

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

100-й номер



С Днем медика!

Внутрисосудистая В-крупноклеточная лимфома,
ассоциированная с гемофагоцитарным синдромом

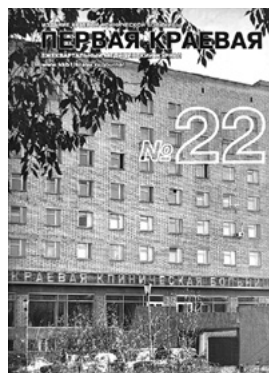
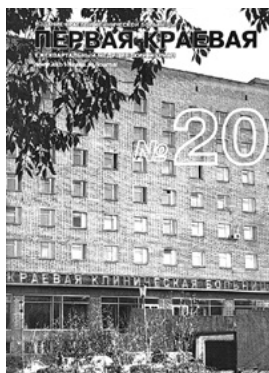
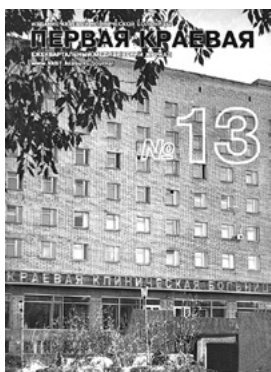
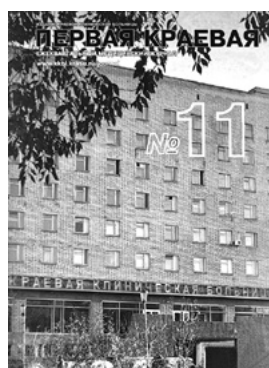
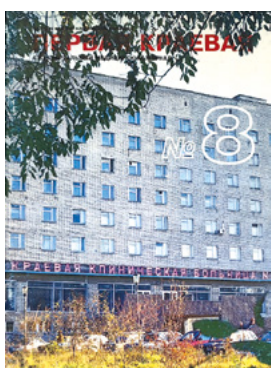
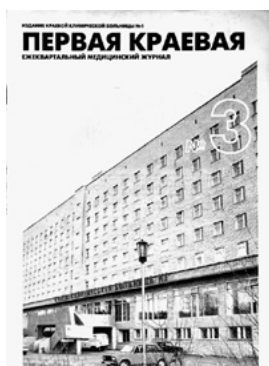
Ясная голова — легкое общение. Как ментальные
ловушки мешают нам выстраивать отношения

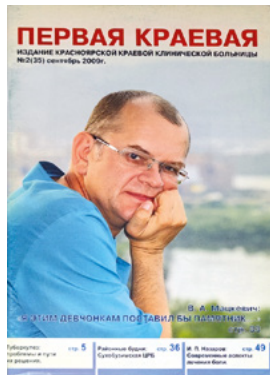
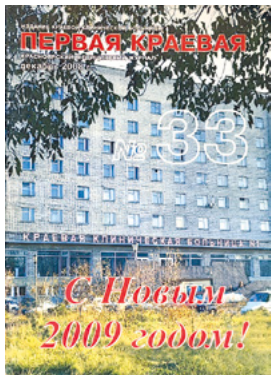
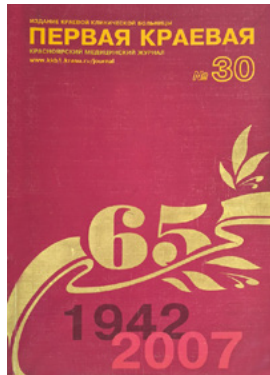
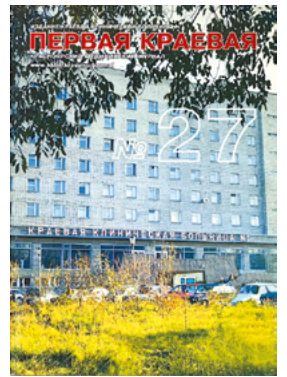
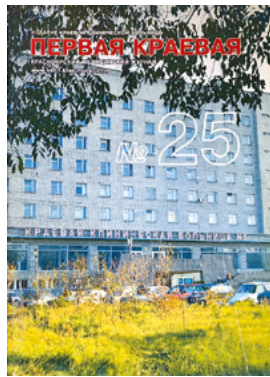
Портреты

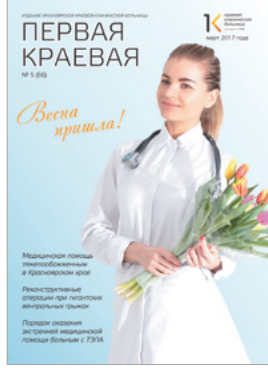
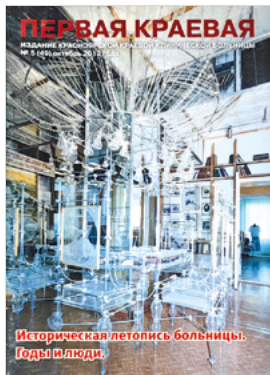
Сергей Устюгов
Мария Аброськина
Александр Вохмин

Сотый номер!

Краевая клиническая больница с гордостью объявляет о выпуске сотого номера журнала «Первая краевая». Первый выпуск этого издания увидел свет в 1998 году, и с тех пор журнал стал летописью достижений медицины не только нашей больницы, но и всего региона. Эти обложки выпусков символизируют 28 лет непрерывного развития профессионализма красноярских медиков.







ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ № 3 (76)

Издание Красноярской краевой клинической больницы

УДАЛИЛИ ВРЕДИТЕЛЬНОГО ПАТОГЕНА КОЖИ ИЛИ НЕ? ИЛИ ПЕРВЫЙ ПАТОГЕННЫЙ ПАТОГЕН КОЖИ ИЛИ НЕ?

Специальный номер посвящен теме: **«В этот год, посвященный 75-летию ККБ, мы хотим рассказать о том, как важно бороться с инфекционными заболеваниями»**

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ № 4 (77)

Издание Красноярской краевой клинической больницы

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Хирургический корпус как подарок к Новому году

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 2 (75)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Главная тема: **150 дней COVID-19**

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 3 (76)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Главная тема: **Качество медицинской помощи**

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 4 (77)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Новые технологии — оценка наших специалистов

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 5 (78)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 6 (79)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Органы. Докладственная медицина

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 7 (80)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Любовь, уважение и вовлеченность персонала

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 8 (81)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

2 года борьбы с пандемией

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 9 (82)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

С Днем медицинского работника!

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 10 (83)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Ученые – медикам: как красная генетика помогает врачам

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 11 (84)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

В новый год с новыми планами

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 1 (85)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

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

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 2 (86)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Специфика переживания врачебных ошибок и осмотров в деятельности хирурга

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 3 (87)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 4 (88)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

НЕВОЗМОЖНО ВОЗМОЖНО. ОРГАНИЗМИКОУСТОЙЧИВОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 1 (85)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница»

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 2 (86)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

С Днем медицинского работника!

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 3 (87)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

VIII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 4 (88)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Эффективные инструменты нематериальной мотивации

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 1 (89)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

75 КДП

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 2 (90)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

С Днем медика!

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 3 (91)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 4 (92)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

август 2021 г. № 1 (93)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

Издание Красноярской краевой клинической больницы

Нейротехнологии как основа профессионального развития

В рубрике «Актуальные вопросы» — обзор литературы по теме: **«Использование антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний»**

август 2021 г.

Загадки египетских мумий



В польском городе Вроцлаве с 1914 года хранится египетская мумия 10-летнего мальчика, возраст которой составляет около 2000 лет. Ее привез в город кардинал Адольф Бертрам в составе своей частной коллекции древностей.



Л ишь в 2023 году междисциплинарная группа ученых начала первое полномасштабное научное исследование мумии с использованием передовых радиологических методов, включая рентгеновскую съемку и компьютерную томографию.

Загадку предлагает некий предмет, помещенный в грудную клетку мальчика, который обнаружили благодаря компьютерной томографии. Что это такое, ученые пока не знают, поскольку доступ к нему представляет собой серьезную проблему. Археологи предположили, что скрытый в груди мальчика предмет может содержать ключи к его личности или ритуалам,

связанным с его смертью. Например, это может быть папирус или амулет, содержащий имя ребенка либо защитную надпись для загробной жизни.

Сканирование выявило интересные подробности мумификации мальчика. В соответствии с древнеегипетскими обычаями его мозг вынули через носовую полость, что было стандартной процедурой. Однако большинство внутренних органов извлекли нетрадиционным методом – не через разрез на брюшной полости, а через анус. Вероятно, современным патологоанатомам было бы интересно изучить используемые инструменты и технику извлечения.

Что мы знаем о клещах



Клещ *Ixodes persulcatus*

Человечество узнало об этой болезни относительно поздно. В 1930-е годы, когда советское государство начало активно осваивать приморскую тайгу, медики столкнулись с загадкой: в конце весны среди геологов, военных и лесорубов возникали вспышки неизвестной болезни с летальностью до 40%. Ключевой уликой было то, что заражались только те, кто ходил в лес. От человека к человеку инфекция не передавалась.

В 1937 году выдающийся вирусолог Лев Зильбер возглавил экспедицию в Приморье. Миссия была выполнена: выделен возбудитель, доказана его вирусная природа и установлен главный переносчик. Вирус клещевого энцефалита – крошечная РНК-содержащая частица. В свободном состоянии она быстро погибает, но в организме переносчика чувствует себя превосходно. Главный «дом» для вируса в природе

– таежный клещ *Ixodes persulcatus*. Природа создала идеального убийцу:

- **Кровопийца-рекордсмен:** насосавшаяся самка увеличивается в массе в 80–120 раз.
- **Живучесть:** без пищи клещ может существовать месяцами и даже годами благодаря крайне экономному расходу ресурсов.
- **Незаметность:** укусы клеща абсолютно безболезненны.



Вместимость иксодового клеща поражает: полностью насытившаяся самка весит в 80–120 раз больше, чем голодная

При этом вирус не вредит самому клещу или таежным животным – результат долгой эволюции, создавшей устойчивый природный очаг. Это классический пример территории, где инфекция является естественным компонентом экосистемы.

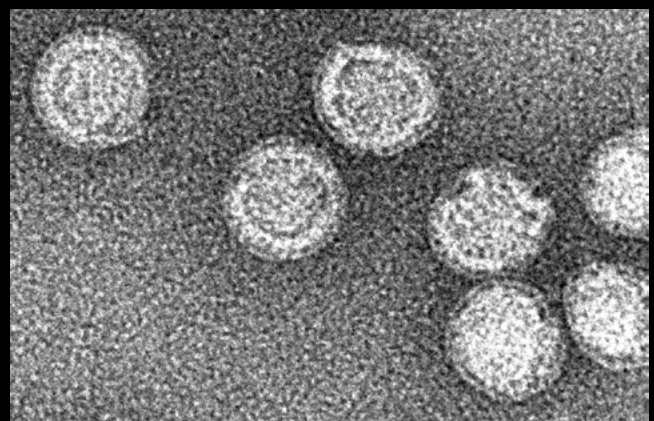
Многие пациенты уверены, что клещи прыгают на них с деревьев. Это миф: членистоногие редко поднимаются выше полуметра. Они просто ждут жертву на травинках, вытянув передние лапки. Попав на тело, клещ ползет вверх, выбирая место для укуса (чаще на шее или голове), что и создает иллюзию «падения сверху».

Распространенная ошибка – пытаться резко выдернуть клеща. Его хоботок снабжен зазубринами, и если тело разорвать, головка останется в коже, вызвав воспаление.

Несмотря на развитие фармакологии, **главным оружием против энцефалита по-прежнему остаются меры профилактики укусов и вакцинация.** Для медицинского персонала важно помнить о клинической настороженности в сезон активности клещей. Для пациента – о простых правилах: правильная экипировка в лес, осмотры

и своевременное обращение за экстренной серо-профилактикой.

Инфекция не стала менее опасной, но мы перестали быть перед ней беспомощными. Сегодня, в отличие от 1937 года, у врача есть и вакцина, и иммуноглобулин, и понимание, с каким врагом мы имеем дело.



Вирус клещевого энцефалита: внутри — вирусные гены, снаружи — шипики для сцепления с клетками-жертвами

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

Допечатная подготовка, печать
ООО «Другое место»
660111, Красноярский край, г. Красноярск,
ул. Пограничников, зд. 28, стр. 1, офис 1-04
Типография «РИЦ»

Тираж 999 экз. Июнь 2026 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 4** **Ценный кадр**
- 10** **Новости**
- 14** **Портрет | Сергей Устюгов**
- 17** **Портрет | Мария Аброськина**
- 20** **Портрет | Александр Вохмин**
- 22** **Оргздрав | Ясная голова – легкое
общение. Как ментальные ловушки
мешают нам выстраивать
отношения**
- 26** **Опыт | Внедрение лазерных
технологий в колопроктологическую
практику Красноярской краевой
клинической больницы: от концеп-
ции до клинических результатов**
- 31** **Опыт | Цифровой инструмент
«СКОРН-система» в ранней диагно-
стике меланомы: опыт масштабного
скрининга в рамках дня борьбы с
меланомой**
- 34** **Casus extraordinarius | Внутрисосу-
дистая В-крупноклеточная лимфома,
ассоциированная с гемофагоцитар-
ным синдромом. Анализ редкого
клинического наблюдения**
- 42** **Партнерская страничка | Хирурги-
ческое лечение осложненного рака
желчного пузыря, сочетающегося с
хроническим калькулезным холеци-
ститом и аномалией развития внепе-
ченочных желчных протоков**
- 44** **Партнерская страничка | Качество
начинается с команды: как внедре-
ние практических рекомендаций
Росздравнадзора изменило систему
управления персоналом Краснояр-
ской детской больницы №8**
- 47** **Опыт | Оперблок: процессы раньше
и сейчас**
- 52** **Знаменательные даты | 55 лет
отделению кардиохирургии**

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Держать в руках сотый номер «Первой краевой» – ощущение особенное. Когда в 1998 году выходил первый выпуск, наверное, мало кто мог предположить, что наше издание станет не просто сборником статей, а настоящей летописью здравоохранения Красноярского края.

Пролистывая эти страницы, я вижу не просто тексты и фотографии. Я вижу историю побед. Вот хроника первой трансплантации почки от родственного донора, которую мы выполнили, вот – отчет о работе кардиохирургов, которые еще в 70-х годах прошлого столетия добывали лед на Енисее для операций на сердце, а сегодня проводят сложнейшие трансплантации.

И все эти номера подчеркивают то, что главное в больнице – люди. Сергей Устюгов, прошедший путь от фельдшера скорой до заслуженного врача РФ, Александр Вохмин, воспитывающий поколение урологов у операционного стола, Мария Аброськи-

на, продвигающая неврологию исследованиями новых методик, команда оперблока, работающая в ритме «Формулы-1».

Юбилейный номер получился разноплановым – здесь и разгадки «египетских мумий» (взгляд рентгенолога в прошлое), и суровая онкологическая статистика, и случай внутрисосудистой лимфомы, который заставляет нас вновь и вновь говорить об онконастороженности.

Спасибо, что вы с нами 28 лет. Читайте, развивайтесь и оставайтесь здоровыми. С юбилейным номером, «Первая краевая»!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая краевая»

Когда готовишь сотый номер, кажется, что все темы уже поднимали, похожие ситуации описали. Но как только открываешь новый клинический случай или беседуешь с доктором, понимаешь: медицина – бесконечная кладезь знаний и вариантов сложившихся обстоятельств. Чем глубже погружаешься в материал, тем интереснее. Этот номер получился

многокомпонентным, как хорошая схема терапии коморбидного состояния.

В рубрике «Опыт» мы решили показать современную хирургию в колопроктологии. Артем Поздняков детально разбирает лазерные технологии. А наш молодой разработчик Арутюн Харикян презентует СКОРН-систему – цифровой инструмент, который буквально за пять минут оценивает риск меланомы.

Пожалуй, самой острой, на мой взгляд, получилась статья об оперблоке. Мы поговорили с заведующим Андреем Лавриновым – честно, без купюр. О том, как новый корпус и двухсменная работа ломали старые привычки, о «пуговине» прошлого и о том, почему хирурги не всегда правильно прогнозируют время операций. Читается как остросюжетный роман.

Отдельное спасибо авторам из Лесосибирска и детской больницы №8. Показать, как качество лечится не только скальпелем, но и стандартами (СМК) и заботой о персонале – важная миссия нашего журнала.

В центре номера – статья о ментальных ловушках, и это не случайно. Как бы далеко ни шагнули технологии (лазеры, ИК, генная инженерия), без ясной головы и легкого общения в команде качественной помощи не построить. Именно человеческое отношение, уважение к коллеге и пациенту – тот самый фундамент, на котором стоит наша больница.

100 номеров – это 28 лет диалога. Редакция журнала «Первая краевая» слушает и слышит вас, дорогие коллеги, порой спорит и всегда открыта для ваших вопросов и предложений. Спасибо, что доверяете нам свои статьи и истории.

1 Нейрохирурги краевой больницы написали монографию в помощь коллегам

«Церебральные инфекционные аневризмы» – так называется монография, адресованная широкому кругу медицинских специалистов и призванная помочь в диагностике и лечении сложных клинических случаев.

По словам авторов, эта работа, несомненно, будет полезна нейрохирургам, неврологам, инфекционистам, кардиологам, рентгенологам и врачам общей практики, поскольку в ней проанализирован и представлен опыт практической работы врачей и реальные клинические случаи.

В монографии рассматривается проблема инфекционных церебральных аневризм, наиболее часто ассоциированных с бактериальным эндокардитом, но также встречающихся при других инфекционных поражениях головного мозга (бактериальных, грибковых, вирусных).

Врач-нейрохирург профессор Павел Геннадьевич Шнякин так комментирует суть проблемы, изложенной в книге: «Инфекци-

онные аневризмы встречаются в 5% случаев из всех церебральных аневризм, при этом они могут образовываться в короткие сроки и очень склонны к разрыву. Идея написать книгу о таких аневризмах зародилась из большого количества накопленных собственных клинических наблюдений. Думаю, что книга будет интересна не только нейрохирургам, но также неврологам и специалистам других профилей, так как многие инфекционные процессы потенциально могут осложниться церебральным васкулитом и формированием инфекционных аневризм». В монографии освещаются вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, современных методов диагностики и тактики ведения пациентов с инфекционными церебральными аневризмами. В качестве практического материала представлены собственные клинические наблюдения.

Заведующий отделением нейрохирургии №2 Антон Витальевич Ботов поясняет: «Написать



книгу побудило крайне скудное количество информации по этой проблеме. Хотя с инфекционными аневризмами сосудов головного мозга может столкнуться любой врач, например, кардиолог при лечении бактериального эндокардита, пульмонолог, а также инфекционист, если это следствие перенесенных инфекционных заболеваний. Настороженность относительно данной патологии может спасти не одну жизнь».

2 В ККБ выполнили первую родственную трансплантацию почки

В Красноярской краевой клинической больнице впервые выполнили трансплантацию почки от родственного донора. Операция прошла без осложнений – и до-



нор, и реципиент чувствуют себя хорошо.

Родственная трансплантация донорского органа выполняется от живого донора, являющегося кровным родственником реципиенту. В данном случае донором стала 43-летняя женщина, сестра реципиента по матери. Реципиент – 51-летний мужчина с диагнозом «сахарный диабет». Три года назад его самочувствие ухудшилось, диагностированная почечная недостаточность потребовала постоянного гемодиализа крови – это еженедельно около 12 часов процедур.

Врач-уролог ККБ, главный внештатный трансплантолог минздрава Красноярского края к.м.н. Михаил Анатольевич Фирсов

так прокомментировал это знаковое событие: «Краевая трансплантация стартовала в Краевой клинической больнице 5 марта 2014 года именно с пересадки трупной почки. В 2019 году успешно пересадили долю печени от сына к матери, а вот трансплантацию родственной почки провели только сейчас».

Михаил Фирсов подчеркивает, что родственная трансплантация имеет ряд преимуществ. Поскольку это плановое вмешательство, у врачей есть возможность максимально тщательно подготовиться к операции и донора, и реципиента. Кроме того, родственная трансплантация безопаснее для донорского органа, поскольку от момента изъятия почки до

пересадки реципиенту проходит минимальное количество времени (донор и реципиент находятся одновременно в соседних операционных). А также, по словам Михаила Фирсова, лучшие генетические совпадения между родственниками влияют на выживаемость и функциональность донорского органа: при родственной трансплантации они на 15% выше через год после операции и

на 25% – через пять лет. Родственная трансплантация почки проводилась под присмотром коллег из НМИЦ имени академика В.И. Шумакова: заведующего отделением трансплантации почки к.м.н. Джабраила Сайдуллаева и к.м.н. Станислава Садовникова. Но оперировали донора и реципиента наши специалисты: врач-уролог Красноярской краевой клинической больницы к.м.н.

Михаил Фирсов, заведующий хирургическим отделением координации донорства органов и тканей Муслим Цокаев, заведующий хирургическим отделением №1 Станислав Слабнин, заведующий отделением сосудистой хирургии Ренат Халиулин, врачи-урологи Павел Симонов и Дмитрий Лалетин, сосудистый хирург Игорь Мозгов, хирург-трансплантолог Семен Нестеров.

3 Центр лечебного питания краевой больницы перешел на летнее меню

Центр лечебного питания Краевой клинической больницы подготовил для пациентов стационара летнее меню. Девиз нового меню можно выразить словами: стабильность, качество, забота о пациентах.

Весь процесс приготовления пищи – от подбора, приемки продуктов до приготовления и доставки блюд пациентам – строго и ежедневно контролируется специалистами центра лечебного питания. Для сбора обратной связи по качеству питания регулярно проводится анонимное анкетирование пациентов. Очередное анкетирование среди пациентов краевой больницы прошло в конце апреля. Его результаты вновь положительные: удовлетворенность пациентов сохранилась на очень высоком уровне – более 95%. Положительные отзывы, пожелания и предложения пациентов учтены, контроль в критических точках традиционно усиленный.

Екатерина Ванфуба, заведующая пищеблоком КГБУЗ «Краевая клиническая больница» рассказала, какими критериями руководствовались специалисты, работая над летним меню.

«В новом летнем меню мы сохранили все самые любимые позиции, которые пациенты особенно ценят, и не забыли добавить то, по чему за зиму все соскучились, – блюда из се-

зонных овощей. Также отметили непопулярные у пациентов блюда и постарались сделать их более интересными, а некоторые – просто заменили», – отметила она.

В летнем меню появились салаты из свежей капусты, огурцов, зелени, а также тушеные кабачки. Может показаться, что все просто – добавить в меню салат или новое блюдо, но это просто только на личной кухне. Даже минимальные изменения в меню стационара медицинского учреждения требуют тщательного анализа технологии приготовления и строгого соблюдения нормативов. Центр лечебного питания постоянно держит планку качества на высоте: все продукты проходят строгий контроль, технология приготовления четко соответствует лечебным требованиям, а блюда остаются сбалансированными, полезными и вкусными. Залог успеха центра лечебного питания – в постоянном развитии, считает врач-диетолог Илья Юшков. «Правильное лечебное питание – важная часть выздоровления. Хорошо организованное питание помогает организму восстанавливаться быстрее, дает силы и поддерживает в период лечения. Это видно по отзывам пациентов и сотрудников. Но мы регулярно улучшаем процессы, ищем новые возможности сделать блюда разнообразнее,

интереснее, при этом соблюдая строгие стандарты лечебного питания», – говорит он.

Работая над летним меню, специалисты стремились к тому, чтобы оно получилось сбалансированным, ярким, с включением сезонных продуктов и при этом понятным большинству людей. Сотрудники центра лечебного питания Краевой клинической больницы надеются, что их усилия оценят по достоинству, и выражают благодарность пациентам, которые не стесняются сказать им теплые слова и оставить отзывы, которые вдохновляют и подсказывают, в каком направлении двигаться дальше, это отличная мотивация держать высокий стандарт.



4 Без хирургических разрезов и тяжелой химии: российские биофизики предложили новый метод борьбы с жидкими опухолями

Коллектив ученых из Красноярска, Томска и Владивостока (при ключевой роли ФИЦ КНЦ СО РАН и КрасГМУ) разработал инновационный инструмент – магнитный наноскальпель. Это устройство размером в нанометр способно находить и механически разрушать раковые клетки по команде извне.

«Скальпель» состоит из двух частей: распознающих опухоль молекул и магнитных нанодисков, которые механически разрушают опухолевую клетку в переменном магнитном поле. В качестве распознающих молекул специалисты использовали ДНК-аптамеры, аффинные и специфичные к опухолевым клеткам асцитной опухоли. Аптамеры – функциональные аналоги белковых антител, представляющие собой синтетические одноцепочечные олигонуклеотиды ДНК или РНК, способные специфически связываться с любыми молекулярными и клеточными мишенями. Благодаря им создается точно нацеленная терапия. Аптамеры могут выдерживать широкий диапазон температур, из-за чего имеют длительный срок хранения. Еще одно преимущество этих молекул в простоте их химической модификации.

Асцитные опухоли чрезвычайно трудно поддаются лечению. Существующая химиотерапия высокотоксична и часто беспо-



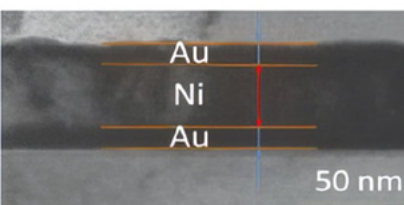
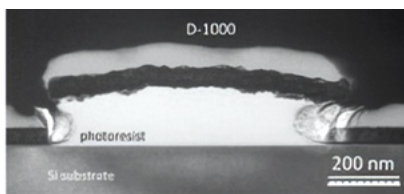
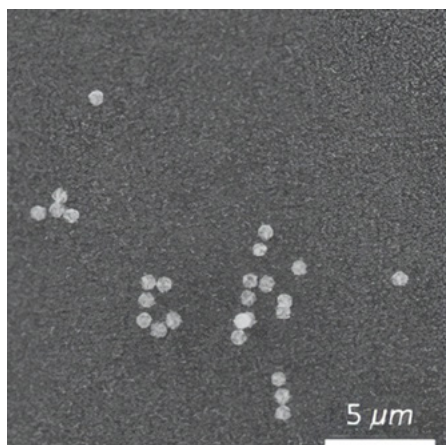
лезна. Разработанный подход предлагает **малоинвазивную дистанционную хирургию**.

– **Плюсы аптамеров:** они дешевле антител, стабильнее (долго хранятся), и их легко модифицировать для разных типов рака.

– **Плюс метода:** один сеанс магнитомеханической терапии

значительно снизил количество раковых клеток у мышей.

Технология вышла из лабораторных объемов на серийные – на базе красноярского НПО «Радиосвязь» уже открыт специализированный наноцех на 250 специалистов. Там будут выпускать не только сами наноскальпели, но и диагно-



Исследование выполнено при поддержке Красноярского краевого фонда науки в рамках НОЦ «Енисейская Сибирь». Результаты опубликованы в *Journal of Functional Biomaterials*.

стические биосенсоры (чипы с золотыми электродами). Для диагностики достаточно капли плазмы крови – аптамер на чипе покажет, есть ли онко-маркеры.

Руководитель исследования доктор биологических наук Анна Кичкайло (ФИЦ КНЦ СО РАН и КрасГМУ) отметила: метод позволяет удалять опухоль «по одной клетке», что критически важно для предотвращения рецидивов. В будущем наноскальпель планируют использовать во время операций для «зачистки» тканей от оставшихся раковых клеток.

Эффективность разработанного наноскальпеля исследователи проверили *in vitro* на клетках асцитной карциномы Эрлиха и *in vivo* на мышах. Исследования показали, что магнитомеханическая хирургия с помощью содержащего ДНК-аптамеры наноскальпеля, дистанционно управляемого низкочастотным магнитным полем, существенно снизила количество раковых клеток в асцитной опухоли мышей даже после однократного воздействия.



Сергей Устюгов

Заведующий кардиологическим отделением №3, кандидат медицинских наук, главный внештатный кардиолог министерства здравоохранения Красноярского края в конце прошлого года получил звание «Заслуженный врач РФ». А сейчас активно занимается повышением качества оказания помощи пациентам и стремится открыть в отделении палату интенсивной терапии.

Было ли ожидаемым получение статуса заслуженного врача РФ?

Это долгая процедура, поэтому да, было ожидаемо. КрасГМУ инициировал, были собраны соответствующие документы, с полгода не было информации, а потом внезапно звонит главный врач Тюхтетской больницы и говорит: «Ты вот уже!» Поздравил меня.

Расскажите, с чего начался путь к этому званию.

С поступления в мединститут в 1977 году. После окончания школы я не собирался стать врачом, а хотел быть пилотом – поступать в Сасовское летное училище гражданской авиации в Рязанской области. Но по здоровью не прошел отбор. Стал перебирать местные вузы, посетил политехнический институт, КГУ, и как-то мне ничего особо не заходило. А потом друзья, мои одноклассники, собираясь стать моряками, улетали на учебу в Одессу, я пошел их провожать. Аэропорт был вот здесь, где сейчас автовокзал, рейс задержали, и мы пошли гулять, убивая время. И внезапно обнаружили симпатичное здание в стиле сталинского ампира – КрасГМИ. Я зашел, почитал на стендах, что тут работают и учатся прекрасные люди. Тридцатого июля подал документы, это был последний день подачи, второго начал сдавать экзамены. И поступил!

Как у вас все легко получается! Многие многократно пытались поступать, и не удавалось...

Думаю, школьная подготовка тогда была иная, мы действительно учились, читали книги, впи-

тывали знания, а не готовились к сдаче теста. Например, первый раз я прочел «Мастера и Маргариту» в 1977-78 годах где-то.

А потом не единожды перечитывали, всякий раз находя в смыслах текста что-то новое?

Абсолютно точно. Некоторые фразы и аналогии понимаешь во время последующих прочтений. Булгаков – уникальный писатель. И, опять же, врач.

Вы получили красный диплом?

Нет, не красный, но хороший. У меня там две или три тройки, но по каким-то не сильно значимым дисциплинам.

А как случился роман с кардиологией?

Еще будучи студентом, я работал фельдшером на скорой помощи и в интернатуру попал в БСМП, это было в 83-м, в начале августа. Получилось так: первые две недели в нефрологии, потом меня переводят в кардиологию. А кардиология тогда там была большим отделением, 60 коек с палатой интен-

сивной терапии. Попадаю к куратору – Александру Никаноровичу Савченко. В конце месяца меня приглашает заведующая кардиологией, говорит: «Вот, Сергей Александрович, тут Александр Никанорович говорит: «Надо брать», поработал с вами». Причем они меня почему-то сразу наметили на палату интенсивной терапии. Так несколько месяцев интернатуры закончились постоянным трудоустройством в ПИТ в качестве терапевта. А что такое ПИТ? Это, по сути, почти реанимация. Но меня тогда ничего не пугало – молод был (смеется).

А что такое ПИТ? Это, по сути, почти реанимация. Но меня тогда ничего не напугало – молод был



А дальше?

А дальше в 1985-м была первая специализация в ГИДУВ по кардиологии, четыре месяца. Потом получил специализацию уже здесь у нас, через год, по анестезиологии и реанимации. И потом мне предложили написать кандидатскую диссертацию. В 90-х мы с Евгением Ивановичем Хорьковым набрали материал, он – для докторской, я – для кандидатской, и в мае 1999-го я защитился.

До 2003 года работал еще в ПИТе – высшая категория по реанимации, высшая категория по кардиологии к тому периоду, кандидат наук. И тут мне предлагают возглавить отделение функциональной диагностики. В этом качестве я проработал два года. Потом была работа на кафедре скорой помощи КрасГМА, медицинским консультантом в IT-компании, заведующим отделением в санатории «Енисей».

А как получилось, что вы перешли в краевую?

Алексей Владимирович Протопопов на какой-то из встреч, вероятно, посвященных организации сосудистых центров (именно тогда мы начали их создавать, ездили по краю), говорит: «Что ты бродишь в каких-то санаториях, когда есть краевая больница, давай сюда». И вот 6 июля 2009 года я пришел заведовать отделением кардиологии №3 в ККБ. Тогда оно было еще тридцатикоечным, на восьмом этаже. И тут мы должны сделать небольшое информационное отступление: в 2008 году появилась инициатива Stent for Life, это европейская программа, направленная на внедрение национальных программ по организации чрескожных коронарных вмешательств при инфаркте миокарда. Проект инициировали Европейское общество кардиологов и Европейская ассоциация чрескожных кардиоваскулярных вмешательств. А в 2012-м к проекту присоединилась Сибирская ассоциация инвазивных кардиологов, собственно, отсюда и пошло создание региональных сосудистых центров в субъектах РФ, что в течение двух-трех лет кардинально поменяло подход к лечению пациентов с ОИМ.

Считаю очень важным моментом создание сети сосудистых центров в Красноярском крае. Девять клиник с рентген-операционными – это не только кардиология, это расширение технологических возможностей оказания помощи пациентам с различной патологией. Безусловно,

важное событие – создание на функциональной основе в 2021 году кардиодиспансера, который играет важнейшую организационно-методическую роль.

Чем сейчас активно занимаетесь?

Стараюсь активизировать коллектив, чтобы коллеги росли в профессиональном плане, чтобы был интерес. Чтобы писали статьи, участвовали в научных исследованиях. С одной стороны, работа достаточно интенсивная, большие нагрузки по сравнению с тем, как мы работали, скажем, 30 лет назад, когда шестидесятикоечное отделение выписывало тысячу пациентов за год, а сейчас оно выписывает три с половиной. С другой стороны, останавливаться в развитии категорически нельзя.

Хотим продвинуть идею создания в нашем отделении ПИТ, это жизненная необходимость с точки зрения разгрузки отделения кардиореанимации и выполнения стандартов оказания помощи. Зачастую пациентов сразу закладываем в отделение, а по-хорошему они должны попадать в ПИТ до перевода в обычные палаты.

Плюс участие в региональных и федеральных конференциях – Тюмень, Кызыл, Москва, Санкт-Петербург.

Еще одно немаловажное направление – сейчас врачи отделения проходят специализацию по функциональной диагностике. Чтобы было так: врач-клиницист сам смотрит, а врач функциональной диагностики – скорее экспертный помощник. Это позволит клиницисту иметь в голове целостную картину заболевания своего пациента.

Финализируя интервью, озвучьте, пожалуйста, какую-то важную философскую мысль.

Возвращаясь к Булгакову, вспомним слова Воланда: «Да, человек смертен, но это было бы еще полбеды. Плохо то, что он иногда внезапно смертен, вот в чем фокус!». Что бы мне хотелось донести? С годами все больше понимаешь, что здоровье – самое дорогое, что есть у человека. Хочется жить и работать в деятельном, адекватном состоянии. Начинаешь пристальнее смотреть на время – как и чем ты занят, и нет желания тратить эту драгоценность на всякую ерунду. Хочется заниматься настоящим, полезным и значимым делом.

Мария Аброськина

Заведующая отделением неврологии консультационно-диагностического центра, кандидат медицинских наук, руководитель Центра РС и АИЗНС Красноярского края, команда которой внедрила проведение инфузий генно-инженерной биологической терапии в дневном стационаре, стандартизирует систему маршрутизации и помощи неврологическим пациентам края и участвует в клинических испытаниях новых препаратов.

С чем была связана необходимость в изменении структуры и создании нового отделения в КДЦ?

Отделение неврологии консультативно-диагностического центра – это структура, созданная на основе амбулаторной неврологической службы поликлиники ККБ, что стало логичным шагом в развитии неврологической помощи в крае. КДЦ – это, по сути, «входные ворота» для огромного потока пациентов, в том числе с самыми сложными и редкими заболеваниями. Благодаря организации амбулаторного отделения мы планируем реализовать более четкую и эффективную маршрутизацию пациентов, сократить время ожидания консультаций и создать мультидисциплинарную команду, работающую совместно с другими подразделениями ККБ. В основе этого решения лежала необходимость вывести амбулаторную помощь на новый уровень, соответствующий современным стандартам. Теперь у нас есть возможность внедрить единые протоколы, более эффективно использовать телемедицину и, конечно, повышать квалификацию врачей и медицинских сестер отделения по актуальным направлениям.

Вероятно, функционал был уже давно вам знаком?

Я выполняла обязанности старшего невролога амбулаторной неврологической службы с апреля 2024 года, до этого, с июня 2023-го, и по настоящее время являюсь руководителем центра

рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний нервной системы. Несмотря на это стараюсь активно углублять свои знания в организации здравоохранения, советоваться с более опытными коллегами, так как работа заведующего отделением в Краевой клинической больнице – это определенный вызов собственным возможностям.

Помимо амбулаторных консультаций и работы заведующей вы преподаете в медуниверситете, вероятно, ведете еще и научную деятельность?

Действительно, моя работа не ограничивается стенами клиники. Я с огромным удовольствием преподаю на кафедре нервных болезней с курсом ПО в КрасГМУ. Считаю, что это позволяет оставаться в научном тоне и делиться опытом. Сейчас, работая в ККБ, я имею возможность разбираться с самыми сложными, в том числе сложными, случаями и делиться реальной клинической практикой со студентами, ординаторами, врачами на курсах повышения квалификации. Научная деятельность –

это мой способ не стоять на месте, учиться новому и внедрять передовые подходы в практику. Кроме того, работа на кафедре – это и возможность общения с научными сотрудниками университета, что формирует научное мышление. В настоящее время я начала работу над докторской диссертацией, которая будет посвящена вопросам организации медицинской помощи больным с рассеянным склерозом в Красноярском крае.

Я перенесла свою учебную и научную работу на базу ККБ. Ключевой принцип – четкое планирование и расстановка приоритетов

Как удается сочетать абсолютно разнородную работу в разных организациях? Есть ли какие-то свои принципы тайм-менеджмента?

Откровенно говоря, никакого специального «магического» тайм-менеджмента у меня нет. Это просто вопрос дисциплины и любви к своему делу. Я перенесла свою учебную и научную работу на базу ККБ. Ключевой принцип – четкое планирование и расстановка приоритетов. Я чередую разные виды деятельности: клиническая работа сменяется организационно-методической, научной, а преподавание дает возможность отвлечься и зарядиться энергией. И, безусловно, огромная поддержка – это мои коллеги и семья, которые понимают и принимают мой ритм жизни.

Давайте поговорим о вашей специальности. Чем она отличается от других терапевтических?

Меня всегда восхищала сложнейшая архитектура нервной системы. Это самая загадочная и совершенная система в организме, знать все о ней невозможно. Каждый пациент – уникальная загадка, ребус или «детективное расследование», которое ведет врач-невролог, основываясь на знаниях, логике и критическом мышлении.

А почему решили выбрать именно ее, когда продумывали свой профессиональный трек?

Думаю, что я выбрала неврологию, как и множество моих коллег, под влиянием, и в первую очередь, моих учителей: Галины Васильевны Харламовой и Семена Владимировича Прокопенко. Кроме того, я выбрала неврологию из-за ее близости моему образу мышления и понимания, что именно врачом-неврологом я буду на своем месте.

Что сейчас обсуждает мировая неврология как наука, какие методики в авангарде, какие тренды?

Тренды современной неврологии связаны с персонализированной медициной и внедрением высоких технологий. Медицинское сообщество активно обсуждает новые молекулы для лечения демиелинизирующих, нейродегенеративных заболеваний, методы нейропротекции и нейрореабилитации. Неврология – очень широкая специальность, и в каждом из ее направлений ведутся свои изыскания. Я очень рада, что на базе ККБ у моей команды есть возможность участвовать в клинических исследованиях, в частности – по оценке безопасности и эффективности высокотехнологичной терапии моноклональными антителами.

Давайте затронем связь неврологии и смежных специальностей: насколько важно

иметь налаженный контакт с коллегами из других отделений и почему?

В работе невролога тесное взаимодействие с коллегами из других отделений – это не просто «профессиональные отношения», а вопрос качества и безопасности лечения. Неврология находится на стыке специальностей. Очень тесное взаимодействие у нас с нейрохирургами, кардиологами, ревматологами, эндокринологами, травматологами, инфекционистами и гематологами. Без понимания того, что происходит в смежных областях, невозможно поставить правильный диагноз. Мы также активно взаимодействуем с офтальмологами и отоларингологами, так как многие неврологические заболевания дебютируют именно с нарушений зрения или слуха. В качестве примера можно привести диагностический путь больного с подозрением на рассеянный склероз. Мы рекомендуем пациенту комплекс лабораторных и функциональных исследований, по результатам которых можем направить на межкабинетные консультации и провести дифференциальный диагноз с СЗСТ, клещевыми нейроинфекциями, объемными образованиями и другими. Лечить пациента тоже нужно комплексно. И только работая в команде, можно добиться наилучшего результата.

Над чем сейчас активно трудится ваше отделение? Какие нововведения идут или запланированы?

Сегодня работа моего отделения сосредоточена на нескольких ключевых направлениях. Во-первых, это совершенствование системы маршрутизации пациентов. Первичное звено формирует очень много заявок в дистанционную поликлинику, я и мои врачи анализируем заявки по направлениям, степени сложности и виду услуги: очный прием, телемедицинская или заочная консультация – с увеличением объема последних и выделением четких показаний для консультаций на третьем уровне оказания медицинской помощи. Во-вторых, это развитие и стандартизация помощи пациентам, в частности с сосудистыми и демиелинизирующими заболеваниями. Важно не только назначить терапию, но и наблюдать за пациентом в динамике, обучать его через школы здоровья, помогать адаптироваться. Внедрено проведение инфузий генно-инженерной биологической терапии в условиях дневного стационара. Это очень важно для пациентов с агрессивным течением болезни. Мы стремимся к тому, чтобы современная, зачастую дорогостоящая, терапия была доступна каждому жителю края, независимо от места проживания, в том числе с помощью телемедицины.



Александр Вохмин

Заведующий урологическим отделением ККБ, заслуженный врач воспитал не одно поколение оперирующих урологов и сегодня берет на себя самые сложные открытые операции.

Вы недавно отметили личный юбилей. Сколько лет вы в медицине и сколько – в краевой больнице?

В медицине с 1978 года, если считать с начала работы медбратом, когда еще учился в институте, в который поступил в 1974-м. А врачом работаю с 1980-го. В Краевой клинической больнице – с 1995 года. Получается, стаж в медицине 48 лет.

Чем сегодняшние студенты отличаются от вас – тогдашних?

Тогда выпускали готовых врачей, которые сразу же могли практиковать. А сейчас выпускаются те, кто должны еще многому научиться с практической точки зрения. Доступ к пациенту серьезно усложнился, причем у студентов как медколледжей, так и медвузов. С другой стороны, медицинская наука очень продвинулась, и информации стало гораздо больше, на ее усвоение тоже нужно время. Да и система обучения тогда была другая: мы все экзамены сдавали у постели больного, сегодня же это тестовые задания. Хирурги, как правило, с курса третьего уже ходили ассистировать в операционную.

И главное – нас готовили к работе в районах, мы же все распределялись. Приезжали, и сразу принимай решения, оперируй. Не во всех больницах были достойные учителя. Я, например, из трех лет в ЦРБ Сухобузимского полтора года работал один. Вообще один хирург на район.

А как вы поступили в институт?

Не с первого раза. Сдал все экзамены, но не добрал полбалла. Была тогда такая система: принимали кандидатами, особенно охотно парней. После первой сессии кого-то отчисляли, а кандидаты, если сессию сдавали, становились студентами. А мы этой системы не знали. Родители мои не ездили, не узнавали. Дядя с теткой – врачи, но тоже были не в курсе. Я забрал документы и год готовился. Работал в школе лаборантом в кабинете физики.

Легко было учиться?

Не скажу что был круглым отличником, но шли четверки-пятерки. Все клинические дисциплины, особенно хирургию, сдал на пятерки. Мне было не трудно.

Как развивались события после окончания института?

Я окончил институт, год интернатуры по хирургии, три года работал хирургом в ЦРБ, потом два года ординатуры на кафедре хирургии с курсом урологии. И уже в 1986-м стал урологом. До 1995-го работал в БСМП, в первом урологическом отделении.

Почему именно урология?

Так получилось. У меня была кафедра хирургии с курсом урологии. В 1986 году хирургам подняли зарплату со 120 до 180 рублей, и все места в хирургии сразу заняли. Я пришел к замглаврача по хирургии БСМП, говорю: «Могу быть кем угодно – хоть травматологом». А тут как раз заведующая кафедрой и заведующая отделением сказали: «Давай в урологию». Так с 1986 года и работаю. Сейчас урологическая хирургия поменялась. Открытая урология – всего пять процентов, в основном эндоскопия. Ее молодым осваивать легче. Я, например, в открытой хирургии лучший, а в эндоскопии – Михаил Анатольевич Фирсов, Павел Андреевич Симонов, Дмитрий Иванович Лалетин. Они моложе, к этому более приспособлены. Сейчас оперирую не каждый день, но тяжелые случаи бывают. Вот в понедельник – гнойное воспаление почек, сепсис, реанимация. Пришлось оперировать.

Как вы попали в краевую больницу?

Пригласил Вадим Рувимович Бронер, заведующий. Мы вместе работали в БСМП, он меня знал. Он перешел сюда в 1995-м и меня позвал. Потом он перенес тяжелый инфаркт и в 2008 году ушел на пенсию, так его место занял я.

Нас готовили к работе в районах – мы же все распределялись. Приезжали, и сразу принимай решения, оперируй



На сколько процентов заведующий должен быть руководителем, а на сколько – врачом?

Если заведующий не ходит в операционную, это неправильно. Он должен быть лидером именно во врачевании. А потом уже его человеческие качества – в руководстве. Главный принцип – не обижать людей, незаслуженно обиженный становится плохим в работе: нервничает, не старается. Надо поддерживать.

О получении ученой степени не задумывались?

Вместо кандидатской я в 2004 году окончил юридический факультет – думал, с дополнительным образованием продвинусь по управленческой линии. Честно говоря, лучше бы я тогда силы на кандидатскую потратил.

У вас есть дети?

Двое. Дочь – доцент кафедры урологии, кандидат наук. Сын работает в ФМБА на ПЭТ/КТ – специальная томография для онкологии. Бурчал, что медицина не кормит, но пошел же! Дочь никогда не жалела, ее сын Петя учится на втором курсе меда. Получилась династия: тетьа и дядя – первое поколение, я – второе, дочь – третье, внук – четвертое.

Чем Краевая клиническая больница отличается от других?

Сейчас краевая – флагман. Чем отличается? Специалистами, наличием сложного оборудования. Трансплантология, 95 процентов эндоскопических операций в урологии, пересадка сердца – много чего можно перечислить. Егор Евгеньевич Корчагин сделал больницу могучей. Не зря люди приезжают сюда учиться.



Ясная голова – легкое общение

Как ментальные ловушки мешают нам выстраивать отношения



Оксана Аленченко,
психолог ККБ:

Мы привыкли думать, что проблемы в коммуникации возникают из-за других: недопоняли, перебили, обиделись. Но чаще всего виноваты не собеседники, а наши собственные ментальные ловушки. Разбираемся, какие именно и как с ними работать.

Систематические ошибки мышления в коллективах – это не просто психологические артефакты. Это фундаментальные барьеры на пути к эффективному взаимодействию и, если честно, к беспроblemной работе. Искажения возникают из-за эволюционных механизмов, привычки мозга экономить ресурсы и старых мыслительных шаблонов.

Когнитивные искажения

Это устойчивые схемы мышления, которые не проходят проверку критикой. Они влияют на восприятие, интерпретацию поведения и принятие решений.

Примеры в общении:

- **Персонализация** – все пропускаешь через себя. Тревожный человек уверен, что событие, не имеющее к нему отношения, касается его лично.

- **Черно-белое мышление** – только «все или ничего», «хорошо или плохо». Без нюансов.
- **Эффект ложного консенсуса** – кажется, что все думают, как ты. Уверенность в чтении мыслей других без доказательств.
- **Искажение памяти** – воспоминания меняются под влиянием эмоций или новой информации.
- **Иллюзия контроля** – переоценка своего влияния на события.
- **Эффект Даннинга-Крюгера** – некомпетентные уверены в себе, профессионалы себя недооценивают.
- **Предвзятость подтверждения** – ищешь только то, что подтверждает твою точку зрения, остальное игнорируешь.

Социальные искажения

- **Эффект ореола** – красивый = умный и добрый.
- **Стадный инстинкт** – «все так делают, и я».
- **Поспешное обобщение** – вывод по слишком маленькой выборке.

Ментальные ловушки, которые разрушают отношения

Мы редко задумываемся, как общаемся. Кажется, все делаем правильно. Но именно здесь прячутся ловушки – незаметные привычки, которые день за днем разрушают отношения.

Вот какие ментальные ловушки мешают нам чаще всего:

1. Упорство

Продолжать работать над тем, что уже потеряло ценность. Начав движение, мы по инерции катимся до конца, даже если смысл исчез. Остановить может только другое усилие.



2. Преувеличение

Вкладывать в цель больше сил, чем нужно. Как убивать муху кувалдой. Репетировать речь до омертвения. Зарабатывать больше, чем можешь потратить. Делать ровно столько, сколько надо, – искусство.



3. Фиксация

Движение к цели заблокировано, а мы все равно стоим и ждем. Время не кажется свободным. Мы как заводные солдатики, уткнувшиеся в стену. А ведь эти паузы можно было бы наполнить маленькими радостями.



4. Реверсия

Планы провалились, игра окончена, но мы продолжаем мысленно пытаться изменить прошлое. При фиксации – беспокойство о будущем. При реверсии – вина и стыд о том, что уже не вернуть. И то, и другое – когда ничего сделать нельзя, а ты все еще при деле.



5. Затягивание

Решили на дело, но трудно начать. Соппротивление, страх ошибки, нет энергии. Здесь помогает поддержка другого человека или воспоминание о прошлом позитивном опыте.

Почему это происходит, от чего зависят все эти



искажения и ошибки? Давайте обратимся к лауреату Нобелевской премии Д. Канеману и его соавтору Амосу Тверски, которые предложили модель, где мозг работает в двух режимах. Ни один не лучше, важно уметь переключаться.

- **Система 1** – быстро, автоматически, инстинктивно, эмоционально. Это 98% мышления.
- **Система 2** – медленно, осознанно, логично, с концентрацией. Это 2% мышления.

Эмоции (Система 1) важны даже для логики – они создают мотивацию. А Система 2 калибрует результат первой.

Советы Канемана и Тверски:

- **Противоположная сторона** – найди три аргумента за позицию, которую отрицаешь.
- **Фиксация на бумаге** – запиши критерии решения ДО результата, чтобы избежать «я так и знал».
- **Презумпция глупости системы** – сначала предположи, что причина неудачи – ситуация или сбой процесса, а не чей-то злой умысел.

В ККБ был разработан и внедрен тренинг для сотрудников «Коммуникативная компетенция», который учит избегать ошибок и выстраивать экологичное общение с коллегами и пациентами.

Мы решили спросить эксперта по управлению и коммуникациям Дмитрия Цигемана, какие он выделяет ментальные ловушки и когнитивные искажения из своей практики и опыта.

Список ниже:

- **Оценка и обесценивание.** Мы не замечаем, как оцениваем других – словом, взглядом, вздохом. Человек чувствует это, закрывается – и контакт оборван.

- **Не слышим друг друга.** Достаточно сказать «ясно», кивнуть, посмотреть в глаза. Не соглашаться, а дать понять: «я тебя слышу». Иначе разговор – монолог двух одиноких людей.
- **Не видим себя со стороны.** Мы замечаем манеры других, но не свои. А интонация, поза, взгляд говорят громче слов.
- **Компетентность – своя и чужая.** Мы переоцениваем себя и недооцениваем других. Простое уважение к опыту собеседника меняет качество разговора.
- **Желание быть правым.** Совершив ошибку, вместо исправления доказываем свою правоту. И делаем неправым другого. Это медленно убивает доверие.
- **Ярлыки.** «Сварливый пациент», «трудный родственник» – и живой человек исчезает за категорией. А ведь этот «сварливый» – чей-то отец или друг.
- **Эмоции.** Когда что-то выбивает из колеи – это сигнал о нас самих. Не ищи виноватого снаружи, спроси себя: что именно во мне так реагирует?
- **Нечестность.** Иногда нападаем на человека первыми, чтобы он не успел указать на наш промах. Но признаешь ошибку – и сразу становится легче.
- **Нарушение обмена.** Отношения живут, пока есть равноценный обмен. Когда один только берет, а другой отдает – копится напряжение. Хуже – делать то, о чем не просили, чтобы потом предъявить счет.



Дмитрий Цигеман,

эксперт по управлению и коммуникациям

Выход один: искать то, что объединяет. Разговаривать больше, слушать глубже, интересоваться искренне. Когда возникает настоящий контакт – близость и расположение появляются сами собой.

Мы живем в мире, где общение везде: дома, на работе, с коллегами, с близкими. И именно от его качества зависят успехи, решения и отношения. Это навык. Его стоит развивать так же серьезно, как любое профессиональное умение.



Внедрение лазерных технологий в колопроктологическую практику Красноярской краевой клинической больницы: от концепции до клинических результатов



Артем Аркадьевич Поздняков,
врач-колопроктолог ККБ, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной хирургии КрасГМУ



Эволюция хирургических подходов в колопроктологии

Хирургия сегодня переживает удивительную трансформацию. Если еще несколько десятилетий назад главным критерием успеха операции считалась ее радикальность – полное удаление патологического очага любой ценой, то современная медицина все чаще задает другой вопрос: как помочь пациенту с минимальными потерями для качества его жизни? Этот сдвиг парадигмы особенно заметен в колопроктологии – области хирургии, где традиционные методы лечения, несмотря на свою эффективность, зачастую сопровождались длительным и болезненным восстановлением.

Клинический пример: пациент перенес операцию по поводу геморроя или свища. Рана заживает несколько недель, посещение туалета может стать испытанием, а возвращение к привычному ритму жизни откладывается на месяц. Такие истории знакомы многим – и пациентам, и врачам. Желание изменить ситуацию стало мощным стимулом для поиска альтернатив: методик, которые сохраняют не только здоровье, но и активность человека в период выздоровления.

Сегодня передовые клиники мира, и Красноярская краевая клиническая больница (ККБ) в их числе, активно внедряют технологии, позволяющие «делать меньше, но лучше». Речь идет о малоинвазивных и органосохраняющих подходах, где главная цель – не просто устранить болезнь, а вернуть пациента к полноценной жизни максимально быстро и комфортно. Одним из самых перспективных направлений в этой трансформации стало применение лазерных технологий. Лазер в хирургии – уже давно не элемент будущего, а реальный инструмент настоящего. Его преимущества давно доказаны в офтальмологии и дерматологии. Теперь наступает эра лазерной колопроктологии: точной, щадящей, ориентированной на пациента. В этой статье мы расскажем, как ККБ прошла путь от изучения международного опыта до практического внедрения лазерных методик, какие результаты уже достигнуты и как это меняет жизнь наших пациентов.

Научно-техническое обоснование применения лазера в хирургии

Что же делает лазер таким особенным? Чтобы ответить на этот вопрос, стоит заглянуть чуть глубже в физику и биологию процесса.



Лазерное излучение – это сфокусированный пучок световой энергии строго определенной длины волны. Когда этот пучок попадает на биологическую ткань, происходит не просто «прижигание», а целый каскад контролируемых физико-химических и биологических реакций. Вода внутри клеток мгновенно испаряется (этот процесс называется *вапоризацией*); белковые структуры коагулируются, то есть «склеиваются» под действием тепла; мелкие сосуды запаиваются, а клеточный метаболизм в прилегающих зонах активизируется за счет фотохимических эффектов.

Эти процессы создают уникальный терапевтический потенциал:

Селективность воздействия. Врач может точно настроить параметры лазера: длину волны, мощность, длительность импульса – так, чтобы энергия поглощалась преимущественно патологической тканью, минимизируя влияние на здоровые структуры вокруг. Это особенно ценно в колопроктологии, где патологические очаги часто расположены в непосредственной близости от критически важных анатомических образований – мышц сфинктера, нервных окончаний, сосудистых пучков.

Лазер – не волшебная палочка. Его эффективность напрямую зависит от правильного выбора параметров и, что критически важно, от квалификации хирурга

время операции.

Естественная асептика. Высокая температура в зоне лазерного воздействия создает бактерицидный эффект – патогенные микроорганизмы просто не выживают. Это снижает риск послеоперационных инфекций без дополнительного применения антибиотиков.

Стимуляция заживления. Парадоксально, но факт: после точечного лазерного воздействия ткани начинают восстанавливаться быстрее. Низкоинтенсивное лазерное излучение активизирует микроциркуляцию, приток кислорода и питательных веществ к зоне повреждения, ускоряя формирование грануляционной ткани и эпителизацию.

Важно подчеркнуть: лазер – не волшебная палочка. Его эффективность напрямую зависит от

Надежный гемостаз.

Кровотечение – одна из основных проблем традиционной хирургии. Лазер решает ее «на лету»: пока происходит рассечение или деструкция ткани, мелкие сосуды одновременно коагулируются. Операционное поле остается «сухим», что повышает безопасность вмешательства и сокращает

правильного выбора параметров и, что критически важно, от квалификации хирурга. Технология усиливает руки врача, но не заменяет его знания, опыт и клиническое чутье. Именно поэтому в ККБ внедрение лазерных методик началось не с закупки оборудования, а с глубокой проработки научной базы и обучения специалистов.

Детальный анализ применяемых лазерных методик в колопроктологии ККБ

Лазерная геморроидопластика (Laser Hemorrhoidoplasty, LHP)

Геморрой – одна из самых распространенных проблем, с которой сталкиваются люди трудоспособного возраста. Многие годами терпят дискомфорт, откладывая визит к врачу из-за страха перед «страшной» операцией с длительным восстановлением. Лазерная геморроидопластика кардинально меняет эту картину.

Методика основана на принципиально ином подходе: вместо иссечения узлов мы воздействуем на их внутреннюю структуру. Под контролем трансанального УЗИ или пальцевого исследования через небольшой прокол в слизистой оболочке в толщу геморроидального узла вводится тонкое лазерное волокно диаметром менее миллиметра. Лазерная энергия вызывает тепловую деструкцию сосудистых каверн – тех самых «узлов», которые набухают и вызывают симптомы. Одновременно стимулируется фиброз стромы узла: он уменьшается в объеме, уплотняется и надежно фиксируется в своем анатомическом ложе.

Что это дает пациенту на практике? Во-первых, отсутствие обширных ран в анальном канале. Во-вторых, минимальный болевой синдром в послеоперационном периоде – многие пациенты отмечают, что дискомфорт после процедуры сопоставим с ощущениями после обычного осмотра у проктолога. В-третьих, скорость возвращения к жизни: операция выполняется амбулаторно или с односуточным пребыванием в стационаре, к офисной работе пациенты возвращаются уже через 2-3 дня. При этом эффективность метода при геморрое II-III стадий сопоставима с классическими радикальными операциями, а риск осложнений значительно ниже.

Лазерное закрытие эпителиального копчикового хода (Sinus Laser Closure, SiLaC)

Пилонидальная болезнь (эпителиальный копчиковый ход) – коварная патология, особенно распространенная среди молодых мужчин. Традиционное лечение предполагало широкое иссечение тканей с формированием большой раны, которая могла заживать вторичным натяжением неделями, а иногда – месяцами. Все это время пациенты ограниченно могли сидеть, заниматься спортом. Рецидивы после таких операций достигали 10-15%.

Технология SiLaC изменяет подход к лечению. Вместо иссечения мы «вычищаем» патологический ход изнутри. Через естественное отверстие в коже в просвет копчикового хода вводится специальный световод с радиальным излучением – он равномерно распределяет лазерную энергию по всей внутренней поверхности хода. Медленно извлекая световод, хирург обрабатывает стенки на всем протяжении, полностью деструктурируя эпителиальную выстилку – ту самую ткань, которая поддерживает воспалительный процесс.

Результат? Патологический ход облитерируется – заполняется грануляционной тканью и зарастает. При этом на коже остается небольшой рубец диаметром 2-3 мм. Операция занимает 15-30 минут, выполняется под местной анестезией. Уже на следующий день пациент может вести привычный образ жизни, избегая лишь интенсивных физических нагрузок. По данным мировых исследований и нашего собственного опыта, частота рецидивов не превышает 5-7%, а период реабилитации сокращается с месяцев до нескольких дней.

Частота рецидивов не превышает 5-7%, а период реабилитации сокращается с месяцев до нескольких дней

Лазерное закрытие свищевого хода (Fistula-tract Laser Closure, FiLaC)

Лечение свищей заднего прохода – одна из самых сложных задач колопроктологии. Особенно тяжело поддаются лечению «сложные» формы, где свищевой ход проходит сквозь мышцы анального сфинктера. Традиционные методы (рассечение, иссечение) требовали рассечения сфинктера, что неизбежно вело к риску послеоперационного недержания. Многие пациенты годами жили с хроническим воспалением, выбывая «меньшее из зол».

Методика FiLaC предлагает принципиально иной путь – сфинктерсохраняющий. После тщательной механической очистки свищевого хода (кюретажа) его стенки обрабатываются радиальным лазерным излучением по всей длине. Эпителий свища коагулируется и деструктурируется, а сам ход закрывается изнутри за счет образования соединительной ткани. Мышцы сфинктера при этом остаются интактными – не рассекаются и не повреждаются.

Это особенно ценно для пациентов с рецидивными свищами, перенесших уже несколько неудачных операций. Для них лазерная методика часто становится последним шансом избежать колостомы или тяжелых нарушений функции тазового дна. В нашем отделении мы нередко наблюдаем успешное заживление даже у пациентов с «многократно оперированными» свищами, где традиционные подходы уже исчерпаны.

Лазерная вапоризация хронической анальной трещины

Хроническая анальная трещина – это не просто «надрыв». Это трофическая язва, которая не заживает из-за спазма внутреннего сфинктера, нарушения микроциркуляции и образования плотного рубцового края. Традиционное лечение (боковая подкожная сфинктеротомия) эффективно, но несет риск повреждения сфинктера и развития его слабости, недержания.

Лазерная вапоризация предлагает более щадящий вариант. Лазерный луч точно испаряет рубцово-измененные края трещины и гипертрофированный анальный сосочек («сторожевой бугорок»), преобразуя хроническую язву в свежую рану с жизнеспособными краями. Одновременно лазер оказывает спазмолитическое и биостимулирующее действие на окружающие ткани, улучшая кровоток и снимая спазм сфинктера.

Преимущество метода – в его физиологичности. Мы не рассекаем мышцу, а «перезагружаем» процессы заживления в самой ране. Боль купируется уже в первые часы после процедуры, а полное заживление наступает в течение 2-3 недель. Для пациента это означает не только избавление от мучительных болей при дефекации, но и уверенность в том, что функция сфинктера сохранена в полном объеме.

Системный подход к внедрению: обучение, оснащение и контроль качества

Современный руководитель понимает, что внедрение новой технологии в клиническую практику – это не закупка оборудования и не однократный мастер-класс. Это системный процесс, требующий подготовки на всех уровнях.

В ККБ врачи проходят этот путь последовательно и ответственно. Первый этап – аналитический. Наши специалисты изучили сотни публикаций, международные регистры, данные мета-анализов, клинические рекомендации России и Европы. Мы не просто искали «модную технологию», а оценивали доказательную базу каждой методики: эффективность, безопасность, отдаленные результаты.

Ключевым моментом стал обучающий этап в ноябре 2025 года. На базе нашей больницы был проведен расширенный мастер-класс при участии ведущих специалистов НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих (Москва). Программа была выстроена по принципу «от теории к практике»:

- теоретические занятия по физике лазерного излучения, особенностям взаимодействия с тканями, показаниям и противопоказаниям;
- отработка техник на биологических симуляторах – этап, который позволил хирургам почувствовать эффект воздействия лазера без риска для пациентов;
- учебно-клинические операции под супервизией опытных наставников, где каждое движение обсуждалось и корректировалось в реальном времени.

Только после прохождения всех этапов обучения было принято решение о закупке оборудования. Выбран современный диодный лазерный аппарат, способный работать в различных режимах и с разными типами световодов, это обеспечило нам возможность выполнять полный спектр лазерных вмешательств в колопроктологии.

Далее были дополнительные стажировки в федеральных центрах. Внутри отделения разработаны и утверждены стандарты: алгоритмы предоперационной диагностики, чек-листы показаний и противопоказаний, протоколы послеоперационного ведения. Внедрена система

Преимущество метода – в его физиологичности. Мы не рассекаем мышцу, а «перезагружаем» процессы заживления в самой ране

мониторинга результатов: каждый случай лазерного вмешательства регистрируется, пациенты находятся под наблюдением в отдаленные сроки (3, 6, 12 месяцев) для оценки частоты рецидивов и качества жизни.

Такой системный подход позволил нам избежать типичной ошибки: «технологического энтузиазма» без должной подготовки. Лазер в наших руках – это не игрушка, а продуманный, контролируемый инструмент, применяемый в строгом соответствии с принципами доказательной медицины.

Текущие результаты и перспективы развития

Сегодня в колопроктологическом отделении ККБ сформирована команда специалистов, владеющих полным арсеналом лазерных методик. Мы не противопоставляем лазер традиционным методам – мы дополняем ими хирургический инструментарий, расширяя возможности индивидуализации лечения.

Практические результаты уже ощутимы:

Для пациента – появился реальный выбор. На консультации мы теперь можем объективно сравнить варианты: «Классическая операция – эффективна, но восстановление займет 3-4 недели. А вот лазерный вариант – почти тот же прогноз по излечению, но вы вернетесь к работе через три дня». Такой диалог строится на доверии и уважении к выбору человека.

Для стационара – оптимизирована логистика. Сократились средние сроки госпитализации без снижения объема и качества помощи. Это не «выдавливание» пациентов, это реальная возможность быстрее вернуть человека к жизни, освободив койку для следующего нуждающегося.

Для системы здравоохранения снижена медикаментозная нагрузка (меньше потребность в сильных анальгетиках) и сокращены сроки временной нетрудоспособности. Это экономит ресурсы и повышает социальную эффективность лечения.

Что дальше? Перспективы развития мы видим в трех направлениях. Во-первых, накопление и научный анализ собственного клинического опыта – планируем публикации результатов в профильных журналах. Во-вторых, возможное расширение спектра показаний – например, применение лазера для лечения заболеваний внутри толстой кишки. В-третьих, интеграция лазерных технологий в комбинированные подходы: например, лазерное закрытие свища с последующей биологической стимуляцией заживления.

«Классическая операция – эффективна, но восстановление займет 3-4 недели. А вот лазерный вариант – почти тот же прогноз по излечению, но вы вернетесь к работе через три дня»

Заключение

Внедрение лазерных технологий в колопроктологию ККБ – это не дань моде и не маркетинговый ход. Это осознанный шаг в русле глобальной тенденции развития хирургии: от радикальности к функциональности, от травматичности к щадящим методам, к сопровождению пациента на всем пути к выздоровлению.

Лазер не заменяет хирурга. Он делает вмешательства – безопаснее, а восстановление пациентов – быстрее и комфортнее. Это технология, которая работает на человека, а не ради внедрения инноваций.

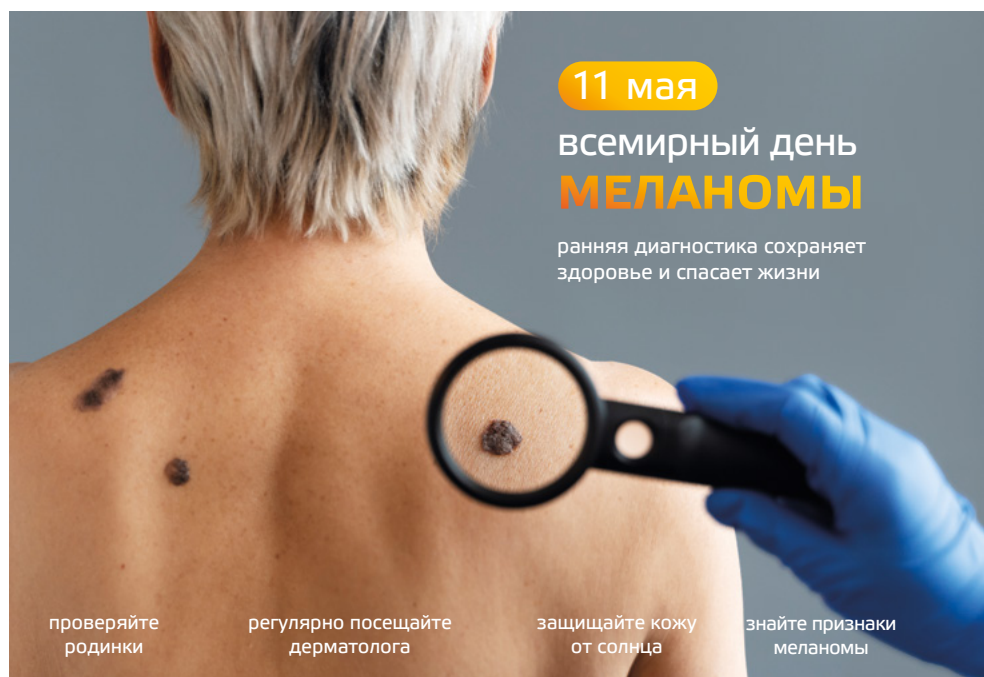
Мы гордимся тем, что Красноярская краевая клиническая больница сегодня находится в числе региональных лидеров по внедрению передовых хирургических технологий. Но главная наша гордость – это пациенты, которые с теплом вспоминают нашу работу. Именно ради них мы развиваемся, учимся и внедряем новое. Потому что будущее медицины – это не только высокие технологии. Это технологии, которые делают жизнь людей лучше – здесь и сейчас.

Цифровой инструмент «СКОРН-система» в ранней диагностике меланомы: опыт масштабного скрининга в рамках дня борьбы с меланомой



**Арутюн Абгарович
Харикян,**

врач-онколог, разработчик
(КГБУЗ «ККБ», Красноярская
городская поликлиника №7)



Аннотация. В статье представлен цифровой дерматоскопический анализатор СКОРН (Система Комплексной Оценки Риска Новообразований Кожи) – веб-ориентированный инструмент для предварительной стратификации риска у пациентов с новообразованиями кожи. Описана архитектура программы, алгоритм формирования заключения и опыт использования в ходе общественной акции. Программный продукт находится на стадии патентования, исследование его клинической эффективности запланировано. Система продемонстрировала высокую пропускную способность.

Ключевые слова: меланома, дерматоскопия, телемедицина, автоматизированный анализ, онко-скрининг, СКОРН.

Актуальность проблемы и клинический контекст

Злокачественные новообразования кожи занимают лидирующие позиции в структуре онколо-

гической заболеваемости. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, в Российской Федерации ежегодно фиксируется устойчивый рост числа пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком, а также меланомой. Меланома, составляя лишь небольшую долю от общего числа опухолей кожи, ответственна за большинство летальных исходов в данной группе, что связано с ее агрессивным течением и метастазированием.

Исход лечения напрямую коррелирует со стадией постановки диагноза: при выявлении меланомы на этапе «тонкой» опухоли (I-II стадии) пятилетняя выживаемость достигает 90% и выше, тогда как на поздних стадиях этот показатель критически снижается. В этой связи ключевым фактором становится своевременная и доступная диагностика. Однако, несмотря на высокий визуальный доступ, настороженность населения остается низкой.

Была разработана **СКОРН-система** – инструмент, базирующийся на принципах алгоритма



А.А. Харибян, врач-онколог, разработчик (КГБУЗ «ККБ», Красноярская городская поликлиника №7)

ABCD (асимметрия, границы, цвет, диаметр) и правилах «красных флажков».

Дизайн и методология работы системы

Разработчиком программы является практикующий врач-онколог **Арутюн Абгарович Харибян**. Клинические исследования эффективности системы еще не проводились, их проведение за-

планировано на ближайшее время. Архитектура СКОРН исключает постановку диагноза, но формирует структурированное **врачебное заключение**, которое может использоваться пациентом для принятия решения о визите к врачу, а специалистом как один из видов динамического наблюдения за новообразованием кожи.

Методология работы инструмента включает три этапа:

- 1. Визуальная оценка.** Пользователю предлагается серия эталонных изображений родинок и вопросов, построенных на шкале оценки (симптом «гадкого утенка», изменение формы, равномерность окраски, пол, возраст, фототип кожи, анамнез vitae, анамнез morbi и т.д.).
- 2. Математическая обработка.** На основе ответов алгоритм классифицирует новообразование по степени риска: низкий, средний, высокий, крайне высокий.
- 3. Трансляция данных.** Результат в формате «Диагностической карты» с указанием рекомендуемой даты посещения врача (в формате PDF).

Анализ занимает **не более 4-5 минут**, программный комплекс адаптирован под любые устройства: компьютер, планшет, смартфон. Результат формируется мгновенно в удобном для печати формате.



Эдуард Васильевич Семенов, к.м.н., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, заведующий поликлиникой



Юлия Валерьевна Батухтина, к.м.н., заведующая отделом телемедицинских консультаций КГБУЗ «КККОД им. А.И. Крыжановского», доцент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Опыт практического применения: скрининг в Красноярске

На базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского было проведено мероприятие, приуроченное ко **Дню борьбы с меланомой, в период с 22 апреля по 12 мая**. Целью акции являлось массовое обследование жителей, чья кожа по тем или иным причинам не попадала ранее в поле зрения онколога.

За период проведения акции цифровым анализатором СКОРН воспользовались **более 1200 человек (в первые три дня прошло свыше 800 человек)**. Почти все участники получили автоматически сформированный результат и индивидуальные рекомендации. Для повышения качества дистанционной оценки пациенты могли отправить фотографию сомнительного новообразования, которую вместе с результатами теста просматривал врач. При выявлении факторов высокого риска или подозрительной картины дежурный онколог оперативно приглашал пациента на очную консультацию.

Обсуждение

Простота интерфейса (серия картинок и ответов) позволила пройти тест пациентам разных возрастных групп без технической подготовки. Формат «цифровой сортировки» показал способность пропускать через себя большие

потоки пациентов, что может стать фундаментом для создания продукта, который будет дополнительным инструментом в первичной диагностике рака кожи. Однако следует подчеркнуть, что в настоящее время отсутствуют валидированные данные о чувствительности и специфичности алгоритма – эти показатели предстоит установить в ходе запланированных исследований.

Выводы

СКОРН-система является перспективным инструментом для предварительной стратификации риска новообразований кожи и не заменяет очный осмотр онколога. Заявка на патент подтверждает техническую новизну решения. Опыт успешного использования более чем 1200 пациентами в рамках одной акции демонстрирует готовность системы к тиражированию. После получения патента, проведения клинических испытаний и одобрения со стороны компетентного органа (Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского) система может быть рекомендована к применению в других регионах для повышения доступности онко-дерматологического скрининга.

Внутрисосудистая В-крупноклеточная лимфома, ассоциированная с гемофагоцитарным синдромом

● Анализ редкого клинического наблюдения

И.В. Демко, доктор медицинских наук, профессор^{1,2}, И.В. Матвеева², О.В. Зубкова², В.И. Бахтина^{1,2}, М.С. Котова¹, К.Р. Рафикова¹, А.Ю. Крапошина^{1,2}

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

Резюме

Внутрисосудистая В-крупноклеточная лимфома – редкий агрессивный подтип лимфомы, характеризующийся ростом опухолевых клеток внутри просвета мелких сосудов при отсутствии лимфаденопатии. В статье представлен клинический случай азиатского варианта данной лимфомы, ассоциированного с гемофагоцитарным синдромом, протекавшего под маской лихорадки неясного генеза. Заболевание характеризовалось фульминантным течением с рефрактерной лихорадкой, панцитопенией и полиорганной недостаточностью. Диагноз верифицирован посмертно, что отражает сложность прижизненной диагностики из-за отсутствия циркулирующих опухолевых клеток в крови и минимального поражения доступных для биопсии тканей. Клинический случай подчеркивает необходимость высокой настороженности врачей и раннего проведения мультифокальных биопсий у пациентов с лихорадкой неясного генеза и цитопенией для своевременного начала специфической терапии.

Ключевые слова: лихорадка неясного генеза, В-крупноклеточная лимфома, гемофагоцитарный синдром, сепсис.

Введение

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) является одним из наиболее распространенных

и агрессивных типов неходжкинских лимфом. Такая патология является «диагностическим вызовом» для современной медицины и остается неизлечимой у 40% пациентов [1]. Это объясняется выраженным молекулярно-генетическим и клиническим полиморфизмом данной патологии. Чрезвычайно редким и крайне агрессивным вариантом ДВКЛ является внутрисосудистая В-крупноклеточная лимфома (ВВККЛ). Данный подтип характеризуется избирательной пролиферацией злокачественных лимфоидных клеток исключительно внутри просвета мелких сосудов и капилляров всех типов органов [2].

По частоте встречаемости патология составляет менее 1% от всех случаев неходжкинских лимфом. Расчетная частота – менее 0,1 случая на 1 000 000 человек в год. Заболевание чаще всего диагностируется у пожилых людей, средний возраст постановки диагноза – 65-70 лет. Мужчины и женщины болеют примерно с одинаковой частотой.

Отсутствие опухолевых лимфоидных клеток в лимфатических узлах, периферической крови и ретикулоэндотелиальной системе (в 90-95% наблюдений) является характерной чертой ВВККЛ, существенно осложняющей верификацию диагноза [3].

В клинической практике традиционно разграничивают два основных варианта течения данной

лимфомы: кожный (западный) и гемофагоцитарный (азиатский). Первый преимущественно проявляется поражением ЦНС и кожи, второй чаще ассоциирован с гемофагоцитарным синдромом, панцитопенией и гепатоспленомегалией [4].

Гемофагоцитарный синдром (ГФС) – редкое агрессивное состояние, основным звеном патогенеза которого является нарушение иммунного ответа с аномальной гипериммунной активностью, вызванной неспособностью подавить активированные макрофаги и натуральные киллеры, что может стать причиной полиорганной недостаточности [5].

Это состояние не имеет патогномичных признаков, основными проявлениями являются стойкая лихорадка, рефрактерная к антимикробной терапии, озноб, кровотечения, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, отечный синдром, неврологическая симптоматика. Клинические проявления сопровождаются неспецифичными изменениями лабораторных показателей: цитопения, гипокоагуляция. В результате чаще всего диагноз выставляется только посмертно, а на этапе первичной диагностики обсуждаются диагнозы «лихорадка неясного генеза», «сепсис», «энцефалит» [6].

Актуальность проблемы обусловлена отсутствием патогномичных клинических признаков, и главным образом лимфаденопатии. В этой статье мы представляем редкий клинический случай внутрисосудистой В-крупноклеточной лимфомы, а именно азиатский вариант, ассоциированный с гемофагоцитарным синдромом, протекающий под маской лихорадки неясного генеза.

Клиническое наблюдение

Пациентка Б., 57 лет, поступила в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» 15.04.2025 г. с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, отмечались потливость, заложенность носа, кашель (преимущественно сухой), усиливающийся на высоте лихорадки, с трудноотделяемой мокротой зеленого цвета.

Из анамнеза известно, что заболела в апреле 2024 г., когда отметила появление субфебрилитета, общей слабости по вечерам. С августа 2024-го стала беспокоить фебрильная лихорадка до 39–40 °С с ознобом, потливостью. Проводились дообследования по месту жительства с целью уточнения генеза, убедительных данных по инфекционному,

онкологическому процессу получено не было. В сентябре 2024 г. обследовалась в консультативной поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница» у ревматолога, иммунолога. Результаты обследования показали: лейкоцитоза нет, анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 97 г/л), С-реактивный белок (СРБ) 42,40 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) 108,80 МЕ/мл, волчаночный антикоагулянт (ВАК) выявлен в двух тестах, чувствительных к присутствию ВАК. Получены отрицательные результаты: АЦЦП 3,4, а/т к нДНК 17,9 МЕ/мл, ЦМВ IgM, ВЭБ IgM VCA. Положительный результат вируса простого герпеса (ВПГ) 1,2 IgM.

Иммунологом диагностировано сублатентное обострение хронической инфекции вируса простого герпеса средней активности; гиперактивация гуморального звена иммунитета; синдром ускорения СОЭ. Назначена терапия валацикловиром в течение 35 дней. Повторно к ревматологу пациентка не явилась. В январе 2025 г. она проходила стационарное лечение по месту жительства, после которого лихорадки не было в течение 3-4 недель.

В марте 2025-го вновь поступила на стационарное лечение в терапевтическое отделение районной больницы, где с 10 апреля отмечалось повышение температуры тела до 38,5 °С.

По данным МСКТ ОГК от 11.04.2025: КТ картина диффузно-очагового пневмосклероза, диффузного пневмофиброза. Воздушная киста S5 левого легкого. Гиперсекреция и утолщение стенок бронхов в обеих сторон. Выраженные дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника.

По МСКТ поясничного отдела позвоночника (ПОП) от 11.04.2025 г.: картина дегенеративно-дистрофических изменений ПОП. Протрузия диска L2-S1. КТ признаки сакроилеита с обеих сторон до 2-й степени. Деформирующий спондилез. Спондилоартроз. Распространенные грыжи Шморля. Лабораторно лейкоцитоза нет, в лейкоцитарной формуле без особенностей, прокальцитонин-овый тест (ПКТ) 0,32 нг/мл, гемоглобин 82–84 г/л, тромбоциты 184, СОЭ 70 мм/ч, СРБ 282 мг/л. В общем анализе мочи белок 0,040 г/л.

Поскольку очаг инфекции не был найден, для дальнейшего обследования и лечения пациентка была переведена в Краевую клиническую больницу.

Состояние при осмотре в приемном отделении отмечалось как тяжелое, положение активное,

телосложение гиперстеническое (ИМТ 35,1 кг/м²). Аускультативно хрипы в нижних отделах легких в небольшом количестве. Частота дыхания 16/мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, шум отсутствует. ЧСС 80 уд. в мин., артериальное давление 115/65 мм.рт.ст. Отеки нижней трети голеней. В остальном без патологии. Лабораторно: лейкоцитоза нет, гемоглобин 83 г/л, тромбоцитопения до 131 10⁹/л, СРБ 302,50 мг/л, альбумин 23,80 г/л, ЛДГ 1630 Ед/л, сывороточное железо 3,80 мкмоль/л, ферритин 2514,10 мкг/л, РФ 151,80 МЕ/мл, протеинурия 0,271 г/л.

15.04.2025 г. был проведен мультидисциплинарный врачебный консилиум для определения диагноза и тактики ведения пациентки. Диагноз: лихорадка неясного генеза; анемия хронического воспаления средней степени тяжести.

Принято решение продолжить дообследование с целью исключения системного заболевания соединительной ткани, лимфопролиферативного заболевания, онкопатологии. Пациентку госпитализировали в отделение нефрологии краевой больницы.

По данным МСКТ ОГК: в обоих легких субплеврально определяются немногочисленные ретикулонодулярные изменения. Междольковые перегородки утолщены. Булла слева в S5 3x3,5 см. Бронхи I-III порядка проходимы, несколько расширены, стенки склерозированы. Лимфатические узлы не увеличены. Деструктивных изменений в костях исследуемой зоны не выявлено (рис. 1).

МСКТ придаточных пазух носа: в ячейках решетчатого лабиринта, обеих верхнечелюстных и лобной пазухах патологическое содержимое от-



Рис. 1. МСКТ органов грудной клетки

сутствует. Основная пазуха с пристеночным утолщением в правых отделах. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

По УЗИ органов брюшной полости: спленомегалия (17,1*7,3 см). Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Атеросклероз брюшного отдела аорты.

По УЗИ периферических лимфоузлов: поднижнечелюстные лимфоузлы с обеих сторон овальной формы, с сохраненной дифференцировкой, максимальные размеры справа 1,1*0,6 см, слева 1,1*0,5 см. По ходу сосудистого пучка шеи с обеих сторон визуализируются лимфоузлы овальной формы, с сохраненной дифференцировкой, максимальные размеры справа 1,0*0,4 см, слева 1,0*0,35 см. Над- и подключичные лимфоузлы не визуализируются. Подмышечные лимфоузлы с обеих сторон овальной формы, с сохраненной дифференцировкой, максимальные размеры справа 1,7*0,7 см, слева 1,6*0,6 см. Паховые лимфоузлы с обеих сторон овальной формы, с сохраненной дифференцировкой, максимальные размеры справа 1,0*0,5 см, слева 1,1*0,4 см.

С целью исключения гемобластоза 16.04.2025 проведена стерильная пункция – клеточность костного мозга не нарушена, костный мозг полиморфный, преимущественно нормобластический с небольшим количеством мегалобластов, гранулоцитарный и эритроидный ростки сохранены, дисгранулоцитопоз менее 10%, незначительный дисэритроцитопоз (от 10 до 29%): 2 и более ядер в нормобластах, неровность контуров ядер, мегакарициты в мазках 7 на 100 п/зр, дисмегакарицитопоз менее 10%, опухолевые клетки не обнаружены.

Пациентка осмотрена неврологом, 18.04.2025 г. проведена люмбальная пункция. В результатах СМЖ цитоз 5,0, белок 0,24 г. Данных по нейроинфекции не обнаружено. В дальнейшем получены исследования ликвора, РНК вируса клещевого энцефалита, ДНК *Borrelia burg.*, ЦМВ, вируса герпеса 6-го типа, вируса Эпштейн-Барр, HSV I, II не обнаружено. Результат Аутоиммунной панели на аутоиммунные заболевания (16 антител) – все отрицательные.

Осмотрена оториноларингологом. Диагноз: искривление носовой перегородки. Острый катаральный риносинусит. Назначена местная терапия.

С 19.04.2025 г. десатурация до 85-89%, на фоне ли-

хорадки до 38,2 °С. Проведено МСКТ АПГ: данных по тромбозу ствола и крупных ветвей ЛА не выявлено. КТ-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии (КТ-1). В сравнении с 16.04.2025 динамика отрицательная. Доп.: Susp образование правой молочной железы. Целесообразно дообследование.

Проведено УЗИ АБУС: кисты молочных желез. 19.04.2025 г. нарастание анемии до 65 г/л, моноцитоз 25,7% (2×10^9 /л), атипичные мононуклеары не выявлены. Осмотрена хирургом: данных по желудочно-кишечному кровотечению нет. Проведена гемотрансфузия с премедикацией преднизолоном 60 мг внутривенно капельно с учетом труднокупируемой лихорадки.

По МСКТ органов брюшной полости с контрастированием: КТ-картина соответствует гепато-, спленомегалии, липома верхнего полюса левой почки, участок гипоперфузии задних отделов селезенки.

22.04.2025 г. был проведен повторный консилиум. Уточнить причину лихорадочного синдрома по-прежнему не представлялось возможным. Очаг инфекции не найден. С учетом проведенных обследований заключиться о диэнцефальном синдроме невозможно. Нейроинфекция исключена.

Был намечен план дообследований с целью уточнения диагноза, а именно: пациентка проконсультирована инфекционистом. Данных по инфекционному процессу не выявлено. По УЗИ малого таза: миома матки FIGO4. Эхоструктурные изменения в миометрии. Цитологическое исследование соскоба с цервикального канала: NILM: интраэпителиальные поражения и злокачественные процессы отсутствуют. МРТ головного мозга и МРТ поясничного отдела позвоночника значимых патологических изменений не выявила. Получены результаты стерильных локусов: роста м/о, грибов нет.

По ФГС: рубцовая деформация луковицы ДПК, дуоденогастральный рефлюкс, диффузный гастрит с признаками атрофии слизистой.

23.04.2025 г. пациентке проведена трепанобиопсия. При гистологическом и ИГХ-исследовании в костном мозге обнаружены следующие изменения: редукция эритроидного ростка; выраженные явления лимфогистиоцитарного гемофагоцитоза; расширение гранулоцитарного

ростка; гиперплазия мегакариоцитарного ростка с минимально выраженными признаками атипии и дисплазии.

05.05.2025 г. проведена гепатобиопсия. С учетом тромбоцитопении и склонности к гипокоагуляции проводилась профилактика геморрагических осложнений – инфузия свежезамороженной плазмы в объеме 1200 мл (13 мл/кг). 12.05.2025 г. получен результат гепатобиопсии: морфологические изменения в представленных препаратах неспецифичны, имеются выраженные общепатологические изменения гепатоцитов, которые можно описать как реактивный гепатит/гепатопатию, фиброз F0. Данных по опухолевому поражению печени – нет.

13.05.2025 г. был проведен консилиум. Предварительный диагноз: лихорадка неясного генеза, лимфогистиоцитарный гемофагоцитоз, вероятно, вторичный, гепатоспленомегалия. Осложнение: синдром системного воспалительного ответа. Рекомендовано ПЭТ/КТ, повторная ФКС (по данным ФКС от 25.11.2024 г. – внутренний геморрой) при выявлении повышенного метаболизма в кишечнике.

По ПЭТ/КТ от 15.05.2025 г.: признаки гиперметаболического поражения паренхимы легких, печени, селезенки, почек, надпочечников, красного костного мозга (рис. 2).

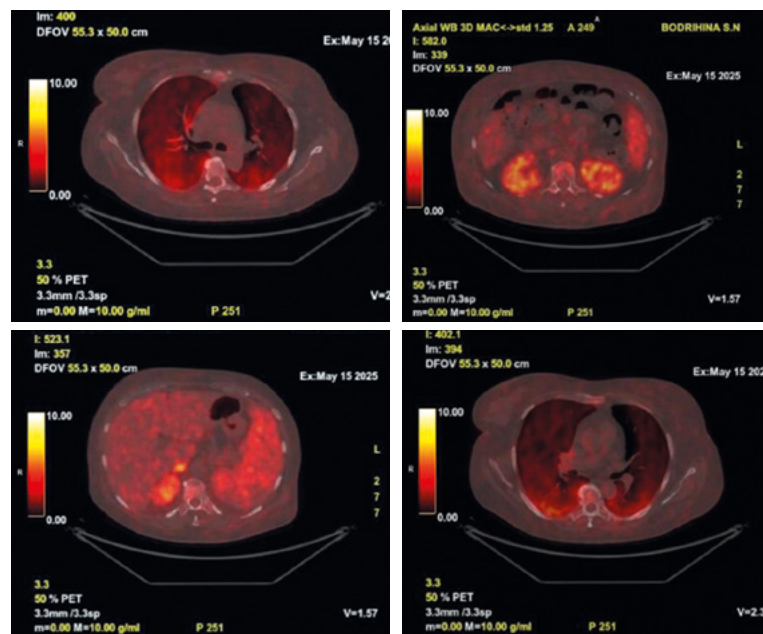


Рис. 2. ПЭТ/КТ: очаги патологического накопления РФВ в легких, печени, селезенке, почках, красном костном мозге

Проведена повторная стерильная пункция, выполнено иммунофенотипирование клеток костного мозга, по результатам иммунофенотипирования предоставленного образца костного мозга клональных опухолевых клеток не выявлено.

В динамике сохранялись ведущими проявления: ежедневные эпизоды повышения температуры тела до 38,8 °С (рис. 3), сопровождающиеся ознобом, повышенной потливостью; выраженный астенический синдром; выраженные отеки на ногах до бедер, отеки передней брюшной стенки; кожный синдром по типу мелких геморрагических высыпаний на туловище и конечностях без зуда; дискомфорт в правом подреберье; синдром диспепсии; мочевого синдром с протеинурией до 0,329-117 г/л, эритроцитурией, лейкоцитурией. Лабораторно гипоальбуминемия до 25,0 г/л; гипопроteinемия; гематологический синдром: стойкая тромбоцитопения 57-62 x 10⁹/л.

Лабораторно в динамике уровень Нв 90 г/л, уровень лейкоцитов 10,59-17 x 10⁹/л (ранее фиксировалась лейкопения до 3,01 x 10⁹/л); лаборатор-

ные признаки воспалительной активности: СОЭ 74 мм/час, СРБ до 276 мг/л, фибриноген 5,51 г/л, МНО 1,97 у.е., протромбин 45%.

22.05.2025 г. проведен очередной врачебный консилиум для определения дальнейшей тактики ведения пациентки. С целью верификации диагноза целесообразно проведение лапаротомии, спленэктомии с гистологическим исследованием. 23.05.2025 г. пациентка осмотрена анестезиологом, готовилась к оперативному вмешательству.

С целью оценки динамики проведена МСКТ ОГК: ранее выявленные субплевральные уплотнения в верхней доле правого легкого и в нижней доле левого легкого практически полностью разрешились. Появился субсегментарный ателектаз в нижней доле левого легкого. Сохраняются плевропульмональные уплотнения по типу консолидации в задних отделах нижней доли правого легкого, более вероятно соответствующие гиповентиляции. В остальном без динамики от 01.05.2025 г.

Мониторинг температуры тела пациентки

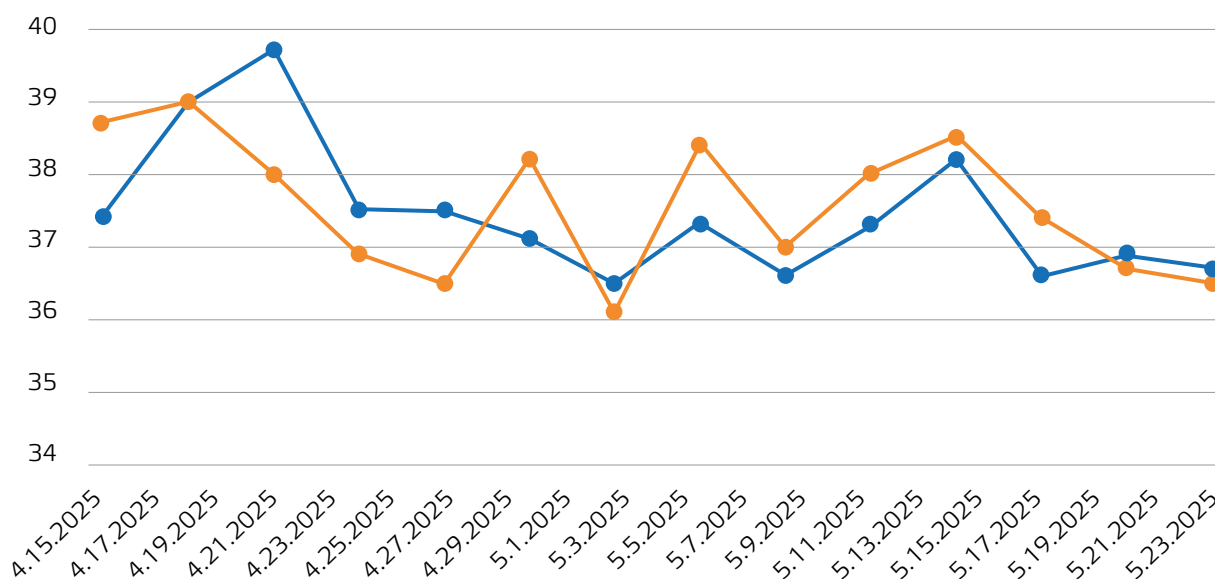


Рис. 3. Температурная кривая за период наблюдения

С 23.05.2025 г. состояние пациентки резко ухудшилось: появились боли в области прямой кишки, позывы на дефекацию, опорожнить кишечник не могла (запоры у пациентки в течение всего периода госпитализации, 22.05.2025 была сделана очистительная клизма, кал в скудном количестве). Боли прогрессивно нарастали, появились боли в нижних отделах живота, холодный пот, склонность к гипотонии. Пациентка была осмотрена хирургом, реаниматологом.

Лабораторно: нарастание лейкоцитоза до $21,14 \cdot 10^9/\text{л}$, СРБ 274,70 мг/л, креатинин 118 мкмоль/л. ПКТ 17,00. Заподозрен мезентериальный тромбоз. По заключению хирурга рекомендовано проведение МСКТ ОБП по пожизненным показаниям, с дальнейшим решением вопроса тактики лечения. Учитывая тяжесть состояния, больную перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии.

По МСКТ ОБП и забрюшинного пространства с контрастированием данных по мезентериальному тромбозу не получено.

Повторное заключение хирурга: при проведении ректального осмотра воспалительно-инfiltrативных изменений в области прямой кишки нет. Мануально эвакуирован каловый завал, газы отошли обильно, после разрешения калового завала пациентка отметила купирование болей в животе. При пальпации живот не вздут, мягкий безболезненный во всех отделах. На момент осмотра данных по мезентериальному тромбозу, другой хирургической патологии не выявлено, показаний для оперативного лечения в экстренном порядке нет.

За период наблюдения в ОРИТ отрицательная динамика в виде нарастания СПОН. Пациентка переведена на ИВЛ, подключена кардиотоническая поддержка.

24.05.2025 г. в динамике осматривалась хирургом: при пальпации мягкий, защитный дефанс мышц: в правой подвздошной области, доступен глубокой пальпации, реагирует гримасой на пальпацию в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины невозможно достоверно оценить ввиду проведения седации. Печень не увеличена. Перкуторно притупления в отлогих местах не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Учитывая локальный статус, рост маркеров воспаления, картину сепсиса с развитием септического шока, можно

установить диагноз: острый аппендицит? перитонит?

Пациентке показана диагностическая лапароскопия с целью исключения очага инфекции в брюшной полости.

Был собран мультидисциплинарный консилиум. У пациентки заподозрен острый аппендицит, перитонит. Планировалось проведение диагностической лапароскопии в экстренном порядке с целью исключения острой абдоминальной патологии. На момент проведения консилиума выполнение диагностической лапароскопии нецелесообразно ввиду крайне высокого риска летальности на фоне прогрессирования СПОН.

Диагноз: лихорадка неясного генеза, лимфогистиоцитарный гемофагоцитоз, вероятно, вторичный, гепатоспленомегалия, синдром системного воспалительного ответа, острый аппендицит? перитонит? Вопрос о проведении диагностической лапароскопии решили рассмотреть повторно по мере стабилизации гемодинамических показателей.

В 14:51 на фоне продолжающейся ИВЛ, вазопрессорной стимуляции, прогрессирования полиорганной недостаточности по ЭКГ-монитору произошла остановка кровообращения по типу асистолии, пульсация на крупных сосудах не определялась. Были начаты реанимационные мероприятия в полном объеме. В 15:21 констатирована биологическая смерть пациентки.

Посмертный диагноз: основной – лимфогистиоцитарный гемофагоцитоз, осложнение – гепатоспленомегалия, острый аппендицит, перитонит, сепсис, СПОН (дыхательная недостаточность, сердечная недостаточность, почечная недостаточность).

Сопутствующие: ангиомиолипома левой почки, вагинит, миома матки малых размеров FIGO4, субатрофический ринит, СРК с запором.

Патологоанатомическое исследование показало, что морфологическая картина с учетом результатов иммуногистохимического исследования соответствует поражению легкого и надпочечника внутрисосудистой крупноклеточной В-клеточной лимфомой с гемодинамическими нарушениями микроциркуляторного русла, формированием фибриновых

микротромбов, явлениями внутриальвеолярного отека легких.

Был выставлен патологоанатомический диагноз: основной – внутрисосудистая В-клеточная крупноклеточная лимфома, гемофагоцитарный (азиатский) подтип (иммуногистохимическое исследование №6093 от 12.06.2025 г.), IV стадия по Ann-Arbor с преимущественным поражением легких, сердца, почек, надпочечников, селезенки, костного мозга и оболочек головного мозга.

Осложнения основного заболевания – гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз в костном мозге, хроническая легочно-сердечная недостаточность в стадии компенсации, псевдомембранозный колит, разлитой фибринозно-гнойный перитонит, сепсис, септический шок, жировой гепатоз, диффузный некротический нефроз, отек легких, отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, мелкоочаговый диффузный ангиогенный кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий сердца, ангиомиолипома левой почки, лейомиома матки, фиброзно-кистозная болезнь правой и левой молочных желез.

Описание ИГХ №6093 от 12.06.2025 г.: исследуемый материал представлен фрагментами ткани легкого и надпочечника, полученными при аутопсийном исследовании.

Легкое: в ткани легкого отмечается внутриальвеолярный отек с накоплением гомогенного эозинофильного субстрата, часто заполняющего просвет альвеол полностью. Стенки альвеол содержат эктазированные капиллярные сосуды, в просвете которых, наряду с эритроцитами, определяются атипичные лимфоидные клетки среднего и крупного размеров с пузырьковидным, несколько неправильной формы ядром, содержащим 1-2 небольших ядрышка. Цитоплазма определяется обрывочно (артефакты аутолиза). Также в сосудах преимущественно венозного русла крупного и среднего калибра определяются плотные скопления опухолевых клеток, идентичных таковым, описанным выше. Обращает на себя внимание присутствие в просвете части сосудов легкого, наряду с опухолевыми клетками, фибриноидных масс в различном количестве, вплоть до формирования обтурирующих фибриновых тромбов.

Надпочечник: в ткани надпочечника отмечаются выраженные аутолитические изменения. Вместе с этим как в медуллярной зоне надпочечника, так и в окружающей жировой клетчатке определяются сосуды мелкого калибра венолярного типа, содержащие в просвете опухолевые клетки среднего и крупного размера с пузырьковидным, несколько неправильной формы ядром, содержащим 1-2 небольших ядрышка. При иммуногистохимическом исследовании экспрессия опухолевыми клетками пан-В-клеточных антигенов CD20 и CD79a подчеркивает их исключительно внутрисосудистое расположение, повторяющее контуры ветвления сосудов. Примерно треть клеток опухоли обнаруживают слабую гранулярную цитоплазматическую экспрессию MPO. Внутрисосудистое расположение опухолевых клеток также подтверждает реакция с CD34 эндотелиоцитов. Опухолевые клетки слабо фокально экспрессируют MUM1, небольшой частью очень слабо bc16 (на грани чувствительности метода) и не экспрессируют CD15, CD10, CD34, TAT, PDL1 (SP263), CD246 (ALK), HHV8, CD3, CDS.

Заключение

Морфологическая картина с учетом результатов иммуногистохимического исследования соответствует поражению легкого и надпочечника внутрисосудистой крупноклеточной В-клеточной лимфомой с гемодинамическими нарушениями микроциркуляторного русла, формированием фибриновых микротромбов, явлениями внутриальвеолярного отека легких.

Непосредственная причина смерти: септический шок.

При сравнении клинического и патологоанатомического диагноза отмечается их расхождение по основному заболеванию.

Представленный клинический случай демонстрирует сложность прижизненной верификации ВВКЛ. Ассоциация данного случая с гемофагоцитарным синдромом дополнительно утяжелила прогноз, обусловив смертельный исход болезни.

Сложность прижизненной диагностики была

обусловлена редким подтипом наблюдаемой лимфомы. Гемофагоцитарный (азиатский) подтип ВВККЛ имеет нетипичное агрессивное клиническое течение с минимальным поражением тканей и органов доступных для прижизненной биопсии и часто не сопровождается циркулирующей клеткой опухоли в крови.

Информативность первичного скрининга при ВВККЛ остается низкой. Это обусловлено тем, что опухолевые клетки крайне редко визуализируются в мазках периферической крови, а показатели общего анализа крови ограничиваются неспецифическими отклонениями: анемией, тромбоцитопенией либо лейкопенией. Как онкологи, так и специалисты по лучевой диагностике признают ВККЛ «великим имитатором», так как заболевание протекает под маской доброкачественных реактивных состояний, создавая серьезные диагностические препятствия [7].

Выводы

Данный случай подчеркивает необходимость внедрения агрессивной диагностической тактики при выявлении лихорадки неясного генеза, панцитопении и нарастающей органной дисфункции. Раннее проведение мультифокальных биопсий остается единственным эффективным методом прижизненной морфологической верификации ВВККЛ. Повышение клинической настороженности врачей смежных специальностей – терапевтов, гематологов, ревматологов – является решающим фактором, способным повлиять на своевременное начало специфической иммунохимиотерапии и улучшение прогноза при этой фатальной форме лимфомы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Список литературы:

1. Ye X., Wang L., Nie M., Wang Y., Dong S., Ren W., Li G., Li Z.M., Wu K., Pan-Hammarström Q. A single-cell atlas of diffuse large B cell lymphoma. *Cell Rep.* 2022 Apr 19;39(3):110713. doi: 10.1016/j.celrep.2022.110713. PMID: 35443163.
2. Loukhnati M., Lahlimi F.E., Tazi I. Intravascular Large B-Cell Lymphoma. *Case Rep Hematol.* 2023 Sep 15;2023:5596890. doi: 10.1155/2023/5596890. PMID: 37746518; PMCID: PMC10516690.
3. Иванова С.Н., Гладков С.А., Бровков М.Н. Внутрисосудистая Б-крупноклеточная лимфома: разные клинические маски паранеопластического синдрома (обзор литературы). *Практическая медицина.* 2020. Том 18, № 1, С. 110-115 DOI: 10.32000/2072-1757-2020-1-110-115
4. Ponzoni M., Campo E., Nakamura S. Intravascular large B-cell lymphoma: a chameleon with multiple faces and many masks. *Blood.* 2018 Oct 11;132(15):1561-1567. doi: 10.1182/blood-2017-04-737445. Epub 2018 Aug 15. PMID: 30111607.
5. Walmsley C.S., Schoepflin Z., De Brabandt C., Rangachari D., Berwick S., Patell R. Hemophagocytic lymphohistiocytosis associated with immune checkpoint inhibitor use: A review of the current knowledge and future directions. *Blood Cells Mol Dis.* 2025 Feb;110:102896. doi: 10.1016/j.bcmd.2024.102896. Epub 2024 Sep 30. PMID: 39366077.
6. Chinnici A., Beneforti L., Pegoraro F., Trambusti I., Tondo A., Favre C., Coniglio M.L., Sieni E. Approaching hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Front Immunol.* 2023 Jun 22;14:1210041. doi: 10.3389/fimmu.2023.1210041. Erratum in: *Front Immunol.* 2024 Jan 22;15:1369687. doi: 10.3389/fimmu.2024.1369687. PMID: 37426667; PMCID: PMC10324660.
7. Davis J.W., Auerbach A., Crothers B.A., Lewin E., Lynch D.T., Teschan N.J., Schmiegel J.J. Intravascular Large B-Cell Lymphoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2022 Sep 1;146(9):1160-1167. doi: 10.5858/arpa.2021-0165-RA. PMID: 34979566.

Хирургическое лечение осложненного рака желчного пузыря, сочетающегося с хроническим калькулезным холециститом и аномалией развития внепеченочных желчных протоков

Н.И. Плиговка, заведующий отделением хирургии, В.Д. Полин, заведующий хирургическим отделением, А.В. Игнатов, В.Е. Ким

КГБУЗ «Лесосибирская МБ»

Введение

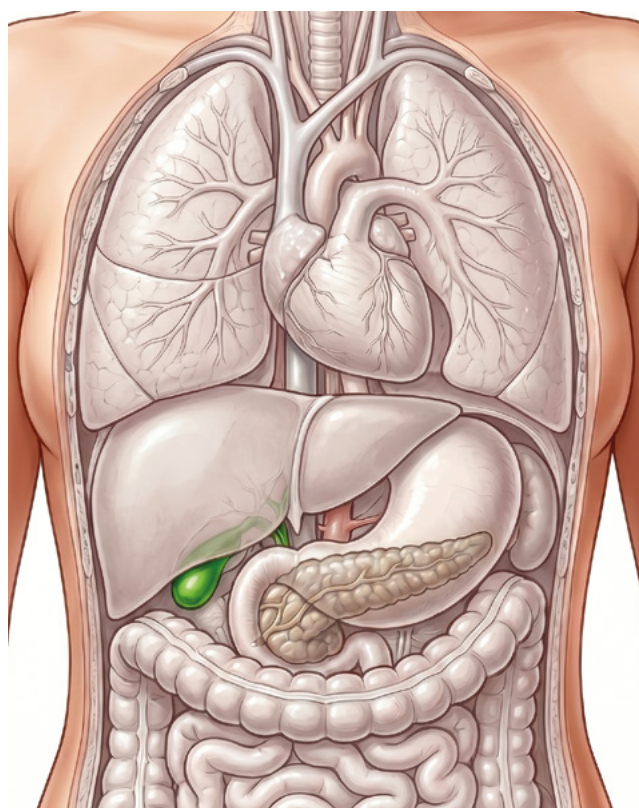
Рак желчного пузыря – редкое онкологическое заболевание, несравнимое с частотой поражения желчного пузыря хроническим воспалительным процессом.

Отдельной статистики по раку желчного пузыря нет, он учитывается в группе злокачественных опухолей внепеченочных желчных путей, что составило менее 1% от всех злокачественных опухолей и 4% от общего числа злокачественных эпителиальных новообразований ЖКТ.

Ежегодный прирост заболеваемости незначительный – чуть более 1%, но за последнее десятилетие выявлять злокачественные опухоли стали на 12% у большего количества россиян, и основную группу составляют больные старше 50 лет, при этом женщины болеют в три раза чаще.

Не существует единой стройной теории развития рака желчного пузыря. С таким фактором риска, как желчнокаменная болезнь, ситуация неоднозначна. С одной стороны, камни в желчном пузыре повышают риск рака, но с другой – даже у людей, страдающих желчнокаменной болезнью, злокачественные опухоли развиваются не так часто.

Более чем в 85% случаев опухоль желчного пузыря представляет собой аденокарциному. Она развивается из железистых клеток слизистой оболочки пузыря. Примерно 6% составляют папиллярные аденокарциномы, которые характеризуются более благоприятным прогнозом для пациентов. В 1-2% случаев встречаются муцинозные аденокарциномы. Аномалии желчевыводящих путей – врожденные дефекты и пороки развития, сопровождающиеся нарушением дренажной функции желчевыводящей системы, развитием патологических процессов и по мере прогрессирования последних проявляю-



щиеся определенной симптоматикой. До настоящего времени отсутствует общепризнанная классификация и номенклатура вариантов и аномалий развития желчевыводящей системы. Так, одни авторы считают, что все изменения желчевыводящей системы (от небольших отклонений до уродств, несовместимых с жизнью), являются аномалиями. По мнению других, к аномалиям следует относить только дефекты и пороки развития, которые сопровождаются нарушением дренажной функции билиарной системы. При этом отмечают, что желчевыводящая система имеет широкую вариабельность в анатомии и функциональных способностях.

Клинический случай

Представляем клинический случай редкого сочетания осложненного рака желчного пузыря с желчно-каменной болезнью и аномалией развития внепеченочных желчных протоков из нашей практики.

Больная Б., 60 лет, работает в фермерском хозяйстве одного из сел Казачинского района. Госпитализирована в Лесосибирскую межрайонную больницу 13.03.2018 г. с жалобами на боль в правом подреберье, слабость, тошноту, рвоту после приема пищи, дискомфорт, потерю веса около 15 кг за два месяца. Со слов пациентки, за последние 10 дней она заметила резкое ухудшение самочувствия, что и явилось причиной обращения за медицинской помощью.

Анализ крови показал: НЬ 129 г/л, эритроциты 4,86, гематокрит 37,3%, лейкоциты 8,6, э 1, п 4, с 60, м 7, л 28, СОЭ 43 мм/час, глюкоза 5,6, билирубин 9,0, АЛТ 189, АСТ 359, щелочная фосфатаза 165, креатинин 72, мочевины 9,1, амилаза 61, АЧТВ 32,5, ПТИ 96,4%, фибриноген 5,46.

По результатам анализа мочи выявлено: удельный вес 1014, белок 0,9, эпителий 5-5, лейкоциты 4-5-8. По УЗИ брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, четкие, структура однородная, эхогенность нормальная. Выраженные протоковые изменения в печени с признаками азробилии. В проекции ложа желчного пузыря определяется гетерогенная структура неправильной формы 3,6x3,0 см, «отключенный» желчный пузырь с измененными стенками, возможно, опухольное поражение.

ФГДС выявила в луковиче ДПК, на передней стенке опухолевидное образование 1,3 см, рыхлое (в препарате мелкий фрагмент слизистой с картиной лимфо-лейкоцитарной инфильтрации, гиперплазией желез).

На R-скопии желудок по форме обычный, рельеф слизистой продольный, атрофичен. Привратник проходим. Луковица ДПК деформирована, с вытянутым медальным карманом. Контраст в ДПК. Компьютерная томография брюшной полости показала, что печень не увеличена, контуры ровные, четкие. Плотность печеночной паренхимы не снижена. В желчных протоках левой доли печени и в общем протоке определяются пузырьки газа. Желчный пузырь не дифференцируется. Селезенка, поджелудочная железа не изменены.

При R-графии грудной клетки патологии не выявлено.

21.03.2018 г. операция лапаротомия: разъединение пузырнододенального свища, холецистэктомия с резекцией 5-го сегмента печени, реконструкция гепатохоледоха с транспеченочным дренированием гепатохоледоха, ушивание дефекта ДПК по

Оппелю-Поликарпову, дренирование поддиафрагмального и подпеченочного пространств. Эндотрахеальный наркоз. Доступ – верхнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. В подпеченочном пространстве, в проекции желчного пузыря, имеется конгломерат из желчного пузыря и луковицы ДПК. Печень, желудок не изменены, кишечник без патологии.

При разделении ДПК и желчного пузыря вскрылись просветы разъединяемых органов. Желчный пузырь 3,5x2,0 см, хрящевидной плотности, в просвете конкремент 2,5 см. Имеет место анатомическая особенность: пузырный проток отсутствует. Общий печеночный проток впадает в верхнюю боковую поверхность желчного пузыря слева, холедох выходит из желчного пузыря в области нижней боковой поверхности пузыря.

Выполнена холецистэктомия от дна с резекцией 5-го сегмента печени с пересечением желчных протоков. Рана печени ушита. Дефект в ДПК (0,7 см) ушит по Оппелю-Поликарпову. Непрерывность гепатохоледоха восстановлена ручным однорядным швом конец в конец с дренированием гепатохоледоха транспеченочно через 8-й сегмент печени. В поддиафрагмальное и подпеченочное пространства установлены перчаточные-трубчатые дренажи. Гистологическое заключение (3730-34): аденокарцинома желчного пузыря.

Выздоровление

Постоперационный период протекал благоприятно. Пациентка иногда жаловалась на чувство тяжести в правом подреберье. В целом состояние удовлетворительное, больная активная, аппетит сохранен, стул регулярный, кал окрашен, мочеиспускание не нарушено. Печеночный дренаж функционировал: желчи отделялось от 200 мл до 50-70 мл к моменту выписки. Дренажи из брюшной полости удалены на 8-е сутки, швы сняты на 13-й день после операции. Пациентку выписали через 26 суток после операции в удовлетворительном состоянии с печеночным дренажом.

Через два месяца она вышла на работу, а через 3 месяца осмотрена онкологом в КОДе, замечаний не было. Через год и 11 месяцев женщина самостоятельно обратилась в Лесосибирскую МБ, госпитализирована в хирургическое отделение, отмечено, что ее состояние удовлетворительное, аппетит хороший, физиологические отправления не нарушены. Дебет желчи по дренажу из желчевыводящих путей составлял от 0 до 20 мл за сутки. Дренаж удалили. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Стриктуры гепатохоледоха не наблюдалось. При выписке повязка в месте удаленного дренажа сухая.



Качество начинается с команды: как внедрение практических рекомендаций Росздравнадзора изменило систему управления персоналом Красноярской детской больницы №8

Т.Г. Шерстобитова, И.В. Притворова, М.Ю. Маслова
КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»

В декабре 2024 года Красноярская городская детская больница №8 стала участником пилотного проекта министерства здравоохранения Красноярского края по внедрению системы менеджмента качества (СМК) в соответствии с практическими рекомендациями Росздравнадзора (ПР РЗН). Перед нами стояла задача не просто подготовить пакет документов к сертификации, а выстроить живую, работающую систему, в центре которой – сотрудник, пациент и непрерывное улучшение.

От аудита к смысловому фундаменту

В основу работы легли результаты входного аудита, который позволил объективно оценить текущую ситуацию. Вместо слепого копирования типовых шаблонов мы сосредоточились на описании реальных, существующих на данный момент процессов, выявили точки разрыва между

ежедневной практикой и требованиями практических рекомендаций Росздравнадзора. Результаты показали главное: любая система рухнет без общего вектора. Поэтому в первую очередь была разработана и утверждена политика в области качества, миссии и ценностей учреждения.

Эти документы не остались на бумаге: они стали основой для всех последующих регламентов, критериев оценки и программ развития. Когда у коллектива есть четкий «компас», стандарты перестают восприниматься как бюрократия и превращаются в инструменты ежедневной работы. Именно на этом фундаменте мы выстраивали все дальнейшие действия.

Обучение как инструмент качества, а не отчетности

Ключевым элементом СМК в нашей больнице стала система непрерывного профессионального развития. Все сотрудники проходят регулярное обучение по оказанию медицинской помощи в строгом соответствии с утвержденными стандартными операционными процедурами (СОП) и клиническими рекомендациями, что отвечает современным требованиям к определению и поддержанию необходимых компетенций.

Понимая, что качество помощи напрямую зависит от коммуникации и слаженности действий, мы запустили цикл лекционно-тренинговых занятий по развитию коммуникативных компетенций. Практическая отработка ведется в формате мини-групп, где разбираются нестандартные ситуации, отрабатываются алгоритмы взаимодействия в команде и навыки общения с пациентами и их законными представителями.

Все встречи проводят штатные медицинские психологи больницы. По результатам опросов участники отмечают стабильно высокий профессионализм ведущих, доступность подачи материала и его непосредственную применимость в ежедневной практике. Такой формат позволяет не просто прослушать теорию, а закрепить навык, получить мгновенную обратную связь и устранить пробелы до выхода в реальную работу. Результаты фиксируются в электронном журнале, что делает процесс прозрачным, измеримым и подтверждает компетентность персонала.

Поддержка, вовлеченность и единый контур СМК

Система менеджмента качества не может быть эффективной без внимания к персоналу. В больнице активно развивается программа поддержки и социального благополучия сотрудников. Мы убеждены: заботливое отношение в команде напрямую отражается на качестве помощи пациентам.

Важную роль в формировании здоровой корпоративной культуры играет первичная профсоюзная организация, которая стала полноправным партнером в организации мероприятий. Роспись имбирных пряников ко Дню знаний, масленичные гуляния, спортивные турниры, праздничные планерки – все это создает атмосферу сплоченности, снижает профессиональное выгорание и укрепляет доверие внутри коллектива. Сотрудники активно участвуют в инициативах, предлагая форматы и беря на себя организацию.



Работа в мини-группе по развитию коммуникативных компетенций

Мы убеждены, что система менеджмента качества будет работать только в том случае, если каждый сотрудник, независимо от роли, станет ее активным участником. Стандарты, ценности и принципы работы едины для всех подразделений: от стационарных отделений и поликлиник до административных, диагностических и вспомогательных служб.

Результаты: от цифр к культуре

В феврале 2026 года наша больница успешно прошла сертификацию на соответствие ПР РЗН. В настоящее время внедрено 15 стандартов в области управления персоналом, которые ежедневно применяются на практике. Главные итоги видны не в сертификате, а в качественных изменениях:

- Сократились ошибки, связанные с человеческим фактором, благодаря предсказуемым процессам и целевому обучению.
- Адаптация новых сотрудников стала управляемым процессом с измеримыми этапами наставничества, что снизило стрессовую нагрузку и ускорило вхождение в должность.

- Сформирована культура открытости: сотрудники могут анонимно сообщать о рисках или нежелательных событиях и видеть, как по каждому обращению принимаются решения в установленные сроки.
- Сегодня аудиты и цикл PDCA (планирование – выполнение – проверка – действие) стали естественной частью рабочего ритма, обеспечивая объективную оценку эффективности и непрерывное улучшение.

Заключение

Сертификация соответствия ПР РЗН – это не финишная черта, а стартовая площадка для системного развития. Если строить СМК ради галочки, она создаст двойную нагрузку. Если ради людей, процессов и пациентов – снизит операционный хаос, ускорит принятие решений и повысит управляемость.

У нас получилось, потому что мы выбрали честность, системность и готовность меняться. Мы не боялись фиксировать ошибки, а превращали их в точки роста. И сегодня наша команда работает слаженно, потому что каждый понимает: качество – это не контроль сверху, а ежедневная ответственность каждого сотрудника.



Семинар для сотрудников больницы

Оперблок: процессы раньше и сейчас



Что роднит коллектив оперблока и команду «Формулы-1»? Четкость, слаженность действий и доверие друг к другу. Однако за этим порядком стоит детальная проработка процессов, ежедневная битва за время, человеческий фактор и стандарты, которые живут только тогда, когда их действительно соблюдают. Мы поговорили с заведующим операционным отделением Андреем Лавриновым, который прошел путь от ковидного хаоса до двухсменной работы в новом корпусе.

Д авайте начнем с того, в каком состоянии вы приняли отделение. Что уже было выстроено, а что отличалось от сегодняшнего?

На должность я заступил в 2021 году, после ухода Антона Штарка. Отделение уже давно функционировало, основные процессы были выстроены. Но существовали две серьезные особенности: недавнее открытие нового

корпуса и ковид. Из-за пандемии был абсолютный хаос, особенно в вопросах эпидемиологической безопасности. Нужно было организовать помощь пациентам с COVID-инфекцией, при этом многие отделения закрывались на карантин. Мы очень много работали с эпидемиологами, приходилось закрывать целые этажи и операционные после внезапного выявления положительных мазков.



В операционной нового хирургического корпуса, 2025 г.

То есть делали смывы, и они что-то показывали?

Не обязательно смывы. Бывало так, что при поступлении мазок показывал отрицательное значение, проходила операция, а через несколько часов получали положительный результат. Приходилось экстренно вводить дополнительные мероприятия.

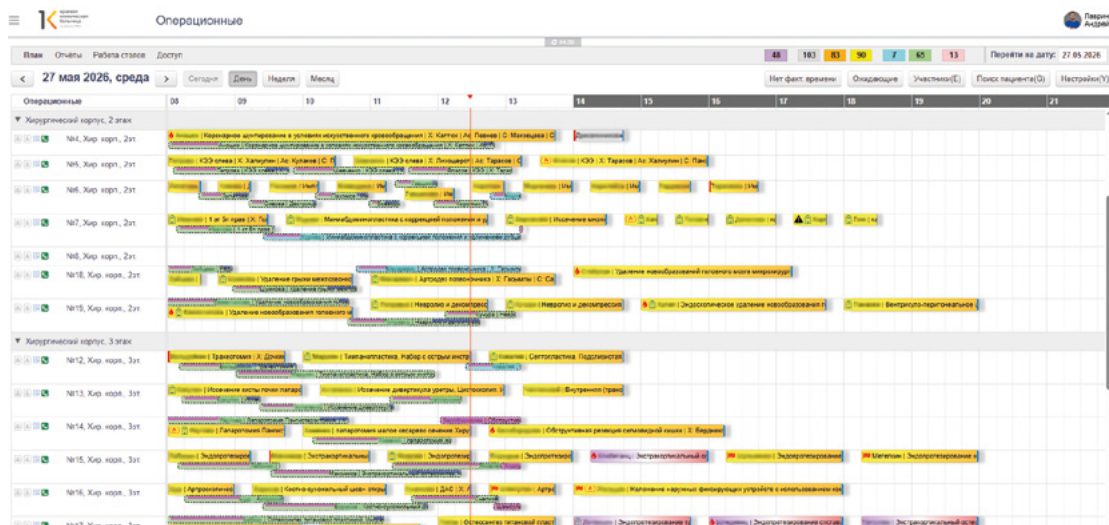
Какие основные изменения пришлось вносить в работу после открытия нового корпуса?

В первую очередь изменилась работа ЦСО. Оно полностью переехало в новый корпус и расширило объем работы: стало само производить перевязочный материал: салфетки, шарики. Раньше мы этим занимались. Главная проблема возникла с транспортировкой. В новом корпусе все было удобно, близко, а вот доставлять

Операция только закончилась, а все процессы уже сделаны параллельно огромным количеством людей, и сразу начинается следующая



Передаточное окно



Интерфейс операционного плана

инструменты, расходные материалы и белье в главный корпус, где оставалось 15 операционных на трех этажах, оказалось сложно из-за удаленности. Тогда только начинали говорить о транспортных бригадах, грузчиков ЦСО еще не было, они появились позже.

Здесь есть палата преданаркозной подготовки и палата пробуждения. И это кардинально меняет темп. Раньше, в главном корпусе, были большие промежутки между операциями: пока анестезиологи выведут пациента из наркоза, пока переложат, вывезут, пока сотрудники

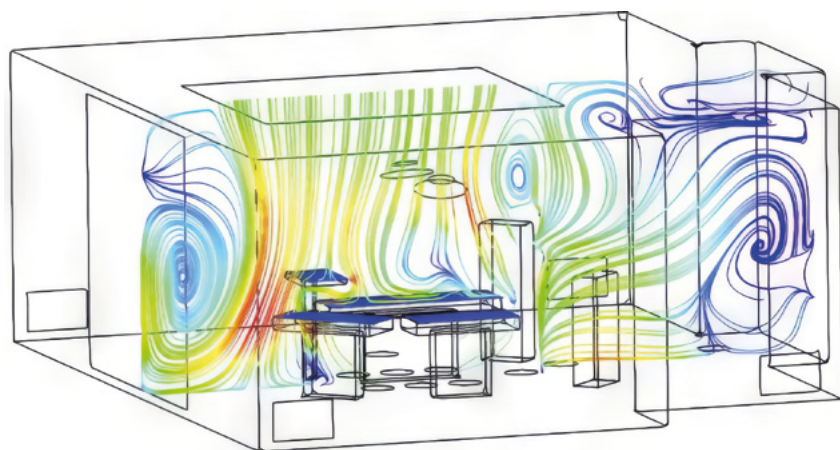
возьмут инструменты в обработку и так далее. Люди привыкли к размеренному ритму. А здесь все иначе. Операция только закончилась, а все процессы уже сделаны параллельно огромным количеством людей, и сразу начинается следующая. Особенно тяжело перестроиться медсестрам и санитарам старой закалки. Это действительно другая философия, другой темп работы.

Откуда перенимали эту модель?

Схему закладывал Артем Сергеевич Архипов, когда был заведующим оперблоком. Он зани-



Направляющие ламинарных воздушных потоков



Воздух постоянно меняется, через систему фильтрации подается чистый с оборотом 3400 кубометров в час. Даже если есть аэрозоль с микробами, он мгновенно засасывается

мался планированием нового корпуса в 2017-2018 годах: распределением помещений, выбором оборудования, продумывал логистику – все, вплоть до определения цвета стен. Я же пришел на готовую почву и помогал сотрудникам адаптироваться.

Что стало самым сложным, когда вы окончательно переехали и перешли на двухсменную работу?

Это был огромный стресс для всех, он до сих пор не всеми пережит. Главная проблема – де-

фицит места: склады рассчитаны на определенное количество операций, а тут приезжает дополнительное оборудование, расходники на новые направления. Нагрузка из 15-ти операционных главного корпуса распределялась на 17 больших операционных и 10 малых нового. Малых операционных сначала было три – сразу заработали только третья реанимация (гнойная), гнойная хирургия и гинекология, остальные подключались постепенно. Эти операционные хоть и на территории отделений, в обслуживании они находятся у нас – сотрудники и мате-



В центральном стерилизационном отделении

риальная часть. В них, в отличие от больших, нет взаимозаменяемости: лоры оперируют у себя, гинекологи – у себя.

Пожалуй, самая больная тема – продолжительность операций. Почему бывает так, что следующей бригаде не удается зайти на операцию вовремя, хирурги не попадают в прогнозы продолжительности?

Есть две противоположные стратегии прогнозирования. Бывает, что одни занижают время, чтобы запланировать больше операций, другие операторы, наоборот, завышают время. Эти подвижки, разумеется, создают проблемы.

Может, для операторов ввести KPI по попаданию в прогноз? Например, если статистически хирург попадает в прогнозировании времени в диапазон, скажем, от 90 до 110%, то его можно поощрять.

Хорошая идея. Мы ее обсуждали, статистику можно легко получить – все операции фиксируются с плановым и фактическим временем. Но мы откладывали внедрение, потому что не хотели сразу «закручивать гайки». Люди и так в стрессе от новой системы. Но прошло уже два года (с июля 2024-го). Проблемы остаются. Я до сих пор ежедневно с кем-то разговариваю, потому что если первая операция идет дольше запланированного, то все летит.

Меня приятно поразило, как после каждой операции проводится уборка, – сотрудники быстро и без лишних слов приступают к ней. Чувствуется отработанность процесса.

Да, у нас пять видов уборок: предоперационная, текущая, межоперационная, заключительная и генеральная. Они по-разному проводятся и занимают разное время. Мы значительно можем экономить время, например, на том, что даже после колопроктологической операции можем проводить чистую операцию после лишь межоперационной уборки, благодаря наличию ламинарных потоков. Воздух постоянно меняется, через систему фильтрации подается чистый с оборотом 3400 кубометров в час. Даже если есть аэрозоль с микробами, он мгновенно засасывается. Поэтому мы можем брать любые операции подряд.

Какова механика внедрения новых процессов?

Все зависит от масштаба. Мелкие изменения внедряются просто. А серьезные мы сначала обсуждаем со всеми участниками, описываем,

Стандарты хирургической безопасности

22.1-2023 СТУ Профилактика ВТЭО

22.5-2018 СТУ Порядок выбора препаратов для премедикации

22.6-2018 СТУ Порядок периоперационного мониторинга состояния пациента

22.10-2024 Порядок действий при диагностике и лечении ОКН

22.11-2025 СТУ Порядок действий при диагностике и лечении острого аппендицита

22.12-2025 СТУ Порядок действий при диагностике и лечении ОМИ

33.1-2024 ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МП ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

33.2-2018 СТУ Порядок оказания МП при желудочно-кишечном кровотечении

экспериментально тестируем и лишь потом вводим на постоянной основе через создание стандартов, главный из которых – 33.1 по хирургической безопасности.

Как в ходе операций появились тайм-ауты?

Их придумала ВОЗ еще в 2006–2007 годах. В ККБ появились около 2017-го, когда Артем Сергеевич начал писать стандарт 33.1 и ввел чек-листы хирургической безопасности.

Что бы вы хотели сказать коллегам из хирургических отделений?

Выстраивание наших процессов бессмысленно без их активного участия. Если бы они не хотели, чтобы все шло гладко, ничего бы не получилось. Иногда коллеги относятся к этому как к лишнему бременю. Особенно остра проблема с продолжительностью операций. Я не могу оценить, сколько будет оперировать тот или иной хирург, это зависит только от него. Важно понять: часто люди усложняют себе жизнь, потому что не хотят обрывать «пуговину» старых привычек.



55 лет отделению кардиохирургии

Первая задокументированная операция на сердце за Уралом состоялась в Красноярске в 1952 году. Александр Михайлович Дыхно, профессор, доцент кафедры госпитальной хирургии, главный хирург крайздраотдела, выполнил перевязку незаращенного артериального протока.

Клиника, возглавляемая профессором Дыхно, была в числе десяти клиник Советского Союза, которым приказом Министерства здравоохранения было разрешено оперировать на сердце.

В Краевой клинической больнице единичные операции на сердце производились и в 1960-х. Операторы и ассистенты таких операций – вся будущая хирургическая профессура, организаторы хирургических служб и кафедр медицинского института, легенды красноярской медицины: профессор Н.В. Розовский, доцент Ю.М. Лубенский, Н.С. Дралюк. В ноябре 1961 года в ККБ была проведена пальцевая митральная комиссуротомия. Оперировал Михаил Митрофанович Архипенко.

В начале развития красноярской кардиохирургии отмечалась высокая смертность. В 1963 году было сделано 38 операций. Смертность – 25%. Но наши хирурги продолжали учиться. В том же 1963 году

в Красноярск впервые приехала бригада хирургов из Новосибирска, чтобы провести с красноярскими коллегами первые операции на «сухом» сердце в условиях гипотермической защиты.

Настоящий технологический скачок красноярской кардиохирургии связан с именем Юрия Ивановича Блау, ученика академика Мешалкина. В 1966 году по просьбе главного врача больницы Владимира Константиновича Сологуба Евгений Николаевич Мешалкин отправил из Новосибирска в Красноярск кардиохирурга Юрия Блау и его жену анестезиолога Раису Алехину. Юрий Иванович Блау – ассистент кафедры госпитальной хирургии Красноярского медицинского института – стал организатором сердечно-сосудистой хирургии в



Юрий Иванович Блау с врачами отделения

крае. В 1968 году после открытия легочного центра отделение грудной хирургии разделилось на два специализированных направления: торакальная хирургия и сердечно-сосудистая.

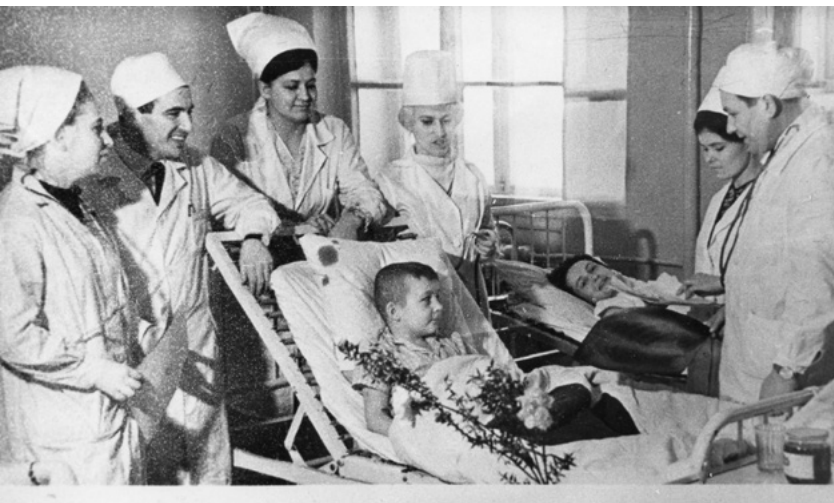
В 1971 году было организовано 24-коечное отделение сердечно-сосудистой хирургии, заведовал которым Юрий Иванович Блау. С этого исторического момента сердечно-сосудистая хирургия в нашей больнице стала стремительно развиваться. Ежедневно производилось пять-шесть операций. Основной контингент пациентов в те годы составляли дети с врожденными пороками сердца и взрослые с приобретенными. В год это более почти 150 операций с показателем летальности 7%.

Работа отделения сердечно-сосудистой хирургии, а затем и межобластного кардиохирургиче-

ского центра, в который оно было реорганизовано по Приказу Министерства здравоохранения СССР №77 от 3 февраля 1973 года, была тесно связана и координировалась с Новосибирским НИИ ПК МЗ РСФСР под руководством академика Е.Н. Мешалкина.

Хирурги отделения под руководством Юрия Блау занимались хирургической коррекцией сердечно-сосудистой патологии. Изучались вопросы физиологии кровообращения, газообмена, дыхания, функциональной оценки эффективности операций на сердце. Последующее развитие кардиохирургической службы опиралось на достижения и опыт, который получили врачи отделения при работе с Ю.И. Блау.

В 1976 году на 60-ти койках отделения проводилось в год около 600 операций, среди них до 300 операций на сердце, остальные – на сосудах и проводящей системе сердца. Среди операций на сердце основное место занимали операции на работающем сердце при митральных пороках, некоторых врожденных пороках сердца и перикардите. Также производились операции на остановленном сердце с использованием методики бесперфузионной гипотермической защиты: резиновые пузыри со льдом укладывали на крупные сосуды пациента, тело охлаждалось до 22-24 градусов, кровообращение останавливалось – происходил «циркуляторный арест». Примечательно, что лед для гипотермии медики добывали сами на Енисее – кололи лед и несли в отделение в ванне. При нормальной температуре тела выполняли закрытые операции на сердце и сосудах:



Основатель отделения кардиохирургии Ю.И. Блау (крайний справа) на обходе, 1969 г.



В перевязочной отделения Ю.И. Блау, В.К. Шнейдер, медсестры М.В. Казаченок и Н.Г. Широкова, 1969 г.

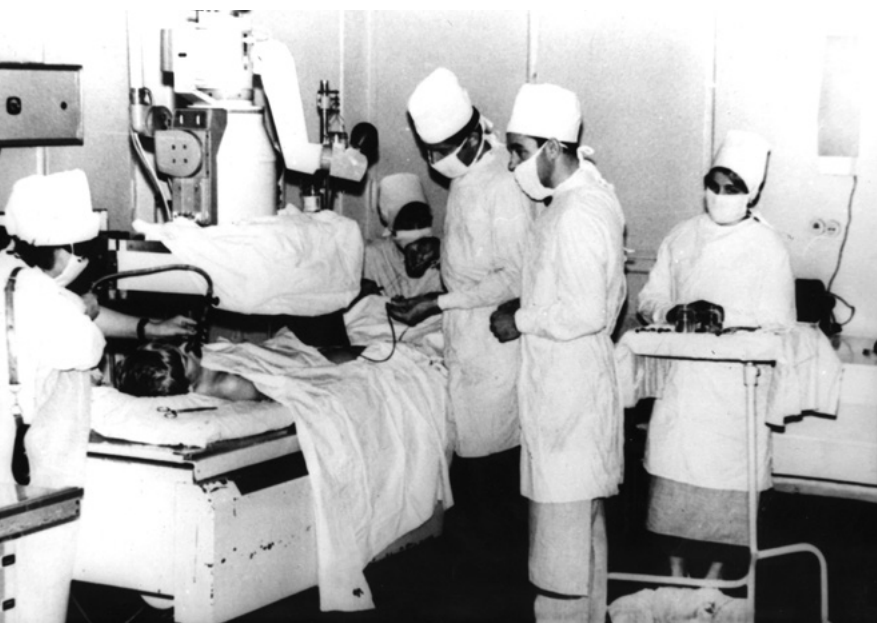


Ангиографическая диагностика порока сердца. Блау, Шнейдер, терапевт Пономарева, 1974 г.

инструментальную и пальцевую комиссуротомию при митральном стенозе, резекцию коарктации аорты, перевязку Боталлова протока. Выполняли операции при стенозах аортального клапана, оперировали ранения сердца, кисты и опухоли средостения, рубцы перикарда.

В 1970-х стали имплантировать первые миокардиостимуляторы. В начале 70-х не существовало эндоскопических методик, поэтому проводили торакотомию, электроды подшивались непосредственно к сердцу, выводились на грудную стенку и подключались к миокардиостимулятору, имплантированному под большую грудную мышцу.

Еще один вид передовых для 70-х годов операций – лечение сдавливающего перикардита (резекция перикарда). Кстати, именно хирургическое лечение перикардитов было темой диссертации Юрия Ивановича Блау. В те годы уже протези-



Кардиохирургия, рабочий момент



Первое искусственное кровообращение. Голубь, Медведев, Лихошерст, анестезиолог Коваленко, на переднем плане Николай Петрович Пынько, 1976 г.

ровались крупные сосуды. Любопытно, что советский протез «Север» перед установкой специально пропитывался кровью.

К категории самых сложных вмешательств в начале 1970-х годов относилось поэтапное хирургическое лечение триады и тетрады Фалло (первой ступенью был анастомоз между порочно расположенной аортой и легочной артерией). Врачи краевой больницы редко, но брались и за расслоение брюшного отдела аорты. Лечение носило паллиативный характер: крупнейший сосуд укреплялся двумя слоями капроновой сетки. Первый лавсановый протез аорты был сделан в США в 1952 году, но в 70-е советские кардиохирурги о нем только слышали. В начале развития кардиохирургии в краевой больнице операции проводились на работающем сердце. Первая операция с помощью аппарата искусственного кровообращения



Блау и
терапевт
Пономарева,
1985 г.

прошла в конце 1970-х годов и только с 1993-го широко вошла в практику кардиохирургов. Еще одна особенность того времени – эфирные наркозы. По словам хирургов с большим стажем, после неизбежного вдыхания паров эфира во время операции у них разыгрывался аппетит, поэтому после операционной вся хирургическая бригада дружно шла обедать.

В 1970-х годах для уточнения характера изменения анатомических структур сердца и крупных сосудов в практику были внедрены зондирование сердца, ангиокардиография, маноме-

трия полостей сердца, оксиметрия и капнография. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали метод анализа фазовой структуры кардиоцикла у больных с заболеванием сердца и околосердечной сумки.

По инициативе Юрия Блау совместно с НПО «Сибцветметавтоматика» было создано отделение гипербарической оксигенации для лечения тяжелых больных. После ввода в эксплуатацию главного корпуса в 1988 году отделение сердечно-сосудистой хирургии разделилось на узко специализиро-



А.С. Татаренко, заведующая кардиохирургическим отделением с 1990 по 1998 г.



Н.П. Пынько, заведующий отделением острых нарушений ритма сердца с 1990 по 2010 г.

ванные кардиохирургическое, отделение сосудистой хирургии и отделение хирургического лечения острых нарушений ритма сердца.

В мае 1990 года Юрий Иванович Блау вышел на пенсию, а его место заняла коллега и ученица Алла Семеновна Татаренко, которая руководила отделением до 1998 года.

В 90-е годы финансирование кардиохирургической службы происходило по целевой программе развития интенсивной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Вместо 20-ти операций с искусственным кровообращением в 1990 году – в 2001-м стало проводиться до 200 операций.

В 1996 году была сделана первая операция аорто-коронарного шунтирования.

В 2001 году – более 70 операций с использованием методики аутоартериального шунтирования и коронарного шунтирования на работающем сердце.

Первые 13 операций протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения были проведены в 1999 году, а в 2001-м клапаны сердца заменили уже более 70-ти пациентам.

С января 1998 года по 2007-й отделение кардиохирургии возглавлял Валерий Анатольевич Сакович – будущий главный врач Красноярского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии.

С 2007 года отделением заведует Андрей Владимирович Пустовойтов. Врачи кардиохирургического отделения начали выполнять операции на сонных артериях, коронарное шунтирование (в том числе на



Коллектив отделения, 2012 г.

работающем сердце), протезирование клапанов механическими и биологическими протезами, а также различные виды пластики клапанов. Проводить операции при остром аортальном синдроме (протезирование корня, восходящего отдела и дуги аорты), включая процедуры Бентала, Девида и другие, протезирование нисходящего отдела аорты и торакоабдоминальные вмешательства. Практически ежедневно выполнять сочетанные вмешательства (АКШ с протезированием клапанов, коррекцией аритмий и вмешательствами на аорте). За время работы накоплен большой опыт гибридных операций при расслоении аорты. В 2009 году отделение кардиохирургии вошло в структуру Регионального сосудистого центра. На данный момент благодаря работе отделения кардиохирургии ККБ пациентам Красноярского края доступны все виды хирургического лечения



Геннадий Александрович Усик, 2021 г.



А.В. Пустовойтов, 2021 г.



Замена клапана на ангиографе. Оперирует кардиохирург Г.А. Усик, 2020 г.



патологии сердца и сосудов.

В 2013 году в ККБ началась работа по получению лицензии на осуществление трансплантации органов и тканей. Были сформированы краевая нормативная база, алгоритмы работы персонала, организована служба трансплантационной координации органов. По программе модернизации здравоохранения Краевая клиническая больница была оборудована необходимыми операционной и лабораторией. Специалисты, в том числе заведующий кардиохирургией Андрей Пустовойтов и заведующий кардиореанимацией Кирилл Линеv, прошли обучение в НМИЦ трансплантологии имени академика В.И. Шумакова.

30 октября 2016 года наши кардиохирурги провели первую в крае трансплантацию донорского сердца. Операция проводилась смешанной бригадой



Операционная бригада, 2025 г.

из красноярских врачей и специалистов НМИЦ им. академика В.И. Шумакова. Непосредственно пересадку органа осуществили хирурги ККБ.

Второе сердце в ККБ было пересажено в январе 2017 года. В следующем году, 2018-м, трансплантировано уже 11 сердец.

На данный момент, за неполные 10 лет существования программы трансплантации сердца выполнено 68 трансплантаций сердца. В 2025 году ККБ занимала 5 место в России по объемам трансплантации сердца в год.



Отделение кардиохирургии, 2021 г.

г. Красноярск, 2026 г.

