемость такого рода заболеваний, которая не превышает 10%. Дело в том, что зачастую медики не фиксируют документально собственные болезни, занимаются самолечением (в данном случае термин кажется немного абсурдным, но всё же).

Профессиональный журнал «Главная медицинская сестра» цитирует мнение академиков

Как показали исследования, проведенные в Самаре, с 1991 по 2004 год заболеваемость туберкулезом медицинских работников **увеличилась здесь в 10 раз** и в 3 раза превысила средний городской показатель.

РАМН Николая Измерова и Валентина Покровского: «В начале XXI века положение с охраной здоровья медицинских работников существенно не изменилось, наметилась тенденция роста несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Это при том, что уровень общей заболеваемости в отрасли всегда был достаточно высоким из-за прямого контакта с больными, а также обусловлен спецификой условий труда». Специфика условий труда такова: загрязнение воздуха рабочих помещений аэрозолями лекарственных веществ, дезинфицирующих и наркотических средств, постоянная угроза заражения инфекционными заболеваниями, ионизирующее и неионизирующее излучения диагностической и лечебной аппаратуры. К этому мы добавим сверхнормативную работу, постоянные стрессы, синдром выгорания, физические нагрузки.

Врачебный труд – тяжелый. По существующей шкале тяжести труда медицинские специальности расположены от второй до пятой категории (всего их шесть, причем шестая – наивысший уровень тяжести). К пятой категории тяжести труда отнесены специальности хирурга, анестезиолога, реаниматолога, врача скорой помощи, эндоскописта, рентгенолога, патологоанатома, судебно-медицинского эксперта. К четвертой относятся участковые врачи, стоматологи, врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре, дерматовенерологи, отоларингологи, акушеры-гинекологи, бактериологи, врачи функциональной диагностики. К третьей – врачи поликлиник, врачи-лаборанты, эпидемиологи, гигиенисты, физиотерапевты. Ко второй – статистики и валеологи.

У каждой специальности свои профессиональные болезни. Но есть и общие, степень которых в зависимости от профессии изменяется незначительно. И на первом месте с сильным отрывом стоят инфекционные заболевания (от 75,0 до 83,8% в структуре профзаболеваний, в среднем 80,2%). Что и понятно: в прямой контакт с инфекционными больными регулярно вступает каждый врач, да и другие сотрудники медучреждений тоже.

В лидерах по выявляемости – вирусные инфекции, которые можно подхватить где угодно. Далее следует туберкулез. Как показали исследования, проведенные в Самаре, с 1991 по 2004 год заболеваемость туберкулезом медицинских работников увеличилась здесь в 10 раз и в 3 раза превысила средний городской показатель. Крайне высока среди медработников лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (31,3%).

Второе место среди профессиональных недугов сотрудников здравоохранения удерживают аллергические заболевания (от 6,5 до 18,8%, в среднем 12,3%). Источников множество. Полноценными аллергенами могут быть лекарственные препараты, с которыми имеют дело как врачи, так и другие медработники. А кроме того, химические реагенты, используемые в лабораторной практике: вещества для наркоза, дезинфекции, моющие средства, биологические препараты (ферменты, вакцины, сыворотки, препараты крови).

Третье место среди профессиональных болезней врачей делят интоксикации и заболевания опорно-двигательного аппарата. Постоянно находиться на ногах или склонившись над пациентом – занятие не из легких. Например,





В 1919 году в нашей стране смертность врачей в девять раз превышала среднюю смертность населения в целом. Основными причинами тогда были гибель медицинских работников во время военных действий, смерть от сыпного тифа и других инфекционных заболеваний.

обследование воронежских стоматологов показало, что заболевания опорно-двигательного аппарата среди них встречаются в 75% случаев, причем поражение остеохондрозом сочетается с искривлением позвоночника и заболеваниями суставов в 30% и мышц в 17%.

Многие врачи работают сверхнормативно, чтобы увеличить свои доходы. А иногда – потому, что некому работать. Впрочем, и сама по себе посменная работа (суточные дежурства), которая является обычным делом для врачей, несет дополнительную психоэмоциональную и физическую нагрузку. Это вкупе с повышенной ответственностью за результат легко вызывает

стрессы. А стрессы, как известно, предпосылка возникновения ранних изменений в сердечно-сосудистой системе.

Особенно подвержены стрессам хирурги. Они к тому же нередко сталкиваются с тяжелыми больными. А это еще один источник стрессов. В результате наступает синдром выгорания – состояние физического, эмоционального и умственного истощения.

Перечень «своих» болезней и опасностей для отдельных медицинских специальностей еще более широк и разнообразен. Например, согласно некоторым исследованиям, у анестезиолога при использовании устаревшей техники концентрация в зоне дыхания фторотана превышает допустимую норму в 13 раз. Те, кто обслуживает рентгенологические кабинеты и радиологические лаборатории, а также члены рентгенохирургических бригад подвержены действию ионизирующего излучения.

Понятие профессионального здоровья включает в себя характеристики здоровья специалиста, которые обеспечивают высокую эффективность его профессиональной деятельности. В этом определении заключена мысль: если болен врач, то он не сможет на должном уровне лечить.

Благодарность



Всуете будней, увы, складывается впечатление, что мы, жители страны, как и всего мира, начинаем привыкать жить в экстремальных условиях борьбы с загадочным вирусом. Не в полной мере отдавая себе отчет, что же это такое. Тревогой заполнено все информационное пространство. Мы по-иному воспринимаем эту беду, только когда вопрос вдруг касается наших близких, друзей или нас самих. Становится тревожно и страшно...

Но даже в эти драматические дни тебя не покидает надежда, что ты не один, с тобой рядом люди самой гуманной профессии, медики, на которых, говоря откровенно, легла вся тяжесть этой многомесячной трагедии. Как и большинство сегодняшних пациентов базового инфекционного госпиталя Краевой клинической больницы, волею случая и ситуации мы стали вдруг больными, опасными для общества людьми, способными передать неведомо откуда взявшуюся инфекцию.

Так случилось, что наша экстренная госпитализация проходит в отделении пульмонологии №5, возглавляемом Евгением Владимировичем Самохваловым. Здесь мы окружены его заботой и заботой его добрых соратников, квалифицированных врачей, замечательного медицинского персонала среднего и технического звена.

Здесь в эти драматические дни уходит в небытие мнение о неблагополучии в отношениях власти и медицинских работников. Здесь нет и намек на эту тему. Мы окружены заботой и сочувствием, бескорыстием и стремлением сделать всё, чтобы облегчить наше состояние. Здесь, в стенах больницы, ты начинаешь понимать, что в стране сохранилось великое племя подвижников, верных клятве Гиппократ. И за это им низжайший поклон.

С уважением,
Геннадий Леонидович Рукша,
Константин Сергеевич Кубарев

05.08.2020 г.

Евгений Коробченко, врач-рентгенолог, 78 лет.

Пациент палаты №12 отделения пульмонологии №2
инфекционного госпиталя Краевой клинической больницы.

Сентябрь, 2020 г.

Заведующему отделением Евгению Александровичу Берлинцу;
лечащему врачу Артему Сергеевичу Шестакову;
медсестрам Виктории Гришко, Кристине Мельниковой, Ирине Трофимовой, Екатерине Вьюновой.



COVID-19

В ковидном отделении
Больницы краевой
Лежу вторые сутки,
Ведь я ковид-больной!

Машиной скорой помощи
Сюда доставлен был,
Наверное, в автобусе
Заразу подцепил.

Не думалось, не снилось
Такое в жутком сне,
Что будет чей-то вирус
Буянить по стране.

Здесь в чёрной униформе
Хлопочет персонал,
Как будто гуманоидов
С планеты кто пригнал.

Над ними возвышается,
Ну точно чёрный грач,
В скафандре и с забралом
Дежурной смены врач.

Сестрицы, санитары
В палатах тех снуют,
Больных здесь кормят, лечат
И создают уют.

Особо трудно сёстрам,
Ведь тяжело порой
Ввести больному в вену
Катетер кровяной.

То вены извитые,
То в стенках их – склероз,
Пока войдёт катетер,
По коже аж мороз!

Потом и выйти может,
Из раны хлынет кровь,
Все руки в гематомах,
Какая ж тут «любовь»?..

Больные терпеливы,
Ругаться – не с руки,
Лечиться от ковида
Нам надо, старики...

Лежат и молодые,
Их тоже много тут,
А скорые машины
Всё новеньких везут.

Но вот введён катетер,
Раствор уже идёт,
Тут медсестра к больному
Раз десять подойдёт.

Таких нас семь в палате,
А медсестра – одна,
Между больными пчёлкой
Весь день кружит она.

Лицо коллег не видел я,
Оно закрыто маской,
Желаю счастья вам, друзья,
И жизни, словно в сказке.

2020

9 июня

Открылся
госпиталь
на Рокоссовского

2 августа

Открыт мобильный
инфекционный
госпиталь
на Васильевском
руднике

7 августа

1000 сеансов
гемодиализа
проведено в базовом
инфекционном
госпитале

9 мая

Роботизированный
ангиограф помог
хирургам
«выключить»
сложную
аневризму

19 июня

Открытие
временного
инфекционного
госпиталя
в п. Ванкор

9 мая

Открылся
мобильный
инфекционный
госпиталь
в п. Еруда

1 апреля

Открылся Базовый
инфекционный
госпиталь в бывшем
Легочном корпусе
ККБ

27 мая

В инфекционном
госпитале провели
первую операцию

15 января

Приёмный покой
окончательно сменил
«прописку» и пере-
ехал в новый
корпус ККБ

20 февраля

В гибридной
операционной
удалили опухоль
по новой
технологии

24 сентября

Всероссийская
научно-
практическая
конференция

ноябрь

Рентгенхирурги
протестировали
Angiodroid

21 сентября

Главный врач ККБ
представил
региональные
проекты
на Всероссийском
форуме
«ПРОФ-IT»

ноябрь

Именем доктора
Ильи Житкова назван
вертолет Ми-8,
выполняющий
санитарные рейсы
по Красноярскому
краю

12 октября

День рождения
Краевой
клинической больницы

78 лет

октябрь

4000 пациентов
выписаны
из госпиталей
Краевой больницы
после лечения
COVID-19

6 октября

Возобновил
работу госпиталь
на Рокоссовского

«Н.И. Пирогов осматривает больного Д.И. Менделеева»

Момент осмотра
Пироговым молодого
Менделеева запечатлен
на картине киевского
живописца, члена Союза
художников Украины,
заслуженного деятеля
искусств, доцента
кафедры живописи
Ивана Антоновича
Тихого.



В октябре 1855 года в Симферополе произошла встреча двух великих ученых – Николая Пирогова (25.11.1810 – 23.11.1881) и Дмитрия Менделеева (27.01.1834 – 20.01.1907).

Известный химик, автор периодического закона химических элементов, а тогда скромный учитель Симферопольской гимназии обратился к Николаю Ивановичу за консультацией. С самого детства у Менделеева было слабое здоровье, и когда у него стала горлом идти кровь, врачи посчитали, что началась последняя степень чахотки. Институтские друзья сумели устроить для Дмитрия Ивановича аудиенцию у придворного медика Здекауэра, и тот, прослушав его, посоветовал срочно ехать в Крым, а заодно и показаться там Пирогову – так, на всякий случай. В Крыму в это время шла война. Пирогов оперировал с раннего утра и до позднего вечера. Менделеев каждое утро приходил к нему в госпиталь, но, видя, чем занят великий медик, тут же удалялся, считая, что сейчас Пирогов больше нужен раненым. Через некоторое время Дмитрий Иванович решился-таки подойти к Пирогову. Каково же было его удивление, когда тот, внимательно его осмотрев, сказал: «Нате-ка вам, батенька, письмо вашего Здекауэра. Сберегите его, да когда-нибудь ему и верните. И от меня поклон передайте. Вы нас обоих переживёте». Пирогов не подтвердил диагноз своего коллеги, назначил необходимое лечение и этим вернул больного к жизни. Предсказание сбылось в точности: Менделеев пережил и Пирогова, и Здекауэра. Впоследствии Дмитрий Менделеев с восторгом отзывался о Николае Ивановиче: «Вот это был врач! Насквозь человека видел и сразу мою натуру понял».

Выполнена картина по заказу Министерства здравоохранения бывшего СССР в 1964 году. Хранится в постоянной экспозиции в Национальном мемориальном комплексном музее Н.И. Пирогова в Виннице.