


июнь 2024 год

№ 2 (92)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы



*С Днем
медицинского
работника!*

Путь к благополучию: создание
здоровой и эффективной среды для
успешных и счастливых сотрудников

**Метод дыхательной реабилитации пациентов
с БАС на основе биологической обратной связи**

Портреты

Елена Лихошерст
Галина Туманова



краевая
клиническая
больница

основана в 1942

НАША МИССИЯ:

МЫ ОКАЗЫВАЕМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
ОТВЕТСТВЕННО, НАИЛУЧШИМ
ОБРАЗОМ РЕШАЯ ПРОБЛЕМЫ
ПАЦИЕНТОВ



13 специализированных
центров

60 стационарных
отделений

1248 всего мест в
круглосуточном
стационаре



1136 специализи-
рованных коек

112 реанимационных
коек

7 отделений
анестезиологии-
реанимации



**ВСЕГО
СОТРУДНИКОВ**

846 врачей

1446 медицинских
сестер

655 младшего
мед. персонала

745 немедицинских
работников

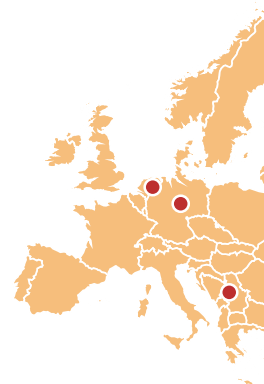


12,47 га
площадь
земельного
участка

13 зданий

4 сооружения

142285 м²
общая
площадь
зданий



**НАС ПОСЕТИЛИ ДЕЛЕГАЦИИ
ИЗ РАЗНЫХ ГОРОДОВ**

50 делегаций
в 2023 году

280 делегаций
всего



ЕЖЕГОДНО

87000 амбулаторных
пациентов

44000 стационарных
пациентов

25000 операций

6000 ВМП

СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ

САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ

Медицинская помощь
из Красноярска
в отдаленные районы края



Красноярск ⇄ Хатанга

3700 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Дудинка

3726 км, 9,45 часа

Красноярск ⇄ Норильск

3421 км, 7,25 часа

Красноярск ⇄ Игарка

2655 км, 6,4 часа

Красноярск ⇄ Ванавара

1572 км, 4,1 часа

Красноярск ⇄ Богучаны

878 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Енисейск

557 км, 2,4 часа



Норильск ⇄ Диксон

1168 км, 6,32 часа

Красноярск ⇄ Лесосибирск

568 км, 3,3 часа

Красноярск ⇄ Минусинск

691 км, 3,5 часа

Красноярск ⇄ Ачинск

398 км, 2,35 часа

Красноярск ⇄ Канск

444 км, 2,5 часа

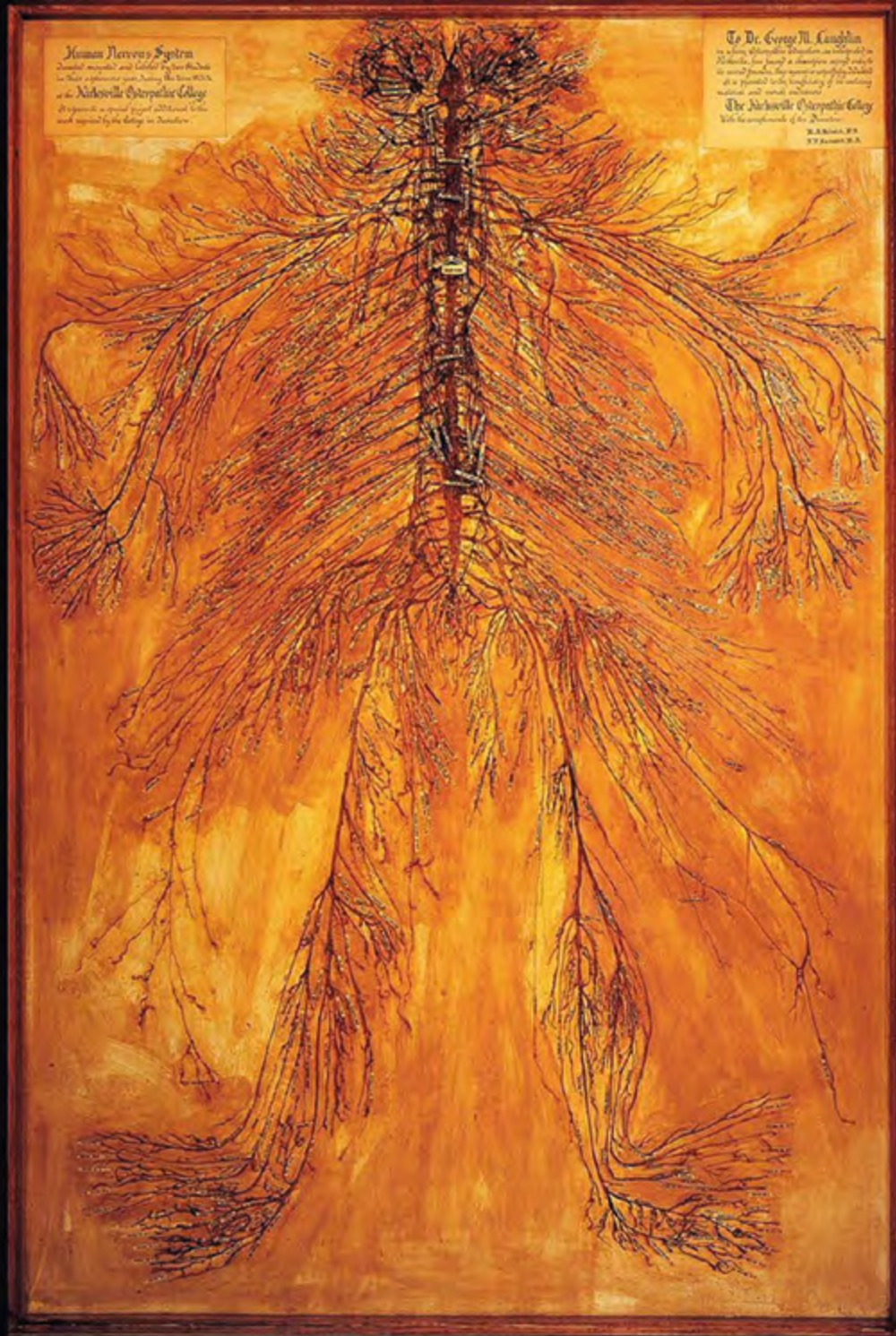
расстояние и время указаны
из расчета пути в обе стороны



профессионализм
человечность
ответственность

В 1925 году студенты-медики потратили 1500 часов на препарирование нервной системы, сохранив ее целостность

Осенью 1925 года двое американских студентов-медиков в Кирксвилле, штат Миссури, получили задание отпрепарировать нервную систему человеческого тела целиком – начиная с основания мозга, в виде целостного препарата, не рассекая его на части. Дело в том, что до этого М.А. Шальк и Л.П. Рамсделл оказались лучшими среди многих других студентов в аналогичных заданиях на локальных участках – препарировании рук. Препараты студентов оказались столь филигранно выполненными, что и сегодня таких образцов создано в мире лишь четыре.



Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Июнь 2024 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

5,7 **Новости**

8 **Портрет** | Елена Лихошерст

10 **Портрет** | Галина Туманова

12 **Оргздрав** | Путь к благополучию:
создание здоровой и эффективной
среды для успешных и счастливых
сотрудников

18 **Опыт** | Метод дыхательной
реабилитации пациентов с БАС
на основе биологической обратной
связи

22 **Casus extraordinarius** | Клинический
случай родившегося субмукозного
узла гигантских размеров с полным
выворотом матки

26 **Опыт** | Доброкачественная
дисплазия молочных желез –
болезнь женщин за 40?

30 **Casus extraordinarius** | Остеома
решетчатой кости. Клиническое
наблюдение

32 **Партнерская страничка** | Обзор
проведенной тромболитической
терапии в КБ51 за 2023 год

40 **Casus extraordinarius** | Клинический
случай гибридного вмешательства
при тандемном поражении сонной
артерии

43 **Знаменательные даты** | 85 лет
санитарной авиации

47 **Знаменательные даты** | 60 лет
отделению травматологии

53 **Знаменательные даты** | 30 лет
отделению микрохирургии

1 В правительстве Красноярского края вручили высокие награды сотрудникам ККБ

Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу присвоено: Сергею Николаевичу Бородину, врачу-хирургу отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи; Игорю Ивановичу Красицкому, врачу-рентгенологу кабинета магнитно-резонансной томографии; Евгению Владимировичу Самохвалову, заведующему кардиологическим отделением №4, врачу-кардиологу.

За высокий профессионализм и проявленную самоотверженность при оказании медицинской помощи в экстремальных условиях медалью Луки Крымского награжден Алексей Михайлович Лубнин, заведующий травматолого-ортопедическим отделением (сочетанной травмы), врач – травматолог-ортопед.

Почетной грамотой Президента Российской Федерации за высокий профессионализм и



проявленную самоотверженность при оказании медицинской помощи в экстремальных условиях награжден Артем Сергеевич Архипов, заместитель главного врача по хирургии.

Поздравляем наших коллег с заслуженными высокими наградами, желаем дальнейших успехов в профессиональной деятельности и благополучия.

2 Открыта регистрация для участия во Всероссийской конференции по вопросам безопасности и качества оказания медицинской помощи

VIII конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации», организаторами которой выступают министерство здравоохранения Красноярского края и ККБ при поддержке Национального института качества Росздравнадзора, состоится в Красноярске 18 и 19 сентября 2024 года.

Цель конференции – внедрение в медицинских организациях управленческих технологий, влияющих на основные показатели деятельности учреждений здравоохранения. Темы, обсуждаемые на площадке конференции, помогают решению ключевых задач, которые ставит перед отраслью Правительство РФ и приоритетный национальный проект «Здравоохранение».

В прошлом году в конференции приняли участие 327 специалистов из 20 регионов Российской Федерации, а также из Израиля и Сербии. Было представлено 24 доклада, проведено два пленарных заседания, работали

четыре секции. Краевая клиническая больница – признанный лидер среди региональных клиник, использующих принципы управления безопасностью и качеством при оказании медицинской помощи населению.

Опыт ККБ по внедрению системы менеджмента качества рекомендован министром здравоохранения РФ Михаилом Мурашко для изучения и внедрения в регионах.



Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

В начале лета традиционно отмечаем наш главный профессиональный праздник – День медика. И, как всегда, в июне выходит свежий номер «Первой Краевой». Читайте в 92-м выпуске интервью с двумя удивительными женщинами: Еленой Евгеньевной Лихошерст и Галиной Федоровной Тумановой. Обе они в ходе ежедневной работы

сталкиваются с максимально уязвимой категорией пациентов – больными, находящимися на операционном столе. И обе каждый день проявляют человечность и чуткость, не теряя их с течением лет.

В большой статье, написанной сотрудниками кадровой службы, вы почерпнете ценную информацию о создании в организации профессионального благополучия, когда сотрудники получают удовольствие от того, что делают, от движения вперед и освоения новых навыков.

Большую часть страниц номера занимают интересные клинические случаи из практики разных специалистов. И завершают журнал исторические материалы сразу о трех юбилеях: санавиации, отделении травматологии

и отделении микрохирургии. Поздравляем причастных к созданию этих мощных и важных служб!

Дорогие коллеги! Примите самые теплые и искренние поздравления с Днем медицинского работника. В этот профессиональный праздник чувствуют всех, кто так или иначе связан с медициной: врачей, медицинских сестер и братьев, санитаров, сотрудников, напрямую не сталкивающихся с пациентами и их заболеваниями, но создающих условия для оказания медицинской помощи. У всех у нас разные жизненные позиции, разные задачи и приоритеты. Однако представителей медицинского сообщества объединяет одно: люди в белых халатах сохраняют самое дорогое, что есть на Земле, – жизнь и здоровье людей.



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая Краевая»

Труд врача и медицинской сестры во все времена пользовался заслуженным уважением в обществе, при этом представители самой гуманной профессии были и остаются не только целителями недугов, но и носителями прогрессивных идей, хранителями высоких нравственных ценностей, идеалов добра, сострадания и милосердия, а также примером для подрастающего

поколения медиков. Хочется выразить признательность и благодарность всем, кто помогает людям преодолеть боль, вселяет в них надежду, возвращает к жизни, принимает на себя чужие страдания и отдает частичку своего тепла. Здоровья и благополучия вам, мира и душевного равновесия, успехов и любви!

3 Состоялось первое занятие Школы для пациентов с рассеянным склерозом

Начало занятий школы стало одним из этапов развития Центра рассеянного склероза, который был открыт в краевой больнице в 2023-м году.

В первом открытом занятии школы участвовали 25 слушателей. На занятиях могут присутствовать как пациенты, так и их близкие. Провела занятие руководитель Центра рассеянного склероза врач-невролог к.м.н., доцент кафедры нервных болезней КрасГМУ Мария Васильевна Аброськина.

По словам доктора, слушатели проявили активную заинтересованность темами, которые были представлены на занятии.

– Много вопросов касалось системы лекарственного обеспечения. Лечение пациентов с рассеянным склерозом дорогостоящее, стоимость терапии для одного пациента может варьироваться от

100 тысяч рублей до 2 млн рублей в год, пациенты обеспечиваются терапией за счет федеральной программы «14 высокозатратных нозологий» и из средств регионального бюджета. Также участников школы интересовали вопросы об организации службы медицинской реабилитации для этой категории пациентов, – рассказала Мария Васильевна. ККБ планомерно увеличивает объем мероприятий по профилактике хронических заболеваний среди населения Красноярского края. С апреля 2024 года специалисты консультативно-диагностической поликлиники краевой больницы начали проводить школы здоровья в смешанном очно-дистанционном формате. Пациенты и их родные, которые проживают близко к Красноярску, присутствуют лично, приезжая на занятия в поликлинику краевой больницы, а пациенты, проживающие в отдаленных населенных пунктах, могут участвовать в занятиях школ здоровья по разным заболеваниям посредством видео-конференц-связи.

На занятиях Школы здоровья для пациентов с диабетом, которую в очно-заочном формате провела врач-эндокринолог к.м.н. Татьяна Тимофеевна Коновалова, лично присутствовали семеро пациентов, 13 участвовали заочно – это были жители ЗАТО Солнечный (Ужурский район) и пациенты Байкитской районной больницы.

Ознакомиться с графиком проведения школ здоровья в поликлинике ККБ можно на официальном сайте medgorod.ru.



4 Победы наших докторов на научном фронте

В апреле в Москве прошла Всероссийская научная медицинская конференция молодых ученых: «Респираторная медицина: инновации, проблемы и их решения. Фокус на пациента», в которой приняли участие наши сотрудники. Конференция проходила в формате конкурса молодых ученых и включала две сессии – клинических исследований и клинических случаев. Участие в конференции приняли молодые ученые из регионов России, в том числе врачи аллергологического и пульмонологического отделений ККБ. По итогам конференции в сессии «Научные исследования» II место заняла врач – аллерголог-иммунолог Ольга Казмерчук с докладом «Достижение контроля тяжелой бронхиальной астмы при назначении таргетной терапии», руководители: главный пульмонолог-аллерголог СФО, главный внештатный пульмонолог и аллерголог Красноярского края д.м.н.,

профессор И.В. Демко и заведующая отделением аллергологии д.м.н., профессор Е.А. Собко. В сессии «Клинические случаи» дипломантом III степени стала врач-пульмонолог Ксения Чинякова, которая представила доклад «Клинический случай пациента с хронической гипоксемией», руководитель И.В. Демко.



Елена Лихошерст

Сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии в следующем году отметит полувековой юбилей работы в ККБ. В прошлом году она уступила коллеге статус заведующего отделением, однако по-прежнему является безусловным лидером как в работе с пациентами, так и в коллегиальной работе.

В этом году вашему отделению исполнилось 35 лет. Расскажите, пожалуйста, историю его появления.

Изначально это было отделение кардиохирургии на 20 коек, которое занималось только кардиохирургией взрослых и детей. В 1975 году я пришла в интернатуру после института, как раз планировалось создание межобластного кардиохирургического центра на 80 коек. Юрий Иванович Блау набирал специалистов, со временем к ним прибилась и я. Почему «прибилась» – была не самой пробивной в группе. Однажды попросили ассистировать во время операции, и так как все самые активные и бойкие разбежались по другим отделениям (не очень понимали, что такое кардиохирургия), я отправилась помогать, а потом еще и еще, так постепенно стала там своим человеком. Конечно, мы понимали: если хочешь остаться, надо проситься в интернатуру в краевую больницу. Мы с двумя подругами пошли к Юрию Моисеевичу Лубенскому, и так сложилось, что остались в краевой, в районы по распределению нас уже не отправили.

Что было дальше?

Была сооружена пристройка к старому корпусу, появились новые койки и операционные. Оперативные вмешательства проводили на сердце как у взрослых, так и у детей. А потом постепенно мы стали заниматься сосудистой хирургией. Никто из хирургов особо не хотел заниматься сосудами, все стремились оперировать сердце. Поскольку я все-таки была вчерашним интерном, мне особо ничего оперировать не давали, но я не жаловалась – сосуды так сосуды. После постройки главного корпуса выделилось отделение сосудистой хирургии, разумеется, исходя из сложившейся практики, я пошла работать в отделение сосудистой хирургии.

Вы сразу стали заведующей отделением?

Нет, первым заведующим был Виктор Владимиро-

рович Голубь – очень хороший хирург, работал и с сердцем, и с сосудами. Я стала завотделением в 1998 году, в этой должности проработала 27 лет. Интересно то, что меня назначили заведующей временно, на два месяца, я не особо хотела руководить. Но время прошло, а я так и осталась заведующей.

Вы подчеркиваете, что у вас довольно мягкий характер. А какой вы руководитель – демократичный?

Я считаю – да. Мужчины, правда, так не думают, хотя я всегда по-доброму разговариваю. Но в некоторых случаях приходится проявлять жесткость, все-таки меня мужчины воспитали, росла в мужском коллективе, сегодня мне даже в какой-то степени с ними проще.

Сколько врачей сейчас работает в отделении?

Сейчас в нашем отделении 10 докторов. В основном это молодые специалисты, я имею в виду возраст. Самые опытные – я и Ренат Анверович Халиулин, ему в этом году 49 лет, и я передала ему бразды правления отделением.

Какие операции проводит сейчас ваше отделение чаще всего?

Оперировем брюшную аорту, брахиоцефальные сосуды, артерии конечностей. Есть экстренная служба: тромбозы, эмболия, ранения сосудов, разрывы аорты. Летаем в районы.

Как дифференцируются пациенты с микрохирургией?

Нам приходится восстанавливать сосудистое артериальное русло на уровне голени и стопы, что относится к микрохирургии. Но бывают очень сложные случаи, когда необходима помощь микрохирургов.

Что считаете в своей работе самым трудным?

В эмоциональном плане сложно, когда умирают пациенты. У нас не такая низкая смертность, как

ККБ – это как дом родной, ведь скоро 50 лет, как я здесь работаю.

хотелось бы. Тяжелые больные, экстренные, возрастные с острыми тромбозами, с разрывом аорты. Самые нелюбимые операции – это ампутации конечностей, к таким операциям мы прибегаем в самых крайних случаях.

Вы сейчас оперируете?

Да, в основном сонные артерии, это более короткие операции, джентльмены берегут меня.

Ваша специализация в последние годы претерпевает изменения, становится более технологичной, верно?

Да, появилась эндоваскулярная хирургия, гибридная хирургия, то есть операции, которые проводятся одновременно с рентгенангиохирургами. Но и без открытых классических операций пока не обойтись. Все виды вмешательств имеют свои показания.

Отличаются ли на ощупь сосуды молодого человека и пожилого?

Конечно, атеросклероз – это старение сосудов. Только у одних они стареют раньше, чем положено, все зависит от образа жизни. Вредные привычки, сопутствующие заболевания. Как правило, к 80-ти годам почти у всех есть кальциноз сосудов, они имеют утолщенную стенку, менее эластичны.

Если бы вы были не сосудистым хирургом, кем бы стали?

Я бы пошла в функциональную диагностику. Раньше не было ультразвуковой диагностики, нужно было хорошо знать рентгенодиагностику пороков сердца, ЭКГ, фонографию, зондирование сердца. Сейчас с ЭХОКГ-диагностикой стало проще.

Вы счастливы в профессии?

Да, абсолютно. Считаю, что правильно выбрала свой путь. Долго сомневалась, ведь женщине стать хорошим хирургом в разы труднее, я понимала все сложности, с которыми придется столкнуться.

А с выбором больницы?

ККБ – это как дом родной, ведь скоро 50 лет, как я здесь работаю.

У вас есть дети?

Да, дочь, но она не пошла в медицину. Окончила факультет иностранных языков, а работает в маркетинге. Сейчас говорит: «Мама, почему ты не настояла на мединституте?» А внук учится на 4-м курсе КрасГМУ, со специализацией еще не определился. В свободное время играет в баскетбол.



Галина Туманова

Медсестра-анестезист ОАР 1 отметила 40-летие своей трудовой деятельности в Краевой, но по-прежнему полна энергии и планов на будущее. В том числе трудовых.

Из чего складывается ваш типичный рабочий день?

Работы очень много. Медсестра-анестезист в операционной – как хозяйка в доме. Я отвечаю за все наркотические препараты, медикаменты, расходники, за всю аппаратуру, которая используется в процессах. С 7:30 я получаю наркотические препараты, а когда начинается рабочий день, стартует работа с пациентами: нужно приготовить все необходимое для анестезии в операционных.

Сколько времени вы проводите в реанимации?

В реанимации я вообще не работаю, моя задача – обеспечить процесс. Помимо вышесказанного отслеживаю список пациентов на операции, которые должны пройти. Как правило, это шесть-семь человек в день, если операции не длительные, а если продолжительные – то примерно четверо больных.

А вы работаете на все группы пациентов?

Мы обслуживаем четыре стола в новом корпусе: торакальная хирургия, стоматология, ЛОР-отделение и травмоцентр.

В чем принципиальная разница работы медсестры-анестезиста от работы других медсестер, к примеру – хирургической или постовой? Какими качествами она должна обладать?

Во-первых, наша работа всегда на виду у специалистов-хирургов, операционных сестер. Мы первыми принимаем пациентов на операцию – все нужно объяснить, рассказать, успокоить. Если говорить о качествах, то в первую очередь сострадание, хотя это у любой медсестры должно присутствовать. А еще внимательность, так как мы работаем со специфическими лекарствами; добросовестность – нельзя отложить работу на потом, только здесь и сейчас. Медсестра-анестезист – глаза и уши врача-анестезиолога.

Вы помните свою первую операцию в качестве анестезиста?

Конечно, я очень сильно волновалась. Помню, что сразу после специализации меня направили на операцию, и это было очень и впечатляюще, и волнительно.

После окончания школы вы сразу пошли учиться в медучилище, верно?

Да, я училась на медсестру почти три года, по распределению уехала в детский санаторий в Шира, потом захотела стать врачом и вернулась на кафедру, работала на кафедре гистологии. Но по семейным обстоятельствам стать врачом не получилось.

Сколько вам было лет, когда пришли в ККБ?

В 25 лет я начала работать в анестезиологии, и уже 41 год в этой профессии и в нашей больнице.

Вы начали работать в совсем молодом возрасте, а профессия накладывает определенные

обязательства, было ли сложно адаптироваться к такой ответственной работе?

Для молодой девчонки, конечно, особенно сложными были ограничения по внешнему виду, потому что никаких украшений, никакого маникюра, причесок, ничего было нельзя, личные планы тоже иногда срывались, потому что операции могли задержаться. Сейчас, с возрастом, стало проще.

Переживаете когда пациента не удается спасти?

Да! Я очень многое пропускаю через себя. Вроде и чужой человек, но все равно тревожишься, заходишь, узнаешь, как дела, какая динамика. Когда у пациента после операции все идет хорошо, это большая награда для нас. Бывают экстренные случаи и неблагоприятные исходы. В плановом режиме чаще всего прогноз положительный.

Все сто процентов пациентов, которые поступают в ваши руки, боятся?

Конечно! Они только заезжают и видят операционный блок, людей в масках, лампы – сразу давление и пульс взлетают. На мониторах это сразу видно, мы стараемся успокоить, разговариваем с

Когда у пациента после операции все идет хорошо, это большая награда для нас.



пациентами, отвлекаем от темных мыслей. Работаем в паре с врачом-анестезиологом. Наша работа, как правило, не заметна, но для меня это и не главное. Основное делает врач-хирург.

Скажите, в любые вены можете попасть?

Пока попадаю. Часто зовут, когда у пациента «сложные» вены: войти в сосуд все равно надо, а человека долго мучить не хочется.

Как вы сохраняете физическую форму? Работа у вас тяжелая и физически, и морально, надо как-то выдерживать...

Физическую форму поддерживаю прогулками: Столбы, остров Татышев, бассейн. Из Покровки на работу пешком хожу, и обязательно зарядка. А летом – дача, тоже хорошая тренировка. Надо отметить, у нас в отделении все девочки такие: легкие и обаятельные. Для нас очень важно всегда сохранять оптимизм!

Путь к благополучию: создание здоровой и эффективной среды для успешных и счастливых сотрудников



Нина Потепалова,
специалист по кадрам



Екатерина Михайлова,
заместитель главного
врача по кадрам

К

Один из разделов Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности посвящен управлению персоналом и медицинским кадрам. Так, согласно рекомендациям, управление персоналом – область знаний и практической деятельности, направленная на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции, и оптимальное его использование.

Основными компонентами системы управления персоналом являются:

- подбор и адаптация персонала;
- оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие);
- оперативная оценка персонала;
- организация труда, управление деловыми коммуникациями, использование системы мотивации (включая использование материальных и нематериальных стимулов);
- стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

Для создания и поддержания здоровой и вовлеченной рабочей среды в Краевой клинической больнице внедрена программа благополучия и социальной поддержки сотрудников. Она на-

правлена на повышение лояльности, качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности трудом.

Программа благополучия предназначена для реализации следующих целей:

1. Повышение общего благополучия сотрудников.
2. Повышение вовлеченности и производительности.
3. Снижение текучести кадров.
4. Развитие привлекательности бренда работодателя.
5. Обеспечение стабильности деятельности учреждения.

Программа благополучия включает в себя 5 ключевых сфер (рис. 1):



Рис. 1

1. Профессиональное благополучие – удовольствие от того, что мы делаем каждый день, движение вперед, получение новых навыков.
2. Социальное благополучие – прочные взаимоотношения, любовь к жизни, каким образом мы взаимодействуем во внешней среде.
3. Финансовое благополучие – способность эффективно управлять материальной стороной жизни, безопасность и стабильность.
4. Физическое благополучие – крепкое физическое и психическое здоровье и достаточное количество сил, чтобы справляться с повседневными делами.
5. Благополучие в среде проживания (общественное благополучие) – это причастность к жизни общества, ощущение безопасности, заинтересованность в том, что происходит вокруг.

В своей книге «Все отлично! Пять элементов благополучия» Том Рат и Джим Хартер дают определение понятию благополучия. «Благополучие – это сочетание любви к тому, чем мы занимаемся каждый день, хороших отношений с окружающими, устойчивого материального положения, крепкого здоровья и гордости своим вкладом в жизнь общества»¹.

Профессиональное благополучие Краевой клинической больницы включает следующие мероприятия:

1. Организация профессионального обучения сотрудников на рабочем месте в других медицинских организациях (стажировки).

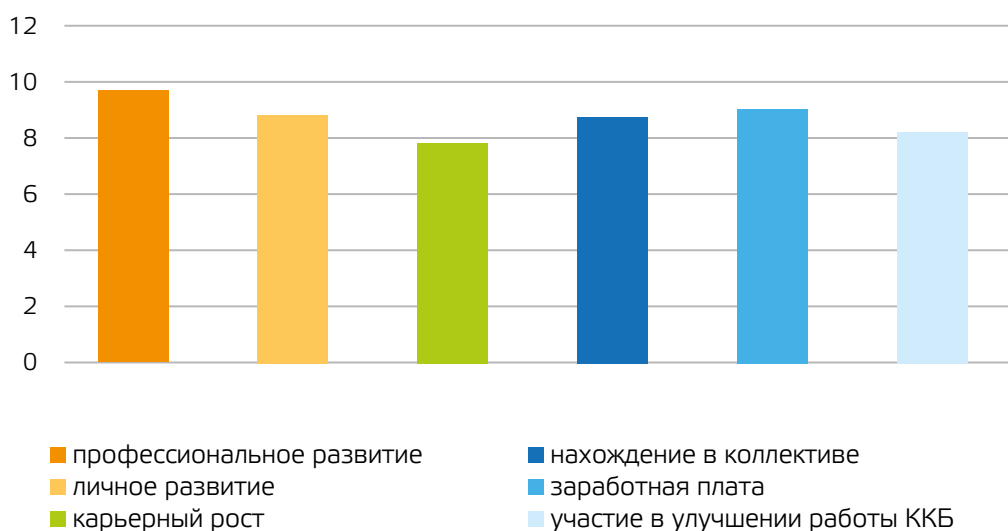


¹ «Все отлично! Пять элементов благополучия» Том Рат, Джим Хартер, 2015 г.

2. Организация участия сотрудников в научно-практических мероприятиях (конференциях, семинарах) в качестве докладчиков и организаторов, в подготовке статей, участия в научных исследованиях.
3. Организация корпоративного обучения.
4. Организация процесса наставничества.
5. Доступ к базе знаний на корпоративном портале MEDICS.
6. Организация обучения профсоюзных активистов (тренинги, конференции, форумы, школа профсоюзного актива, школа молодого профсоюзного лидера).

По результатам ежегодного исследования вовлеченности, лояльности и удовлетворенности персонала краевой больницы большинство сотрудников на вопрос: «Оцените важность личных мотивов работы в ККБ» – выделяют возможность учиться и расти на работе. Сотрудники, имеющие возможность учиться и расти на работе, с большей вероятностью проведут свою карьеру в учреждении, они вырабатывают более инновационные идеи и являются более эффективными.

Оцените важность личных мотивов работы в ККБ



2023 г.

Рис. 2

Социальное благополучие включает следующие мероприятия:

1. Награждение и поощрение сотрудников.
2. Предоставление жилой площади в общежитии.
3. Организация тематических мероприятий (выставок, конкурсов) для сотрудников и их детей.
4. Внутрикorporативная система коммуникаций: корпоративный портал MEDICS, социальная сеть «ВКонтакте», мессенджер Telegram, информационные стенды, корпоративный

журнал, совещания и планерки, корпоративные стандарты, обход и прием по личным вопросам главного врача, аудиты, стратегическое планирование, геймификация процессов, опросы и анкетирование, раздел «Есть идея» и др.

5. Организация парковочных мест для сотрудников на территории клиники.
6. Организация мест для приема пищи на территории больницы.
7. Выдача «Книги новичка» новым сотрудникам.



8. Выдача приветственного пакета членам профсоюза.
9. Взаимодействие с театрами Красноярска.

Важным разделом социального благополучия является нематериальная мотивация и благодарность сотрудникам за их работу. Мы спросили сотрудников: «За последние семь дней вы получали признание или похвалу за хорошую работу?», и 60% опрошенных дали положительный ответ. В сравнении с 2022 годом этот показатель увеличился на 2,1%, а в сравнении с 2021-м – на 19,7%. Мы говорим спасибо разными способами: вручаем в торжественной обстановке награды различных уровней – от корпоративных до государственных; на корпоративном портале создали бейдж «Спасибо»; коллеги в моменте могут поблагодарить друг друга, оценить достижение, сделать комплимент, отправив электронное сообщение.

Для поддержания удовлетворенности сотрудников своим статусом и укрепления межличностных связей проводим тематические мероприятия для сотрудников и их детей, ежемесячно покупаем билеты в театры для развития эстетического интеллекта.

У 57% сотрудников клиники на работе есть лучший друг. Этот показатель важен, так как повышение качества взаимоотношений между сотрудниками на рабочем месте ведет к росту

доверия и эмоциональной лояльности. Дружбы с большей вероятностью будут помогать друг другу, усерднее работать друг для друга. Более сильные союзы влияют на индивидуальный уровень благосостояния, счастья и вовлеченности сотрудников. Для улучшения этого показателя важно организовывать неформальный совместный досуг.

Ежегодно мы празднуем День медицинского работника в формате фестиваля «Саморазвитие», на котором сотрудники разных должностей собираются в загородном отеле на двухдневный интенсив, куда приглашаются психологи и тренеры личностного роста, телесных практик, коучинга, переговоров, управленческих навыков. Такой формат имеет положительный отклик у сотрудников и пользуется популярностью, а в дальнейшем помогает сотрудникам выстраивать эффективную коммуникацию в рабочих процессах.

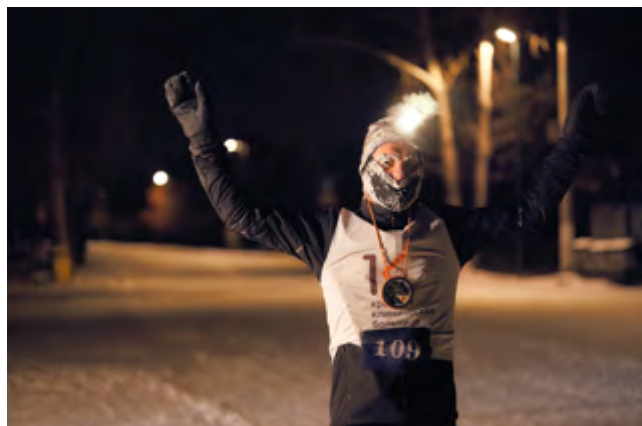
Финансовое благополучие включает:

1. Оказание единовременной материальной помощи.
2. Предоставление беспроцентного займа членам профсоюза.
3. Предоставление членам профсоюза корпоративных скидок по карте «Профдисконт».

Для поддержания материальной стороны жизни сотрудников и в затруднительных жизненных ситуациях для сотрудников, но в большей степени для членов профсоюза реализуется программа финансового благополучия. Всем желающим членам профсоюза оформили карту «Профдисконт», которая дает скидки на услуги и товары, перечень разнообразен и обновляется каждый месяц.

Физическое благополучие включает:

1. Санаторно-курортное лечение сотрудников.
2. Медицинское обслуживание сотрудников в рамках обязательного медицинского страхования.
3. Организацию школы бега с профессиональным тренером.
4. Организацию тренировок по футболу и волейболу.
5. Участие в спортивных соревнованиях.
6. Предоставление скидок в фитнес-клуб для членов профсоюза.



7. Консультации штатных психологов для сотрудников.

8. Организацию комнаты эмоциональной разгрузки.

Мы предоставляем сотрудникам возможность посетить санатории со своими близкими родственниками, посещать фитнес-клуб, в 2023 году открыли школу бега, где желающие занимаются бегом с профессиональным тренером.

Для сотрудников клиники штатные психологи проводят индивидуальные и групповые консультации.

«Считаете ли вы, что ваш руководитель или кто-то на работе заботится о вас как о личности?» – еще один показательный вопрос, который измеряет вовлеченность в то, как настроить каждого человека на успех. Эмоции сотрудников важны. Производительное рабочее место – это такое место, где люди чувствуют себя в безопасности.

Благополучие в среде проживания:

1. Членство в первичной профсоюзной организации.
2. Участие в городских экологических акциях.
3. Популяризация волонтерского движения.

Благополучие в среде проживания – один из самых нетипичных элементов. Достичь этого благополучия можно тогда, когда в предыдущих четырех есть порядок и уверенность. Благополучие в среде проживания – это про возможность отдавать.

В рамках этой программы мы включили членство в первичной профсоюзной организации и активное участие в жизни профсоюза, когда сотрудники безвозмездно делятся своим





временем и идеями. Это и участие в различных экологических акциях, и помощь в волонтерских программах и популяризация этого движения, и сдача донорской крови и др. Благодаря возможности быть полезным сотрудники чувствуют себя важной частью общества.

Все эти мероприятия являются важными при создании здоровой и эффективной среды для успешных и счастливых сотрудников и могут помочь организации в достижении своих целей и улучшении рабочих отношений.



Метод дыхательной реабилитации пациентов с БАС на основе биологической обратной связи

Е.А. Ермилов^{1,2}, Н.В. Исаева^{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».

Боковой амиотрофический склероз (БАС) представляет собой нейродегенеративное заболевание, характеризующееся постепенной дегенерацией мотонейронов и прогрессирующей утратой способности к произвольным движениям, неизбежно приводящее к инвалидизации и летальному исходу [1]. В среднем в мире на 100 000 человек приходится около 2 (0,2–2,4) случаев заболевания в год, а распространенность составляет около 5 (0,8–7,3) на 100 000 человек. По данным исследований, заболеваемость БАС продолжает расти, и прогнозируется, что к 2040 году количество таких пациентов увеличится на 69% [1–18]. Одной из особенностей БАС является его клиническая гетерогенность и дебют в широком возрастном диапазоне от 20 до 80 лет. Наибольшая заболеваемость зафиксирована в возрастной группе 45–75 лет, где она составляет 4–8 случаев на 100 000 человек в год [3,19].

В числе ключевых характеристик заболевания – его воздействие на дыхательную систему. Пациенты с БАС сталкиваются с различными нарушениями дыхания, в том числе речевой дисфункцией, затруднением отхаркивания мокроты, снижением эффективности кашля и аспирацией, что приводит к развитию инфекционных осложнений. Постепенное ослабление дыхательной мускулатуры связано с дыхательной недостаточностью и приводит к терминальной стадии заболевания [20].

Торако-абдоминальная асинхрония (ТАА) является распространенным нарушением дыхания у пациентов с БАС. Этот феномен характери-

зуется несогласованным сокращением мышц грудной клетки, диафрагмы и брюшной стенки, что приводит к изменению паттерна дыхания [21]. Несмотря на существующие методы регистрации ТАА, до настоящего времени не разработаны эффективные методы ее коррекции.

Нами представлен новый подход к коррекции паттерна дыхания на основе биологической обратной связи, использующий компьютерный видеоанализ движений. Этот метод разработан для улучшения контроля над глубиной и частотой дыхания, а также для изменения паттерна дыхания путем согласования движений грудной клетки и передней брюшной стенки. Оценка эффективности и правильности выполнения упражнений осуществляется с помощью отображения на мониторе компьютера амплитудных показателей вертикального смещения меток, установленных на грудной клетке и передней брюшной стенке. Данные параметры позволяют оценить вовлеченность различных мышечных групп в акте дыхания, а также классифицировать типы дыхания. Методика включает в себя использование компьютера с видеочамерой и специализированной программы для анализа движений, а также двух меток на клейкой основе, отличающихся по цвету с кожей и одеждой пациента.

При проведении процедуры пациент укладывается на кушетку с приподнятой головой, а метки крепятся на определенные точки на грудной клетке и передней брюшной стенке. Видеочамера устанавливается на расстоянии от пациента для записи движений в режиме

реального времени. Протокол начинается с калибровочных тестов, включающих выполнение глубоких и поверхностных циклов дыхания, чтобы зафиксировать максимальную и минимальную амплитуду движений. Затем пациенту предлагается продолжить естественное дыхание в течение 5 минут, во время которого производится видеозапись и анализ его дыхательных движений. Полученные данные включают в себя частоту и амплитуду дыхания, а также тип дыхания.

Затем пациенту предлагается выполнить серию упражнений, направленных на улучшение контроля над дыханием и согласование движений грудной клетки и передней брюшной стенки. Эти упражнения включают в себя изолированное дыхание животом, дыхание грудью, а также упражнения по увеличению глубины и продолжительности вдоха и выдоха. В процессе выполнения упражнений пациент наблюдает за отображением амплитуды движений на мониторе компьютера и корректирует свои действия в соответствии с инструкциями врача.

Для апробации нового авторского метода коррекции дыхательного паттерна было набрано 11 пациентов разного пола с разными формами заболевания. Всего в исследование вошло 18,2% мужчин ($n=2$), 81,8% женщин ($n=9$). Медиана возраста на момент проведения курса реабилитации составила 63 [50;70] года. Средний стаж заболевания составлял 19 [15;34] месяцев. Группа представлена основными клиническими формами заболевания: 54,5% пациентов с бульбарной формой ($n=6$), 27,3% с пояснично-крестцовой ($n=3$) и 18,2% с шейно-грудной ($n=2$).

Перед проведением курса реабилитации пациенты протестированы по шкале ALSFRS-R, медиана показателя равнялась 29 [25;32] баллам. Самый низкий результат был зафиксирован у пациентки с пояснично-крестцовой формой заболевания, составивший 11 баллов.

Всем пациентам была проведена спирометрия через мундштук или оро-назальную маску для исключения влияния слабости лицевой мускулатуры на достоверность исследования. При заключительном проведении спирометрии использовался тот же метод спирометрии, что и при первичном исследовании. Каждый пациент был обследован на предмет исключения острой соматической патологии и обострения хронических заболеваний. В группу входили

пациенты, не нуждающиеся на момент исследования в аппаратной дыхательной поддержке. Наличие гастростомы не являлось причиной невключения пациента в исследование.

Пример расположения контрастных меток представлен на рисунках 1 и 2.

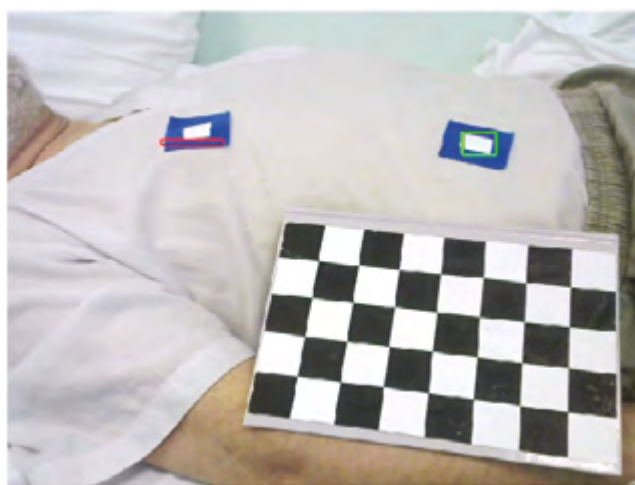


Рис. 1. Расположение меток на теле пациента (мужчина)

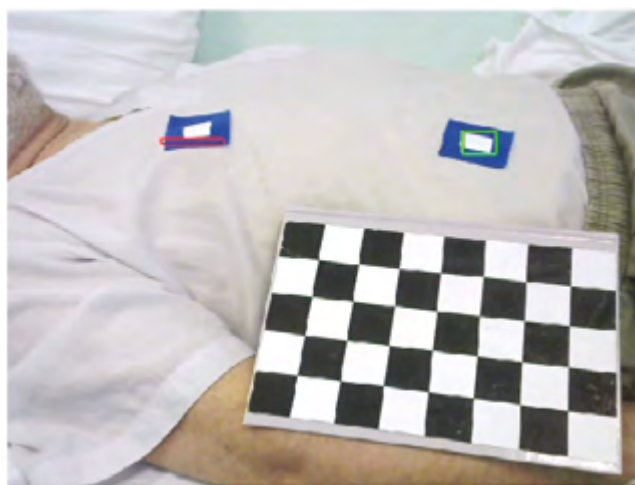


Рис. 2. Расположение меток на теле пациента (женщина)

Зеленым контуром программа автоматически определяет метку, расположенную на животе пациента, красным контуром обозначается метка с грудной клетки. На основе смещения меток определяется амплитуда и последовательность дыхательных движений, что лежит в основе определения типа, частоты и глубины дыхания.

Результаты исследования

Для проведения курса реабилитации пациенты были госпитализированы в отделение неврологии КГБУЗ «ККБ» (главный врач – Е.Е. Корчагин). С пациентами дважды в день проводились ежедневные занятия продолжительностью 10 минут каждое. Курс составлял 10 дней. Объективными показателями эффективности проводимых занятий стали результаты спирометрии до и после курса занятий по предложенной методике.

У пациентов перед началом курса форсированная жизненная емкость легких составила 54 [47;78] %. Средний прирост показателя составил 20% до уровня 65 [49;86] % (Wilcoxon Test,

$p=0,005$). Показатель объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1, FEV1) также демонстрирует положительную динамику у каждого пациента от 49 [36;82] % на момент первичного исследования до 62 [43;87] % к моменту повторной оценки. Средний прирост данного показателя составил 26,5% от исходного уровня (Wilcoxon Test, $p=0,008$). Максимальная объемная скорость при выдохе 75% ФЖЕЛ также имела тенденцию к увеличению от 38,5 [14;69] % до 49,5 [16;75] %, однако статически значимого результата получено не было Wilcoxon Test, $p=0,4$. Результаты спирометрического исследования пациентов до и после курса реабилитации с использованием авторского метода представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты спирометрии у пациентов с БАС, прошедших курс дыхательной реабилитации (n=11)

Параметр спирометрии	До проведения курса реабилитации	После проведения курса реабилитации	Уровень ошибки (p)
Объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1, FEV1), %	49 [36;82]	62 [43;87]	Wilcoxon Test, $p=0,008$
Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ, FVC), %	54 [47;78]	65 [49;86]	Wilcoxon Test, $p=0,005$
Пиковая объемная скорость выдоха (ПОС, PEF), л/сек	3,84 [1,32;4,52]	2 [0,86;4,03]	Wilcoxon Test, $p=0,18$
Пиковая объемная скорость выдоха (ПОС, PEF), %	40 [27;55]	47,5 [16;66]	Wilcoxon Test, $p=0,48$
Максимальная объемная скорость при выдохе 75% ФЖЕЛ (МОС75, FEF75), %	38,5 [14;69]	49,5 [16;75]	Wilcoxon Test, $p=0,4$
Средняя объемная скорость при выдохе от 25 до 75 % ФЖЕЛ (СОС25-75, FEF25-75), %	47 [10;63]	47 [24;77]	Wilcoxon Test, $p=0,5$

Выводы

Таким образом, предложенная авторская методика представляет собой комплексный подход к коррекции паттерна дыхания с использованием современных технологий компьютерного видеонализа и биологической обратной связи.

Пилотное исследование эффективности данной методики, проведенное на 11-ти пациентах с

различными формами БАС, не нуждающихся на данный момент в аппаратной вентиляции легких, показывает ее положительное влияние на функцию внешнего дыхания, что выражается в росте спирометрических показателей. Дальнейшие исследования позволят оценить влияние регулярных занятий по данной методике на продолжительность периода самостоятельного дыхания пациента без использования ассистивных средств.

Список литературы

1. Xu RS, Yuan M. Considerations on the concept, definition, and diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. *Neural Regen Res.* 2021 Sep;16(9):1723-1729. doi: 10.4103/1673-5374.306065. PMID: 33510061; PMCID: PMC8328770.
2. Arthur KC, Calvo A, Price TR, Geiger JT, Chiò A, Traynor BJ. Projected increase in amyotrophic lateral sclerosis from 2015 to 2040. *Nat Commun.* 2016 Aug 11;7:12408. doi: 10.1038/ncomms12408. PMID: 27510634; PMCID: PMC4987527.
3. Grad LI, Rouleau GA, Ravits J, Cashman NR. Clinical Spectrum of Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS). *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2017 Aug 1;7(8):a024117. doi: 10.1101/cshperspect.a024117. PMID: 28003278; PMCID: PMC5538408.
4. Logroscino G., Piccininni M. Amyotrophic lateral sclerosis descriptive epidemiology: the origin of geographic difference // *Neuroepidemiology.* – 2019. – Т. 52. – №. 1-2. – С. 93-103.
5. Logroscino G. et al. Global, regional, and national burden of motor neuron diseases 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *The Lancet Neurology.* – 2018. – Т. 17. – №. 12. – С. 1083-1097.
6. Jericó I. et al. Clinical features and incidence trends of amyotrophic lateral sclerosis in Navarre, Spain, 2007–2018: A population-based study // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2021. – Т. 22. – №. 5-6. – С. 401-409.
7. Uysal H. et al. Amyotrophic lateral sclerosis in Antalya, Turkey. A prospective study, 2016–2018 // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2021. – Т. 22. – №. 1-2. – С. 101-107.
8. Turgut N. et al. An epidemiologic investigation of amyotrophic lateral sclerosis in Thrace, Turkey, 2006–2010 // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2019. – Т. 20. – №. 1-2. – С. 100-106.
9. Hulisz D. Amyotrophic lateral sclerosis: disease state overview. *AJMC, MJH Life Sciences,* 23. – 2018.
10. Raymond J. et al. Clinical characteristics of a large cohort of US participants enrolled in the National Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Registry, 2010–2015 // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2019. – Т. 20. – №. 5-6. – С. 413-420.
11. Zapata-Zapata C. H. et al. Prevalence, incidence, and clinical-epidemiological characterization of amyotrophic lateral sclerosis in Antioquia: Colombia // *Neuroepidemiology.* – 2020. – Т. 54. – №. 3. – С. 251-257.
12. Erazo D. et al. Epidemiological and genetic features of amyotrophic lateral sclerosis in Latin America and the Caribbean: a systematic review // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2022. – Т. 23. – №. 1-2. – С. 4-15.
13. Kacem I. et al. Epidemiological and clinical features of amyotrophic lateral sclerosis in a Tunisian cohort // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2020. – Т. 21. – №. 1-2. – С. 131-139.
14. Luna J. et al. Clinical features and prognosis of amyotrophic lateral sclerosis in Africa: the TROPALS study // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* – 2019. – Т. 90. – №. 1. – С. 20-29.
15. Liu X. et al. The epidemiology and genetics of Amyotrophic lateral sclerosis in China // *Brain research.* – 2018. – Т. 1693. – С. 121-126.
16. Zhou S. et al. Amyotrophic lateral sclerosis in Beijing: Epidemiologic features and prognosis from 2010 to 2015 // *Brain and behavior.* – 2018. – Т. 8. – №. 11. – С. e01131.
17. Jun K. Y. et al. Epidemiology of ALS in Korea using nationwide big data // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* – 2019. – Т. 90. – №. 4. – С. 395-403.
18. Vasta R. et al. What is amyotrophic lateral sclerosis prevalence? // *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.* – 2022. – Т. 23. – №. 3-4. – С. 203-208.
19. Horton DK, Graham S, Punjani R, Wilt G, Kaye W, Maginnis K, Webb L, Richman J, Bedlack R, Tessaro E, Mehta P. A spatial analysis of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) cases in the United States and their proximity to multidisciplinary ALS clinics, 2013. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener.* 2018 Feb;19(1-2):126-133. doi: 10.1080/21678421.2017.1406953. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29262737; PMCID: PMC5815888.
20. Lahrmann H, Wild M, Zdrahal F, Grisold W. Expiratory muscle weakness and assisted cough in ALS. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.* 2003;4(1):49-51.
21. Sarmento A. et al. Thoracoabdominal asynchrony and paradoxical motion in middle stage amyotrophic lateral sclerosis // *Respiratory physiology & neurobiology.* – 2019. – Т. 259. – С. 16-25.

Клинический случай родившегося субмукозного узла гигантских размеров с полным выворотом матки

О.Н. Боченкова, Я.А. Несмеянова, Е.В. Дударовская

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

Актуальность

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки. Это наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Средний возраст пациенток, у которых обнаруживают такую опухоль, – 32-34 года, а пик заболеваемости приходится на начало менопаузального периода. В последнее время миома матки все чаще встречается у молодых женщин.

Миоматозные узлы могут находиться в различных местах матки, однако именно подслизистое расположение обеспечивает наиболее яркую клиническую симптоматику, что проявляется маточными кровотечениями, болью внизу живота, нарушением функции смежных органов, бесплодием и невынашиванием беременности.

Растущий узел деформирует матку, мешает ее нормальному сокращению, провоцирует длительные и обильные кровотечения, приводящие к нарушению качества жизни женщины. Для субмукозных узлов 0-го и I-го типов по

FIGO типичны периодически возникающие схваткообразные боли внизу живота, аномальные маточные кровотечения, которые усиливаются в период менструации. К выраженной симптоматике могут приводить даже небольшие подслизистые узлы.

Все субмукозные узлы подлежат оперативному лечению. Методом выбора лечения подслизистой миомы матки является ее гистероскопическая резекция. Альтернативные методы – миолиз лазером или биполярной иглой либо эмболизация маточных артерий путем ангиографии.

Рождающийся миоматозный узел – одно из осложнений субмукозных миом, при котором подвижная опухоль изгоняется из полости матки через цервикальный канал во влагалище. Рождение миоматозного узла – сравнительно нечастое осложнение, возникающее у 1-1,5% пациенток с подслизистым расположением миомы. Рефлекторные сокращения миометрия, направленные на изгнание образования, становятся более интенсивными при увеличении размеров растущего узла. Редким, но тяжелым осложнением является рождение миоматозного узла с выворачиванием матки наизнанку через цервикальный канал в шейку матки во влагалище с инфицированием ее слизистых оболочек.

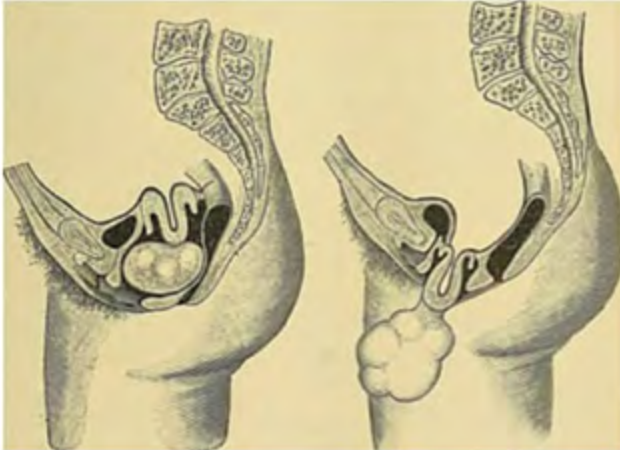


Рис. 1. Частичный (слева) и полный (справа) выворот матки с анатомическими подробностями



Рис. 2. Полный выворот матки

Клинический случай

Пациентка С. 43 лет, проживающая в одном из поселков Красноярского края, была переведена в КГБУЗ «ККБ» 21.02.2024 г. из районной больницы с жалобами на выраженные боли в нижних отделах живота и чувство инородного тела во влагалище, также наблюдались кровянистые выделения из половых путей. При сборе анамнеза выяснилось: менструации регулярные, обильные, по шесть дней, безболезненные. Последняя менструация была 21.01.2024 г. Беременностей – три, две из них завершились

самостоятельными родами через естественные родовые пути. В одном случае женщина делала медицинский аборт. У гинеколога она не обследовалась в течение нескольких лет (точно не помнит).

В течение последних шести месяцев ее беспокоили обильные менструации с периодическими межменструальными кровянистыми выделениями из влагалища. С декабря 2023 года начались тянущие боли внизу живота, периодически принимающие схваткообразный характер. К гинекологу женщина не обращалась, УЗИ малого таза не делала (из-за отсутствия гинеколога в районной больнице). О наличии миомы не знала.

14.02.2024 года появились обильные кровянистые выделения из влагалища, а уже 19-го февраля начались выраженные схваткообразные боли внизу живота и ощущение инородного тела во влагалище. Спустя два дня пациентка самостоятельно вызвала бригаду скорой помощи, которая доставила ее в районную больницу по месту жительства.

Женщину поставили на учет в АРКЦ, ее осмотрели врачи. С целью коррекции постгеморрагической анемии проведена гемотрансфузия (перелито 980 мл эритроцитарной взвеси и 845 мл свежзамороженной плазмы). Состояние пациентки было расценено как стабильно тяжелое, и санитарным рейсом ее доставили в Краевую клиническую больницу.

В приемном покое пациентку осмотрел гинеколог. Состояние ее было удовлетворительное, гемодинамика не страдала. Данные вагинального исследования были таковы: наружные половые органы развиты правильно, половая щель зияет, за пределами интроитуса наблюдалось образование округлой формы 12*10 см серо-синюшного цвета с налетом фибрина, при пальпации – мягковатой консистенции, с основанием диаметром около 3 см, уходящим высоко во влагалище. Во влагалище образование 7*4 см плотной консистенции. Шейка матки не визуализируется, пальпаторно не определяется. Выделения сукровично-гнойные с ихорозным запахом.

Пациентке было выполнено УЗИ органов малого таза. Из протокола УЗИ: Правый яичник 34*26*39 мм, левый 35*30*38 мм. Жидкость в позадиматочном пространстве не определяется.

В проекции матки визуализируется гетерогенное образование 98*67*88 мм.

В анализах крови лейкоцитоз 15,65 тыс. со сдвигом формулы влево, анемия средней степени тяжести (гемоглобин 79 г/л), увеличение провоспалительных белков (СРБ 38,1 мг/л).

Клинический диагноз: родившийся субмукозный узел гигантских размеров с некрозом, не исключается полный выворот матки. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.



Женщину госпитализировали в отделение гинекологии. Была начата антибактериальная, симптоматическая терапия. С целью коррекции анемии перед оперативным вмешательством 22.02.2024 г. была проведена гемотрансфузия (перелито 640 мл эритроцитарной взвеси).

В этот же день в экстренном порядке проведено оперативное вмешательство: диагностическая лапароскопия, влагалищный этап удаления узла, лапаротомия, тотальная гистерэктомия с маточными трубами.

Из протокола операции лапароскопии: Матка в малом тазу не определяется, вывернута во влагалище. Связочный аппарат матки перерастянут, втянут во влагалище. Крестцово-маточные связки не визуализируются. Яичники отечные, размером 4*3*3 см, тусклые. Маточные трубы 7*0,5*0,5 см, фимбриальные отделы свободные. В мезосальпинксах и мезовариумах варикозно расширенные вены с мелкими тромбами. Подтвержден полный выворот матки.

Из протокола лапаротомии: Влагалищным доступом удален некротизированный родившийся узел на уровне дна матки. Вскрыт задний влагалищный свод. Пещера матки рассечена в продольном направлении, произведено отсечение и лигирование круглых связок матки. Учитывая выраженный отек и инфильтрацию тканей, невозможно оценить расположение мочевого пузыря и прямой кишки по отношению к матке, после лигирования сосудистых пучков тело матки отсечено. Решено удалить культю шейки матки лапаротомным доступом.

Далее была произведена лапаротомия по Пфанненштилю. Произведен дополнительный гемостаз в области собственных связок яичников. Маточные трубы и шейка матки удалены типичным способом. Произведена перитонизация пузырно-маточной складкой и листками широких связок. Общая кровопотеря составила 300 мл.



Послеоперационный диагноз: Родившийся миоматозный узел 0-го типа по FIGO гигантских размеров с некрозом с полным выворотом матки. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

В послеоперационном периоде пациентке была продолжена антибактериальная, симптоматическая, антианемическая терапия, сеансы ГБО. Послеоперационный период протекал гладко. Женщину выписали на 10-й день

в удовлетворительном состоянии при отсутствии жалоб.

Результат гистологического исследования: Миометрий с умеренным отеком. Эндометрий пролиферативного типа с обширными участками атрофии. Опухолевый узел имеет гистологическое строение лейомиомы со склерозом и гиалинозом отдельных пучков мышечных волокон, дистрофическими изменениями, очаговой миксоидной дегенерацией, очаговыми некрозами с кровоизлияниями.

Выводы

Клинический случай демонстрирует важность регулярного обследования женщины на амбулаторном этапе у гинеколога, проведение ТВУЗИ малого таза, что позволит выявить миому с подслизистой локализацией узла на ранней стадии заболевания, вовремя провести медикаментозное и оперативное лечение, направленное на улучшение качества жизни пациентки и сохранить орган. И самое главное – избежать такого тяжелого состояния, как рождение подслизистого узла с полным выворотом матки с инфицированием слизистых, приводящее к оперативному лечению с удалением органа.

Полноценность жизни женщины напрямую зависит от качества ее женского здоровья.

Список литературы

1. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации, 2015 г.
2. Кулаков В.И., Савельева Г.М. Гинекология. Национальное руководство, 2009 г.
3. Майкл С. Баггиш, Микки М. Каррам. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии, 2018 г.

Доброкачественная дисплазия молочных желез – болезнь женщин за 40?



Арутюн Харилян,
врач-онколог ККБ

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) – это группа заболеваний, которая характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. Частота в общей популяции составляет 30-45%, а в популяции гинекологических заболеваний – 50-60%. Максимальная заболеваемость регистрируется в возрасте 40-44 лет и старше.

Молочные железы являются органом-мишенью для половых гормонов яичников, эстроген-гестагенные нарушения играют определяющую роль в регуляции морфологических и гистологических изменений. Женщины с мастопатией относятся к группе высокого риска возникновения раковых заболеваний. Рак молочной железы возникает в три-пять раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез, и в 30-40 раз при некоторых формах узловой мастопатии. Важную роль играет гормон эстрадиол, его концентрация в тканях молочной железы в 2-20 раз выше, чем в плазме

крови. Основные его функции – стимулирование дифференцировки и развития протоков молочных желез, усиления синтеза ДНК и митотической активности эпителия, стимулирование васкуляризации и увеличение гидратации соединительной ткани. Другой гормон, прогестерон, напротив, предотвращает пролиферацию, обеспечивает дифференцировку на дольки и альвеолы, тормозит митотическую активность эпителиальных клеток. Таким образом, нарушение концентрации эстрадиола и прогестерона вызывает функциональные (мастодиния), а затем и морфологические изменения.

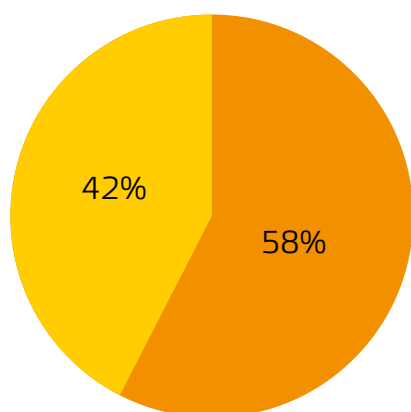
Ниже перечислены основные факторы риска дисплазии молочных желез:

- низкий индекс массы тела в детском и подростковом возрасте;
- быстрый темп роста в подростковом периоде;
- чрезмерное употребление в пищу животных жиров, алкоголя, кофеина;
- дефицит овощей, фруктов, орехов и пищевых волокон;
- гиподинамия;
- гормональная терапия более 3-х месяцев;
- оперативные вмешательства на молочных железах;
- стрессы;
- гинекологические заболевания;
- патология гипоталамо-гипофизарной системы;
- нарушения менструального цикла.

То есть ДДМЖ является многофакторным заболеванием, а тот факт, что риск развития рака молочных желез повышается в разы, говорит о важности ранней диагностики и своевременного наблюдения.

В марте-апреле 2024 года на базе отделения медицинских осмотров ККБ был проведен прием 102-х пациенток. С целью скрининга все женщины прошли исследование на трехмерном УЗ-сканировании «АБУС» с интерпретацией результатов врачом УЗ-диагностики. При анализе полученных данных УЗ-сканирования, жалоб, анамнеза и объективного осмотра получены следующие результаты:

Возраст

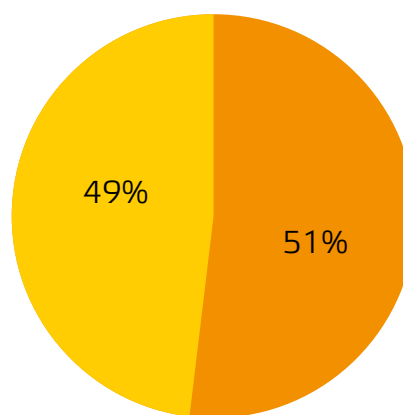


■ До 39 лет ■ после 39 лет

Согласно приказу 404-н от 2021 года МЗ РФ ММГ молочной железы проводится с 39 лет, поэтому пациентки условно были разделены на две возрастные группы: до 39 лет и после достижения этого возраста. Как мы можем заметить, подавляющее большинство женщин еще не достигли 39-летнего возраста, более того, 55% – это девушки 24-28 лет.

В процессе проведения обследования у всех пациенток уточнялся день менструального цикла, так как наиболее информативное время для проведения УЗ-диагностики – с 1-го по 10-й день цикла. В этот период уровень гормонов в женском организме значительно снижается, грудь становится менее плотной и менее отечной, что позволяет получить подробную картину молочных протоков.

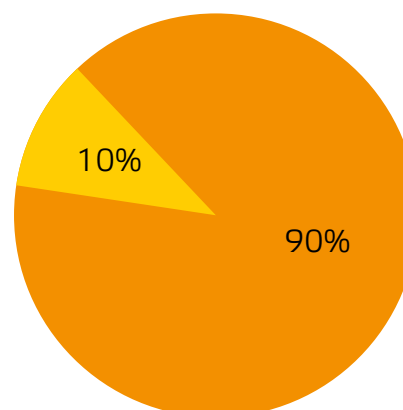
День цикла



■ До 10 дня ■ после 10 дня

Клинические проявления могут выражаться в дискомфортных ощущениях, болезненности, выделениях из главного протока, отечности молочных желез, особенно в предменструальной фазе.

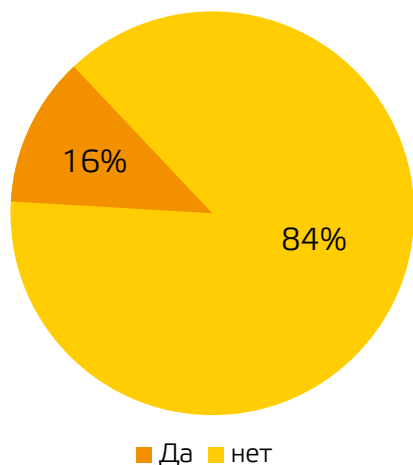
Клинические проявления



■ Да ■ нет

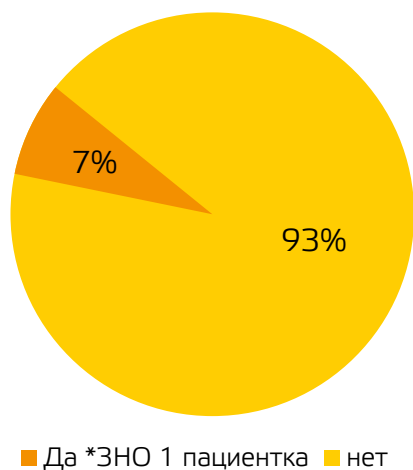
Наличие в анамнезе фиброзно-кистозной мастопатии требует обязательного динамического контроля, даже при отсутствии проявлений на снимках ММГ и УЗИ молочных желез.

Наличие в анамнезе ФКМ



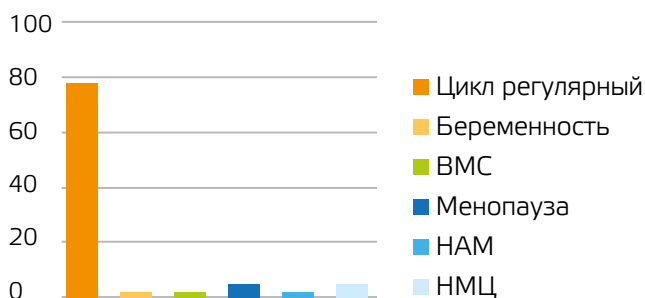
Кроме того, у осмотренных пациенток ранее диагностированы такие патологии органов малого таза, как миома матки, эндометриоз. У одной пациентки обнаружен рак желудка.

Наличие в анамнезе ЗНО/миома матки



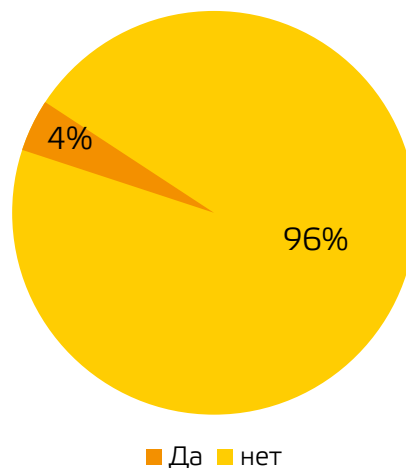
Менструальный цикл является основным критерием самостоятельной оценки состояния здоровья женщины. Его регулярность и функциональные нарушения выступают основным поводом для обращения к врачу-гинекологу. В группе осмотренных были женщины не только с нормальным менструальным циклом, но и с нарушениями, в состоянии менопаузы, после надвлагалищной ампутации матки и беременные.

Менструации



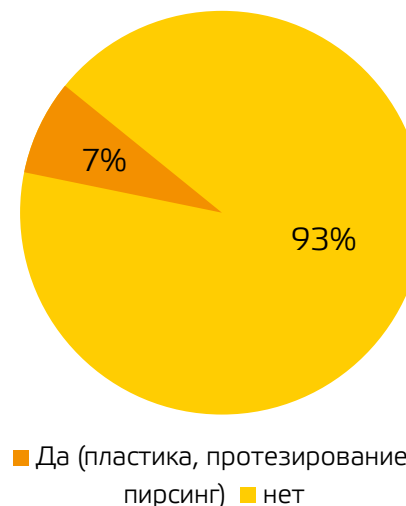
Как уже было сказано, нарушение маточного цикла, прием КОК, установленные ВМС играют важную роль в гормональных нарушениях организма женщины.

Прием ЛС (КОК, ВМС)

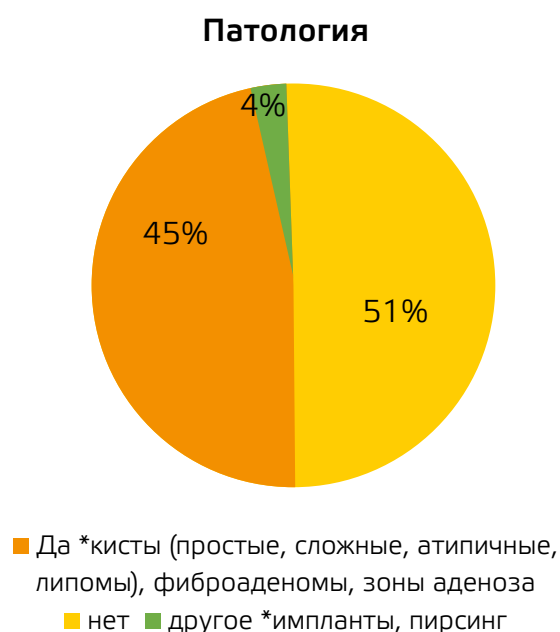


Осмотренным пациенткам оперативного лечения в больших объемах не проводилось, но инвазивные вмешательства (реконструктивные операции и пирсинг) встречались.

Операции на м\ж



В результате получены следующие УЗ-данные:



Почти у половины обследуемых обнаружены структурные изменения молочных желез (из них 46% женщины до 39-ти лет). Большинство проявлений – это «простые» кисты от трех до 15 мм. Также присутствовали кисты «сложного» характера и атипичные с характерной эхо-картиной и размерами до 3,0-3,3 мм. Учитывая сроки проведения и гормональные изменения молочных желез, встречались зоны аденоза и дуктэктазии. Кроме того, у одной пациентки выявлены единичные липомы до 7 мм.

Стоит заметить, что самостоятельный осмотр молочных желез в домашних условиях проводили только треть пациенток (32%).

Согласно клиническим рекомендациям от 02.11.2020 г. Минздрава РФ «доброкачественная дисплазия м/ж» классификация проявлений м/ж ранжируется по системе BiRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) от 0 до 6. И тактика ведения пациенток с проявлениями до BiRADS 4 (не включительно), без онконастороженности, в компетенции врача-гинеколога.

Таким образом:

1. Заболеваемость ДДМЖ не ограничивается возрастным контингентом свыше 40 лет, начальные проявления отмечаются уже с 23-25 лет.
2. Клинические проявления не являются основным предиктором возникновения очаговых образований молочных желез.
3. Самостоятельный осмотр проводит только треть пациенток, что свидетельствует о недостаточной информированности и приоритете ранней диагностики изменений молочной железы.
4. С учетом повышения рисков рака молочных желез необходимо отметить, что обнаруженные очаговые образования требуют дообследования и динамического наблюдения.

Пациенткам с кистозной мастопатией молочных желез BiRADS 2, при отсутствии противопоказаний, рекомендован прием индол-содержащих препаратов в течение 3-х месяцев, с повторным проведением УЗИ молочных желез и ЦДК через 6 месяцев.

Пациенткам с очаговыми образованиями (BiRADS 3), учитывая отсутствие архива исследований и динамики развития, рекомендовано проведение УЗИ молочных желез (в первые 10 дней цикла) с ЦДК, а также сдача лабораторных анализов крови на онкомаркеры (СА 15-3, РЭА) и повторная консультация онколога.

Список литературы

1. Клинические рекомендации от 02.11.2020 г. Минздрава РФ «Доброкачественная дисплазия молочных желез».
2. «Лечение фиброзно-кистозной мастопатии», д.м.н. Д.А. Манушарова, 2021 г.
3. Приказ МЗ от 27.04.2021 №404Н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп населения».

Остеома решетчатой кости. Клиническое наблюдение

И.В. Кан, Ф.Ю. Сергеев, В.Ю. Афонькин, А.Г. Симонов

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

Остеома – доброкачественное опухолевидное образование, поражающее кость и локализирующееся чаще всего в черепно-лицевой области. В отличие от других костных поражений остеомы демонстрируют очень медленный непрерывный рост. Поскольку эти поражения часто протекают бессимптомно, диагноз обычно ставится с помощью обзорной рентгенографии или компьютерной томографии, которые выполняются по другим причинам и нередко становятся случайной находкой.

В редких случаях обширный рост может вызвать эстетические или функциональные проблемы, которые различаются в зависимости от их нахождения. Рентгенологически остеомы выглядят как рентгеноконтрастные образования, похожие на кортикальный слой кости с четкими контурами, и могут приводить к локальному расширению кости. Компьютерная томография является оптимальным методом визуализации остеом для оценки взаиморасположения с другими структурами, а также для планирования хирургического вмешательства.

Радикальное удаление остеомы является золотым стандартом. Эндоскопическая хирургия считается предпочтительным методом выбора, однако при более крупных остеомах, особенно тех, которые располагаются в решетчатом лабиринте,

следует рассматривать возможность наружного доступа с боковой ринотомией.

Мы представляем клинический случай мультидисциплинарного подхода в лечении пациента с редкой локализацией большой остеомы в решетчатом лабиринте.

Пациент К. 55 лет поступил в отделение оториноларингологии ККБ 12.02.2024 года с жалобами на боль в области ската носа справа, с иррадиацией в правый глаз и заложенность правого носового хода.

По его словам, такое наблюдалось в течение последних шести месяцев с постепенным нарастанием. Обращался к оториноларингологу по месту жительства, где ему назначали местное лечение назальными деконгестантами. Улучшения состояния от проводимого лечения не было.

Пациента направили в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с вышеуказанными жалобами с целью дообследования.

На МСКТ придаточных пазух носа было выявлено образование костной плотности, располагающееся в передних отделах решетчатой кости, исходящее из медиальной стенки орбиты с частичной ее деструкцией. Размер образования 2,3x1,7x1,0 см (рис. 1).

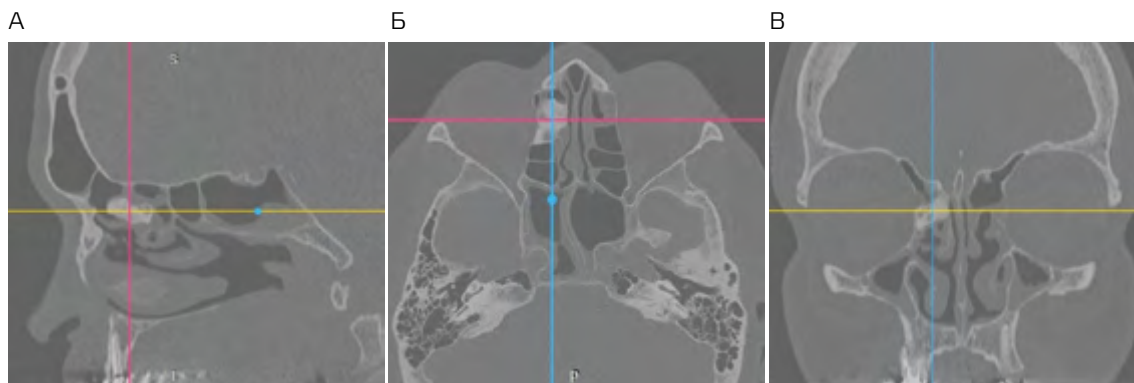


Рис. 1. МСКТ лицевого скелета. Опухолевидное образование в передних отделах решетчатого лабиринта справа.

- А. – сагиттальная плоскость
- Б. – корональная плоскость
- В. – фронтальная плоскость

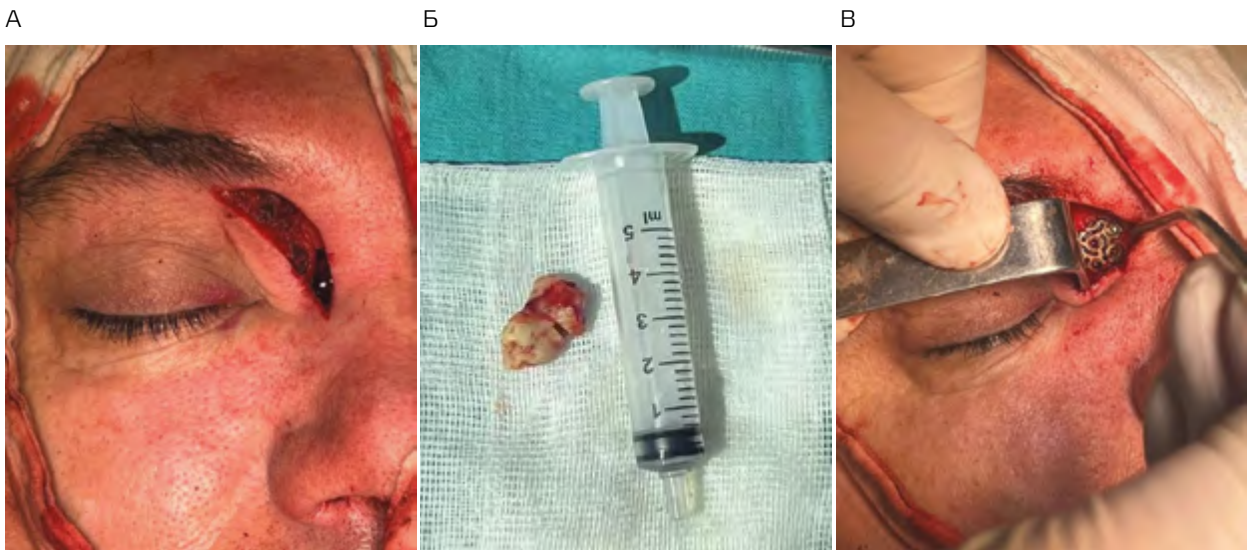


Рис. 2. Фото из операционной.

А. – оперативный доступ

Б. – удаленное опухолевидное образование

В. – пластика костного дефекта титановой пластиной

На основании клинических и рентгенологических данных был поставлен диагноз: остеома решетчатого лабиринта справа с деструкцией медиальной стенки правой орбиты. Было принято решения об удалении образования.

Ввиду достаточно больших размеров и особенностей расположения опухоль решили удалять наружным доступом через правую орбиту с выполнением боковой ринотомии и пластикой дефекта титановой пластиной. Операцию выполняли совместно с челюстно-лицевым и лор-хирургом.

Под наркозом был сделан разрез кожи по нижнему краю правой брови с переходом на боковую поверхность спинки носа справа длиной до 5 см. Затем скелетирована боковая стенка спинки носа и медиальная стенка правой орбиты. Выполнено костное окно диаметром до 1 см. Пройдено в решетчатый лабиринт. Обнаружено и удалено опухолевидное образование неправильной формы костной плотности с четкими контурами размером около 2х1,5х1 см. Костный дефект укрыли титановой пластиной, фиксировали винтами. Рану ушили послойно, кожу – интрадермальным швом. В правый носовой ход были установлены перчаточные турунды (рис. 2).

На контрольной МСКТ лицевого скелета наблюдается отсутствие опухолевидного образования. В околобуглярной клетчатке и мягких тканях

правой орбиты – послеоперационная эмфизема. Клетки решетчатого лабиринта субтотально затемнены. Дефект спинки носа справа, медиальной стенки правой орбиты, замещенный титановой сеткой, фиксированной винтами (рис. 3).



Рис. 3. Контрольная МСКТ лицевого скелета. Дефект спинки носа справа, медиальной стенки правой орбиты, замещенный титановой сеткой, фиксированной винтами

Послеоперационный период прошел без осложнений. Турунды из правого носового хода были удалены на следующий день, швы сняты на седьмые сутки. Пациент отмечает исчезновение боли в области носа.

Обзор проведенной тромболитической терапии в КБ51 за 2023 г.

О.Г. Краев, Д.В. Тесленко, Н.Н. Маркова, Н.Ф. Кузнецова

Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства, ЗАТО г. Железногорск

Инсульт является частой причиной остро возникающей неврологической симптоматики, вызванной церебральной ишемией или кровоизлиянием в головной мозг. Признаки инсульта часто возникают внезапно, и пациенты и/или их родственники могут точно указать время дебюта неврологического дефицита. Этот факт позволяет уверенно судить о длительности возникших неврологических проявлений и решать вопросы оказания экстренной медицинской помощи.

Согласно клиническим рекомендациям тромболитической терапии ишемического инсульта, ключевым фактором обеспечения эффективности реперфузионной терапии ишемических инсультов является максимально быстрое оказание необходимой медицинской помощи. Поэтому основным принципом работы сосудистого центра, оказывающего медицинскую помощь пациентам с ишемическим инсультом, является минимизация временных потерь и предельное сокращение времени «от двери до иглы».

В рамках статьи рассмотрен опыт применения реперфузионной терапии пациентам с ишемическим инсультом в КБ51 за 2023 год препаратом Альтеплаза отечественного производства.

Ключевые слова: ишемический инсульт, ОНМК, тромболитизис, Альтеплаза, Ревелиза, этапная реперфузия (бриджинг-терапия).

Сокращения, использованные в статье

- ВВ ТЛТ – системная внутривенная тромболитическая терапия ферментным фибринолитическим лекарственным препаратом Альтеплаза.
- Этапная реперфузия (rtPA-bridging) – комбинация ВВ ТЛТ и механической реканализации (ВВ ТЛТ + ТЭ (ТА)): при окклюзии крупного сосуда проведение ВВ ТЛТ, в случае неэффективности – последующая механическая реканализация.
- СМИ (средства массовой информации) – совокупность органов публичной передачи инфор-

- мации с помощью технических средств.
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.
- СФО – Сибирский федеральный округ.
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.
- КБ51 – Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства, ЗАТО г. Железногорск.
- АД – артериальное давление.
- ККБ – Краевая клиническая больница.
- СМП – скорая медицинская помощь.
- ASPECTS – 10-балльная топографическая РКТ-шкала, применяемая у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.
- ВСА – внутренняя сонная артерия.

Эпидемиология инсульта

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – клинический синдром, характеризующийся внезапным развитием очаговой неврологической симптоматики вследствие предполагаемой причины цереброваскулярного происхождения. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются чрезвычайно актуальной проблемой в клинической неврологии и в настоящее время становятся одной из основных социально-медицинских проблем неврологии и общества в целом. По материалам ВОЗ, частота инсульта в течение года колеблется от 1,5 до 7,4 на 1000 населения, а в России этот показатель в среднем составляет 3–4 на 1000 населения.

Инсульт является третьей по частоте причиной смерти в России. Проблема цереброваскулярных заболеваний и инсульта в последние годы становится все более актуальной.

По данным министерства здравоохранения Красноярского края, в 2021 году в Красноярском крае перенесли инсульт 4736 человек. Смертность от инсульта в Красноярском крае ниже, чем в

России, и составила 166,4 на 100 тыс. населения (СФО – 189,7 на 100 тыс. населения; Россия – 178,8 на 100 тыс. населения). По данным Национального регистра инсульта, 31% людей, перенесших ОНМК, нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить, и лишь 8% выживших больных могут вернуться к обычной жизни.

В Железногорске за 2023 год в неврологическое отделение КБ51 поступило 1167 пациентов, из них с ОНМК – 489, из которых с субарахноидальным кровоизлиянием – 5 человек, с внутримозговым кровоизлиянием – 28, с ишемическим инсультом – 456, транзиторные ишемические атаки отмечены у 144 пациентов. Эти показатели соответствуют средним статистическим величинам.

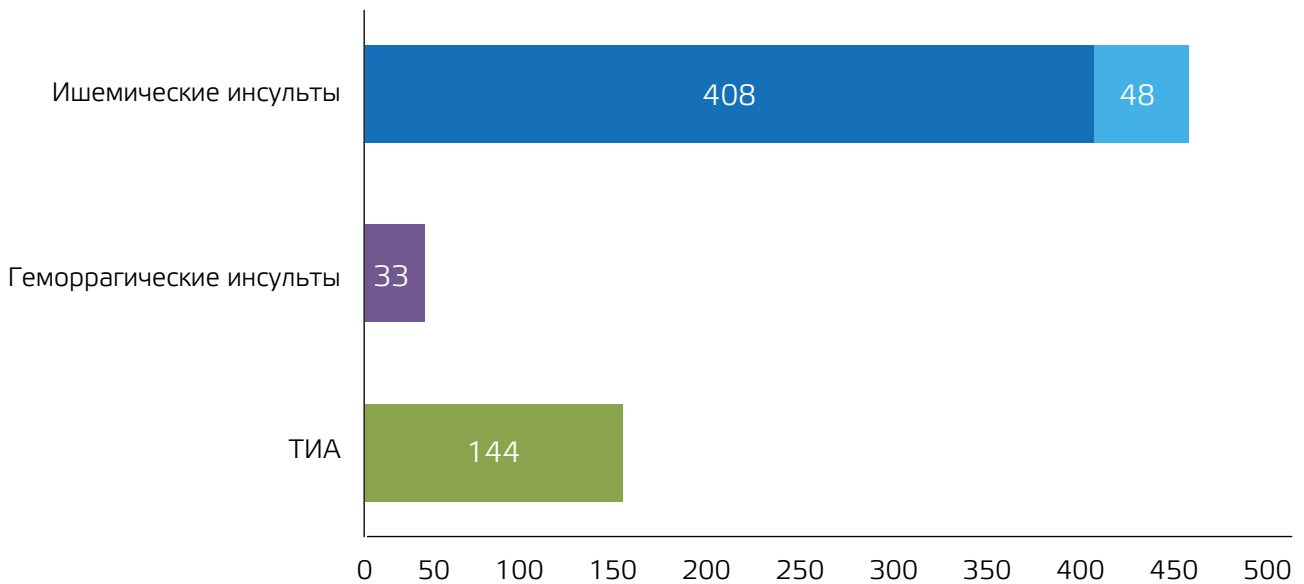


Рис. 1. Структура пациентов с ОНМК, пролеченных в КБ51 в 2023 г.

Инсульт в последние годы молодеет: не менее 20% нарушений кровообращения отмечаются у больных моложе 50 лет.

В связи с актуальностью проблемы лечения острого нарушения мозгового кровообращения и, в частности, применения одного из эффективных методов устранения неврологического дефицита проведен анализ применения системной внутривенной тромболитической терапии у пациентов с ишемическим инсультом за 2023 год.

Организация ангионеврологической службы в КБ51

Неврологическое отделение с момента его формирования имеет традиционно серьезный подход к диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения. Организация ангионеврологической службы на базе неврологического отделения КБ51 стала активно развиваться только с конца 2000-х годов.

В 2010-м в рамках неврологического отделения сформирована отдельная палата интенсивной терапии, оснащенная необходимым оборудо-

ванием и медперсоналом для круглосуточного мониторинга жизненно важных функций пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

В 2016 году сформирована мультидисциплинарная реабилитационная бригада на базе неврологического отделения, и стало возможным проведение ранней реабилитации и 2-го этапа реабилитации пациентов после перенесенных нарушений мозгового кровообращения. В тот же год неврологическое отделение КБ51 было включено в систему краевых первичных сосудистых центров и стало оказывать специализированную помощь пациентам прикрепленных территорий: г. Сосновоборска и п. Березовка. Общая численность прикрепленного контингента – 190 тыс. человек, что фактически привело к удвоению количества ишемических инсультов.

Активное проведение реперфузионной терапии в КБ51 началось с 2016-го. И от года к году количество проводимых тромболитисов постепенно увеличивалось с закономерным снижением на фоне эпидемии COVID-19.

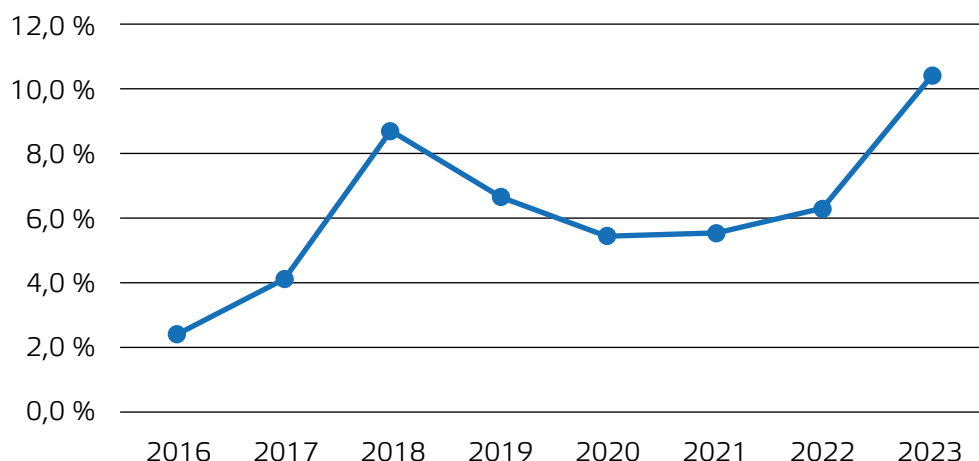


Рис. 2. Доля тромболизов от общего количества ишемических инсультов по годам

Тромболитическая терапия ишемических инсультов в 2023 г.

Для системной внутривенной тромболитической терапии нами используется ферментный фибринолитический лекарственный препарат Альтеплаза отечественного производства, полученный методом рекомбинантной ДНК, от компании ООО «Генриум-Некст», под названием Ревелизе.

Количество поступивших пациентов с ишемическим инсультом в 2023 году – 456.

Количество проведенных системных внутривенных тромболитических терапевтических процедур – 48.

Процент ВВ ТЛТ от числа ишемических инсультов – 10,5%.

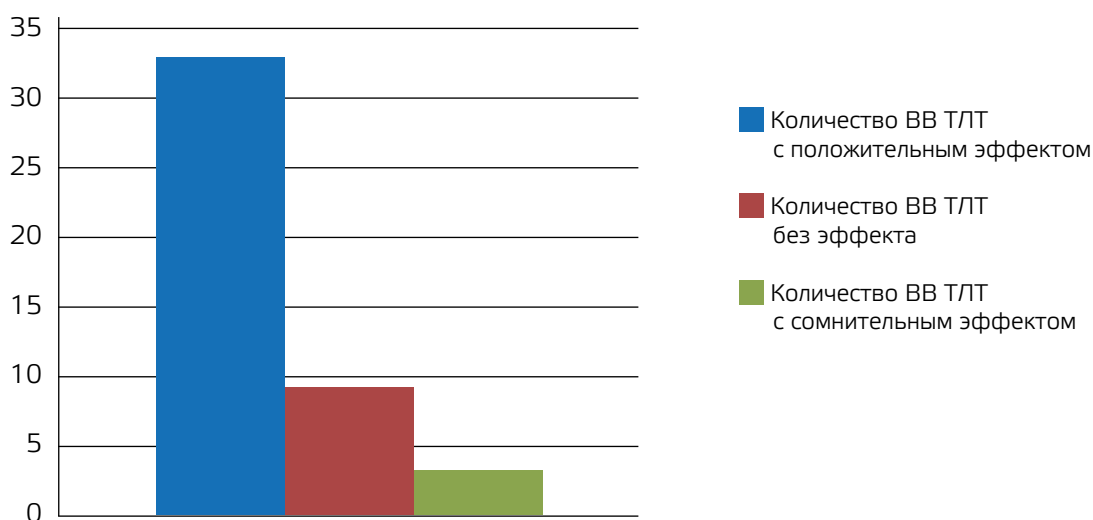


Рис. 3. Эффективность тромболитической терапии

Количество ВВ ТЛТ с положительным эффектом – 33 (69%).

Количество ВВ ТЛТ без эффекта – 9 (19%).

Количество ВВ ТЛТ с сомнительным эффектом – 3 (6%)

в виде отсутствия значимой динамики непосредственно в течение первых суток после проведения процедуры тромболитической терапии, но с положительной динамикой на 2-3 сутки в виде частичного регресса неврологического дефицита.

Количество этапных реперфузий (комбинация ВВ ТЛТ и механической реканализации (ВВ ТЛТ + ТЭ) – 3.

Во всех случаях тромбоэкстракция не проводилась в связи с появлением обширной зоны ишемии к моменту доставки пациента в ККБ. Количество системных ТЛТ, осложнившихся клинически значимой геморрагической трансформацией, – 3 (6%). Данный уровень осложнений (менее 10%) соответствует статистическим показателям при применении вещества Альтеплаза.

Во всех 3-х случаях геморрагические осложнения в виде САК или паренхиматозного кровоизлияния отмечались вне зоны инфаркта мозга. Один случай с осложнением в виде отека Квинке, развившегося после введения полной

дозы Альтеплазы и усугубившийся дыхательной недостаточностью.

Один случай системного ТЛТ с частичным регрессом правостороннего гемипареза, осложнившегося САК в противоположном полушарии, без нарастания неврологического дефицита.

Возрастные и клинические аспекты тромболитической терапии

Соотношение по половому составу равномерное: 50% женщин и 50% мужчин среди пациентов с выполненным системным внутривенным тромболитисом.

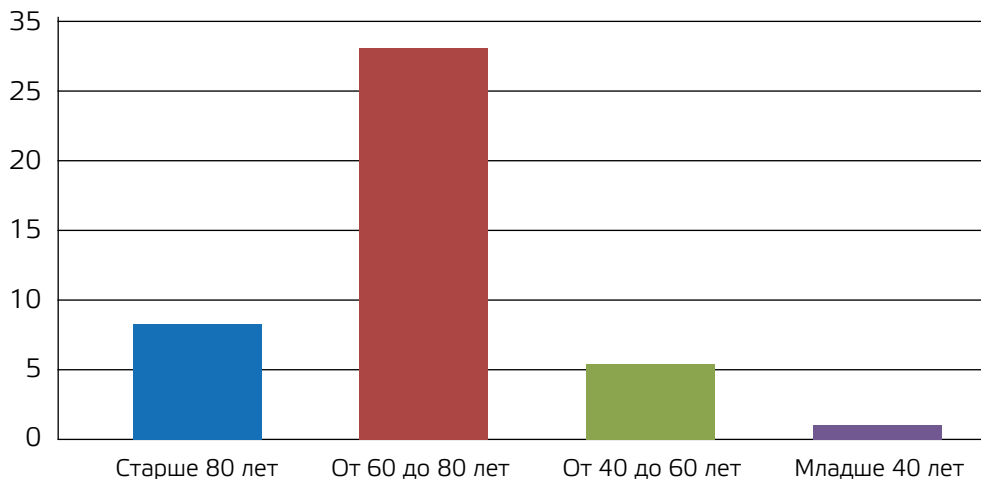


Рис. 4. Возрастной состав пациентов

Соотношение по возрасту. Самому молодому пациенту с ишемическим инсультом, которому провели системный ТЛТ, 28 лет. Больше количество пациентов в пожилом и старческом возрасте. Трое в возрасте 84-х лет. Средний возраст – 69 лет.

По тяжести состояния до процедуры ТЛТ распределение пациентов имеет высокий разброс от 3 б. до 28 б. по NIHSS. Среднее значение – 13 б., что говорит об умеренном, но инвалидизирующем неврологическом дефиците при поступлении.

Отмечено, что при проведении ТЛТ пациентам

с изначально высоким баллом по NIHSS 24 и более эффекта от проводимой терапии не было или отмечались осложнения в виде ретромбоза, геморрагической трансформации. Можно отметить, что проведение процедуры тромболитиса при грубом неврологическом дефиците без этапной реперфузии (бриджинг-терапии) не давало положительного эффекта и требовало более тщательного диагностического подхода. И хотя на данный момент ограничение по степени неврологического дефицита на момент ВВ ТЛТ отсутствует, проведение процедуры с учетом наших данных нецелесообразно при грубых неврологических нарушениях.

Фактор времени при тромболитической терапии

Проведение тромболитической терапии жестко ограничено временными рамками. Согласно клиническим рекомендациям проведение тромболитической терапии должно быть осуществлено в течение четырех с половиной часов с момента дебюта ишемического инсульта.

Этот фактор резко снижает возможность проведения такого метода терапии при неуточненном времени проявления симптомов. Много времени теряется на догоспитальном этапе в связи с низким уровнем осведомленности населения о симптомах инсульта, одиноком проживании пожилых пациентов, значительном времени транспортировки с отдаленных территорий (Березовский район, Сосновоборск).

Тем не менее даже при поступлении пациентов с ОНМК в терапевтическом окне большие временные потери происходят на стационарном этапе. В связи с отдаленностью диагностической рентгенологической службы (кабинета КТ) от «двери» ПДО происходят временные потери не менее 40 минут в рамках диагностики в условиях стационарной службы, что губительно сказывается на прогнозах и исходах ОНМК. Так как положительный эффект ТЛТ зависит от времени, прошедшего от начала заболевания.

Среднее время от дебюта ишемического инсульта до «иглы» составило 170 минут, что соответствует 2 часам 50 минутам. Почти три часа до момента введения тромболитического препарата означает, что на данном этапе организации помощи пациентам с ОНМК имеются значительные временные потери, которые необходимо сокращать.

Сокращение временных потерь – это совместная проблема организаторов здравоохранения, а также общественных и волонтерских организаций по улучшению осведомленности населения о симптомах инсульта и оптимизации скорости медицинской помощи.

Низкая осведомленность населения о признаках инсульта и затягивание с вызовом скорой медицинской помощи способствуют нарастанию симптомов инсульта и ухудшению клинического исхода.

Нужно чаще в СМИ и в других рекламных акциях обращать внимание населения на симптомы ин-

сульта и необходимость, по возможности, скорейшего обращения за медицинской помощью.

А также необходимо совершенствовать систему экстренной маршрутизации пациентов с подозрением на ОНМК для сокращения внутригоспитального времени.

Дозозависимый эффект Альтеплазы

Подбор дозы Альтеплазы осуществлялся с учетом веса пациента согласно утвержденным клиническим рекомендациям, она составляет 0,9 мг на килограмм веса. В возрасте старше 75 лет и с учетом индивидуальных особенностей пациентов доза уменьшалась до 0,6 мг/кг. Каких-либо существенных различий в применении меньшей дозы и ее эффективности у пациентов с ишемическим инсультом отмечено не было.

Хочется уточнить, что с учетом срочности патологии, часто когнитивных и афатических нарушений у пациентов с ишемическим инсультом, невозможности вертикализации пациента определение веса пациентов осуществляется «на глаз». Поэтому расчетная доза тромболитического препарата в большинстве случаев оказывается вариативной – от 0,9 до 0,5 мг/кг. Явной зависимости исхода ишемического инсульта от величины вводимой дозы не отмечалось.

Осложнения в виде клинически значимых кровоизлияний, отек Квинке после введения полной дозы Альтеплазы были отмечены на дозировках в 0,6 мг/кг. При этом отсутствие положительного эффекта отмечалось даже на фоне введения полной дозы тромболитика в дозе 0,9 мг/кг. При том что побочные эффекты в виде наружного или внутреннего кровотечения в случаях введения больших доз фиксировались не чаще, чем при введении сниженных. У пациентов с массой тела более 100 кг применялась максимальная доза Альтеплазы – 90 мг. За 2023 год было 6 пациентов с массой тела более 100 кг. В двух случаях применение Альтеплазы в дозе 90 мг было неэффективным.

Влияние уровня артериального давления на исход тромболитической терапии

Безусловно, важным прогностическим критерием благоприятного исхода системного внутримышечного тромболитического лечения является устойчивое АД в пределах оптимальных параметров. По-

вышенное АД более 185/105 мм.рт.ст. во время проведения ВВ ТЛТ, как и в период времени в течение суток после проведения процедуры, сочеталось с худшим прогнозом даже несмотря на экстренную коррекцию гипотензивными препаратами. Большим негативным эффектом обладало не изначально повышенное АД (на момент начала процедуры), а стремительное повышение во время процедуры или в течение первых суток.

Возможности этапной реперфузии

В 2023 году в Краевую клиническую больницу для проведения тромбэкстракции в системе брахицефальных артерий в экстренном порядке было направлено трое пациентов. У них была выявлена методом внутривенной контрастной многосрезовой спиральной компьютерной ангиографии окклюзия проксимального сегмента внутренней сонной артерии. Всем троим в условиях КБ51 проведена тромболитическая терапия Альтеплазой в дозе 0,9 мг/кг. Транспортировка в ККБ осуществлялась бригадой СМП. С учетом основополагающего временного фактора проведение тромболитической терапии начиналось в условиях реанимации и продолжалось во время транспортировки пациента в машине скорой медицинской помощи в течение установленного времени. Проводимая системная тромболитическая терапия во всех трех случаях оказалась неэффективной на фоне острой окклюзии проксимального отдела внутренней сонной артерии.

Несмотря на возможность ранней транспортировки в ККБ в течение трех часов с момента дебюта ОНМК, на момент прибытия в ККБ поражение головного мозга по рентгенологической шкале ASPECTS составляло 5 и менее баллов, что является прямым противопоказанием к проведению экстренной тромбэкстракции.

Таким образом, все попытки взаимодействия с Краевой клинической больницей в плане проведения этапной реперфузии в 2023 году оказались малоэффективными, что позволяет сделать выводы о необходимости сокращения временных потерь.

С учетом больших временных потерь в результате транспортировки пациента машиной СМП и отсутствия эффективности системной тромболитической терапии при окклюзии проксимального отдела ВСА остро стоит вопрос об

открытии службы рентгенэндоваскулярных технологий в условиях КБ51 для возможности проведения операции по тромбэкстракции в условиях данного учреждения, на что указывает решение руководителя ФМБА В.И. Скворцовой.

Неблагоприятные реакции и осложнения при проведении реперфузионной терапии

1. Внутрочерепные кровоизлияния

Частым осложнением при проведении системного тромболитического являются, несомненно, кровотечения. Частота наружных кровотечений не превышала 10%, и интенсивность их проявлений не ограничивала дальнейшее продолжение применения Альтеплазы. Наиболее частыми были кровотечения области десен, мест пункций вен, свежих ссадин, области подкожных гематом.

Внутрочерепные кровоизлияния отмечались в 8% случаев (4 случая) тромболитической терапии в 2023 году. Три случая – с клинически значимыми внутрочерепными кровоизлияниями, которые усугубили неврологический дефицит и общее состояние пациента, и один – с незначительным САК вне очага инсульта без клинически значимых нарушений как подтверждение реперфузии очага.

Грозным осложнением системной внутривенной тромболитической терапии явилось перивентрикулярное кровоизлияние вне очага инсульта с прорывом в желудочковую систему на фоне нестабильного АД во время проведения ВВ ТЛТ. В течение первого часа на фоне проведения ВВ ТЛТ Альтеплазой в дозе 0,9 мг/кг произошло стремительное повышение АД до 230/120 мм.рт.ст. Вводился Урапидил (25 мг) с экстренным снижением АД до 140/80 мм.рт.ст. После эпизода повышенного АД состояние пациента ухудшилось, было принято решение о проведении МСКТ ГМ в экстренном порядке. Выявлено осложнение, и начата гемостатическая терапия в неотложном режиме. На фоне проводимой терапии состояние пациента осталось тяжелым. Он был выписан без клинических улучшений в состоянии глубокой инвалидизации.

2. Анафилактоидные реакции

В другом случае после введения полной дозы Альтеплазы (0,6 мг/кг) в начале второго часа

наблюдения произошло развитие отека Квинке с дыхательными нарушениями. На фоне гипоксии головного мозга произошло выраженное повышение АД до 230/130 мм.рт.ст. Пациентке в экстренном порядке была начата терапия, но отек Квинке стремительно нарастал. В срочном порядке проведена интубация трахеи, больную перевели на ИВЛ.

На фоне эпизода повышенного АД произошло развитие геморрагических осложнений в виде субарахноидального кровоизлияния теменной области слева. САК гипертензионного генеза произошло вне очага ишемического инсульта. На фоне проводимой терапии состояние пациентки не улучшилось и закончилось летально.

3. Проблема ретромбоза

Еще одним интересным моментом при проведении системного тромболизиса является ретромбоз мозговой артерии с возвращением неврологического дефицита на исходный уровень. Ретромбоз был отмечен в двух случаях проведенного тромболизиса. Симптомы неврологического дефицита на фоне начала терапии стали регрессировать, но после завершения действия тромболитика, которое составляет до суток после проведенной инфузии, неврологический дефицит вырос до исходного уровня. В обоих случаях отмечался гемодинамически значимый выраженный стеноз ВСА, что и обуславливало данный тип клинических проявлений. Проведение бриджинг-терапии в одном из представленных случаев не улучшило клинический прогноз.

4. Нарушение когнитивного статуса

Самым неоднозначным осложнением тромболитической терапии является развитие когнитивных нарушений. Такое осложнение манифестирует появлением психических, галлюцинаторных нарушений, сумеречным изменением сознания у пациента с ишемическим инсультом. Данное нарушение возникало при восстановлении очагового дефицита, не было связано с объемом поражения вещества мозга. И возможно, обусловлено субклиническим когнитивным снижением на догоспитальном этапе.

Осложнение встречалось в 8% случаев после проведенной процедуры тромболизиса. При его выявлении дальнейшее ведение пациентов осуществлялось совместно с врачом-психиатром. Назначались психокорректирующие препараты, мягкая фиксация. Длительность

делирия составляла до нескольких дней. Но на фоне комплексной терапии сознание пациентов постепенно восстанавливалось, и к моменту выписки нарушения поведения частично или полностью регрессировали.

Комплексный подход в лечении ишемического инсульта

Несмотря на порой драматический эффект тромболитической терапии в большей части наблюдений, необходимо подчеркнуть положительный эффект нейропротективной и нейрометаболической терапии во время введения тромболитика и после его применения. Всем пациентам с ишемическим инсультом была проведена нейропротективная, нейрометаболическая, антиоксидантная терапия для минимизации дефекта и улучшения перфузии ишемизированной зоны головного мозга.

Наиболее универсальным нейрометаболическим препаратом, применяемым при проведении системного ТЛТ, является Церебролизин. За время наблюдения не было выявлено побочных эффектов и отрицательного взаимодействия между препаратами Церебролизин и Альтеплаза. Не отмечались и аллергические реакции на препарат Церебролизин.

Также в комплексном лечении пациентов после проведенной ВВ ТЛТ применяются все доступные средства и лекарственные препараты, применяемые и у пациентов без проведенной процедуры ВВ ТЛТ.

Немаловажную роль в функциональном восстановлении после инсульта играет реабилитация, проводимая на всех этапах лечения ОНМК.

Лечебная физкультура, обучение ходьбе, вертикализация, активная и пассивная гимнастика, физиотерапевтические процедуры, массаж способствуют активному и быстрому восстановлению утраченных функций и, по последним данным, имеют не меньшую эффективность, чем процедура тромболитической терапии.

Влияние ТЛТ на сроки пребывания в лечебном учреждении

Нет четкой корреляции клинической картины после проведения системного тромболизиса и сформировавшимся анатомическим дефектом. При удачно проведенной процедуре тромболи-

зиса клинический эффект наступает уже спустя несколько минут от начала введения тромболитика. В других случаях имеет место отложенное восстановление – даже спустя трое суток после проведенной ТЛТ.

Это связано с постепенным восстановлением функциональной активности зоны пенумбры, сохранившейся благодаря процедуре системного тромболизиса и активной вторичной васкуляризации ишемизированной зоны.

В случаях с быстрым и полным регрессом очаговой и общемозговой симптоматики сроки пребывания на больничной койке после ТЛТ не превышают 28 дней (в среднем – 17 дней). Часто

такой группе пациентов не требуется второй этап реабилитации, и они сразу выписываются на амбулаторное наблюдение.

В случаях с неэффективным тромболизисом или при осложнениях во время или после процедуры сроки госпитализации удлиняются и могут превышать более двух месяцев.

Таким образом, успешно проведенный тромболизис снижает срок пребывания пациента на койке почти в два раза, но при неэффективной ТЛТ срок лечения определяется тяжестью состояния пациента.

Средний период пребывания пациентов после проведенной ТЛТ составил 23 дня.

Выводы

Системный внутривенный тромболизис является золотым стандартом в лечении ишемического инсульта. Субъективно можно высказаться о равнозначной эффективности отечественного препарата Ревелизе в сравнении с импортным аналогом. На данном этапе развития ангионеврологической помощи применение тромболизиса является основным патогенетическим методом лечения ишемического инсульта. В неврологическом отделении проведена серьезная работа по повышению уровня специализированной помощи больным в острейшем периоде инсульта. Выполнено 48 тромболизисов, что

составило 10,5% от общего числа пациентов.

Необходимо постоянное улучшение качества оказания помощи инсультным больным. Назрела необходимость в структурных улучшениях ангионеврологической службы в виде расширения палаты интенсивной терапии до 12 коек. Диагностическое звено нуждается в магнитно-резонансном томографе, повышении количества контрастных методов исследования, развитии рентгенэндоваскулярных технологий для проведения этапной реперфузии в условиях КБ51.

Список литературы

1. Протокол тромболитической терапии ишемического инсульта. – Санкт-Петербург: Б. и., 2023.
2. Клинические рекомендации – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых – 2021-2022-2023 (01.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ.
3. Ревелиза – инструкция по применению. Официальная инструкция, зарегистрированная Минздравом РФ.

Клинический случай гибридного вмешательства при тандемном поражении сонной артерии

Н.В. Литвинюк^{1,2}, Р.А. Халиулин¹, Е.Е. Лихошерст¹, К.А. Рудых¹, А.А. Антипов¹, Е.В. Беянина¹, П.Г. Шнякин^{1,2}.

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

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

Своевременная диагностика и лечение стенотического поражения брахиоцефальных сосудов является важной составляющей в профилактике возникновения острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Среди современных подходов, направленных на коррекцию стенотического поражения, существуют два основных: открытое хирургическое вмешательство и эндоваскулярное стентирование пораженного сегмента. Доказательная база, основанная на результатах современных исследований, и клинические рекомендации указывают на открытый хирургический подход как метод первого выбора, а в случае сложных коморбидных пациентов методом выбора является эндоваскулярная тактика. Несмотря на решенный вопрос в выборе тактик лечения существует группа пациентов, которая требует персонализированного подхода

с точки зрения оценки «польза-риск» для каждого пациента, а именно пациенты с тандемным поражением сонной артерии. Представленный клинический случай демонстрирует возможную лечебную тактику с минимизацией хирургической травмы и рисков периоперационного ишемического инсульта.

Пациент Р., 76 лет, направлен на прием к сосудистому хирургу в поликлинику Краевой клинической больницы в связи с выявленным поражением внутренних сонных артерий. Из анамнеза известно, что мужчина долгое время проходил лечение по поводу критической ишемии правой нижней конечности. Несмотря на попытки сохранения конечности ему была выполнена ампутация. На момент осмотра жалобы на боли левой нижней конечности пациент не предъявлял, был активен, передвигался на костылях. По данным УЗИ был выявлен стеноз ВСА справа 75% и окклюзия ВСА слева. Учитывая данные анамнеза и в рамках подготовки к реваскуляризирующей операции, принято решение о проведении коронарографии в соответствии с клиническими протоколами.

Пациент госпитализирован в 3-ю кардиологию, выполнена коронарография – выявлен стеноз средней трети диагональной ветви 75% (рис. 1). Тактика лечения обсуждалась с кардиологом. Учитывая отсутствие клинических проявлений стенокардии, принято решение о назначении оптимальной медикаментозной терапии. В рамках дообследования пациенту выполнена нативная МСКТ и ангиограмма для определения объема оперативного вмешательства и анатомических особенностей экстра- и интракраниального русла.



Рис. 1. Коронарограмма в краниальной проекции (белой стрелкой отмечен стеноз диагональной ветви)

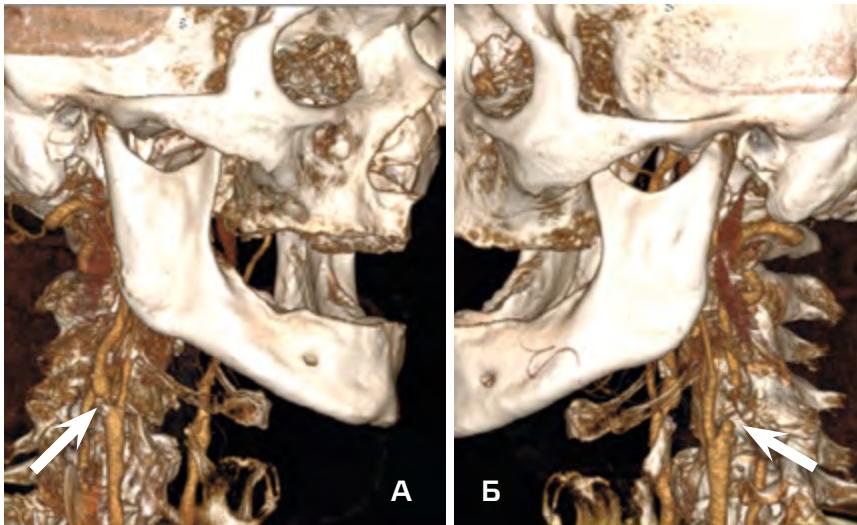


Рис. 2. МСКТА-реконструкция. А – стеноз правой ВСА 90%.
Б – окклюзия ВСА слева

По данным МСКТА выявлена окклюзия ВСА слева, критический стеноз устья ВСА справа, интракраниальные сегменты контрастируются без дефектов наполнения, при детальном изучении данных выявлен стеноз устья ОСА 75% (рис. 2).

Тактику обсудили в рамках консилиума в составе рентгенхирурга, сосудистого хирурга и кардиолога. Учитывая контрлатеральную окклюзию ВСА, что определяет высокий риск хирургического вмешательства; тандемное поражение, что, в свою очередь, увеличивает сложность эндоваскулярного вмешательства за счет увеличения объема стентирования и риски дистальной эмболии, принято решение о выполнении гибридного вмешательства в объеме эверсионной каротидной эндартерэктомии и ретроградного стентирования устья ОСА.

Необходимо отметить, что пациент был предварительно подготовлен двойной дезагрегантной терапией (клопидогрель 75 мг и ацетилсалициловая кислота 125 мг на протяжении пяти дней) для выполнения стентирования. Оперативное вмешательство выполнялось в условиях мониторинга церебральной оксиметрии (рис 3). Обращает внимание, что изменения церебральной оксиметрии в момент наложения зажима на ВСА справа носили двусторонний характер вследствие исходной окклюзии левой ВСА. Контроль и поддержание адекватного перфузионного давления и оксиметрии артериальной крови позволили избежать критического снижения показателей церебральной оксиметрии на всех этапах операции.

Выполнен стандартный хирургический доступ, и первым этапом сосудистыми хирургами выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия с удалением атеросклеротической бляшки единым блоком (рис. 4), время пережатия составило 20 минут. Вторым этапом рентгенхирургами выполнена ретроградная пункция общей сонной артерии и установлен интродьюсер (рис. 5). Проводник 0.035 проведен через стеноз устья ОСА в аорту, далее по проводнику в проекцию стеноза заведен стент диаметром 9,0 мм. Перед имплантацией стента для профилактики дистальной эмболии выполнено пережатие ВСА и имплантирован стент, время пережатия 1 минута (рис. 6).

Вторым этапом рентгенхирургами выполнена ретроградная пункция общей сонной артерии и установлен интродьюсер (рис. 5). Проводник 0.035 проведен через стеноз устья ОСА в аорту, далее по проводнику в проекцию стеноза заведен стент диаметром 9,0 мм. Перед имплантацией стента для профилактики дистальной эмболии выполнено пережатие ВСА и имплантирован стент, время пережатия 1 минута (рис. 6).



Рис. 3. Динамика изменения сатурации головного мозга. Стрелками отмечены этапы наложения зажима на правую ВСА: 1 – окклюзия перед эверсионной эндартерэктомией; 2 – окклюзия перед пункцией и установкой интродьюсера в ОСА; 3 – окклюзия перед стентированием устья ОСА



Рис. 4. Удаленная бляшка из устья внутренней сонной артерии справа

На контрольной селективной ангиографии просвет ОСА и ВСА справа восстановлен, интракраниальное русло проходимо. Интродьюсер удален, выполнено ушивание места пункции. Общее время пережатия за время вмешательства – 25 минут.

Пациент был экстубирован по окончании вмешательства в операционной и переведен в ОАР 2 для дальнейшего наблюдения. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациента выписали на 12-е сутки для амбулаторного наблюдения.

Данный клинический случай интересен со стороны как клинических характеристик пациента, так и организационных этапов. В соответствии с клиническими рекомендациями Европейского общества кардиологов по лечению атеросклеротического поражения периферического русла случай с пациентом Р. относится к категории вмешательств высокого риска, учитывая контрлатеральную окклюзию. Однако высокий риск не определяет противопоказание к оперативному вмешательству, а указывает на необходимость тщательного анализа всех анамнестических данных и применения командного подхода, если это возможно. Вторым важным моментом данного клинического случая является выполнение оперативного вмешательства на фоне двойной дезагрегантной терапии, подобная клиническая ситуация часто определяется как противопоказание для каротидной эндартерэктомии, что является заблуждением. Представленный нами клинический пример демонстрирует отсутствие геморрагических осложнений в периоперационном периоде, несмотря на прием ДААТ.

Важным моментом является возможность выполнять подобные вмешательства, учитывая наличие гибридной рентгеноперационной с возможностью работы сразу нескольких операционных бригад. Такой подход необходимо рассматривать у пациентов с тандемным поражением брахиоцефальных сосудов в рамках мультидисциплинарной команды и с учетом пользы и рисков для пациента.

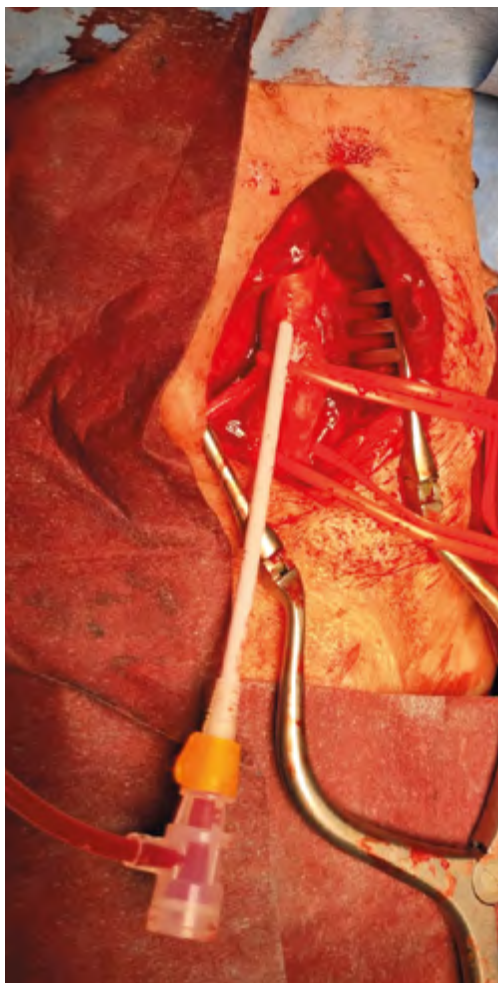


Рис. 5. Интродьюсер, ретроградно установленный в ОСА



Рис. 6. Стент, имплантированный в устье ОСА справа (белая стрелка – установлен стент)

85
лет

санитарной авиации

Огромный Красноярский край с низкой плотностью населения не может существовать без крылатой медицины. Это очевидно и сегодня, и было ясно еще в далеком 1939 году, когда по приказу Наркомздрава РФ открылась краевая санавиастанция. В течение восьми лет она была самостоятельной организацией, а в 1947 году вошла в состав Краевой клинической больницы в статусе отделения экстренной и планово-консультативной медицинской помощи.

Начиналась санавиация совсем не со стальных могучих птиц и даже не с маленьких самолетов, а с борт-лошадей, которых в зависимости от времени года запрягали то в сани, то в телеги. А для преодоления более дальних расстояний были выделены легкие деревянные самолетики ПО-2 (У-2), которые весили 800 кг, имели мощность в 100 лошадиных сил и поднять в воздух могли около 300 кг. Хорошо утепленная кабина имела посадочные места для пилота и фельдшера, пациента же транспортировали невероятным способом – специальную люльку закрепляли под крылом самолета. Таким

образом эвакуировали раненых еще во время Великой Отечественной войны, а в мирное время вывозили из труднодоступных мест, не принимая на борт в прямом смысле, оленеводов Севера и просто сельских жителей.



Транспортировка пациента



Транспортировка пациента



Борт-лошади



Будни санитарной авиации

Сегодня в парке санитарной авиации в Краевой больнице имеются: два вертолета Ми-8 и один Ми-8 МТВ (имеющие медицинский модуль с транспортно-реанимационным оборудованием), вертолет «Еврокоптер», Robinson, самолет Cessna-208, Pilatus-12, а также отечественные самолеты Ан-24, Ан-26, Як-40, Як-42.



Врачи отправляются в рейс



Врачи санавиации



Вениамин Львович Аронов

Первым заведующим красноярской санавиацией был Петр Елизарьевич Зайцев – хирург, заведующий кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии КрасГМИ. С 1947-го по 1986 год отделением руководил заслуженный врач РФ фронтовик Вениамин Львович Аронов. В 1947 году в штат отделения кроме заведующего и фельдшеров были введены должности хирурга, акушера-гинеколога, педиатра. А с января 1963-го в штате появились нейрохирург, кардиохирург, терапевт, сосудистый хирург, невропатолог.



В.А. Климович, командир 188 авиаотряда,
и В.Л. Аронов, 1981 г.

В разное время в санитарной авиации работали талантливые специалисты: с 1946 года до середины 1970-х в качестве борт-хирурга летала высококлассный широкоэрудированный врач, заведующая урологическим отделением А.А. Кокорина; заведующий нейрохирургическим отделением А.Е. Барышев; трагически погибший в 1970 году при выполнении санрейса хирург Е.И. Стрижевский, гинекологи Е.Н. Яковлева и Т.А. Гордеюк, педиатр Н.М. Афанасьева, хирург А.П. Тиганик, невролог И.А. Хрипач.

С 1986-го по 2000 год санавиацией заведовал В.К. Медведь. Далее эту должность занимали С.Б. Пакшин и А.В. Масленников. А в 2005-м к руководству отделением приступил К.А. Барышников. Ровно 40 лет в ККБ трудится старшая медсестра отделения Е.Б. Островская, и большую часть этого времени она является бессменным сотрудником санавиации.



Невропатолог И.А. Хрипач и пилот Смолькин



Коллектив санитарной авиации



ХИРУРГ ЛЕТИТ В ТАЙГУ

В журнале «Советский Союз» была опубликована статья о врачебном подвиге борт-хирурга Анны Кокориной, которая впервые в СССР прооперировала пациентку прямо в небе, на борту вертолета. Женщина с внематочной беременностью осталась жива. Об Анне Кокориной писали не только советские СМИ, но и пресса стран СЭВ.

Статья о подвиге в спасении жизни женщины, опубликованная в журнале «Советский Союз» в 1968 году. Фото: архив Краевой больницы.

Сегодня санавиация края имеет восемь филиалов: в Дудинке, Енисейске, Хатанге, Туре, Байките, Ванаваре, Туруханске, а также в поселке Бор. В каждом филиале базируется вертолет Ми-8, а в Енисейске еще и Ми-8 МТВ. Ежегодно 4500 пациентов получают помощь нашей санавиации, из них 3500 эвакуируются воздушным транспортом. На территории больницы с 2012 года работает вертолетная площадка. Время доставки пациента с борта вертолета до реанимационного отделения составляет несколько минут. С 2014 года работа санитарной авиации регулируется единой информационной системой «СанВылет». Санитарный вызов оформляется в момент телеконсультирования районного лечащего врача специалистом Краевой клинической больницы. Именно узкий специалист ККБ решает вопрос о доставке пациента в боль-

ницу. Сегодня термин «нетранспортабельный» относится только к пациентам в состоянии шока. Когда оно преодолевается, больных транспортируют в краевые лечебные учреждения.



Посадка на о. Татышев

60
лет

отделению травматологии

В январе 2015 года четыре специализированных отделения – травматологии, ортопедии, микрохирургии и сочетанной травмы – были объединены в Центр травматологии и ортопедии, всесторонне охватывающий проблемы костно-мышечной системы. Но начиналось все с открытия в 1964 году отделения травматологии.

Первые травматологические койки появились в Краевой больнице сразу после войны – требовали заботы участники Великой Отечественной. Но мирное время поставило новые задачи, сменился характер травм, подходы к лечению. Первой заведующей отделением, где лечили не только взрослых пациентов, но и детей, была назначена Зинаида Давыдовна Банникова. Затем руководить отделением стал Анатолий Тихонович Шукин, проработавший в этой должности более 20 лет. Он был замечательный человек – мудрый и профессиональный травматолог, к которому всегда можно было обратиться за советом как в профессиональной, так и в жизненной ситуации. Старшей медсестрой в те годы была Валентина Александровна Никифорова, проработавшая в отделении травматологии с 1968 по 1987 год.



Заведующий отделением
А.А. Сурин



З.Д. Банникова



В.М. Дементьев и старшая медсестра В.А. Никифорова



В.С. Лапинская

Мы помним имена врачей, трудившихся в разные годы в составе коллектива травматологического отделения: Сергей Николаевич Осипачев, Валентин Михайлович Дементьев, Юрий



Л.Л. Роднянский с маленькими пациентами, 1970-е



Профессор Л.Л. Роднянский и будущий заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ В.Н. Шубкин с курсантами, 1980-е

Владимирович Шмаков, Сергей Михайлович Чанчиков, Елизавета Викторовна Маджар, Валерий Михайлович Мясоедов, Андрей Леонидович Билоус.

Кафедра травматологии и ортопедии тогда еще КГМИ начала свою деятельность в 1969 году. В это же время по инициативе Валентины Спиридоновны Лапинской было создано отделение ортопедии.

В историю краевой травматологии вписаны имена сотрудников кафедры: Ростислав Антонович Гайдук, Евгений Мечиславович Валентинович, Алексей Александрович Гайдук, Юрий Федорович Гусев, Равиль Рафаилович Гатиатулин, Вадим Игоревич Трубников, Валентина Андреевна Клименко, Луиза Ивановна Лобачева, Татьяна Викторовна Болдырева. А первым заведующим кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ был профессор Лазарь Львович Роднянский. Затем кафедру возглавил Владимир Николаевич Шубкин. После него кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии руководил доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории Вадим Игоревич Трубников.



1980-е. Аппарат Илизарова в действии. Занятие ведет Ю.Ф. Гусев

Бывший военный врач профессор Роднянский (1921-1991 гг.) прославил красноярскую травматологию и ортопедию на весь Советский Союз. Заслугой тому стал знаменитый эндокорректор Роднянского – приспособление для лечения сколиоза, гарантирующее быструю постоперационную двигательную активность и коррекцию искривления по мере роста больного.

80-90-е годы прошлого столетия в травматологии считались эпохой аппарата Илизарова, а так как Лазарь Львович Роднянский и Гавриил Абрамович Илизаров были большими друзьями, то буквально все больные травматологического отделения лечились именно аппаратами Илизарова, иных методов остеосинтеза практически не применяли. Сегодня было бы странным, что молодые доктора пробуют иные, не утвержденные методы



Будущий заведующий кафедрой травматологии и ортопедии В.И. Трубников, 1970-е



Ю.Ф. Гусев, к.м.н., ассистент кафедры, заведующий травматологическим отделением с 1993 по 1997 год



1990-е. Слева направо: Н.И. Кольба, А.В. Протопопов, В.Н. Шубкин, жена губернатора Красноярского края И.В. Лебедь, начальник райздравотдела И.А. Шнайдер, С.Н. Козаченко и др.



Отделение травматологии, 1997 г.

лечения, а тогда смельчаки на свой страх и риск начинали делать первые накостные остеосинтезы пластинами. И уже позже, на планерках, видя остеосинтез перелома аппаратом Илизарова, Ростислав Антонович Гайдук задавал вопрос: «Почему пластину не поставили?»

С 1993 по 1997 год травматологическим отделением заведовал к.м.н., ассистент кафедры Юрий Федорович Гусев, вернувшийся из длительной зарубежной командировки, где работал травматологом по обмену опытом. Сегодня «травмой» ККБ заведует врач высшей категории с 35-летним стажем Андрей Александрович Сурин, который пришел работать в больницу в 1993 году, а заведующим стал в 1997-м.

Нынешний врачебный коллектив стабильный, трудится в отделении много лет, это Владимир Анатольевич Серебренников, Леонид Александрович



В.И. Трубников д.м.н., врач высшей категории, заведующий кафедрой с 2008 г.



А.А. Сурин, травматолог высшей категории, заведующий отделением с 1997 г.



О.Р. Фромм, старшая медсестра с 1991 г.

вич Лysin, Руслан Валерьевич Мясоедов, Артем Сергеевич Соколов. Все врачи отделения имеют высшую квалификационную категорию.

С 1991 года по настоящее время старшей медицинской сестрой отделения является Ольга Рейнгольдовна Фромм. Проработали более 40 лет и ушли на заслуженный отдых Вера Дмитриевна Диук, Ирина Викторовна Курносенко, Галина Ивановна Кондратьева, Галина Васильевна Улько.



Мясоедовы и Щукины



Серебренниковы

В настоящее время в Краевой клинической больнице есть травматологические династии: Андрей Анатольевич Щукин, сын Анатолия Тихоновича Щукина, возглавляет отделение ортопедии, а Руслан Валерьевич Мясоедов, сын Валерия Михайловича Мясоедова, – врач травматологического отделения. Есть и медицинские династии: сын Владимира Анатольевича Серебренникова, Вячеслав, – врач-эндокринолог, сын Андрея Леонидовича Билоуса, Евгений, – врач-кардиохирург. Сын Андрея Александровича Сурина, Вячеслав, – врач-травматолог городской больницы.



Сурины



Билоусы



Отделение травматологии, 2014 г.

Эволюция металла



Если раньше в работе травматолога достаточно было использовать молоток, отвертку, дрель и щипцы, то сейчас кроме специального ортопедического стола, электронно-оптического преобразователя, мощного силового оборудования на каждый вид операции необходим очень большой набор специализированного инструмента. В отделении широко применяется блокированный остеосинтез переломов штифтами, стабильный накостный остеосинтез переломов анатомически адаптированными блокированными пластинами, чрескостный остеосинтез переломов по методике Илизарова и с помощью аппаратов внешней фиксации, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.



Эти методы лечения позволили значительно сократить длительность пребывания больных в стационаре. Применение в лечении травм последних достижений медицинской науки и современных технологий оперативного вмешательства позволяет пациентам осуществлять разработку движения в суставах и дозированную нагрузку на поврежденную конечность в ранний послеоперационный период и сократить сроки реабилитации и нетрудоспособности в два раза.

ЕЖЕГОДНО
отделение травматологии
оказывает помощь
более **800** пациентам,
проводится
свыше **750** операций.

Помощь оказывается жителям не только Красноярска, но и всего края, а также работникам силовых структур. Отделение оказывает активную помощь Военному госпиталю, откуда поступают раненные участники СВО.



Доктора отделения



Коллектив отделений
травматологии и
микрохирургии, 1995 г.
Рабочий день

За полвека отделение травматологии прошло путь от нескольких специализированных коек до травматологического центра. Травматология, как наука, сегодня неузнаваема. Изменилось буквально все. Но неизменным остается высокий профессионализм сотрудников отделения – и прошлых, и нынешних.



Коллектив
отделения,
2024 г.



30
лет

отделению микрохирургии

Повреждения кисти таковы, что, не угрожая жизни человека, могут сделать ее просто невыносимой, потому что кисть постоянно в работе и на виду, и болезненная или ограниченная по возможностям, она не дает покоя. Начав заниматься хирургией кисти, неизбежно приходишь к занятию микрохирургией, а от нее к пластической хирургии, которая включает в себя все элементы работы с тканями. Об этом и пойдет речь в истории микрохирургического отделения с пластической хирургией в Краевой клинической больнице.

К январю 1993 года в ККБ №1 было принято решение о создании службы микрохирургии и хирургии кисти, в отделение ортопедии были приглашены два молодых хирурга: В.Т. Кеосьян и И.А. Земсков. Три человека оказали нам заметную поддержку в это время: заведующий отделением ортопедии Виктор Васильевич Чурин, наш непосредственный куратор и духовный наставник Валентина Спиридоновна Лапинская и технический наставник в хирургии периферических нервов врач нейрохирургического отделения Владимир Павлович Чумаков. Был объединен опыт травматологов – ортопедов, нейрохирургов и сосудистых хирургов применительно к повреждениям сухожилий, нервов и сосудов конечностей, заболеваниям кисти. К середине 1994 года были пройдены специализации по микрохирургии в Москве и Санкт-Петербурге, приобретены инструменты, увеличился поток пациентов, поступили на работу травматологи А.А. Журавлев и А.В. Брюханов. В результате приказом главного врача Родиона Ивановича Петрова от 1 июня 1994 года организовано отделение микрохирургии на 40 коек, заведующим которого был назначен Вадим Тигранович Кеосьян, а старшей медицинской сестрой – Ольга Иосифовна Веретнова. Непосредственное участие в организации отделения принимали заместитель главного врача по хирургии Валерий Иванович Иванцов и заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии профессор Владимир Николаевич Шубкин. Следует отметить, что основой для решения о создании отделения микрохирургии в Краевой клинической больнице №1 послужили приказ Министерства здравоохранения СССР №888 1984 года, в котором



2017 г. Е.М. Царегородцева, В.Т. Кеосьян, Э.А. Атаманов

Красноярск был включен в перечень городов, где должны быть организованы отделения микрохирургии, а также приказ № 455 1988 года о штатных нормативах медицинского персонала отделения микрохирургии.

Основные разделы работы отделения микрохирургии определялись потребностями пациентов, ими стали:

- восстановление сухожилий, нервов и сосудов конечностей;
- микрохирургический шов нервов конечностей;
- операции на переломах, вывихах и ложных суставах кисти;
- операции при контрактуре Дюпюитрена, синдроме карпального канала, доброкачественных опухолях кисти;
- реконструктивные операции при рубцовых дефектах.

За несколько лет хирургам и медсестрам удалось поставить на высокий уровень оперативное лечение наиболее частых повреждений и заболеваний кисти. Сразу отпала необходимость отправлять пациентов за пределы Красноярского края, они стали оперироваться в более ранние сроки и с лучшими результатами.

Быстро освоив распространенные операции, отделение в сжатые сроки перешло к наиболее сложной сфере деятельности: реплантациям и пересадкам свободных комплексов. Ниже приведена хронология этих операций в первые годы.

1994 г. – реплантация полностью оторванного первого пальца кисти у пациента, доставленного из Минусинска через 10 часов после травмы.

1995 г. – пересадка кожно-фасциального лопаточного лоскута в дефект кисти на анастомозах в лучевые сосуды.

1996 г. – широкое внедрение пластики дефектов кисти лоскутом предплечья, базизирующимся на лучевых сосудах.

1997 г. – пересадка второго пальца стопы на кисть с ампутированными II–V пальцами, пересадка 14 см малоберцовой кости в дефект плечевой на микрососудистых анастомозах.

1998 г. – реплантация полностью отрубленной кисти, блоков нескольких пальцев.

1999 г. – пересадка первого пальца стопы на кисть, пересадка лоскута широчайшей мышцы спины с покрывающей ее кожей в дефект тканей на голени.

2000 г. – отсроченная и одномоментная реконструкция груди после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы лоскутом передней брюшной стенки.



1994 г. Участники первой реплантации большого пальца А.А. Журавлев, В.Т. Кеосьян, анестезиолог Д.В. Островский



1994 г. Первая реплантация большого пальца, перед операцией



1994 г. Первая реплантация большого пальца. Результат через 18 лет



1998 г. Первая реплантация кисти в Красноярском крае. А.А. Журавлев, операционная сестра Т.М. Павлова, В.Т. Кеосьян



1998 г. Первая реплантация кисти, начало операции



1998 г. Первая реплантация кисти через 2 года – разгибание



1998 г. Первая реплантация кисти через 2 года – сгибание

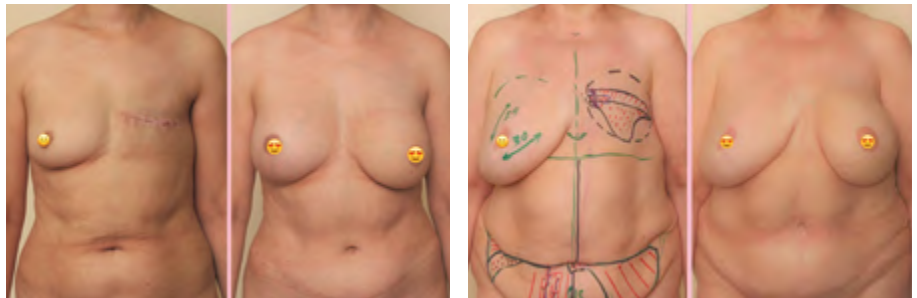


Примерно 1999 г., в ординаторской микрохирургии проф. В.С. Лапинская, А.А. Журавлев, В.Т. Кеосьян, И.А. Земсков



2000 г., после первой реконструкции груди свободным TRAM лоскутом. Оператор Кеосьян, ассистенты Г.А. Арутюнян и Е.И. Кригер

С 2000 года, при поддержке главного врача больницы Бориса Павловича Маштакова, отделение стало заниматься пластической хирургией, начали выполняться реконструкция груди после радикальной мастэктомии, маммопластика, абдоминопластика. Коллектив пополнился опытным хирургом Е.И. Кригером, а позже – молодыми врачами Е.М. Царегородцевой, Э.А. Атамановым и Т.Ю. Тарасевич. Первые 15 лет у нас был несменяемый дуэт операционных медсестер Т.М. Павловой и А.И. Федченко, затем им на смену пришли М.С. Хаджикурбанова и Е.Я. Зубеня.



Реконструкция молочной железы после мастэктомии лоскутом и имплантатом

Реконструкция молочной железы после мастэктомии

В течение многих лет наше отделение было единственным местом в Красноярском крае, где с хорошим результатом выполнялась реконструкция молочной железы после мастэктомии лоскутом передней брюшной стенки.

С 2006 года, после обучения на мастер-классе в рамках первого Съезда российских кистевых хирургов в Ярославле, хирурги отделения начали заниматься операциями на дистальном отделе лучевой кости, так называемом «луче в типичном месте». Оказалось, что это серьезная проблема и нужно оперировать куда больше пациентов, чем это казалось ранее, если использовать современные металлоконструкции. В течение пары лет отделение стало лидером в Красноярском крае и по этим операциям, начав оказывать высокотехнологичную помощь этой группе пациентов. В результате сложные случаи при переломе нижнего конца лучевой кости стали считать компетенцией микрохирургов, возможно, напрасно.

Приход нынешнего главного врача Егора Евгеньевича Корчагина в 2011 году привел к значительным идеологическим, качественным и количественным

изменениям. Стало понятно, что хирургия – это в первую очередь технологии плюс качество и безопасность медицинской деятельности, которая является одной из самых опасных видов человеческой активности в целом. С целью оптимизации и стандартизации системы управления отделение микрохирургии было включено в созданный вскоре Центр травматологии и ортопедии, возглавляемый Алексеем Михайловичем Лубным, что наложило свой отпечаток на траекторию развития отделения.

Следующим этапом во внедрении новых технологий стали операции на запястье, которые являются одной из самых сложных в хирургии кисти. Лидером в этом направлении стал Э.А. Атаманов, который, освоив базовые сложные вмешательства на запястье, пошел дальше и впервые в мировой практике внедрил авторскую технику пересадки трансплантата из дистального отдела лучевой кости в ладьевидную кость на микрососудистых анастомозах. В отделении действует принцип более узкой специализации каждого хирурга в какой-либо теме. Но в то же время не должно быть так, чтобы только один специалист владел методикой. Поэтому в хирургии запястья также специализируется и Т.Ю. Тарасевич.

Значимым событием в жизни отделения стало участие сотрудников в съемках полнометражного документального фильма Константина Селина «Верните мои руки» о микрохирургии Краевой кли-

нической больницы Красноярскa и наших пациентов, продолжавшихся с начала 2018 года в течение двух лет. На XXVIII фестивале российского кино «Окно в Европу» в декабре 2020 года в Выборге фильм получил главный приз на конкурсе неигрового кино. Кинофестиваль «Окно в Европу», одно из самых авторитетных мероприятий в стране в сфере киноиндустрии, создали в 1993 году Марлен Хуциев, Савва Кулиш и Микаэл Таривердиев.

История на этом не закончилась – фильм победил в Аргентине на кинофестивале фильмов о труде Construir Cine 2021 в конкурсе полнометражного документального кино, а конкуренты были со всех континентов. Затем в Доме кино Красноярскa при полном зале прошла премьера этого фильма. Честная исто-

рия не только о том, как успешно реплантируют кисти и пальцы, но и о том, какие проблемы могут случиться, когда что-то идет не так, привлекла множество зрителей. Премьера прошла с участием наших пациентов после реплантаций, губернатора Красноярскoго края Александра Викторовича Усса, министра здравоохранения Красноярскoго края Бориса Марковича Немика, ректора Красноярскoго государственного медицинского университета Алексея Владимировича Протопопова и главного врача Краевой клинической больницы Егора Евгеньевича Корчагина.

В 2019 году ККБ получила лицензию на оказание медицинской помощи по пластической хирургии, отделение было переименовано в микрохирургическое отделение, в т.ч. пластическая хирургия, три врача сменили свои должности с хирургов на пластических хирургов. И это не случайно, так как специальности «микрохирургия и хирургия кисти» не существует, и ее создание не предвидится, а именно в профессиональном стандарте врача – пластического хирурга описаны те операции, которые выполняют микрохирурги и кистевые хирурги. С этого времени важным документом, регламентирующим работу в нашем отделении, стал Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» 2018 года. В отделении начали выполняться эстетические операции: маммопластика, абдоминопластика, блефаропластика. Здесь мы также пошли по пути некоторой специализации, например, на операциях блефаропластики специализируются Е.М. Царегородцева и Э.А. Атаманов, на маммопластике и абдоминопластике – В.Т. Кеосьян. Коллектив отделения отличается постоянством и



2021 г. На премьере фильма «Верните мои руки» в Доме кино



2021 г. Кадр из фильма «Верните мои руки», пациенты смотрят реплантированные кисти друг у друга

малой текучестью кадров. Два врача и две медсестры работают практически с момента основания отделения. Доктор А.В. Брюханов является опорой и камертоном в любых сложных вопросах. Медсестры Е.Ю. Михель и О.Е. Слабышева

сохраняют традиции классической советской школы медсестры. Огромную часть организационной работы в отделении выполняет старшая медицинская сестра, незаменимый помощник заведующего отделением С.А. Юшкова.

В последние годы два врача отделения Э.А. Атаманов и Т.Ю. Тарасевич прошли официальную стажировку в Академии Федерации Европейских обществ хирургии кисти в Будапеште, принесли оттуда новый опыт и поделились им с коллегами, это привело к увеличению качества оказания помощи пациентам с травмами и заболеваниями кисти. По-прежнему микрохирургическое отделение остается единственным в Красноярскoм крае, которое оказывает весь объем помощи пациентам с травмой дистальных отделов верхней конечности с микрохирургической техникой. Мы оказываем максимально быстро и качественно специализированную помощь пациентам с последствиями ранений, полученных в зоне СВО.

Интенсивность работы отделения за 30 лет увеличилась примерно в два раза, это видно на диаграмме количества пациентов и длительности их пребывания. В первые годы мы пролечивали около 600 пациентов в год со средней длительностью лечения 17 дней и предоперационным койко-днем около 5 дней. В 2023 году через отделение прошел 1391 пациент со средней длительностью 6,8 дня и одним предоперационным койко-днем. При этом были значительно увеличены безопасность и качество нашей работы благодаря тотальному и бескомпромиссному внедрению системы управления качеством и Практических рекомендаций Росздрав-



2023 г. На съезде кистевых хирургов в Новосибирске со старым коллегой И.А. Земсковым



2024 г. Коллектив микрохирургического отделения



2024 г. Операционные сестры М.С. Хаджикурбанова, Е.Я. Зубеня и нестерильный менеджер Л.А. Супонина

надзора, в сочетании с приверженностью коллектива отделения миссии и ценностям нашего учреждения. Значимую роль играет стандартизация и технологичность внедряемых процессов, в том числе в отношении техники операций и периоперационного периода. И наконец, большое значение в интенсификации работы и удовлетворенности от нее имеет комфортное расположение отделения на одном этаже с операционным блоком, всего в 20 метрах. Это просто идеальная ситуация, о которой можно мечтать, увеличивающая скорость подачи наших пациентов и уменьшающая риски, связанные с транспортировкой.

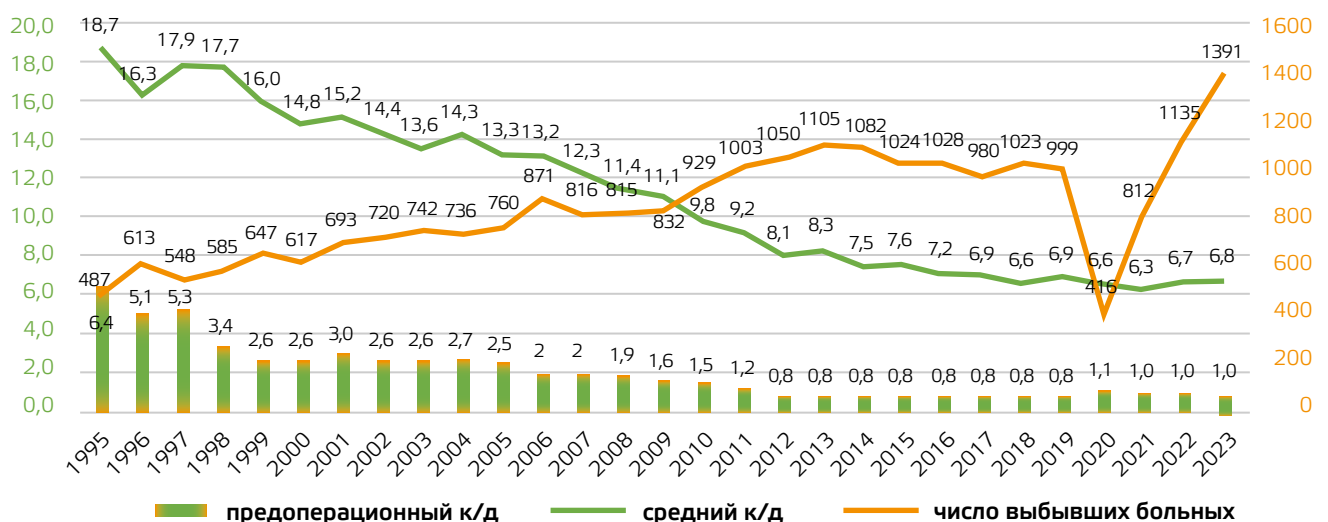
У нас есть планы:

1. Дальнейшее повышение технологичности, стандартизации рабочих процессов и удовлетворения пациентов и сотрудников от нашей работы.
2. Увеличение количества и качества эстетических операций.

3. Сокращение отсрочки плановой госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи.
4. Уменьшение средней длительности пребывания пациентов в стационаре.
5. Организация круглосуточных дежурств кистевого хирурга для оказания неотложной помощи при травме дистальных отделов верхней конечности.
6. Проведение рандомизированных исследований.

Микрохирургия как наука и практическое направление в медицине столь важны, потому что она подразумевает специальную технику проведения хирургических операций с применением увеличивающей оптики и сверхтонкого атравматичного шовного материала. Таким образом она открывает принципиально новые перспективы для любой области хирургии.

Динамика выписанных пациентов, среднего и предоперационного койко-дня за 29 лет



Г.М. Шегаль

«В свободную минуту. Медсестра»

1945 год, Государственная Третьяковская галерея



Григорий Михайлович Шегаль – видный представитель советской исторической живописи 1930-х годов, сильные и слабые стороны которой выявились в его творчестве весьма ярко и рельефно. Из жанровых произведений Шегалья немалую известность в послевоенную пору приобрела картина из собрания Третьяковской галереи «В свободную минуту. Медсестра» (1945). Тема военной жизни в ней звучит не событийно, а в ее не менее героическом повседневном проявлении. В этой картине зрителя привлекают задушевность скромного лирического живописного рассказа и выраженная в нем правда.