

# ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

**К** краевая  
клиническая  
больница  
основана в 1942

Издание Красноярской краевой  
клинической больницы

---

## С Днем медика!



Опыт работы отделения медосмотров  
и экспертизы профпригодности

Обзор проведенной  
тромболитической терапии

**Портреты**

---

Олеся Еселевич  
Екатерина Клевцова



# 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



**1123** специализи-  
рованных коек

**110** реанимационных  
коек

**7** отделений  
анестезиологии-  
реанимации



## ВСЕГО СОТРУДНИКОВ

**876** врачей

**1457** медицинских  
сестер

**677** младшего  
мед. персонала

**734** немедицинских  
работников



**12,47** га  
площадь  
земельного  
участка

**13** зданий

**4** сооружения

**142285** м<sup>2</sup>  
общая  
площадь  
зданий



НАС ПОСЕТИЛИ ДЕЛЕГАЦИИ  
ИЗ РАЗНЫХ ГОРОДОВ

**42** делегации  
в 2024 году

**322** делегации  
всего



в 2024 году:

275 257

амбулаторных  
пациентов

48 116

стационарных  
пациентов

29 492

операций

6 086

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

# Правда и мифы о Гиппократе и его клятве



Центральная площадь города Кос, гравюра 1782 г.

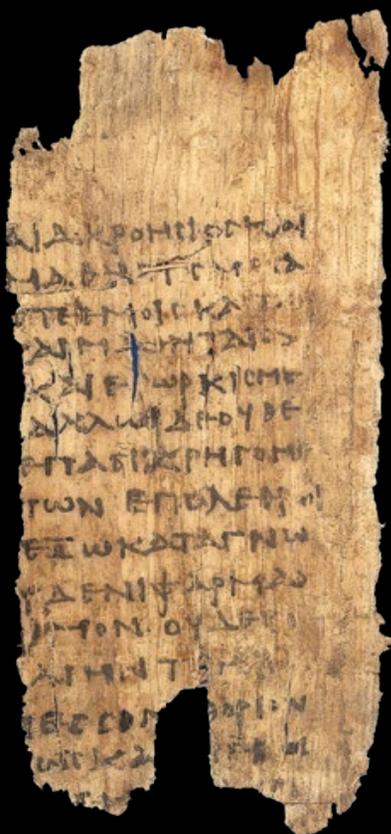
**П**рижизненных портретов или описаний внешности Гиппократа не сохранилось. В биографии греческого врача, написанной на полтысячелетия позже его смерти, сказано, что он был небольшого роста, а в старости облысел.

Нельзя с уверенностью утверждать, что именно Гиппократ – автор знаменитой клятвы врачей. Тексты «Корпуса Гиппократа», куда входит и «Клятва», на самом деле были написаны разными авторами в разное время. Многие указывают на группу повествователей. Это и различия в словаре, и даже противоречия в концепциях.

Положения «Клятвы Гиппократа», в которых запрещаются эвтаназия с по-

мощью яда, аборты и хирургические вмешательства, противоречат другим текстам «Корпуса» с описаниями этих процедур. Не соответствуют они и реальной медицинской практике в Древней Греции, где одни и те же врачи могли и заниматься терапией, и проводить хирургические операции, и многие не усматривали ничего недопустимого в эвтаназии и абортах.

В XX веке историк медицины Людвиг Эдельштайн предположил, что в «Клятве» отражены воззрения последователей Пифагора, к которым Гиппократ, насколько известно, не принадлежал. Но и к этой гипотезе есть вопросы: например, пифагорейцы не были одиноки в неприятии абортов и эвтаназии.



Папирус III века н. э. с фрагментом клятвы Гиппократата. Вероятно, самая древняя сохранившаяся копия

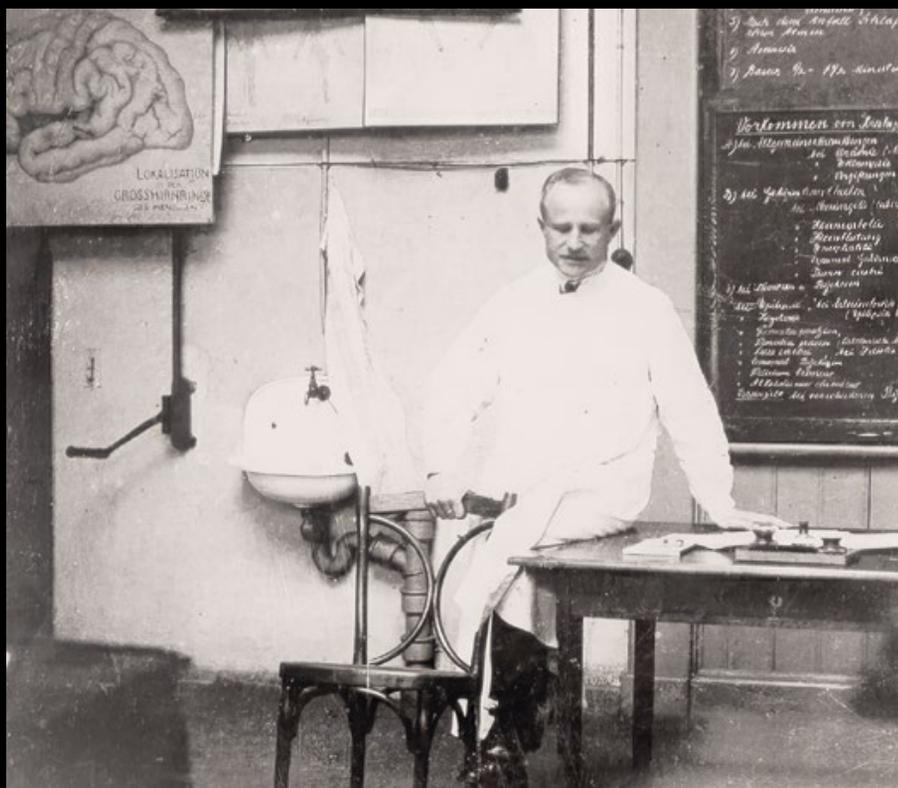
Экскурсоводы, рассказывающие сегодня группам туристов о том, что именно под этим платаном, растущим в центре старинной площади на острове Кос, Гиппократ преподавал медицину своим ученикам, вольно или невольно лукавят. «Древу Гиппократата» на самом деле, вероятно, около 500 лет. К тому же город был основан жителями одноименного острова в 366 году до н. э., а Гиппократ, согласно античным источникам, родился примерно за столетие до этого события. Тем не менее побеги косского платана высажены в вузах и медицинских организациях разных стран, в частности в Йельском и Барселонском университетах.



«Дерево Гиппократата» в Косе

# 100 лет назад изобрели ЭЭГ

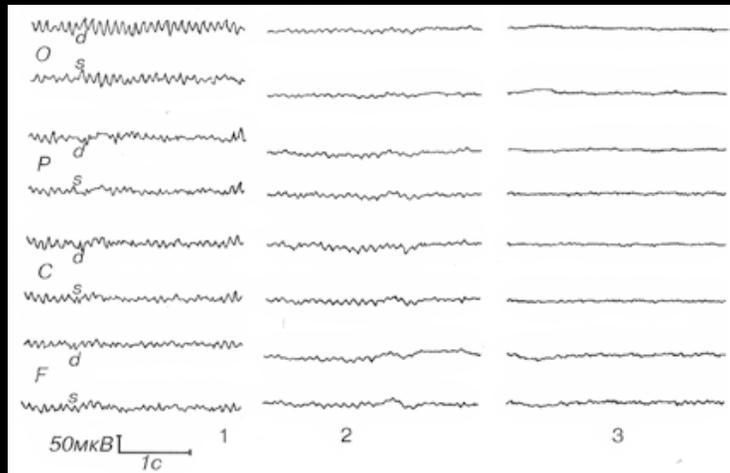
Немецкий физиолог и психиатр Ганс Бергер записал первую электроэнцефалограмму человека век назад. Это изменило существующую медицинскую науку, впервые позволив увидеть работу мозга в процессе. А причиной столь значимого события оказалось желание ученого доказать наличие телепатии.



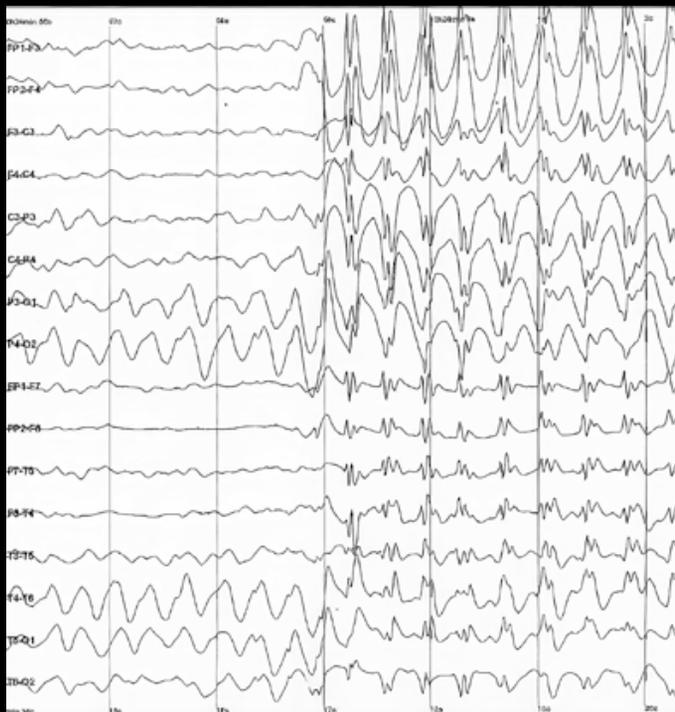
Эта история произошла в 1892 году. Отучившись один семестр на математическом факультете Йенского университета, Бергер по неизвестной причине отчислился и записался в армию, подписав на год контракт как кавалерист. Во время учений его лошадь внезапно встала на дыбы, и он упал на пути конной пушки. Водитель артиллерийской батареи вовремя остановил лошадей, в результате чего Бергер не пострадал, но пережил состояние шока. В тот самый день (и, возможно, момент) его сестра,

находившаяся дома за много километров от него, по ее словам, почувствовала, что брат в опасности, и настояла на том, чтобы отец отправил ему телеграмму. Когда Бергер узнал об обстоятельствах отправки телеграммы, это произвело на него такое впечатление, что даже спустя полвека, в 1940 году, он писал: «Это был случай спонтанной телепатии, при которой во время смертельной опасности, когда я был уверен, что погибну, я передал свои мысли вовне, и их приняла моя сестра как особенно близкий мне человек».

Бергер начал изучать медицину, чтобы понять, какова физиологическая основа этой загадочной «психической энергии», какие импульсы излучает мозг и как их можно зарегистрировать. Так он пустился в долгий «поиск соотношения между объективной деятельностью мозга и субъективными психическими явлениями», который занял всю жизнь.



Нормальные паттерны ЭЭГ



ЭЭГ больного эпилепсией

Разумеется, у Ганса Бергера были предшественники. Это, в первую очередь, английский врач Ричард Катон, который еще в 1875 году сделал доклад на заседании Британской медицинской ассоциации о регистрации слабых токов от мозга кроликов и обезьян. Русские физиологи Василий Данилевский и Иван Сеченов продолжили исследования в этой области.

Непосредственным предшественником Бергера считается также русский ученый Владимир Правдич-Неминский, который опубликовал в 1913 году первую в мире электроэнцефалограмму, мозга собаки, при помощи струнного гальванометра.

Доказательств существования телепатии Бергер не нашел, зато через 30 лет своих исследований разработал процедуру ЭЭГ и снял первый ее образец у человека.

## 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 2025 г.

За содержание рекламных материалов редакция  
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать  
с мнением авторов материалов.

## Содержание

- 7** Слово редактора
- 8** Новости
- 9** Портрет | Олеся Еселевич
- 12** Портрет | Екатерина Клевцова
- 14** Оргздрав | Отпуск: искусство планирования отдыха
- 20** Опыт | Суицид и расстройства личности: психиатрический взгляд
- 24** Опыт | Обзор проведенной тромболитической терапии в КБ 51 в 2024 г.
- 30** Оргздрав | Опыт работы отделения медицинских осмотров и экспертизы профпригодности Краевого центра профпатологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2024 г.
- 34** Оргздрав | Новый высокопоточный эндоскопический центр – доступность и качество диагностики
- 37** Ex animo | Когда пациент – зеркало доброты
- 40** История | История внедрения малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в Краевой клинической больнице
- 44** Знаменательные даты | Юбилей Ирины Демко: «Заповеди нельзя нарушать»
- 48** Знаменательные даты | 85 лет аптеке ККБ
- 54** Знаменательные даты | 30 лет МРТ в ККБ

## Слово редакторов

---



**Егор Корчагин,**  
главный врач ККБ

Вновь пришло время нашего главного профессионального праздника – Дня медицинского работника. И, как всегда, в июне выходит свежий номер «Первой

Краевой». Читайте в 96-м выпуске интервью с двумя удивительными женщинами: Олесей Викторовной Еселевич, заведующей 2-м хирургическим отделением, и Екатериной Викторовной Клевцовой, медсестрой-анестезистом отделения анестезиологии и реанимации №2. Обе они каждый день имеют дело с пациентами, чья уязвимость выше, чем у других, – больными, подвергающимися оперативному лечению. И обе не мыслят себя без своего благородного труда.

В большой статье, написанной сотрудниками кадровой службы,

вы увидите важную информацию для отпускников. Далее – интереснейший материал от врача-психиатра Александра Сергеевича Дорожкина о причинах и особенностях суицидальности. И, конечно же, обращаю ваше внимание на рубрику «Опыт», в которой мы всегда публикуем полезную клиническую информацию, а также на странички знаменательных дат, где рассказывается о событиях и людях, создавших нашу сегодняшнюю больницу.

С праздником, дорогие коллеги! Здоровья и благополучия!



**Евгения Арбатская,**  
редактор журнала  
«Первая Краевая»

В связи с тем, что в последнее время повсюду только и говорят, что об ИИ, есть ощущение грядущего принципиального переустройства мира и человеческой ментальной жизни. Наверное, в 1960-х было такое же, когда казалось, что космос – рукой подать, завтра стартуют регулярные межпланетные рейсы. Физический мир не отпускает столь быстро, нужны принципиально новые подходы для преодоления мегапространств. Случится ли что-то подобное в мире инфор-

мации? Или технологии, дойдя до какого-то порога, замедлят развитие? И стоит ли бояться неукротимого совершенствования нейросетей? Вопросов, как всегда, больше, чем ответов. Однако уже сейчас мы можем применять искусственный интеллект в нашей практической работе. Не скрою – ИИ принимал участие и в создании этого номера.

С праздником! И приятного чтения!

## **1** В Краевой клинической больнице прошла благотворительная акция фонда «Дарим улыбку» Хасана Баиева, одного из ведущих специалистов России в области пластической хирургии



операций. А в мае за несколько дней на базе Краевой клинической больницы международная команда медиков во главе с президентом фонда «Дарим улыбку» Хасаном Баиевым провела около 50 операций. Бесплатную хирургическую помощь получили 36 детей с врожденными аномалиями верхней губы и нёба. В сложных случаях пациентам проводилось несколько операций.

Итоги акции подвели на торжественной прощальной планерке.

Благотворительные акции фонда проходят в разных городах России с 2007 года. Цель акций – предоставление необходимой высокотехнологичной медицинской помощи детям с врожденными заболеваниями челюстно-лицевой области без выезда за пределы региона проживания.

С ноября 2024 года была открыта запись на предварительный прием, сформирован список детей с патологиями лицевого скелета и назначены сроки

нашей работы благодарили гостей за уникальную возможность совместной работы с профессионалами международного класса и обмена бесценным опытом. Маленькие жители нашего края, которые получили бесплатную высокотехнологичную медицинскую помощь и здоровую улыбку, еще несколько дней находились в больнице под присмотром специалистов отделения челюстно-лицевой хирургии Краевой больницы.

## **2** Красноярские нейрохирурги представили свой опыт на международном мастер-классе в Китае

В апреле в китайском городе Сямынь состоялся международный мастер-класс по хирургии позвоночника, где ведущие нейрохирурги Китая демонстрировали свой опыт эндоскопических и декомпрессионно-стабилизирующих операций, а нейрохирурги Красноярской краевой клинической больницы поделились собственными работами в этой области.

На международном мероприятии присутствовали делегации из Бельгии, ЮАР, Мексики, Катара, Пакистана, Бразилии, Колумбии и других стран. Российская делегация была представлена ведущими докторами из НИИ «Центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» (Курган), Якутии, Абакана, Красноярска.

На мастер-классе были представлены технологические возможности испытательной базы различных производимых имплантатов, используемых в хирургических операциях на позвоночнике. Особое внимание было уделено демонстрации технологических возможностей испытательной базы различных производимых имплантатов. Роботизированные станки проводили испытания имплантатов на сжатие, разрыв и вибрационные нагрузки, демонстрируя высокие стандарты качества и надежности продукции.



Делегация из России не только участвовала в качестве слушателя, но и делилась собственным опытом. В частности, доклад врача-нейрохирурга Краевой клинической больницы Антона Витальевича Ботова состоял из мастер-класса, лекций, клинических разборов и онлайн-трансляции из операционной, где отрабатывались передне-боковой и боковой доступы к позвоночнику.

Этот международный мастер-класс стал важным шагом в развитии международного сотрудничества в области нейрохирургии и медицины в целом. По общему впечатлению понимание патологии позвоночника в РФ находится на очень высоком уровне, однако Китай сокращает этот разрыв за счет ускоренного развития технологий.

# Олеся Еселевич

*Заведующая хирургическим отделением № 2 эффективно развивает абдоминальную и эндокринную хирургию, открывая новые возможности, в том числе для пациентов из других регионов, а также передает опыт молодым хирургам.*

## **О**леся Викторовна, как пришло понимание, что Вы станете хирургом?

Девушке стать хирургом намного сложнее, чем молодому человеку, всегда есть общее мнение, что хирург – не женская специальность. Полностью согласна с этим мнением! (Улыбается.) Но с собой ничего не могла поделать – очень притягивала возможность лечить людей своими руками, как творческий момент, возможность всегда учиться и повышать умение. Наверное, это как любить искусство.

## **Как начался Ваш путь в медицине?**

Мои родители не врачи. Возможно, и вероятно, я исполнила мечту своей мамы. В 8 классе она сказала мне: «У тебя такие нежные ручки, ты такая заботливая. Может, тебе попробовать в медицину?» И я согласилась. Стала готовиться к поступлению, окончила школу с медалью, что мне очень помогло поступить в КрасГМУ в 1996 году на лечебное дело. Это были девяностые, начало нулевых, всем было непросто, я жила в общежитии № 2, подрабатывала, родители помогали продуктами, остальное – сама. Мне по жизни везет на людей, за что я очень благодарна судьбе. С первого курса попала в хорошую компанию студентов, мечтающих стать хирургами. Вместе учились, вместе ходили в СНО по хирургии, которым руководил Дмитрий Владимирович Черданцев. Работали с собачками (в лабораторном корпусе был виварий), участвовали в научных конференциях, и не только в Красноярске, но и в других городах, выиграли конкурс им. И.И. Гительсона. Студенчество пролетело весело, очень творчески. Все ребята и девушки стали прекрасными докторами, заведующими, научными работниками.

Дальше ординатура, появилась семья, родился сын, выбрала кафедру хирургических болезней № 2 как менее требовательную в то время к необходимости ночных дежурств. И по стечению обстоятельств

осталась работать в краевой больнице, в операционном отделении дежурным хирургом, под руководством Григория Григорьевича Дружинина. В 2004 году дежурными врачами работало много молодых специалистов, дружных и заводных, складывалось впечатление, что мы некая «мафия» – так организованно мы принимали и лечили пациентов. Сегодня это ведущие специалисты своих направлений нашей больницы.

## **Вы такая стройная, хрупкая, где находите физические и моральные силы на работу, требующую больших затрат?**

В спорте. Я всегда немного занималась физкультурой, фитнесом, четыре года назад открыла для себя бег. Моя дистанция – 10–12 километров по набережной два раза в неделю, к концу пробежки освобождаешься от лишних мыслей, легче думаешь и дышишь. Сейчас нравится посещать занятия по растяжке, приятно удивляешься себе.

## **А в отпуске как любите отдыхать?**

Путешествовать с моими детьми и как можно дальше от Красноярска. Прошлой весной мы были на Кипре, брали в аренду машину, на небольшом острове длиной 230 км проехали 1700 км и не объехали даже половины острова. В этом году зимой летали на Сахалин, каталась на лыжах, дети с инструкторами встали на сноуборды, побывали на Охотском и Японском морях, посмотрели через пролив Лаперуза на остров Хоккайдо.

## **Помните свою первую операцию, проведенную самостоятельно?**

Да, это было вскрытие флегмоны кисти и предплечья, начало второго курса на ночном дежурстве в ГБ № 7. Потом до выписки наблюдала пациента – как и должно быть.

В 2004 году дежурными врачами работало много молодых специалистов, дружных и заводных, складывалось впечатление, что мы некая «мафия» – так организованно мы принимали и лечили пациентов.

### **А первую уже в статусе врача – хирурга-эндокринолога?**

В 2006 году я перешла в хирургическое отделение № 2 (эндокринной патологии), где заведующим был Владимир Анатольевич Маньковский. Первая самостоятельная операция – тиреоидэктомия при зобе, на которой присутствовал Сергей Иванович Пронь. Он честно отстоял со мной три часа, не торопил, спокойно подсказывал, сделал так, чтобы от начала до конца я выполнила весь объем сама. И все прошло в наилучшем виде.

Но у каждого хирурга бывают и другие операции. На всю жизнь запомнила свою шестую операцию, чувствовала себя уже опытным хирургом, была с другим ассистентом, не заинтересованным. Во-первых, у пациентки случился парез после моей операции, она перестала обычно говорить, только приглушенно шептала. Это было мое первое осложнение. Во-вторых, сделала некрасивый шов слишком длинным разрезом «от уха до уха» и зашила такой «зубаткой», как у нас было принято. После пациентка мне шепчет: «Доктор, вы зашили меня, как собаку!» Я потом очень переживала, прокручивала в памяти, где и как я повредила возвратный нерв. После этого случая неаккуратных разрезов и вольного стиля оперирования больше никогда себе не позволяю.

### **Как изменился Ваш стиль операций со временем?**

В 2012 году встал вопрос о росте в отделении послеоперационных гипокальциемий – важном осложнении, приводящем к инвалидизации пациентов. Дмитрий Павлович Евдокимов, заведующий отделением, принял важное решение – направить меня на месячную учебу в Санкт-Петербург в национальный медико-хирургический центр им. Пирогова. Здесь мои представления об эндокринной хирургии перевернулись очень детально, я освоила деликатный стиль оперирования, маленькие швы, Fast-track ведение пациентов, привезла с собой новые методы обследования, ведения и лечения наших пациентов. В 2012 году впервые мы стали проводить лечение пациентам с ХБП, находящимся на гемодиализе, с таким осложнением, как вторичный гиперпаратиреоз. Также впервые увидела применение интраоперационного нейромониторинга как самого современного метода профилактики послеоперационных парезов и параличей гортани. С 2021 года этот метод активно введен в работу нашей клиники, что свело до минимума в 2% осложнений, повреждений возвратных гортанных нервов.

### **Можете вспомнить интересный факт из жизни отделения в начале Вашей работы?**

Помню, в 2007 году на 23 февраля я подарила мужчинам дартс, его повесили на стену в ординаторской в старом легочном корпусе. Располагалась наша ординаторская на месте бывшего кабинета Бориса Степанович Гракова. Играли в свободное время на ставку в 50 рублей. В конце недели всё складывали и заказывали угощение: роллы, пиццу, а перед уходом домой пировали. Это был такой неформальный способ сбросить напряжение и побыть просто людьми, даже немножко детьми. Такие вещи сближали коллектив.

### **А спустя годы Вы стали заведующей отделением...**

Так вышло, что Дмитрий Павлович Евдокимов в 2021 году уехал из Красноярска на новое место работы, и был нужен новый руководитель отделения. Конечно, ранее я была дублером заведующего, но не предполагала, что останусь в этой должности постоянно. Было сложно, ко мне присматривался главный врач Егор Евгеньевич Корчагин, не сразу все сложилось и в отделении. Сегодня мы работаем дружно, много, очень продуктивно, рентабельно, освоили работу в две смены.

### **На чем сейчас сконцентрированы Ваши стратегические планы?**

Основное в планах – это продолжить развитие обоих направлений отделения: абдоминальной и эндокринной хирургии. Все доктора отделения прошли обучение современным методам хирургического лечения на базе ведущих клиник нашей страны у ведущих специалистов в режиме стажировок на рабочем месте, по нозологиям, которые прежде всего интересны самим докторам. Сейчас накапливаются собственные навыки и опыт выполнения новых хирургических операций продвинутого и экспертного уровня всеми докторами нашего отделения. Особое внимание уделяется обучению молодых специалистов, способных и заинтересованных в нашей работе.

Также есть большая зона роста в плане оказания медицинской помощи пациентам по эндокринной хирургии из других регионов, например – Новосибирской, Иркутской областей, Таймырского АО, Якутии, где такой помощи недостаточно или ее нет совсем. Мы могли бы принимать пациентов как по программе ОМС, так и по ДМС, а также платно. Остается решить непростые вопросы, как выстроить процесс легитимного обмена документами с коллегами из медучреждений других регионов и собственно пациентами, настроить обратную связь консультаций и отработать процесс оказания платных услуг дистанционно.



# Екатерина Клевцова

Медсестра-анестезист отделения анестезиологии и реанимации №2  
отметила 15-летие своего стажа в качестве медицинской сестры  
и с энтузиазмом участвует в операциях на сердце.

## Сколько лет Вы работаете в больнице?

В 2006-м устроилась санитаркой в лабораторию, через два года перешла в отделение анестезиологии и реанимации №2. В 2010 году окончила медицинский техникум при 20-й больнице и стала медсестрой в том же отделении. Работаю здесь уже 15 лет и даже не представляю себе работу не только в другой больнице, но и в другом отделении!

## Когда Вы окончили техникум, уже тогда понимали, что будете анестезисткой?

Не думала, что буду работать в реанимации. Впрочем, никогда не думала, что буду медиком, хотела быть детским психологом, но тетя-врач привела в медицину. В то время, когда я оканчивала школу, психологическое образование было таким непонятным с точки зрения применения и карьеры, и тетя со скепсисом отнеслась к моему выбору.

## Почему не пошли в университет?

Я делала попытку поступить в университет, но не сложилось, был высокий конкурс. И я пошла учиться в техникум. Потом появилась семья, ребенок. Конечно, сейчас жалею, что не получила высшее образование. Знаете, у меня были очень детские представления о работе в медицине, изначально наивно считала, что если провели операцию, то все обязательно будет хорошо, и когда произошел первый случай с летальным исходом, для меня это было большим шоком. Решила, что все – не буду больше работать. Но переборолась в себе это и осталась.

## Кого можете отметить как своего наставника?

В те времена не было еще такой развитой системы наставничества. Мы вместе с другими девочками – сначала санитарками, потом медсестрами – работали в команде, помогали друг другу. Вообще, всегда более опытные сотрудники помогали словом и делом молодежи, огромное им спасибо!

## Что в Вашей работе больше нравится и что не нравится?

Конечно же, нравится, когда видишь результат, когда положительная динамика у пациента. Это

очень радостно, когда удается спасти человека, помочь ему. Что касается нелюбимых задач, то таких нет. Хотя, может, когда есть какая-то скомканность процесса, когда все слишком быстро происходит. А вообще, не могу отметить какую-то нелюбимую работу.

## Вы с пациентом все время «за ручку», можно даже сказать, что вы с анестезиологом для него самые близкие люди в ходе операции. Как складываются отношения с больными?

Мы стараемся относиться к нашему подопечному как к своему родственнику, по-доброму. Простое уважительное отношение. Хотя бывают разные случаи, когда пациенты иногда дерзят или задают неуместные вопросы. Я понимаю, что все мы разные, со своими особенностями, и стараюсь отстраняться, не реагировать.

## Что дальше по развитию в плане карьеры?

Я никогда не хотела быть старшей сестрой, счастлива на своем месте. Очень большое отделение, организационные работы, плюс накладываются личные дела, в частности – вопросы с детьми: школы, поликлиники. Поэтому посмотрим, что будет дальше.

## Как в ходе операции Вы общаетесь со своим врачом? Понимаете друга друга с полуслова?

Дело в том, что процесс отработан так, что особенно-то обсуждать нечего. До приезда пациента готовится все необходимое, тестируется оборудование, на каждый вид операции – свой стандарт. Есть четкий алгоритм действий.

## Сколько длятся «большие» операции в кардиохирургии?

Всегда по-разному, зависит от ситуации. Бывают операции по 11-12 часов. Мы всегда работаем по двое, поскольку большой объем работы, требуется больше сестринских рук. Иногда в одной операции участвует несколько бригад. Врач-анестезиолог и врач-перфузиолог – супермозги, они отслеживают массу показателей, на них состояние организма

Это очень радостно,  
когда удается  
спасти человека,  
помочь ему.



пациента в целом. А хирург – сверхчеловек, в течение нескольких часов сохранять концентрацию, не имея права на ошибку – это какой-то невообразимый уровень осознанности, физических и психических способностей.

**Краевая отличается от других больниц?**

У меня одно место работы, поэтому сравнивать особо не с чем, если говорить о больнице как о работодателе. Я вообще в этом плане человек очень постоянный. Не готова ни больницу, ни отделение свое родное поменять, хорошо там, где я есть. Тем более, здесь, в краевой, работа в комфортных условиях, все необходимое имеется.

**Можете вспомнить свои впечатления, когда впервые увидели повторный «запуск» сердца после искусственного кровообращения?**

Помню свои первые впечатления от пересадки сердца. Я была в шоке, и до сих пор как замороженная смотрю, как снимают зажим с аорты и – сердце начинает биться...

# Отпуск: искусство планирования отдыха



**Мария  
Новикова,**  
специалист  
отдела кадров

Отпуск... Как много в этом слове радости, предвкушений, а возможно, и искушений. Но порой его омрачают разного рода сомнения: почему я хотел в отпуск в мае, а работодатель зафиксировал в графике отпусков апрель; почему моему коллеге дают 50 дней отпуска, а я, хоть и планировал 50, получаю только 46? В этой статье со всем разберемся на примерах.



## Какие виды отпусков предоставляются большинству работников учреждений здравоохранения?

Разделяются они условно на два вида: оплачиваемые и отпуска без сохранения оплаты. К оплачиваемым отпускам относятся: ежегодный основной оплачиваемый отпуск; отпуск за работу в местностях с особыми климатическими условиями, который мы часто называем «северный»; отпуск за работу во вредных и/или опасных условиях труда; отпуск за ненормированный рабочий день.

Отпуск без сохранения оплаты говорит сам за

себя. Все оплачиваемые отпуска по каждому работнику фиксируются в локальном нормативном акте организации – графике отпусков. Он составляется на каждый календарный год и закрепляет очередность предоставления отпусков внутри подразделений организации. Так как работодатель обязан ознакомить работников с графиком отпусков не позднее, чем за две недели до начала нового календарного года, работа по его составлению начинается заблаговременно.

Как правило, руководители подразделений запрашивают у работников информацию о том, в какой период или периоды они желают воспользоваться своим правом на отпуск, но следу-

ет помнить, что работодатель, составляя график отпусков, руководствуется необходимостью рационально распределять отпуска работников в течение года, чтобы работа организации не пострадала, поэтому в некоторых случаях удовлетворить желания всех просто не представляется возможным. Именно на этом этапе, по согласованию с работодателем, у работника есть возможность разделения отпуска на части, важно учитывать, что хотя бы одна из них была не менее 14 календарных дней, идущих подряд.

Однако есть категории работников, желания которых работодатель обязан учесть несмотря ни на что, кто же эти счастливицы?

Познакомимся с основными категориями:

1. Родители, в том числе приемные, опекуны и попечители, которые воспитывают ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, при предоставлении в отдел кадров свидетельства о рождении ребенка или иного документа, подтверждающего детско-родительские отношения; справки об инвалидности.
2. Беременные перед или после отпуска по беременности и родам при предоставлении справки о беременности и листа нетрудоспособности, выданного в связи с родами.
3. Работники, у которых трое и больше детей в возрасте до 18 лет, пока младшему не исполнилось 14 лет, при предоставлении свидетельств о рождении детей.
4. Работники, усыновившие ребенка или детей до трех месяцев, при предоставлении свидетельства об усыновлении или удочерении ребенка.
5. Совместители одновременно с отпуском на основной работе при предоставлении копии приказа или выписки из графика отпусков от основного работодателя.
6. Супруг военнослужащего, который хочет уйти в отпуск одновременно с отпуском другого супруга, при предоставлении справки с места службы и выписки из графика отпусков /приказа об отпуске супруга-военнослужащего.
7. Супруг, который хочет воспользоваться отпуском во время отпуска по беременности и родам его жены, при предоставлении свидетельства о браке, справки о беременности, справки с места работы жены о том, что ей предоставлен отпуск по беременности и родам.

До 1917 года в нашей стране вообще не было оплачиваемых отпусков, а во времена СССР вплоть до 2002 года их количество возрастало постепенно от 12 до 24 календарных дней.

8. Работник, призванный на военную службу по мобилизации, либо поступивший на военную службу по контракту в период мобилизации, либо заключивший контракт о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы РФ, в течение шести месяцев после возобновления действия трудового договора.

В статье 123 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ) законодатель закрепил обязанность работодателей и работников по соблюдению графика отпусков, а это значит, что работодатель обязан предоставить отпуск работнику в соответствии с графиком и не имеет права, без согласия работника, отменить его или перенести, но и работник, в свою очередь, должен согласовать перенос отпуска с работодателем, если его планы изменились.

Обо всем по порядку.

Ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется всем работникам в Российской Федерации, это право закреплено в части 5 статьи 37 Конституции РФ и в статье 114 ТК РФ. Он составляет 28 календарных дней.

**NB!** Работникам, имеющим инвалидность, подтвержденную справкой, полагается 30 дней ежегодного основного оплачиваемого отпуска (ст. 23 Федерального закона от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Любопытно отметить, что до 1917 года в нашей стране вообще не было оплачиваемых отпусков, а во времена СССР вплоть до 2002 года их количество возрастало постепенно от 12 до 24 календарных дней. Между прочим, среднестатистический работник в США может рассчитывать всего на 16 дней, оплачиваемых работодателем, при этом на законодательном уровне данный факт не закреплён. Есть над чем задуматься.

Дополнительный оплачиваемый отпуск для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, составляет в Красноярске – 8 календарных дней, эта норма закреплена в ст. 14 Закона РФ от 19.02.1993 № 4520-1.

Основной ежегодный отпуск и отпуск за работу в местностях с особыми климатическими условиями суммарно составляют 36 календарных дней

и предоставляются всем работникам в г. Красноярске, отработавшим полный рабочий год у конкретного работодателя.

### **График отпусков составляется на календарный год, а количество дней рассчитывается, исходя из рабочего года, это один и тот же год, или есть разница?**

Несмотря на то, что оба эти года в среднем составляют 365 дней, отличия все же есть. Календарный год всегда начинается 1 января и заканчивается 31 декабря, именно в этот период работник должен использовать заслуженные дни отпуска. Рабочий же год индивидуален для каждого. Отправной точкой служит дата трудоустройства у конкретного работодателя.

**Пример:** Иван Петрович Ш. был трудоустроен 01.04.2021 года, соответственно, его рабочий год будет длиться с 01.04.2021 по 31.03.2022, за этот период он заработает 28 календарных дней основного отпуска и 8 календарных дней «северного», по 3 дня за месяц (36/12 месяцев в году = 3 календарных дня в месяц). И этот отсчет будет начинаться год за годом с 1 апреля. «Как же так, я устроился 15 июня, а специалист по кадрам, говорит, что мой рабочий год с 1 ноября по 30 октября?» – спросит внимательный сотрудник.

Да, такое возможно, и совсем не редкость. Дело в том, что в отличие от календарного года, который не меняется, рабочий год может удлиняться и впоследствии изменять дату начала. Это связано с некоторыми ситуациями в жизни работника, к которым относятся периоды, исключаемые из стажа, дающего право на отпуск, в соответствии с ч. 2 ст. 121 ТК РФ: отпуска без сохранения заработной платы, превышающие 14 календарных дней суммарно за рабочий год; отпуск по уходу за ребенком; прогулы, отстранения от работы по вине работника, иные отсутствия без уважительных причин.

**Пример:** Наш знакомый Иван Петрович Ш., трудоустроенный 01.04.2021 года, через два месяца работы решил поехать в санаторий на 21 календарный день. Он написал заявление о предоставлении ему отпуска без сохранения заработной платы, которое работодатель согласовал. С этого времени его рабочий год окончится не 31.03.2022 г., а составит 365 + 7 дней отпуска без сохранения заработной платы, превышающих 14, которые включаются в рабочий год, то есть продлится с

01.04.2021 по 07.04.2022. Новый рабочий год Ивана Петровича теперь с 8 апреля по 7 апреля следующего года.

Отпуска по уходу за ребенком и отсутствие без уважительных причин продлевают рабочий год на свой полный срок. Представим, что в семье Ивана Петровича в 2022 году родился ребенок, он воспользовался своим правом и оформил отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отсутствовал на работе 1054 календарных дня, в этой ситуации к его рабочему году с 8.04.2022 до 7.04.2023 прибавляется 1054 дня, и новый рабочий год начнется 24.02.2026.

Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (далее – «за вредность»), зафиксирован в ст. 117 ТК РФ, он предоставляется работникам, условия труда на рабочих местах которых по результатам специальной оценки условий труда отнесены к вредным условиям труда 2, 3 или 4 степени, минимальная продолжительность такого отпуска составляет 7 календарных дней.

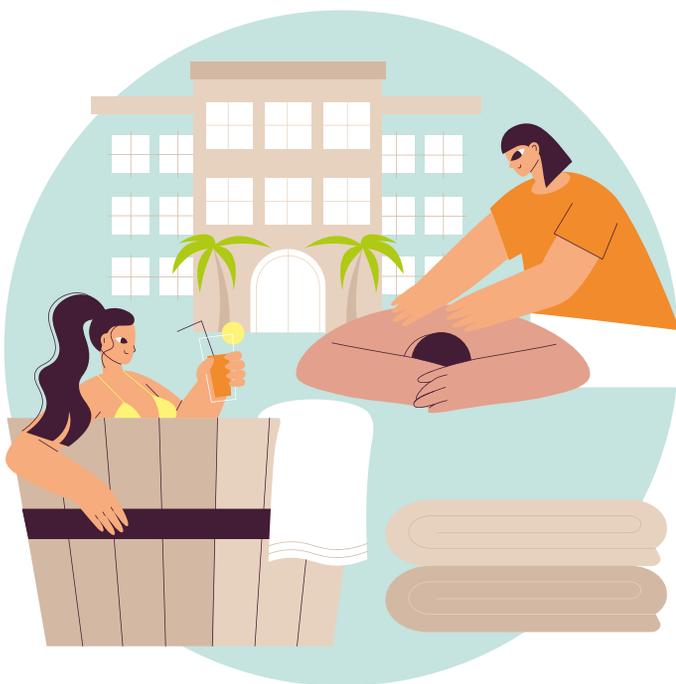
Обратите внимание: на основании специальной оценки условий труда ваше рабочее место может относиться к вредным условиям класса 3, но если степень вредности этих условий менее 2 (например, 3,1), вам устанавливается процентная надбавка к заработной плате, но не предоставляются дополнительные дни оплачиваемого отпуска. Вместе с тем работодатель может увеличивать количество дней такого отпуска, исходя из особенностей труда на определенных должностях и в подразделениях.

Обычно это закрепляется в Коллективном договоре. В этом документе указано количество дней дополнительного отпуска за вредность, которое предоставляется работнику при условии, что им фактически отработано во вредных условиях труда полных 11 месяцев за рабочий год, то есть минимум 335 календарных дней (среднее количество дней в рабочем году – 365).

В график отпусков работодатель должен запланировать все отпуска, которые положены работнику в соответствии с занимаемой должностью.

### **Почему работники, трудоустроенные на аналогичных должностях и в одном подразделении, могут пойти в отпуск на разное количество дней за год?**

**Пример:** В пульмонологическом отделении на должности медицинской сестры палатной (постовой) работают Татьяна Н. и Марина Ю. Они



заключили трудовой договор с КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в один день – 15.05.2023 года. Соответственно, их первый рабочий год – с 15.05.2023 по 14.05.2024. В соответствии с ТК РФ и Коллективным договором КГБУЗ «ККБ» предоставляется: 28 календарных дней основного ежегодного оплачиваемого отпуска, 8 календарных дней «северного» отпуска и 14 календарных дней отпуска за ВРЕДНОСТЬ, всего 50 календарных дней за рабочий год.

Татьяна Н. через 6 месяцев работы подала заявление о предоставлении ей ежегодного оплачиваемого отпуска в количестве 14 календарных дней, работодатель поддержал ее право и приказом оформил предоставление отпуска. В декабре 2023 года Татьяна заболела и отсутствовала на работе, согласно листку временной нетрудоспособности, 14 календарных дней. В апреле 2024 года Татьяну направили на очные курсы повышения квалификации, в связи с чем она отсутствовала на работе 32 календарных дня. Общее количество дней отсутствия Татьяны в течение рабочего года составило 60 календарных дней, то есть 2 месяца.

Марина Ю. воспользовалась своим правом на оплачиваемый отпуск в апреле 2024 года, количество его составило 28 календарных дней. Таким образом, в течение рабочего года Марина находилась на работе полных 11 месяцев.

Специалист по кадрам при расчете количества дней отпуска будет руководствоваться следующим: Татьяна и Марина заработали по 28 календарных

Если работник не подвергался воздействию вредных факторов, то и количество дней отпуска для восстановления уменьшается пропорционально отработанному времени.

дарных дней основного отпуска и по 8 календарных дней «северного», так как за рабочий год у них не было периодов, которые исключаются из подсчета стажа, дающего право на указанные виды отпуска. А вот отпуск за работу во вредных условиях труда у них будет разным.

Основная цель предоставления отпуска за работу во вредных условиях труда – дать работнику возможность отдохнуть, восстановить здоровье, на которое потенциально могут влиять вредные факторы. Коллективным решением работодателя и трудового коллектива было определено, что медицинским сестрам палатным (постовым) пульмонологического отделения за фактически отработанный рабочий год необходимо 14 календарных дней отпуска, чтобы полностью восстановиться или существенно снизить риски, которые несет работа во вредных условиях труда.

**Важно:** если же работник не подвергался воздействию вредных факторов, то и количество дней отпуска для восстановления уменьшается пропорционально отработанному времени. Данная норма закреплена в ч. 3 ст. 121 ТК РФ.

Татьяна Н. не находилась во вредных условиях труда в период ежегодного отпуска, временной нетрудоспособности и в период повышения квалификации, поэтому специалист по кадрам должен произвести расчет, сколько дней отпуска за вредность необходимо ей предоставить. Вот тут-то нам и пригодятся школьные знания математики.

Итак: за 12 месяцев работы медицинской сестры палатной (постовой) необходимо предоставить 14 календарных дней, то есть за месяц такой работник зарабатывает  $14/12=1,1666666666666666$  календарных дня отпуска. Мы уже знаем, что Татьяна отсутствовала 60 календарных дней = 2 месяца, значит, фактически отработала 10 месяцев во вредных условиях труда.  $10 \times 1.17 = 11,7$ . Так как в соответствии с Письмами Минтруда России от 02.11.2018 № 14-2/ООГ-8717, Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 4334-17 в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» принято решение об

округлении количества дней отпуска при расчетах и выплатах до целых дней, мы всегда округляем их в пользу работника.

Татьяне Н. будет предоставлено 12 календарных дней отпуска за вредность за рабочий год с 15.05.2023 по 14.05.2024, то есть 48 календарных дней оплачиваемого отпуска всего (28+8+12=48).

Марине Ю. специалист по кадрам предоставит 14 календарных дней отпуска за вредность, так как ее отсутствие на работе продолжалось менее одного месяца, и за рабочий год с 15.05.2023 по 14.05.2024 она может отдохнуть 50 календарных дней.

### **В клиниках также утверждается список должностей и работников, которым предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск за ненормированный рабочий день.**

Часть 1 ст. 101 ТК РФ определяет ненормированный рабочий день как особый режим работы, в соответствии с которым отдельные работники могут по распоряжению работодателя при необходимости эпизодически привлекаться к выполнению своих трудовых функций за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

Привлекать к работе работника с ненормированным рабочим днем можно как до начала рабочего дня, так и после его окончания, при этом не требуется каждый раз получать согласие работника на привлечение его к работе в данном режиме (Письмо Минтруда России от 13.10.2020 № 14-2/ООГ-15911).

Переработка при ненормированном рабочем дне компенсируется предоставлением ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, продолжительность такого отпуска закрепляется Коллективным договором, но не может быть менее трех календарных дней (ст. 119 ТК РФ). Продолжительность отпуска за ненормированный рабочий день и категории работников, которым он предоставляется, обычно закрепляются в Приложении к Коллективному договору.

Существенным отличием отпуска за ненормиро-

ванный рабочий день от остальных видов оплачиваемых отпусков является отсутствие влияния на него каких-либо дополнительных факторов, для его предоставления достаточно наличия условия о ненормированном рабочем дне в локальном нормативном акте и в трудовом договоре конкретного работника. Продолжительность его в течение рабочего года неизменна.

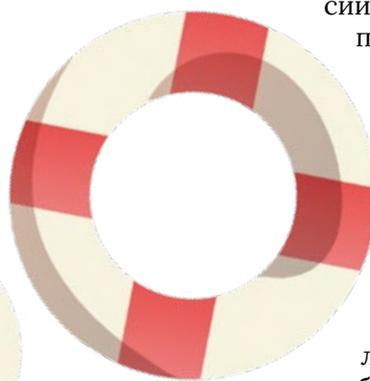
### **Отпуск без сохранения заработной платы.**

Такой отпуск предоставляется работнику только по согласованию с работодателем, количество дней такого отпуска также законодательством не ограничено. Однако есть случаи-исключения, когда работодатель обязан предоставить отпуск без сохранения заработной платы работнику, они отражены в ст. 128 ТК РФ:

1. Работникам в случае рождения ребенка, регистрации брака, смерти близких родственников при предоставлении подтверждающих документов – до 5 календарных дней.
2. Работающим инвалидам – до 60 календарных дней в году (имеется в виду календарный год).
3. Работающим пенсионерам по старости (по возрасту) – до 14 календарных дней в году.
4. Родителям, супругам и детям, в том числе совершеннолетним, военнослужащих, граждан, заключивших контракт о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации, погибших или умерших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении обязанностей военной службы/контракта либо вследствие заболевания, связанного с военной службой/контрактом, при предоставлении соответствующих документов – до 14 календарных дней в году.

5. Родителям, супругам и детям, в том числе совершеннолетним, военнослужащих, граждан, заключивших контракт о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации, получивших ранение, контузию, увечье или заболевание при исполнении обязанностей воен-

Оплата отпуска производится не позднее чем за три дня до его начала.



ной службы/контракта, в целях осуществления ухода за ними в соответствии с медицинским заключением – до 35 календарных дней в году.

### **Когда же ждать «отпускных», то есть оплаты отпуска?**

Ответ на этот вопрос также есть в Трудовом кодексе РФ. В части 9 статьи 136 значится: «Оплата отпуска производится не позднее чем за три дня до его начала». В случае задержки выплаты отпускного пособия организация должна компенсировать работнику задержку в размере не ниже 1/150 ключевой ставки ЦБ РФ от невыплаченных сумм за каждый день задержки. При этом законодатель не разделяет, по какой причине работодатель не выплатил в срок установленное пособие, произошло это по вине работодателя или потому, что работник написал заявление на отпуск накануне даты отпуска.

Чтобы ваше желание пойти в отпуск вне графика отпусков было реализовано, рекомендуется согласовать заявление с работодателем не позднее, чем за 7 рабочих дней, до даты начала отпуска.

Как сказал Гераклит, «всё течет, всё меняется», так и трудовой путь каждого подвержен переменам.

### **Что происходит с оплачиваемым отпуском, если сотрудник принимает решение об увольнении?**

Когда специалист отдела кадров получает заявление об увольнении, он издает приказ, в котором указывает количество дней компенсации за неиспользованные оплачиваемые отпуска за весь период работы, будь то 5, 15 или 25 лет.

### **Вправе ли сотрудник рассчитывать на компенсацию всех дней отпуска, запланированного в графике отпусков, если хочет уволиться?**

**Пример:** Медицинская сестра палатная (постовая) пульмонологического отделения Татьяна Н., которая трудоустроилась 15.05.2023 г. и использовала 14 календарных дней отпуска, а также побывала на «больничном» и обучении (смотрите пример выше), написала заявление на увольнение по собственному желанию, дата увольнения – 14.05.2024 г., из чего следует, что она полностью завершила свой рабочий год у данного работода-

теля. При этом в графике отпусков на 2024 год ее отпуск был запланирован с 01.07.2024 на 50 календарных дней. Получив расчет в день увольнения, она была удивлена: почему-то компенсация за неиспользованный отпуск была не за 50 дней, как в графике, а за 34 календарных дня.

Как же так вышло? Всё дело в том, что компенсации при увольнении подлежат только дни, которые работник уже заработал, но еще не успел использовать. В данном примере Татьяна отработала один рабочий год, за вычетом фактически неотработанного во вредных условиях труда времени ей положено 48 календарных дней отпуска, 14 из которых она уже использовала через полгода после трудоустройства. Дата увольнения одновременно являлась датой окончания ее рабочего года, таким образом, новый период накопления отпуска еще не начался.

В свою очередь, коллега Татьяны, Марина, написала заявление об увольнении с датой увольнения 30.11.2024. При этом за рабочий год с 15.05.2023 по 14.05.2024 она использовала 28 календарных дней отпуска, а за период работы с 15.05.2024 по 30.11.2024 у нее вообще не было отсутствия. В графике отпусков ей был запланирован отпуск с 01.12.2024 на 50 календарных дней.

Ожидания Марины оправдались: в день увольнения она получила компенсацию неиспользованного отпуска – 52 дня. Как мы помним, за свой первый рабочий год Марина отсутствовала во вредных условиях труда менее месяца, что дало ей право на 50 календарных дней отпуска, из которых она использовала 28. Специалист отдела кадров также посчитал количество дней отпуска, которые Марина заработала с начала нового периода до даты увольнения (с 15.05.2024 по 30.11.2024), то есть за 7 месяцев работы ( $3 \times 7 = 21$  календарный день основного и «северного» отпуска,  $1,17 \times 7 =$  округленно 9 календарных дней отпуска за вредность), всего 30 календарных дней.

Подводя итоги, хочу отметить: несмотря на то, что право на отпуск есть у каждого работника и оно закреплено и разъяснено во многих законодательных актах, каждый из нас является индивидуальностью, к каждому применяются нормы права, исходя из произошедших жизненных обстоятельств. Поэтому если у вас возникают какие-то вопросы в контексте трудовых прав, самый верный способ найти ответ – обратиться к специалистам по кадрам по месту работы, они дадут квалифицированные разъяснения и предложат решение, удовлетворяющее вашим интересам.

# Суицид и расстройства личности: психиатрический взгляд

Тема суицида – одна из наиболее острых и сложных в современной психиатрии. При ее рассмотрении важно понимать связь между суицидальными тенденциями и психическими расстройствами, особенно пограничным расстройством личности (ПРЛ). Суицид – не только медицинская проблема, но и серьезный социальный феномен, требующий комплексного, мультидисциплинарного подхода.



Русская рулетка из «Фаталиста» Лермонтова



**Александр Дорожкин,**

врач-психиатр ККБ,  
по материалам проф. Джереми Холмса

## Введение

Когда мы говорим о суициде сегодня, невозможно игнорировать его связь с расстройствами личности. Особенно это касается пограничного расстройства личности, при котором риск самоповреждений и суицидальных попыток существенно выше, чем у здоровых людей.

Психиатрия как область медицины преследует одну из главных целей: сохранение жизни пациента и улучшение ее качества. Мы ежедневно сталкиваемся с фактами смертности, связанной не только с физиологическими заболеваниями, но и с психическими расстройствами. Именно поэтому наша задача – помочь человеку преодолеть внутренние кризисы, сохранить жизнь и впоследствии научиться жить достойно и полноценно.

## Социально-эпидемиологический контекст суицида

Суицид – серьезная причина смертности на глобальном уровне. В мире гибнет больше людей от самоубийств, чем в результате убийств и войн, вместе взятых. По последним данным, около 3% населения в определенный момент жизни пытались нанести себе вред. Особое беспокойство вызывают показатели среди молодежи – в некоторых странах, например в Великобритании, именно у молодых мужчин уровень суицида является критически высоким.

## Классическая теория Эмиля Дюркгейма

В конце XIX века социолог Эмиль Дюркгейм провел одни из первых крупных исследований суицида. Его главное открытие: уровень суицида выше среди протестантов, чем среди католиков. Причина, по его мнению, в разной силе социальных связей и взаимной поддержки.

Дюркгейм ввел понятие **«аномии»** – состояния социальной несвязанности и отчуждения, из которого уязвимый человек с большей вероятностью совершит суицид. По его словам, католические сообщества обладают более плотными социальными связями и поддержкой, что снижает риск суицида, – при депрессии человек скорее получит помощь.

Кроме того, Дюркгейм выделил два типа суицида: **альтруистический и эгоистический**.

---

**АНОмия** – (социологический термин по Дюркгейму в аспекте суицидологии) – состояние, характеризующееся апатией, одиночеством, потерей семейных, дружеских и других социальных связей. Утрата жизненных ориентиров, утрата прежних ценностей.

---

**Альтруистический** суицид проявляется, когда индивид жертвует собой ради блага других. Примером может служить родитель, который в экстремальной ситуации рискует жизнью, чтобы спасти ребенка. Такой тип суицида – акт высочайшей самоотверженности, хотя и трагический.

**Эгоистический** суицид связан с одиночеством, отчуждением и чувством ненужности. Часто он происходит в ситуациях полной социальной изоляции, когда человек чувствует себя полностью одиноким и не имеет никаких опор.

## Эмоциональная дисрегуляция и значение в ПРЛ

Одним из центральных механизмов, способствующих суицидальным проявлениям, является эмоциональная дисрегуляция – неспособность адекватно управлять своим эмоциональным состоянием. Это особенно характерно для пациентов с пограничным расстройством личности.

В детстве у таких пациентов часто нарушена функция привязанности: родители или воспитатели не смогли научить ребенка регулировать эмоции, и формируется дезорганизованная привязанность. Этот дефект в эмоциональной регуляции приводит к частым аффективным кризисам, когда эмоции буквально «захлестывают» человека.

В терапии задача психиатров и психологов – помочь пациенту наладить механизм **сорегуляции аффекта** (регуляция эмоций при поддержке терапевта) с последующим переходом к саморегуляции. Чем лучше пациент научится контролировать свои эмоции, тем ниже риск суицида.

## Ментализация и ее роль в профилактике суицида

**Ментализация** – способность человека осознавать и интерпретировать свои и чужие мысли, чувства и намерения. При нарушении этой функции, что типично для многих пациентов с ПРЛ и другими расстройствами, возникает риск суицидального поведения, так как человек не способен отстраниться от своих аффектов, не видит альтернатив и не оценивает последствия.

Когда ментализация у пациента ослаблена, его сознание охватывает деструктивная фантазия суицида. Вместо того чтобы взаимодействовать с внешним миром и искать помощи, человек замыкается в кризисе, что повышает риск рокового решения.

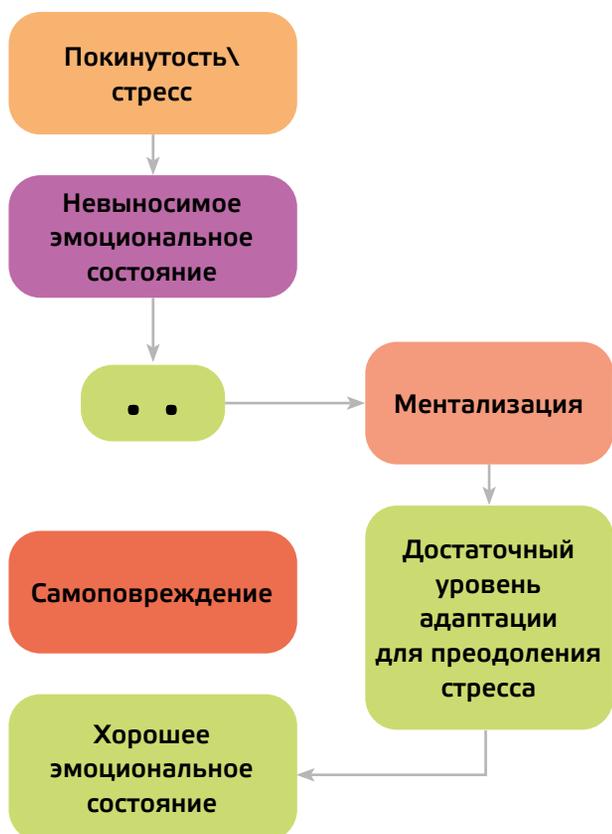
---

**Ментализация** — это умение понимать, что происходит в голове других людей и в самом человеке. Оно помогает

воспринимать и интерпретировать человеческое поведение не как обусловленное внешними причинами, а внутренними состояниями: потребностями, целями, желаниями, чувствами.

В то время, как теория сознания обсуждалась в философии, концепт ментализации в психоаналитической литературе появился в конце 1960-х годов и был проверен эмпирически только в 1983 году, когда Хайнц Уиммер и Джозеф Пернер провели первый эксперимент, предметом которого стало исследование понимания детьми ложных убеждений (оно показало, что примерно до четырех с половиной лет дети не могут последовательно предсказать поведение окружающих в силу неприятия во внимание их ложных убеждений — под «ложными убеждениями» понимается неверное представление о каком-либо феномене).

### Ментализация как способ отключить программу самоуничтожения



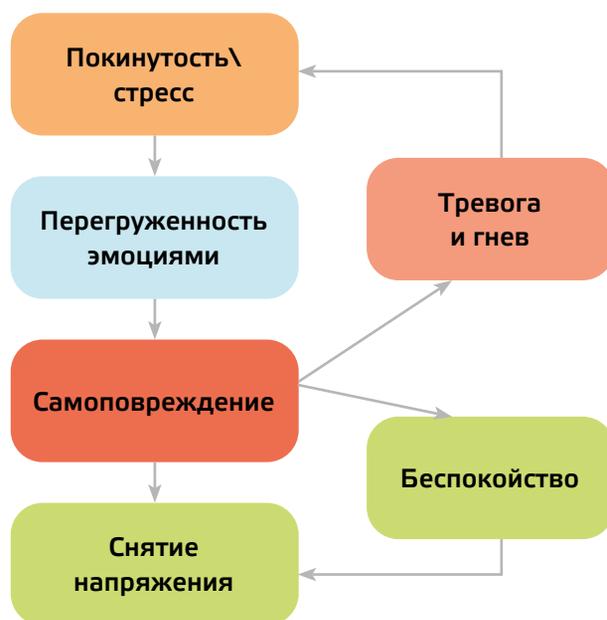
### Импульсивность и доступность способов

Импульсивность – характерная черта суицидального поведения, особенно при ПРЛ. Часто попытка совершается спонтанно, без длительных раздумий.

Важным фактором снижения риска считается ограничение доступа к средствам самоубийства. Например, сегодня нельзя купить в аптеке большую упаковку парацетамола, что помогло снизить смертность от отравлений в ряде стран.

В психиатрических стационарах применяются меры по предотвращению доступа пациентов к предметам, которые могут быть использованы для самоповреждения.

### Замкнутый круг самоповреждения



### Терапевтические подходы и задачи специалистов

Задача психиатра, психотерапевта и клинического психолога – помочь человеку пережить кризис. Это достигается путем установления доверительных отношений, сорегуляции аффектов и развития ментализации.

Терапия должна строиться на сострадании и эмпатии, одновременно помогая пациенту обрести внутренний контроль над чувствами и мыслями. Суицидальность не всегда удается полностью устранить, но качественное лечение значительно снижает риск тяжелых последствий.

### Клинические наблюдения и защитные механизмы

Многие пациенты с пограничным расстройством личности и другими тяжелыми диагнозами имеют сложную историю жизни: травмы, потери, отсутствие стабильных опор. Часто в периоды усиленного стресса суицидальные мысли и попытки служат выражением крайней безысходности.

Важно разграничить жесты самоповреждения, как сигналы о помощи, от настоящих суицидальных попыток. Первый шаг лечения – восприятие этих проявлений как запросов на поддержку и помощь, а не как просто «проблемное поведение».

### Психоаналитический взгляд: объектные отношения и суицид

С позиции психоанализа, суицидальные проявления можно видеть как разыгрывание глубинных внутренних конфликтов, связанных с отношениями с собой и другими. Внутренний диалог «Я сейчас убью себя» может содержать конфликт между различными частями личности: злой «я», раненный «я» и наблюдающий «я». Часто пациент испытывает ощущение отторжения и покинутости, что подкрепляет суицидальные импульсы. В терапии задача – помочь пациенту интегрировать раздробленные части «я» и выстроить здоровые внутренние отношения.

### Значение социальной поддержки и надежной базы

Безопасность в первую очередь связана с наличием стабильных отношений привязанности – надежной опоры, социальной поддержки. Утрата партнера или полного круга общения у пожилых людей зачастую становится фатальным фактором. Важен также социальный контекст: поддержка, доступность помощи, понимание со стороны близких снижают уровень одиночества и отчаяния. Такая надежная база обеспечивает настройку регуляции и ментализации аффектов, что критично для профилактики суицида.

### Если вам стало известно, что пациент имеет суицид в анамнезе

Что делать и чего не делать врачу в случае его информированности о суициде в прошлом пациента? Если больной сам сказал об этом, то в первую очередь его стоит поблагодарить за доверие. Предложить встречу с психологом и, по возможности, помочь организовать такую встречу в приватной обстановке. Вместе с психологом обсудить целесообразность назначения консультации психиатра, а уже с ним – назначение психотропных препаратов, действие которых не противоречит основной терапии.

### Заключение

Суицид – сложный феномен, который невозможно игнорировать ни с медицинской, ни с социальной точки зрения. Понимание ролей эмоциональной дисрегуляции, нарушения ментализации, социального контекста и индивидуальных особенностей пациента дает возможность строить эффективные стратегии профилактики и лечения. Психиатрия и психотерапия направлены не только на спасение жизни, но и на улучшение ее качества, стойкое снижение суицидальных рисков и поддержку пациентов в преодолении тяжелых жизненных ситуаций. Наша задача – услышать внутреннюю боль человека, помочь ему научиться понимать и управлять своими чувствами, развивать социальные связи, найти надежду и смысл жизни. Суицидальность – опасность, но при адекватной помощи она может быть снижена. Жизнь необходимо беречь, и каждый из нас, в том числе специалисты психического здоровья, может сделать для этого важный шаг.



Эдуард Мане, «Самоубийство», 1877-1881 гг.

# Обзор проведенной тромболитической терапии в КБ 51 в 2024 г.

О.Г. Краев, Д.В. Тесленко, Н.Н. Маркова  
ФМБА России КБ 51, ЗАТО г. Железногорск

*Инсульт – одно из тяжелейших заболеваний мозга, которое настигает человека внезапно. По масштабам последствий этот недуг сравним с настоящей катастрофой для всего организма и является одной из ведущих причин смертности во всем мире.*

**И**нсульт является второй по распространенности причиной смерти, третьей по распространенности причиной инвалидности и основной причиной деменции во всем мире.

Ежегодно в Красноярском крае регистрируется около 12 тысяч случаев острого нарушения мозгового кровообращения.

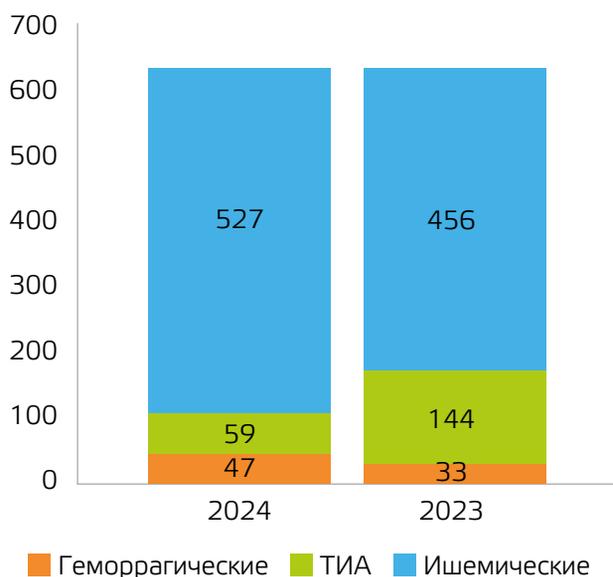
Реперфузионные технологии (внутривенный тромболитизис тканевым активатором плазминогена – ТАП и внутриартериальная механическая тромбоэкстракция) остаются единственными методами лечения пациентов в острейшем периоде инсульта с доказанной эффективностью. Частота проведения ТЛТ – ключевой интегративный показатель, характеризующий качество работы региональных систем помощи больным ИИ.

В 2024 году в неврологическое отделение КБ 51 поступило 1109 пациентов (в 2023 г. – 1167), в том числе с ОНМК – 579 (в 2023 г. – 489), из них с субарахноидальным кровоизлиянием – 5 человек (в 2023 г. – столько же), с внутримозговым кровоизлиянием – 47 человек (в 2023 г. – 33), с ишемическим инсультом – 527 пациентов (в 2023 г. – 456), с транзиторными ишемическими атаками – 59, (в 2023 г. – 144).

В течение двух лет ежегодно отмечаются сходные данные по количеству ОНМК. При этом возросла доля пациентов с внутримозговым кровоизлиянием, объем ишемических инсультов среди всех поступивших с ОНМК сохраняется

относительно постоянным.

Уменьшилась доля транзиторных нарушений мозгового кровообращения. Данный показатель отражает увеличение объема более тщательного обследования пациентов с данной патологией и выявление причин пароксизмальных нарушений сознания, в частности, эпилепсию, мигрень, нарушения ритма сердца.

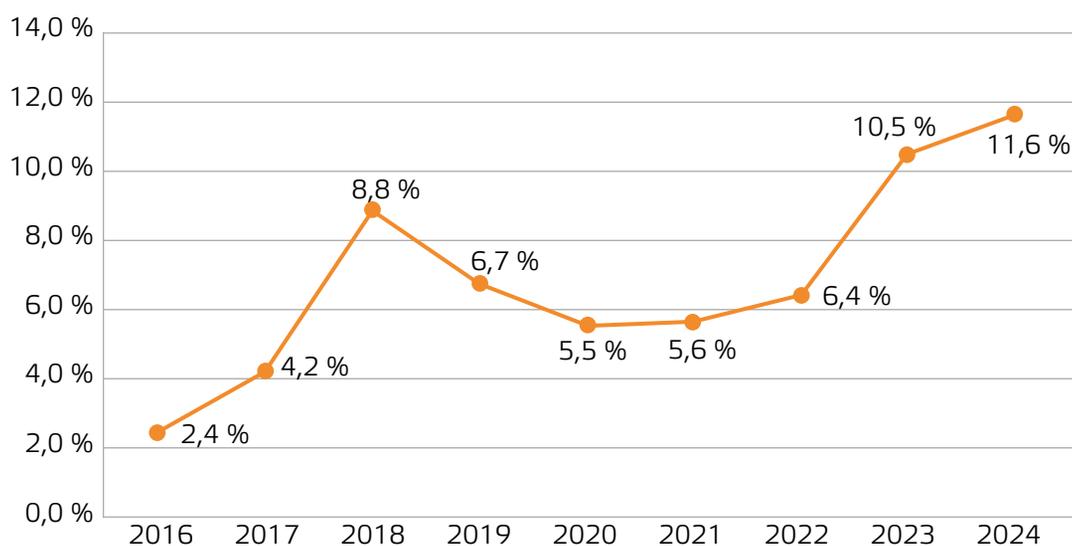


С учетом сохраняющегося большого объема поступающих пациентов с ОНМК и преобладающей долей ишемических инсультов в 2024 году мы продолжили применение реперфузионных технологий для улучшения качества помощи пациентам.

## Тромболитическая терапия ишемических инсультов в 2024 г.

За последние три года в неврологическом отделении КБ 51 отмечается неуклонный рост количества применяемых реперфузионных технологий.

### Доля тромболизисов от общего количества ишемических инсультов по годам



И за последние два года показатели проведенных тромболизисов существенно превышают краевые. Процент проведенной тромболитической терапии по Красноярскому краю за 2023 г. составляет 7,7%.

Для системной внутривенной тромболитической терапии нами использовался традиционно ферментный фибринолитический лекарственный препарат Ревелиза от компании ООО «Генриум-Некст».

В 2024 году мы стали активно использовать препарат Фортелизин от компании ООО «Супраген», основным действующим веществом которого является рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы.

Более частое применение Фортелизина, по сравнению с Ревелизой, обусловлено его высокой эффективностью и более простым способом введения. Кроме того, Фортелизин снимает необходимость расчета дозы препарата, так как применяется утвержденная доза 10 мг вне зависимости от веса пациента.

Количество поступивших пациентов с ишемическим инсультом в 2024 году составило 527, что превышает показатель 2023 года (456 пациентов). Количество проведенных системных внутривенных тромболитических терапевтических процедур – 61 (в 2023 г. – 48).

Процент ВВ ТЛТ от числа ишемических инсультов в 2024 году – 11,6%, в 2023-м – 10,5%. В 2024 году время от начала клинических проявлений

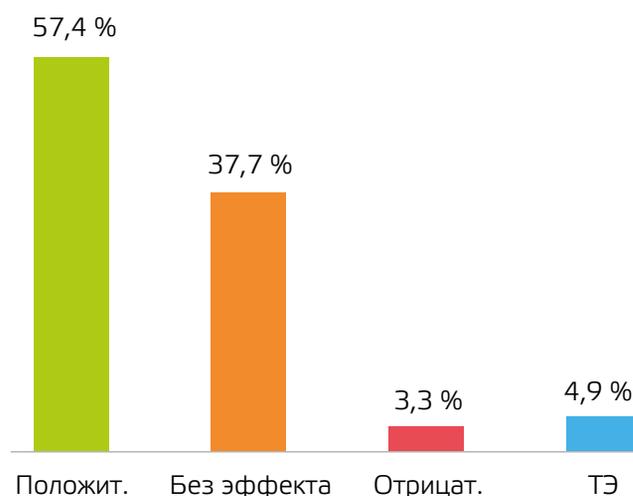
ишемического инсульта до момента введения тромболитика составило в среднем 171 мин., в 2023-м – 170 мин.

Это очень низкий показатель, так как каждую минуту погибает до 2 млн нейронов в области ишемического очага.

Только комплексная реорганизация работы медицинской службы как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе может улучшить этот показатель.

### Эффективность ТЛТ

#### Общая эффективность



Количество ВВ ТЛТ, проведенных препаратом Ревелиза, – 26, это 42,6% от общего числа ВВ ТЛТ. Количество ВВ ТЛТ, проведенных препаратом Фортелизин, – 35 (57,4% от общего числа ВВ ТЛТ). Количество ВВ ТЛТ с положительным эффектом в 2024 году – 35 (57,4% от общего числа ВВ ТЛТ), в 2023-м – 69%. В группе Фортелизина количество ВВ ТЛТ с положительным эффектом – 22 (63% от количества проведенных ВВ ТЛТ препаратом Фортелизин). В группе Ревелизы количество ВВ ТЛТ с положительным эффектом – 15 (42% от количества проведенных ВВ ТЛТ препаратом Ревелиза).

Количество ВВ ТЛТ без эффекта – 23 (37,7% от общего числа ВВ ТЛТ), в 2023 году – 19%. В группе Фортелизина количество ВВ ТЛТ без эффекта – 13 (37%). В группе Ревелизы количество ВВ ТЛТ без эффекта – 9 (35%).

Количество ВВ ТЛТ с отрицательным эффектом в 2024 году составило 2 (3% от общего числа ВВ ТЛТ), в 2023-м – 3 (6%). В группе Фортелизина ВВ ТЛТ с отрицательным эффектом не отмечались.

Как видно из таблицы, количество проведенных ВВ ТЛТ увеличилось на 21%.

Препарат Фортелизин продемонстрировал лучшую клиническую эффективность по сравнению с Ревелизой. Существенным положитель-

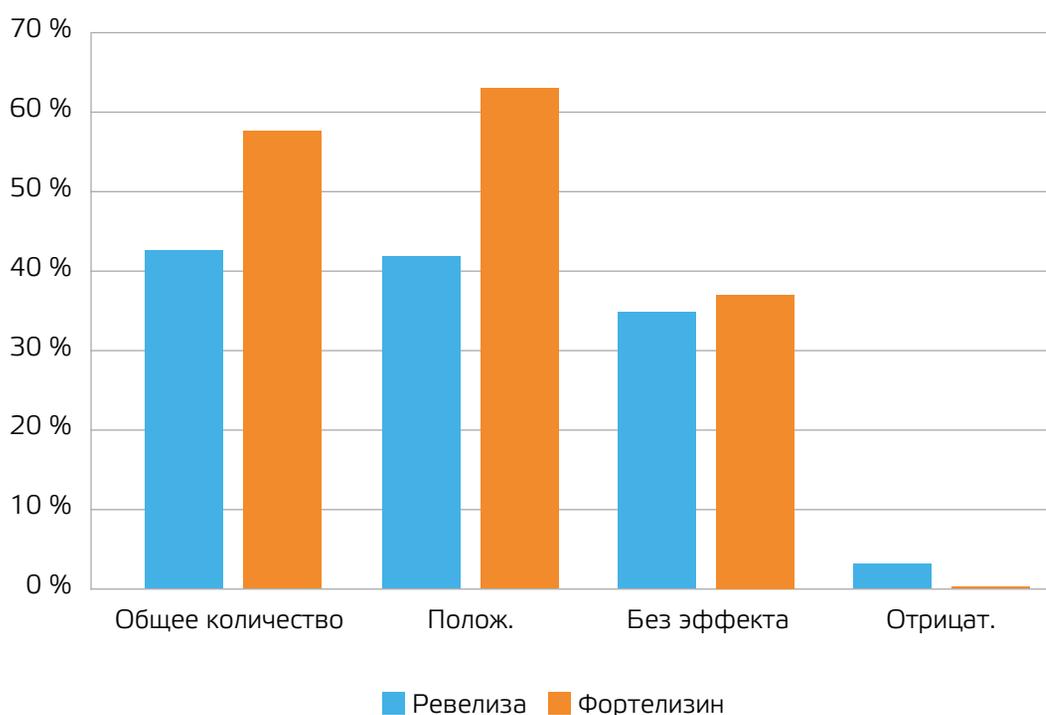
ным эффектом препарата явилось отложенное постепенное восстановление неврологического дефицита в течение первых трех суток от момента введения препарата. Что, вероятно, связано с постепенным восстановлением электрохимической активности нейронов головного мозга после эффективной реперфузии, которые находились в острой гипоксии на момент дебюта заболевания.

При применении Ревелизы данный эффект не отмечался. Восстановление неврологического дефицита при применении Ревелизы проходило более линейно. Если восстановление неврологического дефицита не начиналось в течение первых суток после введения Ревелизы, то шансы на активный регресс симптомов инсульта значительно снижались.

Но эффективность проводимой ВВ ТЛТ снизилась с 69% в 2023 году до 57,4%. И хотя показатель неэффективности в подгруппах препаратов Фортелизина и Ревелизы существенно не отличается (37,1 против 34,6%), отмечена общая тенденция (37,7% против 19%) снижения эффективности проводимой ВВ ТЛТ.

Вероятно, этот момент больше связан с пересмотром критериев эффективности проводимой ВВ ТЛТ и ожидание положительного эффекта от проведенного тромболизиса уже в течение пер-

### Эффективность тромболизиса



вых трех суток, а не к концу этапа стационарного лечения.

Снижение эффективности ВВ ТЛТ также связано с расширением выборки среди поступающих пациентов, снижением количества противопоказаний для проведения тромболизиса согласно клиническим рекомендациям 2023 года.

Отсутствие 100%-ной эффективности ВВ ТЛТ также отражает ограничение эффективности внутривенной реперфузионной терапии при реканализации твердых атеротромботических масс в просвете сосуда. Этот момент требует применения более расширенных технологий в виде этапной реперфузии.

Количество этапных реперфузий в 2024 году (комбинация ВВ ТЛТ и механической реканализации (ВВ ТЛТ + ТЭ) – 3 (4,9% от общего числа ВВ ТЛТ), в 2023 году было проведено тоже 3 эпизода. Количество этапных реперфузий с положительным эффектом в 2024 году – 1 (1,6%).

Сложности с логистикой данной группы пациентов и большие временные интервалы при транспортировке отражают малый процент успешных тромбоекстракций. Однако применение данной технологии имеет наибольшую эффективность при выраженном неврологическом дефиците у пациентов с ишемическим инсультом.

### Возрастные и клинические аспекты тромболитической терапии

Соотношение по половому составу в 2024 году, как и в 2023-м, примерно равное: 46% женщин

и 54% мужчин среди пациентов с выполненным системным внутривенным тромболизисом.

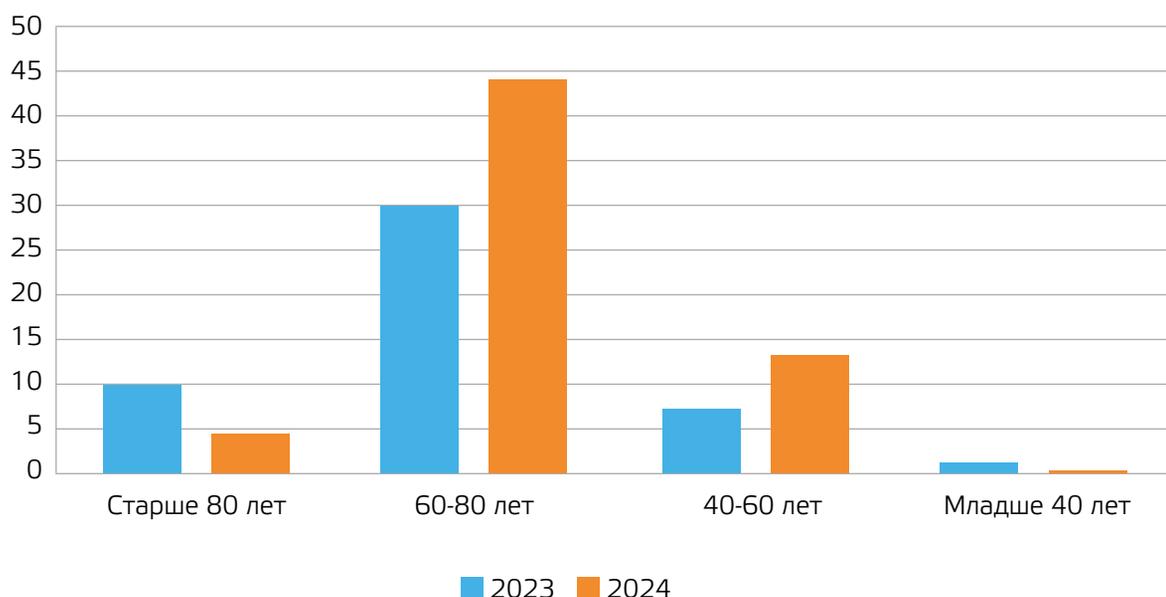
В связи с этим хочется отметить, что в общей популяции пациентов проявления ишемического инсульта не зависят от половой детерминации.

Что касается соотношения по возрасту, то самому молодому пациенту с ишемическим инсультом, которому провели системный ТЛТ в 2024 году, было 48 лет. Большее количество пациентов – пожилого и старческого возраста. Самый преклонный возраст пациента с проводимой ВВ ТЛТ – 87 лет (кстати, был отмечен прекрасный клинический результат без побочных эффектов). Средний возраст составил 67 лет (69 лет в 2023 году). Это указывает на то, что максимальное количество ишемических инсультов приходится на ранний пенсионный возраст.

По тяжести состояния в дебюте ишемического инсульта распределение пациентов, как и в 2023 году, имело высокий разброс – от 2 б. до 26 б. по NIHSS. Среднее – 11 б.

Этот параметр отражает достаточно высокую вариабельность неврологического дефицита в первые часы развития ишемического инсульта. Но не стоит забывать, что ишемический инсульт развивается во времени и изначально умеренно-выраженный дефект может значительно усилиться уже в течение первых суток. Поэтому так важно обращение за медицинской помощью в специализированный стационар в первые часы развития инсульта.

### Распределение по возрасту



## **Фактор времени при тромболитической терапии**

Развитие науки и техники продолжается активно, и оказание медицинской помощи пациентам с ишемическим инсультом тоже развивается в ногу со временем.

С учетом клинических рекомендаций «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» от 2024 года, при выполнении КТ- или МРТ-перфузии с автоматизированным расчетом объема ядра ишемии и ишемической полутени пациентам старше 16 лет проведение внутривенной тромболитической терапии расширено в срок от 4,5 до 9 часов от момента развития заболевания (или от времени последнего контакта). Но с учетом отсутствия необходимого программного обеспечения этот пункт клинических рекомендаций, к сожалению, не выполняется в условиях медицинской помощи КБ 51.

Проведение тромболитической терапии в 2024 году проходило строго с учетом временных рамок в течение первых четырех с половиной часов от момента дебюта ишемического инсульта. Среднее время от дебюта ишемического инсульта до «иглы» в 2024 году составило 172 мин. (в 2023-м – 170 мин.), что соответствует 2 час. 52 мин.

На данном этапе сохраняются организационные проблемы по оптимизации сокращения времени медицинской помощи пациентам с ишемическим инсультом.

## **Неблагоприятные реакции и осложнения при проведении реперфузионной терапии**

При проведении ВВ ТЛТ пациента с ишемическим инсультом в 2024 году в 15% случаев отмечены побочные эффекты в виде геморрагических осложнений.

Количество системных ТЛТ, осложнившихся клинически значимой геморрагической трансформацией, – 2 (3,3%). Оба осложнения произошли при применении Ревелиза при ишемических инсультах средней и тяжелой степени. В одном из двух случаев пациент умер от отека головного мозга на фоне развития вторичной геморрагической трансформации очага ишемии. Этот уровень осложнений (менее 10%) соответствует статистическим показателям при применении вещества Альтеплаза.

Количество геморрагических осложнений при применении ВВ ТЛТ – 10 (16,4% от общего числа ВВ ТЛТ).

Чаще всего отмечались незначительные наружные кровотечения: 4 случая (6,5%) в виде десневых, гематурии, увеличении подкожных гематом, возникших при падении пациента в момент инсульта. При выраженных наружных кровотечениях применялась с успехом транексамовая кислота 1000 мг однократно. Переливаний плазмы не требовалось.

В трех случаях (4,9%) отмечалась геморрагическая трансформация ишемического инсульта первого типа без ухудшения клинического дефицита, остальные семь включали наружные и внутренние незначительные кровотечения в виде десневых, подкожных гематом, транзиторной гематурии.

При выявлении данных осложнений назначение антиагрегантов для вторичной профилактики ишемического инсульта откладывалось до момента лизиса гематомы.

По тяжести геморрагических осложнений Ревелиза превосходила Фортелизин. При применении Фортелизина клинически значимых геморрагических осложнений не отмечалось.

## **Выводы**

Приход эры тромболитической терапии ишемических инсультов начался в 1968 году после первого успешного тромболизиса легендарному фельдмаршалу Георгию Жукову с прогрессирующим стволовым инсультом советскими врачами во главе с академиком Чазовым [5].

Несмотря на успешное применение тромболитика в 1968 году у советских врачей-новаторов на то время не было убедительных доказательств эффективности и возможных исходов тромболитической терапии у пациентов с клинической картиной прогрессирующей ишемии головного мозга.

Клиническое использование тромболитических препаратов в острую фазу ишемического инсульта было одобрено в США только в 1996 году, Европейским агентством по использованию препаратов – в 2002-м, а российскими властями – в 2005-м.

Тромболитическая терапия дает возможность стать свидетелем поистине драматического улучшения состояния пациента, когда буквально «на игле» исчезают грубейшие неврологические нарушения, и человек не только выживает, но и выздоравливает, что раньше было практически невозможным.

Сегодня внутривенная тромболитическая терапия является стандартным способом лечения

больных в острейшем периоде ИИ при отсутствии противопоказаний. Метод применим в большинстве неврологических стационаров, не требует длительной или сложной подготовки. Для принятия решения о начале ВТТ необходим относительно небольшой объем клинических, инструментальных и лабораторных исследований. В то же время из-за значительного числа противопоказаний только около 5-10% больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу потенциально могут быть отобраны для этого вида лечения, а узкое «терапевтическое окно» (4,5 час.) предъявляет высокие требования к скорости транспортировки и обследования пациента. Эффективность применения тромболитических препаратов также зависит от объема и структурных характеристик тромба.

Даже сегодня ухудшающиеся симптомы церебральной ишемии за пределами терапевтического окна заставляют врачей принимать рискованные решения, которые часто основаны на личном опыте и интуиции.

В таких случаях терапевтическая дилемма заключается в необходимости проведения антитромботической терапии для восстановления перфузии ишемизированной зоны головного мозга и снижения объема повреждений в уже существующем ишемическом мозге с высокой вероятностью геморрагической трансформации очага ишемии.

Необходимо постоянное улучшение качества оказания помощи инсультным больным. Существенное технологическое отставание ангионеврологической службы в КБ 51 не позволяет внедрить новые аспекты клинических рекомендаций от 2024 года в работу.

Существенная зависимость скорости принятия решения в дебюте ОНМК от времени проведения нейровизуализации направляет на необходимость введения организационно-технологических изменений для сокращения времени от «двери до иглы» и расширении временного интервала применения тромболитической терапии.

### Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. 2021-2022-2023 (01.09.2021). Утверждены Минздравом РФ.
2. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. 2024. Утверждены Минздравом РФ.
3. Ревелиза. Инструкция по применению. Официальная инструкция, зарегистрированная Минздравом РФ.
4. Фортелизин. Инструкция по применению. Официальная инструкция, зарегистрированная Минздравом РФ.
5. Chazov E. Health and Power [in Russian] Moscow, Russia, Centrpoligraf, 2015.
6. Nakase T., Sasaki M., Ikeda Y., Suzuki A. Progressing small vessel pontine infarction includes different etiologies. *Ann Clin Transl Neurol.* 2014.
7. Berberich A., Schneider C., Reiff T., et. al. Dual antiplatelet therapy improves functional outcome in patients with progressive lacunar strokes. *Stroke.* 2019.
8. Мина Ю.Д. Прогнозирование эффективности системной тромболитической терапии ишемического инсульта. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Самара. 2023.
9. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др. Организация помощи пациентам с инсультом в России. Итоги 10 лет реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2018.
10. Демин Т.В., Хасанова Д.Р., Нефедьева Д.Л., Володюхин М.Ю. Когортное исследование эффективности и безопасности тромболитической терапии ишемического инсульта в условиях сосудистых центров Республики Татарстан. *Фарматека.* 2021. 3.81-88.

# Опыт работы отделения медицинских осмотров и экспертизы профпригодности Краевого центра профпатологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2024 г.

О.Н. Захаринская, Н.В. Баскова, Г.В. Поремский, О.М. Нешумаева, Г.Л. Михайлюк, О.А. Комолова, А.В. Галиулина, М.М. Габриелян, О.А. Романенко, И.Н. Кузнецова

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

*Целью периодических медицинских осмотров (ПМО) является ограничение допуска сотрудников к работам во вредных условиях при наличии медицинских противопоказаний с проведением экспертизы профпригодности, а также своевременная диагностика неблагоприятного воздействия производственных факторов на организм. Конечная точка – первичная профилактика профессиональных заболеваний путем реализации лечебно-оздоровительных мероприятий и улучшение условий труда.*

**П**риказом Минздрава России № 29н от 28.01.2021 г. определен Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работающих во вредных и опасных условиях труда, а также Перечень медицинских противопоказаний к осуществлению работ. Предусмотрено проведение периодического медицинского осмотра в центре профпатологии при стаже работы 5 лет во вредных (опасных) условиях труда, в последующем – один раз в пять лет.

Для решения этой задачи в Краевом центре профпатологии организовано отделение медицинских осмотров и экспертизы профпригодности, основными направлениями работы которого являются: проведение предварительных, периодических, внеочередных медицинских осмотров, а также медосмотров стажированных работников (один раз в 5 лет) и проведение экспертизы профпригодности.

Краевой центр профпатологии проводит медицинские осмотры работников промышленных предприятий, а также сотрудников Краевой клинической больницы.

В 2024 году ККБ заключила договоры с 242 предприятиями края на проведение медосмотров. Осмотр прошли 20 102 человека.

Из них:

- в ходе периодических медосмотров – 17 493 человека, в том числе стажированных работников 8553, сотрудников ККБ – 3328;
- в ходе предварительных медосмотров – 2169 человек, в том числе сотрудников ККБ – 1426;
- в ходе внеочередных медосмотров – 440 человек, в том числе сотрудников ККБ – 72.

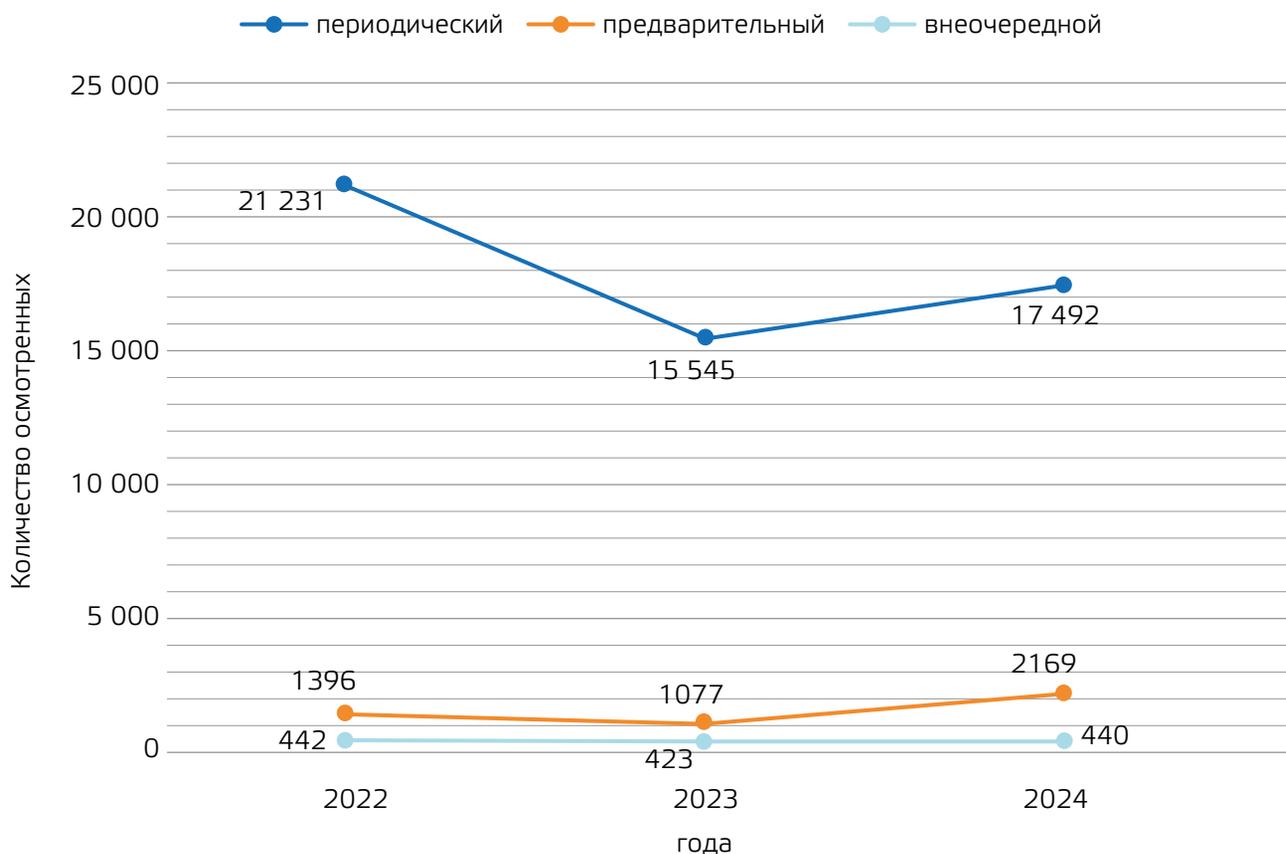


Рис. 1. Объемы работы Краевого центра профпатологии в динамике за 2022-2024 гг.

В 2023-2024 годах отмечалось снижение объемов периодических медосмотров в связи с отсутствием потребности медосмотров в Норильске.

Стоит отметить, что Краевой центр профпатологии проводит медосмотры как в Красноярске, так и в городах и районах края. В 2024 году в Красноярске осмотр прошли 7297 человек, на выезде – 10 102 человека.

В 2013 году в ККБ была разработана программа для ЭВМ «Медицинские осмотры работающих во вредных и опасных условиях труда». Она имеет государственную регистрацию в Федеральной службе по интеллектуальной собственности и постоянно дорабатывается в связи с изменением нормативной базы и практической работы.



Коллектив Краевого центра профпатологии на АО «РУСАЛ Красноярск», 2021 г.





Коллектив отделения медицинских осмотров на АО «Полюс Красноярск», 2022 г.

Эта программа позволяет формировать всю медицинскую документацию для прохождения ПМО (лист профмаршрута, амбулаторную карту с шаблонами осмотров врачей, заключения по результатам медосмотра). Кроме того, в ней формируются все отчетные формы по результатам ПМО (заключительный акт, финансовые документы). В настоящее время такую программу используют в работе 33 медицинские организации края.

В рамках общебольничного перехода на электронный документооборот отделение медицинских осмотров и экспертизы профпригодности перешло на электронную медицинскую карту для медицинских осмотров. Все врачи подписывают медицинские документы электронными цифровыми подписями, так же оформляются СЭМД 103 и 230 по медицинским осмотрам. Одной из важных задач проведения медицинских осмотров является своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний. В 2024 году в ходе ПМО у 52-х сотрудников выявлены подозрения на хронические профессиональные заболевания.



Рис. 2. Структура выявленной патологии, подозрительной на профессиональный характер

Еще один важный раздел работы – проведение экспертизы профессиональной пригодности у работников с выявленными медицинскими противопоказаниями. В 2024 году было проведено 150 экспертиз. При этом 74% сотрудников признаны постоянно не пригодными к своей работе, 23% – временно непригодными, 3% сотрудников признаны пригодными и вернулись к выполнению своих должностных обязанностей.



Рис. 3. Результаты экспертизы профпригодности

Положительные наработки отделения медицинских осмотров и экспертизы профпригодности:

- проведение медосмотра за один день как в Красноярске, так и на выезде;
- при проведении ПМО работникам АО «Полюс Красноярск» в Северо-Енисейском районе практикуется осмотр по 10 человек в час, что позволяет осматривать до 90 человек в день, не создавая очередей;
- в сложных случаях экспертизы профпригодности на выезде используется видео-конференц-связь с Краевым центром профпатологии;
- в сложных случаях госпитализация работников в отделение профпатологии ККБ для уточнения диагноза с последующим проведением экспертизы профпригодности;
- использование в качестве субподрядчиков, в случае необходимости, специалистов и оборудование медицинских организаций;
- перед проведением ПМО посещение рабочих мест у работодателя.

Таким образом, отделение медицинских осмотров и экспертизы профпригодности Краевого центра профпатологии выполняет все задачи, предусмотренные нормативными документами по выполнению медосмотров сотрудников, работающих во вредных и опасных условиях труда, в том числе стажированных работников.



Коллектив Краевого центра профпатологии на ОАО «Красноярский завод цветных металлов имени В.Н. Гулидова», 2023 г.

# Новый высокопоточный эндоскопический центр – доступность и качество диагностики

*На базе Красноярской краевой клинической больницы весной начал работу Региональный высокопоточный эндоскопический центр, где проводятся обследования желудка, пищевода, тонкой и толстой кишки, бронхов и легких, в том числе сложные эндоскопические исследования под седацией.*

**О**сновная цель создания специализированного эндоскопического центра заключается в повышении доступности для населения края ранней диагностики и раннего лечения новообразований желудочно-кишечного тракта. В предыдущие годы из потребности в 35-40 тыс. исследований в год краевая эндоскопическая служба охватывала порядка 20-24 тыс. исследований. Остальное приходилось на долю частных клиник.

Современная эндоскопическая помощь подразумевает выполнение стандарта качества, который зачастую не выполняется в условиях частных клиник и районных больниц. Безопасность эндоскопической диагностики и лечения обеспечивается тогда, когда больница готова оказать всестороннюю помощь при возникновении осложнений при вмешательстве – такие условия есть у МРБ и в таких крупных многопрофильных центрах, как ККБ.

Количество случаев заболеваний, связанных с желудочно-кишечным трактом и приводящих к неблагоприятным исходам, постоянно увеличивается. Сегодня нашим медикам доступны методы эффективной ранней реакции на па-



П.С. Жегалов, заведующий эндоскопическим центром

Сочетанная возможность увидеть образование глазом и просканировать его толщю дает возможность определять структуру подслизистых новообразований и диагностировать еще дин пул онкозаболеваний.



Интеллектуальная система Pentax medical



Стойка эндоскопической визуализации Pentax

тологии, которые могут приводить к злокачественным образованиям. И чем раньше обнаруживаются отклонения и назначается терапия, тем благоприятнее исход лечения.

Среди новых возможностей высокопоточного эндоскопического центра – более широкое применение видеокапсульной эндоскопии, позволяющей проследить состояние всей длины желудочно-кишечного тракта, а также ЭУС (эндоскопическое ультразвуковое сканирование) – этот аппарат снабжен наряду с камерой ультразвуковым датчиком на дистальном конце эндоскопа. Сочетанная возможность увидеть образование глазом и просканировать его толщю дает возможность определять структуру подслизистых новообразований и диагностировать еще дин пул онкозаболеваний.

В структуре высокопоточного эндоскопического центра (ВЭЦ) дополнительно открыты три кабинета для колоноскопии. В каждом кабинете



Центр ультразвуковой эндоскопический FUJIFILM

Предусмотрен отдельный колоноскопический кабинет для стационарных пациентов – 8 исследований в день закрывают такую потребность ККБ, притом что раньше пациенты должны были ждать очереди несколько дней.

ежедневно будет проводиться по 15 исследований, то есть 45 исследований в день, или до 10 350 в год. Предусмотрен отдельный колоноскопический кабинет для стационарных пациентов – 8 исследований в день закрывают такую потребность ККБ, притом что раньше пациенты должны были ждать очереди несколько дней. Исследования проводятся под медикаментозным сном. В распоряжении врачей-эндоскопистов теперь две современные операционные, где есть возможность проводить по 10-12 операций в день: полипэктомии, ретроградные холангиопанкреатографии, бужирования.

В структуре центра создан кабинет для ФГДС, в котором ежедневно будет проводиться до 45 исследований, или 11 100 исследований в год. В амбулаторном режиме исследований верхних отделов ЖКТ планируется увеличить с нынешних 15 процедур до 28 в день (до 6900 исследований в год).

Пациенты, процедуры которым будут проводиться под седацией или общей анестезией, будут пребывать в условиях дневного стационара в палате пробуждения. Пациентов, не нуждающихся в анестезии и седации, оформят на амбулаторное диагностическое исследование.

Направление сюда будут получать пациенты из 14-ти медицинских организаций Красноярска и края лечашими врачами. КМБ-3 имеет возможность записывать своих пациентов на открытые слоты самостоятельно, минуя дистанционную поликлинику ККБ, в будущем большая часть больниц станет делать это подобным образом.

При организации высокопоточного эндоскопического центра в Краевой клинической больнице использован опыт работы подобных центров в других территориях, в том числе в Московской области. Несомненным преимуществом высокопоточного центра врачи называют узкую специализацию. Большой поток исследований положительно сказывается на профессиональном уровне специалистов и позволяет наиболее точно диагностировать потенциально опасные патологии на самых ранних стадиях.

# Когда пациент – зеркало доброты



Беседовал **Сергей Головач**,  
начальник пресс-службы ККБ

## Разговор с медицинскими сестрами накануне профессионального праздника

**В** пресс-службу Краевой клинической больницы позвонила старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации №3 (другими словами – гнойной реанимации) Елена Анатольевна Жарикова. «Вы можете подойти к нам в отделение? Я хочу вам рассказать про свою коллегу», – сказала она. Это было довольно неожиданно, поскольку Елена Анатольевна особо не жалуется представителей прессы, ссылаясь на непубличность. Конечно, мы приняли приглашение.

В комнате для персонала – сама Елена Жарикова и медицинская сестра-анестезист Наталья Юшкова. Они и рассказали необычную историю про пациента, который расположил к себе всех сотрудников отделения, причем без слов...  
Коля (имя изменено) – осо-

Конечно, мы ко всем хорошо относимся, но некоторые больные вызывают какую-то особую эмпатию. Вот Коля – именно такой.

бий пациент. В его медицинской карте указан диагноз «олигофрения». Он воспитанник интерната для детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. Сейчас ему 16 лет, но его развитие застыло на уровне полуторагодовалого ребенка. Коля совсем не разговаривает, но понимает простые инструкции.

– Знаете, есть такие пациенты, которые запоминаются надолго, западают в сердце, – говорит Елена Жарикова. – Конечно, мы ко всем хорошо относимся, но некоторые больные вызывают какую-то особую симпатию. Вот Коля – именно такой. Понятно, что люди, которые в интернате работают с ним на протяжении длительного времени и не видят улучшения его состояния, привыкают и думают, что оно уже никогда не улучшится...

– К нам Коля поступил после операции в тяжелом состоянии – «флегмона клетчаточных пространств, медиастенит, сепсис», – рассказывает медсестра-анестезист Наталья. – Находился на ИВЛ. Когда его привезли, то вместе с ним передали целый пакет таблеток. Это были препараты, которые позволяли поддерживать Колю в спокойном состоянии, чтобы он не вел себя агрессивно и не навредил себе и окружающим.

Наталья знает, что без назначения врачей пациенту нельзя давать никакие препараты. Когда Колю «сняли» с аппарата ИВЛ, опасались, что он начнет вести себя непредсказуемо или агрессивно, а этого нельзя было допустить, так как у него стояли дренажи и датчики, были повязки. Осторожно отвязали сначала одну руку, наблюдали, затем другую – все нормально.

Потом попробовали отвязать ноги, следили за ним постоянно. Наталья рассказывает, что мальчик вел себя спокойно, и они поняли, что он не безнадежен!

– К этому мальчишке постепенно возникла какая-то привязанность. Так хотелось ему что-то хорошее сделать. У меня у самой особен-



ный ребенок – чуть полегче, правда. Поэтому я хорошо знаю, каково это, ухаживать за такими детьми. Наверное, острее ощущаю сострадание, понимаю, что Коле станет легче, если уделить ему чуть больше внимания и тепла. Со временем не только я, но и все сотрудники отделения стали относиться к Коле немножко по-другому – стали чаще подходить просто так.

Старшая медсестра Елена Жарикова тоже поняла, что Коля даже за такой короткий срок (две недели), смог социализироваться в обществе. Персонал отделения заменил ему на время всё окружение, по сути – весь людской мир. Этому особому пациенту не давали успокаивающих лекарств, однако парень вел себя спокойно – не мешал персоналу, другим пациентам в отделении, сумел вписаться в действительность, где человек окружен добром.

– Мы все старались уделить Коле внимание, что-то дополнительно сделать: подойти, по-

гладить, – вспоминает Елена Анатольевна. – Мы просто с ним общались.

Наталья рассказывает, что Коля ведет себя как малыш, и подарки получил соответствующие. Медсестра принесла из дома тактильные резиновые игрушки, «развивайки» для моторики – радости его не было предела.

**Мы его погладили,  
поговорили ласково, он  
и успокоился, – говорит  
медицинская сестра-  
анестезист. – Ребенок у  
нас стал реагировать на  
свое имя!**

– Это так трогательно: Коля радуется вкусной еде. Если ему приносят чай с молоком и хлебцы – не нравится, не надо, потому что чай без сахара, а если дают сосиски – доволен от души. То есть ему не хватает обычных, простых жизненных эмоций: радости от игрушек, удовольствия от вкусной пищи, – считает

Елена Жарикова. – Видимо, и нам этого не хватает, и потому мы понимаем, делимся с этим парнишкой... Жалко с ним расставаться. Жаль, что Коля вернется к себе в интернат, и для него это всё закончится. Видите, какой парадокс получается: обычные пациенты радуются вы-



Медбрат-анестезист Павел Станиславович Седельников  
 Медсестра-анестезист Наталья Владимировна Юшкова  
 Младшая медсестра по уходу за больными Наталья Сергеевна Бирюкова

писке, а здесь наоборот. Конечно, здесь он у нас такой один, а там в интернате их несколько десятков...

Наталья рассказывает, как Коля однажды пришел в возбужденное состояние, но при этом не вырывался, не убежал, просто сидел и качался. – Мы его погладили, поговорили ласково, он и успокоился, – говорит медицинская сестра-анестезист. – Ребенок у нас стал реагировать на свое имя! Был еще такой эпизод: перестилали ему кровать и передвинули с тумбочки книжки, а он по-своему что-то тревожно так: «Агу!». Пальцем показывает, мол, верните книги, понимает, что это его вещи. Спать ложился, лег в позу эмбриона, а книги и игрушки сложил себе в ноги и периодически проверял, все ли на месте. Я работаю медсестрой 13 лет, у нас таких пациентов никогда не было. Были с синдромом Дауна, но они совсем другие.

– Я считаю, что такие примеры надо показывать, рассказывать о них и молодым специалистам, и тем, кто давно работает, – считает Елена Жарикова. – Наша профессия подразумевает и хронический стресс, и усталость, иногда ты эмоционально где-то сдаешь, а потом просто видишь коллегу, который воодушевлен, и

как будто силы появляются. Наши подопечные, пациенты – это люди, находящиеся между жизнью и смертью. Человек, который с ними рядом в последние минуты, всегда желает чем-то помочь. Вот, наверное, и хочется на этом примере сказать: ребята, иногда просто чуть-чуть переклужитесь и сделайте доброе.

Персонал отделения гнойной реанимации с печалью ждал выписки Коли, хотя его здоровье улучшилось, болезнь отступила, его жизни уже ничего не угрожало. Медицинские сестры грустили. И Наталья, и Елена Анатольевна пытались не показать предательских слез. Возможно, потому что в Коле, как в зеркале, отражалась их доброта.

**С праздником,  
 дорогие медицинские сестры –  
 сестры милосердия!**

# История внедрения малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в Краевой клинической больнице

**Е.В. Соседова**, заведующая отделением ультразвуковой диагностики ККБ, доцент кафедры лучевой диагностики КрасГМУ, **Е.Ю. Евдокимова**, врач УЗД, **А.И. Менькова**, врач УЗД

**В** современной хирургической практике всё большее внимание уделяется малоинвазивным вмешательствам как с лечебной, так и с диагностической целью, с минимальным риском для больного. В современной клинической практике большинство малоинвазивных вмешательств выполняется под лучевым контролем (УЗИ, КТ), что стало возможным благодаря достижениям высоких технологий и значительному прогрессу лучевой диагностики.

Одним из наиболее часто используемых методов лучевого исследования для сопровождения малоинвазивных вмешательств является ультразвуковое исследование. Причиной такого предпочтения врачей к использованию ультразвукового метода является отсутствие лучевой нагрузки, возможность выполнения манипуляции в режиме реального времени, выбора оптимальной траектории пункции по минимальному расстоянию до зоны интереса или по наиболее безопасной траектории, адекватная оценка движения пункционной иглы во время исследования и оценка изменений в органах после манипуляции.

Также имеется ряд других преимуществ: нет необходимости в проведении наркоза, так как пункционно-дренажные вмешательства выполняются под местной анестезией.

Минимально инвазивные вмешательства в сочетании с возможностями ультразвуковой диагностики в настоящее время стали методом выбора в диагностике и лечении целого ряда заболеваний: патологии печени и желчных путей, новообразований органов брюшной полости и грудной клетки, урологической и гинекологической патологии, заболеваний опорно-двигательного аппарата и т.д. Выполнение чрескожных вмешательств осуществляется как врачами-клиницистами, владеющими методами УЗИ, так и специалистами ультразвуковой диагностики при

прохождении соответствующего обучения по специальности «Хирургия».

Проведение интервенционных манипуляций в отделении УЗД ККБ началось в 1998 году. У истоков стояли д.м.н., профессор Светлана Ивановна Жестовская, к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики Елена Юрьевна Евдокимова. Позже присоединились Елена Викторовна Еремина, Наталья Юрьевна Гаврикова, Анна Аркадьевна Шевченко, Екатерина Алексеевна Потылицина.



Профессор С.И. Жестовская, Е.Ю. Евдокимова и заведующий 1-м хирургическим отделением Ю.А. Малигловка проводят манипуляцию под контролем ультразвука

Тогда миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем проводили на аппарате ALOKA SSD-500, GE Logig 700, в дальнейшем использовались специализированные пункционные аппараты BK Medical Pro Focus 2202 и BK Medical Flex Focus 1202.



Е.Ю. Евдокимова и Е.В. Еремина проводят осмотр пациента перед проведением ТАБ щитовидной железы



Врач Е.А. Потылицина, медсестра Н.А. Пирова проводят пункцию под контролем УЗИ

В начале практики проводилось всего по четыре ТАБ щитовидной железы два раза в неделю. Сейчас каждый день проводится 25-28 пункций. Поскольку в практике отмечается высокая частота сочетаний различных патологических процессов в ткани щитовидной железы или печени, когда даже в одной и той же доле могут сосуществовать участки принципиально разных патологических процессов, «слепые» пункции оказываются значительно менее информативными по сравнению с подконтрольными УЗИ.

Огромную роль в уточнении диагнозов и определении морфологии полученного материала сыграло открытие цитологической лаборатории, которая была основана 15 февраля 2006 года под руководством врача-патологоанатома, врача клинической лабораторной диагностики высшей категории кандидата медицинских наук Игоря Александровича Алексева при активном содействии заместителя главного врача по лечебной работе Натальи Ивановны Головиной, заведующей отделением ультразвуковой диагностики профессора, д.м.н. Светланы Ивановны Жестовской и заведующего клинко-диагностической лабораторией Джона Александровича Грищенко.

В дальнейшем штат пополнили Мария Леонидовна Руденко, Татьяна Николаевна Шлеина, Галина Анатольевна Зудина. Валентина Александровна Майер была первой медсестрой, которая помогала врачам проводить манипуляции с УЗ-навигацией. В 2001 году присоединились Наталья Александровна Пирова, Ирина Владимировна Головина, Елена Анатольевна Плащинская.



Врач-цитолог И.А. Алексеев



А.А. Шевченко выполняет ЧЧХС

## Увеличение чрескожных вмешательств под УЗ-навигацией с 2013 по 2024 год.

Категория	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Щитовидная железа	3203	4148	4266	4402	4025	4122	4204	1700	3436	3729	4185	3947
Киста Бейкера	-	244	253	183	108	46	46	9	25	58	53	59
Слюнные железы / челюстно-лицевая область	26	63	56	79	38	70	59	15	29	44	58	44
Гепатобиопсия (слепая)	117	94	55	71	41	36	16	3	3	5	14	3
Нефробиопсия	64	80	107	102	79	98	63	33	35	58	62	74
Биопсия простаты	79	64	99	92	104	121	63	23	61	75	71	106
Лечебно-диагностическая пункция кист печени	28	29	21	20	39	24	12	11	9	7	9	10
Дренирование кистозных образований печени	7	6	7	7	15	18	35	31	14	31	53	32
Лечебно-диагностическая пункция поджелудочной железы	17	15	5	19	15	12	13	9	8	7	12	13
Дренирование кистозных образований поджелудочной железы	3	7	3	19	1	13	17	14	8	10	19	26
Дренирование желчных протоков под УЗ- и R-контролем	6	10	15	13	30	10	8	5	3	0	0	0
Лечение гнойно-воспалительных образований ОБП	12	10	13	23	28	23	18	29	23	16	27	20
Дренирование гнойно-воспалительных образований ОБП	20	8	11	23	30	21	42	33	13	22	43	47
Лечебно-диагностическая пункция почек	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	0
Биопсия объемных образований мягких тканей	1	15	28	14	34	13	26	10	13	27	26	43
Лечебно-диагностическое образование органов малого таза у женщин	3	0	2	3	1	0	1	2	1	1	1	1
Молочная железа	3	3	2	4	12	5	6	0	0	3	0	2
Периферические лимфатические узлы	11	3	2	1	1	5	6	2	0	1	4	2
Биопсия образований забрюшинного пространства	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	2	5
Прицельная биопсия печени	-	-	-	-	-	19	12	33	32	27	30	59
Дренирование жидкостных образований брюшной полости	-	-	-	-	-	12	14	5	20	4	11	4
Биопсия молочной железы	-	-	-	-	-	5	0	0	0	2	1	0
Таб мягких тканей челюстно-лицевой области	-	-	-	-	-	16	0	3	6	13	13	9
Чрескожная чреспеченочная холецистостомия, холецистохолангиостомия	-	-	-	-	-	19	15	32	24	9	5	4
Биопсия поджелудочной железы	-	-	-	-	-	-	3	2	3	1	0	0
Лечебно-диагностическая пункция кист простаты	-	-	-	-	-	-	2	2	5	4	4	10
Диагностическая пункция брюшной полости и забрюшинного пространства	-	-	-	-	-	26	20	40	24	12	43	35
Дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства	-	-	-	-	-	4	28	2	5	7	10	14
Дренирование брюшной полости (асцит)	-	-	-	-	-	1	3	2	0	2	3	21
ДП и аспирация кист забрюшинного пространства	-	-	-	-	-	0	7	1	0	0	3	1
Дренирование забрюшинного абсцесса	-	-	-	-	-	1	1	1	7	4	1	5
Биопсия мягких тканей костно-мышечной системы	-	-	-	-	-	19	26	25	17	33	30	26
<b>Общее количество исследований</b>	<b>3852</b>	<b>4801</b>	<b>4948</b>	<b>5075</b>	<b>4604</b>	<b>4817</b>	<b>4761</b>	<b>2088</b>	<b>3804</b>	<b>4209</b>	<b>4795</b>	<b>4622</b>

В настоящее время в команде интервенционных манипуляций в отделении УЗД ККБ работают специалисты: доцент кафедры лучевой диагностики КрасГМУ к.м.н. Е.Ю. Евдокимова; заведующая отделением УЗД к.м.н. Е.В. Соседова; врач УЗД Е.А. Потылицина; врач УЗД А.И. Менькова; старшая медицинская сестра Н.А. Пирова; медицинская сестра М.А. Гончарова; медицинская сестра Т.В. Цых; медицинский регистратор И.Ю. Логинова.

Сегодня мы активно повышаем свою квалификацию в ведущих медицинских учреждениях, расширяя диапазон необходимых манипуляций под УЗ-навигацией.



Доцент кафедры лучевой диагностики КрасГМУ, врач УЗД Е.Ю. Евдокимова; врач УЗД А.И. Менькова; заведующая отделением, врач УЗД Е.В. Соседова



Слева направо: старшая медицинская сестра Н.А. Пирова; медицинская сестра М.А. Гончарова; медицинский регистратор И.Ю. Логинова; доцент кафедры лучевой диагностики КрасГМУ, врач УЗД Е.Ю. Евдокимова; врач УЗД Е.А. Потылицина; заведующая отделением, врач УЗД Е.В. Соседова; врач УЗД А.И. Менькова

Таким образом, внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов под контролем УЗИ позволяет оперативно и с минимальным риском для пациента решать вопросы морфологической верификации, а также проводить лечебно-диагностические манипуляции у хирургических больных как на подготовительном этапе, так и в качестве окончательного метода лечения. Современные тенденции развития хирургии направлены на уменьшение травматичности вмешательства, это связано с минимизацией хи-

рургического доступа без ущерба для качества оказания медицинской помощи. Интервенционные вмешательства в течение последних десятилетий прочно вошли в повседневную практику абдоминальной хирургии как при неотложных ситуациях, так и в плановых, в том числе в онкологии. Широкое использование этих методик позволяет существенно улучшить результаты лечения больных, в том числе при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний.

# Юбилей

## Ирины Демко:

### «Заповеди нельзя нарушать»

Беседовала  
Елена Семенова

Передо мной сочинение абитуриентки КГМИ 1972 года Иры Рункеловой. Пожелтевшие тетрадные листы. Идеальный почерк отличницы. Беспрюгренная тема о профессии врача, текст с примерами из кино и литературы.

И вдруг, как вспышка, – наивная, пронзительная концовка: «Я не знаю, скольким людям смогу помочь. Но если мне, как врачу, принесут цветы, я подарю этот букет своему следующему больному».

Ира Рункелова, Ирина Владимировна Демко, так и живет свою врачебную жизнь – переливает доброту от одного пациента к другому. И этот поток нескончаем, я и сама в этом потоке одна из тысяч, я точно знаю: своевременное клиническое решение профессора Демко оставило меня жить и написать о своем лечащем враче.



Ирина Владимировна Демко

**Ирина Владимировна, Вы как-то обмолвились, что родились в деревне.**

В Омской области, в деревне с красивым названием Боголюбовка. И потом в детстве жила в сельской местности, ведь мой папа – Владимир Иосифович Рункелов, фронтовик, коммунист, был лидером движения 30-тысячников, поднимал целину в Красноярском крае, был основателем передовых колхозов и совхозов, известных на весь Советский Союз.

**В войну Ваш отец пол-Европы «пропахал» в танке. Выходит, он и половину Красноярского края перепыхал.**

И мама моя, Вера Михайловна, всегда была рядом с мужем. Они познакомились, когда папа всего на три дня приезжал на побывку в родную Сибирь из Калининграда – он там проходил срочную службу после войны. Друзья познакомили его с молоденькой учительницей младших классов. Так образовалась семья Рункеловых, в которой родилось трое детей – Лена, я и Коля.

Родители были гармоничной парой, думаю, папе очень импонировало мамино отношение к воспитанию детей, к быту, который никак нельзя было назвать деревенским. Мама прекрасно одевалась, в доме уют, чистота, помню белые



Меня однажды увидел любимый наставник Владимир Ильич Кусаев и удивленно спросил: «Что вы здесь делаете? Вы Богом данный врач!»

чехлы на мебели, помню, какие удивительные спектакли мы устраивали на дому, елку, подарки, концерты. И папа, несмотря на занятость, всегда уделял нам внимание.

**Интересно, как себя чувствовала дочь главного человека на несколько деревень?**

В деревенскую школу я ходила до седьмого класса, потом училась в Красноярске. Да, я понимала, что не у всех такие папы, как мой, но «мажором» точно не была. Наоборот, было страшно представить, что могу подвести своего отца, поэтому в школе очень старалась. И отношения с одноклассниками складывались хорошо. Помню, мальчишки однажды забросали снежками, а я заболела. Может, так совпало, но пацаны раскаялись – пришли домой проведать.

В красноярской школе меня встретили хорошо, вот только учительница литературы хмыкнула: знаю, мол, как в деревенских школах учат. Надеюсь, потом она свое мнение изменила.

**Как вы пришли к медицине?**

Сколько себя помню, хотела быть врачом. В медицине работали тетя и бабушка по маме – Анастасия Никитична. К подростковому возрасту я уже умела делать внутримышечные и внутривенные инъекции, взрослые говорили, что у меня легкая рука. Я не думала о медицине как о карьере, просто очень хотела лечить людей.





### **Что Вы помните о медицинском институте 1970-х?**

Отличное фундаментальное образование, мудрые педагоги, сильный преподавательский состав – надо было только учиться, и я училась. На последних курсах появилась мечта о кардиологии – большую роль в моем выборе сыграл Владимир Ильич Кусаев, у которого я занималась в СНО. После института пришла в интернатуру в Краевую клиническую больницу, чтобы больше никогда с ней не расставаться. Подумать только – в этом году будет 47 лет, как я работаю в главной клинике края! На работу меня принимала и.о. главного врача великолепный организатор здравоохранения Ольга Константиновна Ипполитова. Она пригласила меня врачом-методистом в организационно-методический отдел. Не могу сказать, что чувствовала себя хорошо, – я ведь хотела лечить людей. Там меня однажды увидел любимый наставник Владимир Ильич Кусаев и удивленно спросил: «Что вы здесь делаете? Вы Богом данный врач!»

Ольга Константиновна разрешила совмещать в кардиологии, а через три года я поступила в

**Врач – это милосердие, долг, самоотверженность.**

ординатуру по терапии. Мечтала о кардиологии, но соблазны заняться организационной работой были: приглашали в крайздрав главным терапевтом, затем главный врач ККБ Владимир Яковлевич Гаус «сманил» на профсоюзную работу, и профкомом больницы я заведовала два года. Все это было не то. Настоящее началось рядом с ректором КГМИ профессором Граковым – я пришла к Борису Степановичу и попросилась в аспирантуру. Аспирантура была только по пульмонологии, поступила. В то время в вузе активно развивалось направление лазеротерапии. Борис Степанович определил меня в лабораторию лазеротерапии и дал тему бронхиальной астмы.

### **Каким Вам запомнился Граков?**

Борис Степанович был необыкновенного обаяния человек, он нравился женщинам, да и вообще людям – мудростью, силой, отношением к делу. У Гракова я защитила кандидатскую диссертацию по бронхиальной астме, а докторскую – уже будучи доцентом кафедры внутренних болезней №2, причем по двум специальностям – пульмонологии и организации здравоохранения.

**Сегодня Вы руководите одной из самых крупных кафедр КрасГМУ, у Вас около 30 сотрудников, 20 ординаторов, а еще аспиранты. Это правда, что трудно управлять двумя людьми, а когда больше трех – уже легко?**

Действительно: когда складывается команда, когда есть единомышленники, работают правила, по которым живет кафедра, новички в нее легко вписываются. Наставник на кафедре не только я, это и мои дорогие опытные коллеги: Елена Альбертовна Собко, Наталья Юрьевна Павлова, Валентина Анатольевна Мосина, Наталья Борисовна Осетрова, Наталья Владимировна Гордеева, Марина Геннадьевна Мамаева и другие.

**Ирина Владимировна, Вы такая модница – любо-дорого смотреть. Ну ладно сейчас, а в советской юности удавалось одеваться и следить за собой идеально?**

Прическа и маникюр – столпы женской ухоженности. Но у меня всегда получалось хорошо выглядеть. Помогала тетька – она шила, спасибо подруге Люсе – она модельер. Мне, конечно, повезло с конституцией – никогда не было проблем с лишним весом. И рождение сына не повлияло на мою фигуру, хотя родила я свое счастье довольно поздно – после тридцати.

**И вот Вы, такая элегантная, в ковидном госпитале. Там была настолько гнетущая обстановка...**

Ковид обрушился на нас всей мощью. Сегодня сложно поверить – за трое суток мы развернули в Легочном корпусе ККБ госпиталь, как на войне. С марта 2020 года для меня начался нескончаемый марафон консультаций и мониторинга за состоянием ковидных пациентов. Сотрудники радовались моему приходу, узнавали по голосу: «Здравствуйте, Ирина Владимировна!» В каждом что-то дрогнуло – мы несли колоссальную ответственность за жизни пациентов.

Я работала сутками, консультировала, спасала и хоронила. Больно вспоминать ушедших коллег – профессора Федора Петровича Капсаргина, педиатра Татьяну Александровну Вохмину. Я и сама перенесла инфекцию – к счастью, не тяжело.

**Страшно ли было в пандемию?**

Знаете, мне когда-то предложили вступить в партию, и я пришла советоваться к папе. «Ты хорошо подумала? – спросил папа. – Там заповеди, как в Библии, их нельзя нарушать». Примерно так же я себя чувствовала в ковидном госпитале: заповеди нельзя нарушать.

**Девиз ордена Пирогова, которым Вы были награждены в марте 2021 года, – «Милосердие, долг, самоотверженность». Почти библейские заповеди.**

Да, наверное, я это имела в виду, когда писала вступительное сочинение в 17 лет: врач – это милосердие, долг, самоотверженность.



*И ваши цветы кочуют от больного к больному – уже много лет. Спасибо за все, Ирина Владимировна. Будьте счастливы.*

**85**  
лет

## аптеке КГБУЗ «ККБ»

### Факты:

Аптека открылась 13 марта 1940 года на первом этаже хирургического корпуса загородной больницы – так в то время называлась ККБ. Помещение аптеки составляли только три комнаты. Первой заведующей была назначена Александра Халутина.

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

По воспоминаниям Александры Халутиной, фармацевты возили в больницу фармакопейные жидкости для изготовления растворов через Енисей, укутывая баллоны от мороза. С началом войны наступил дефицит лекарств и медицинских изделий. Хирурги оперировали без перчаток, санитарки и медсестры стирали окровавленные бинты. В то же время, после 1942 года, появились антибиотики: пенициллин, грамицидин С,



Александра Халутина (слева)



актиномицин, стрептомицин. Долгие годы изготовление лекарств *ex tempore* оставалось основной задачей аптеки.

Так, в 1960-х годах, например, в день изготавливалось и фасовалось:

- до 15 000 порошков
- до 100 кг мазей
- до 500 упаковок ампул (по 5-10 штук).

Изготавливались растворы для внутреннего и наружного применения.

С этим объемом работы справлялись 12 фармацевтов. В 1965 году аптека переехала в поликлинику, здесь она расположена и сейчас, занимая два этажа здания.

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



Елена Попова, заведующая аптекой ККБ

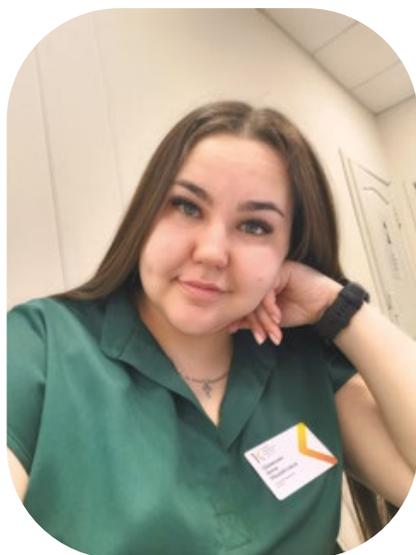
На протяжении более 30 лет, с 1985-го по 2018 год, аптекой руководила Ю.Х. Яковлева.

**Своевременное** обеспечение пациентов ККБ **качественными, эффективными и безопасными** лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также дезинфицирующими средствами, продуктами лечебного и детского питания всегда было и остается основной целью деятельности аптечной службы.

### **Повышение качества оказания квалифицированной фармацевтической помощи**

В аптеке ККБ выстроена система обеспечения отделений ЛП и МИ, которая включает в себя ряд организационно-методических мероприятий:

- определена организационная структура аптеки, которая включает в себя три отдела: РПО, отдел запасов ЛП и отдел по работе с МИ;
- регламентированы все процессы деятельности аптеки ККБ, которые влияют на качество, эффективность и



А.М. Шмакова, заместитель зав. аптекой, отдел медицинских изделий



Н.В. Назарова, заместитель зав. аптекой, отдел запасов



М.Г. Белова, заместитель зав. аптекой, рецептурно-производственный отдел

безопасность ЛП и МИ путем разработки соответствующих СТУ, инструкций и алгоритмов работы;

- регламентированы процессы взаимодействия сотрудников различных подразделений ККБ, которые участвуют в процессах обеспечения ЛП и МИ;
- используется набор инструментов качества системы «Бережливое производство»;
- организована работа в соответствии с требованиями ПР РЗН по разделам «Лекарственная безопасность» и «Безопасность обращения МИ».

**Схема взаимодействия структурных подразделений ККБ**



## АПТЕКА ККБ СЕГОДНЯ

Это специализированное структурное подразделение клиники, которое способно на высоком профессиональном уровне организовать обеспечение лечебного процесса всеми необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

### Основные виды фармацевтической деятельности:

приемка, хранение, отпуск ЛП и МИ, изготовление ЛП.

### Дополнительные функции аптечной службы:

- анализ экономических показателей
- формирование годовых заявок
- работа в составе контрактной службы
- аудиты системы лекарственной безопасности и фармацевтического порядка в отделениях клиники
- формирование системы менеджмента качества
- внедрение информационных технологий.

**Площади** – более 1100 кв.м с выделенными зонами приемки, хранения ЛП и МИ, зонами изготовления экстенпоральных лекарственных средств.

### Штат сотрудников –

41 человек, в том числе фармацевтических специалистов (провизоры, фармацевты) – 25 человек.

### Современная система

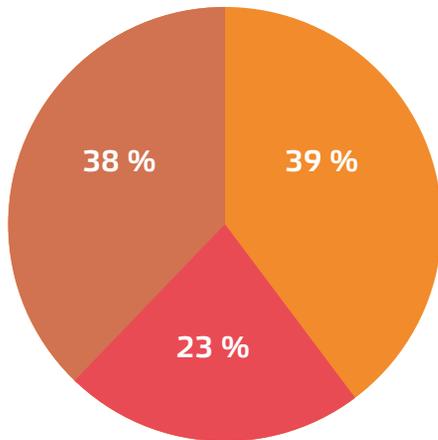
электронного мониторинга параметров температурного режима в местах хранения ЛП и МИ.

### Центр компетенции

по вопросам безопасного обращения ЛП и МИ в ККБ.

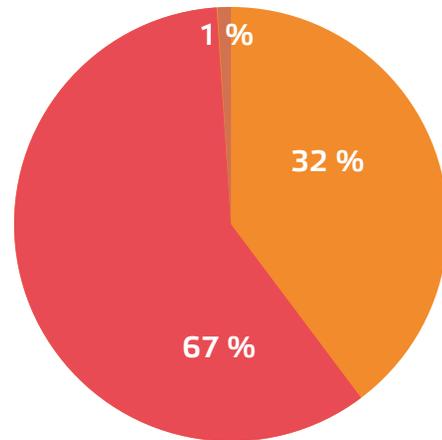
**Площадка демонстрации** практического опыта по внедрению принципов СМК в организации аптечной службы для медицинских организаций края и страны.

Структура фармацевтического персонала



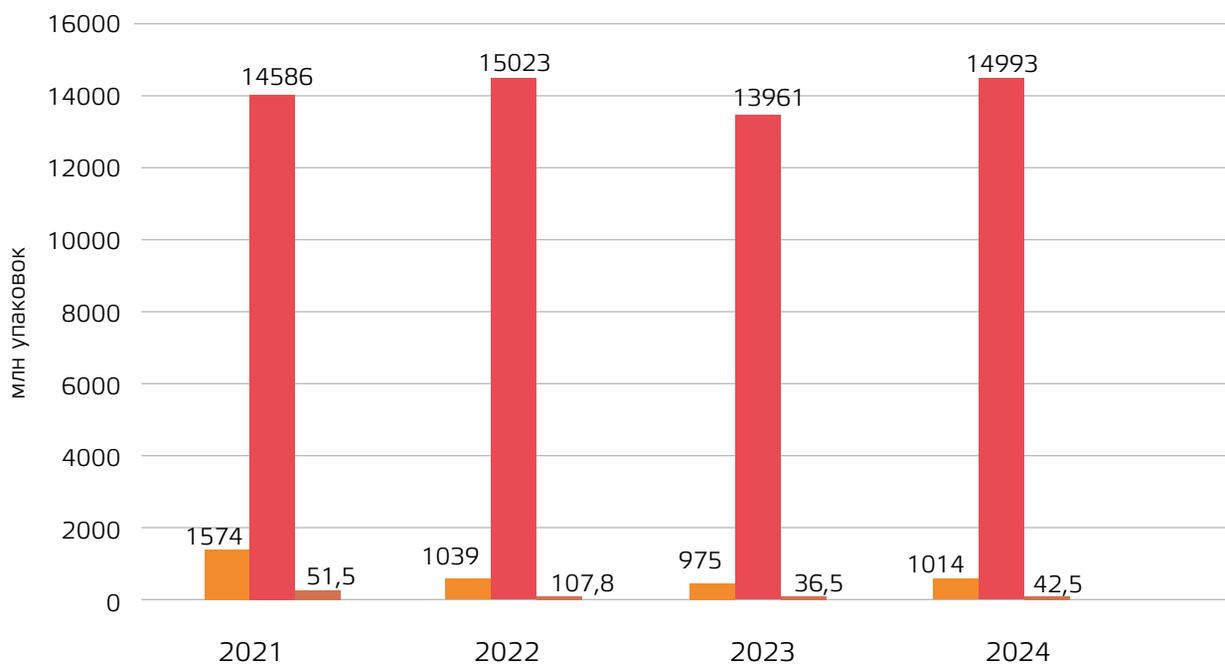
- Провизоры
- Фармацевты
- Прочий персонал

Структура товарных запасов в 2024 году  
(в суммовом выражении)



- Лекарственные средства
- Медицинские изделия
- Дезинфицирующие средства, энтеральное питание

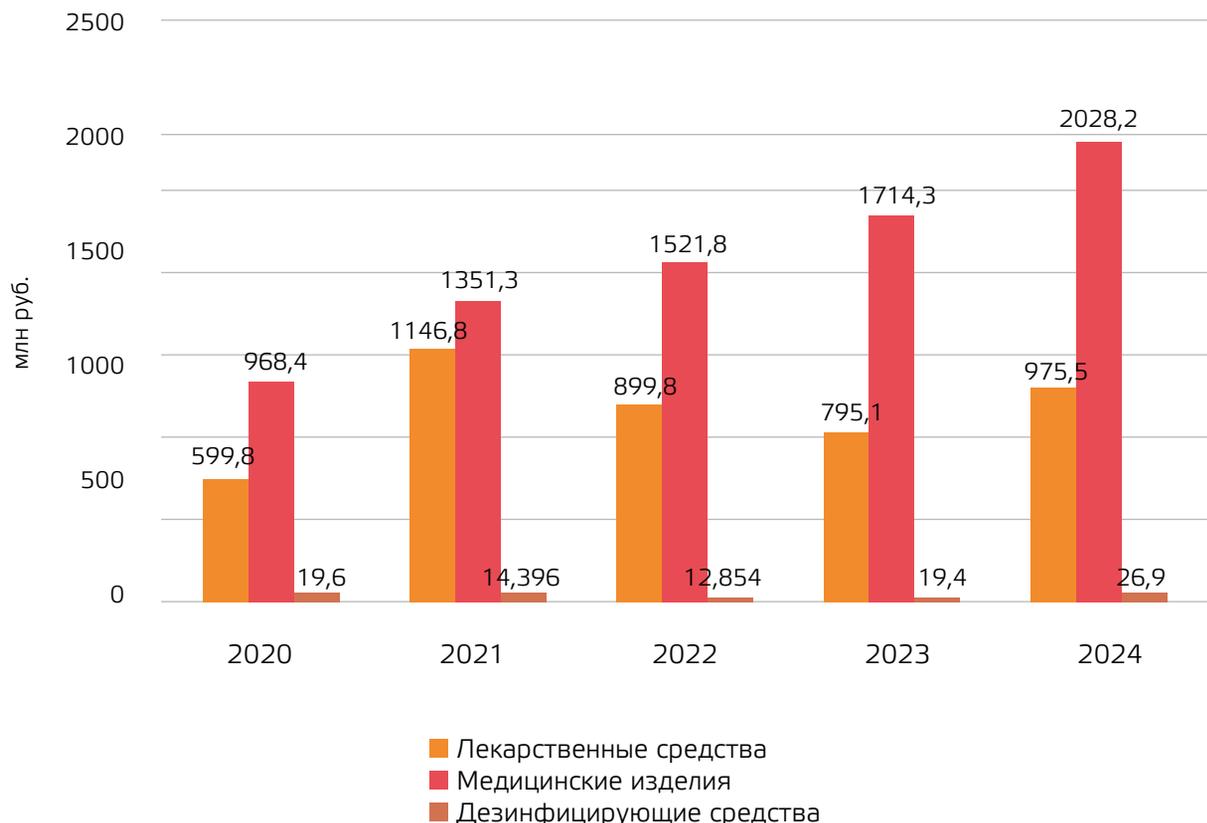
Количество упаковок товара, выданного в отделения в 2021-2024 гг.



- Лекарственные средства
- Медицинские изделия
- Дезинфицирующие средства

в день выдается в отделения  
ККБ 64 000 штук МИ/ЛП

### Уровень обеспечения лечебного процесса ЛП/МИ за период 2020-2024 гг.



### Факторы коррекции товарооборота

#### Изменение товарооборота связано с различными факторами:

- изменение внешних факторов, таких как макроэкономические показатели и т.д.;
- изменение законодательства, регулирующего деятельность в сфере здравоохранения;
- развитие медицинских технологий.

Так, в 2023 году в практику широко внедряются схемы лечения с использованием ГИЛП, расширяется круг пациентов неврологического и гематологического профилей, получающих дорогостоящие ЛП для лечения орфанных заболеваний, увеличивается количество трансплантаций.

#### Маркировка лекарственных препаратов с 2020 г.

Мониторинг движения лекарственных препаратов с использованием индивидуального цифрового кода каждой упаковки призван обеспечить

высокий уровень безопасности и качества лекарств. Этот процесс гарантирует подлинность лекарственных препаратов, контроль сроков годности и изъятие из обращения фальсифицированных и контрафактных лекарств.

Цифровой код (уникальный номер упаковки) позволяет получить полную информацию о лекарстве: наименование производителя, место, дата производства, срок годности.

Все перемещения препаратов отражаются в процессе МДЛП непосредственно в момент приемки от поставщика и в момент отпуска в отделения путем сканирования цифрового кода с каждой упаковки лекпрепарата.

#### Изготовление лекарственных препаратов в аптеке

Одним из важных видов деятельности аптеки является изготовление экстемпоральных лекарственных препаратов.

## Изготовление лекарственных препаратов в аптеке

Год	Количество изготовленных лекарственных форм, упаковки
2020	106 124
2021	117 867
2022	98 314
2023	108 008
2024	111 494

Рецептурно-производственный отдел аптеки производит изготовление экстемпоральных лекарственных форм по требованиям отделений в соответствии с СТУ, регламентирующим все этапы технологического процесса:

- подготовка персонала
- подготовка фармацевтических субстанций
- подготовка вспомогательного материала и тары
- подготовка оборудования
- соблюдение правил фармацевтической технологии
- проведение контроля качества изготовленных лекарственных препаратов.

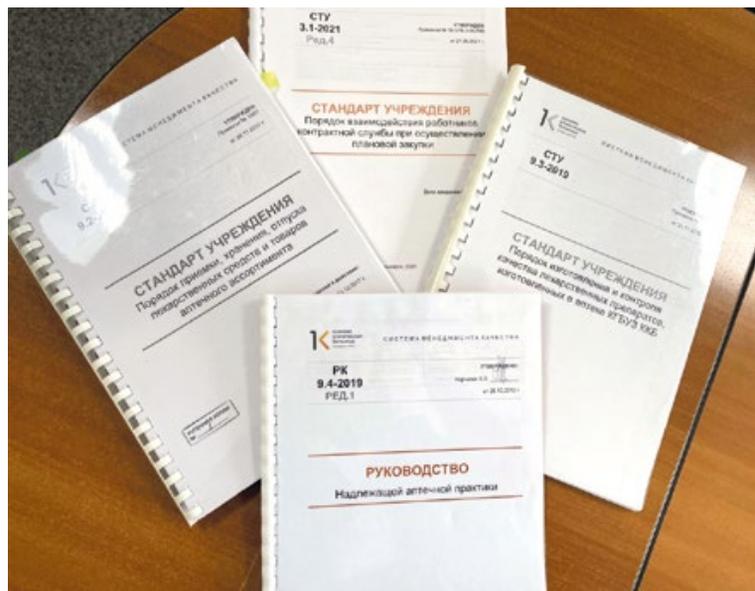
### Система лекарственной безопасности

В аптеке КГБУЗ «ККБ» создана система лекарственной безопасности в рамках стратегического направления, обеспечивающего безопасность оказания медицинской помощи в целом. Аптечная служба является одним из ключевых звеньев системы лекарственной безопасности клиники и разрабатывает документацию, регламентирующую все аспекты фармацевтической деятельности (действия сотрудников, порядок обслуживания оборудования, требования к помещениям, оборудованию и персоналу и т.д.).

### Проведение внутреннего контроля

В начале года мы формируем план проведения внутреннего контроля отделений по вопросам соблюдения требований, обеспечивающих лекарственную безопасность:

- фармацевтический порядок;
- соблюдение сроков годности;
- соблюдение условий хранения в соответствии с маркировкой, нанесенной на упаковку лекарственного препарата или медицинского изделия;
- наличие актуального перечня лекарственных препаратов и медицинских изделий, требую-



- щих особых условий хранения;
- наличие и исправность необходимого для хранения препаратов и изделий оборудования (шкафы, стеллажи, холодильники, морозильники);
- наличие необходимого оборудования для контроля условий хранения (термометры, гигрометры).

Аптека ККБ сегодня – это современная, развивающаяся структура, и мы очень ждем строительства нового корпуса для нас, где мы могли бы в корне изменить структуру и логистику доставки медизделий и лекарств, сделать ее наиболее оптимальной.

Сотрудники аптеки постоянно повышают свой профессиональный уровень, изучают вопросы оптимизации логистических процессов и строят планы по улучшению качества обеспечения лечебного процесса всеми необходимыми материалами и лекарственными препаратами.

Пусть наш бесценный опыт станет залогом для дальнейшего развития и самореализации.

**30**  
лет

# МРТ в Краевой больнице



## **Игорь Красицкий,**

*врач-рентгенолог, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ*

### **К**огда в больнице появился кабинет МРТ?

К началу 1990-х годов стало очевидно, что без магнитно-резонансной томографии невозможно обеспечить современный уровень диагностики. В 1994 году практически од-



А.А. Александрович, В.В. Шнейдер, Н.Б. Дейнега, И.И. Красицкий, 2010 г.

новременно Дорожная, 2-я Краевая и 1-я Краевая больницы приобрели МР-томографы. В то время Красноярск оказался одним из наиболее обеспеченных таким оборудованием региональных центров. В нашей больнице установили наиболее мощный аппарат со сверхпроводящим магнитом и напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла.

### **А был персонал, готовый с этим оборудованием работать?**

Естественно, что подготовленных специалистов для работы на этом оборудовании не было. Осенью 1994 года главный врач ККБ Родион Иванович Петров и заместитель главного врача Наталья Ивановна Головина предложили мне вернуться в Краевую больницу и заняться МР-томографией. В то время я работал ассистентом на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии КрасГМА после окончания аспирантуры и с радостью согласился. Доступной информации о МРТ было очень мало: в институтской библиотеке я нашел всего две обзорных статьи с самыми общими сведениями.

### **Кто Вас обучал работе с МРТ?**

Пока завершался монтаж оборудования, весной 1995 года, мы вместе с ассистентом кафедры лучевой диагностики ФУВ Натальей Васильевной Гуничевой были направлены на краткосрочную специализацию в Москву, где получили базовое представление о новом для нас методе диагностики.

В конце мая 1995 года после окончания настройки томографа приехал специалист фирмы-изготовителя и в течение трех дней проводил с нами практические занятия. А летом мы начали самостоятельно осваивать работу на аппарате: рентген-лаборанты Альбина Андреевна Александрович и Наталья Борисовна Дейнега и мы, врачи: Игорь Иванович Красицкий и Наталья Васильевна Гуничева (как совместитель). Позже к нам присоединилась Вероника Вольдемаровна Шнейдер, которая работала врачом УЗ-диагностики.

### **Когда Вы начали принимать пациентов?**

К плановому приему больных приступили осенью 1995 года: было сложно, допоздна задержи-



Вместе 30 лет, 1995 и 2025 г.



Коллектив отделения лучевой диагностики празднует День медицинского работника, 2004 г.

вались на работе, обсуждали, спорили... Очень помогло тесное общение с коллегами-клиницистами, в первую очередь с нейрохирургами и неврологами, так как в первое время работали именно с их пациентами. Вместе разбирались, сопоставляли клиническую картину, данные рентгеновской компьютерной томографии и результаты операций. Первые годы мы также часто встречались с врачами 2-й Краевой больницы, анализируя наиболее интересные случаи.

Опыт набирался достаточно быстро, так как на исследования направляли больных с разнообразной, сложной патологией. Когда осенью 1997 года на кафедре лучевой диагностики приглашенный профессор из Чикагского университета прочитал несколько лекций по основам

МРТ-диагностики, оказалось, что мы очень неплохо ориентируемся в материале. К этому моменту стала появляться и отечественная литература по специальности.

Работа в кабинете была организована в две смены – трудились два врача и три рентген-лаборанта, лаборанты выполняли еще и обязанности процедурных медсестер. Во время отпусков помогали врачи-совместители.

### Каково было дальнейшее развитие?

На первом аппарате мы отработали 17 лет, за эти годы оборудование морально и физически устарело. По программе модернизации в 2011 году



Коллектив кабинета МРТ поликлиники, 2025 г.

было решено приобрести более мощный томограф с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Возглавивший в то время ККБ Егор Евгеньевич Корчагин поддержал наше желание получить оборудование экспертного класса и реконструировать рабочие помещения.

Современный аппарат существенно расширил диагностические возможности, но стало очевидно, что одного томографа для обеспечения потребностей нашей больницы мало. По проекту реконструкции больницы было решено возвести корпус для размещения МР-томографов со всеми необходимыми помещениями. Его строительство было завершено в 2021 году, в него установили еще один современный аппарат, который ввели в эксплуатацию в марте 2022-го. Его комплектация позволяет проводить исследование сердца, что очень важно для нашей клиники – в Краевой больнице работают четыре кардиологических терапевтических отделения и отделение кардиохирургии.

Естественно, потребовалось большее количество сотрудников, в коллектив влились новые молодые специалисты, в подготовке которых мы тоже принимали участие.

Сколько бы ни было оборудования, оно всегда будет загружено. Важно понимать, что необходимость в проведении МРТ не всегда есть. Можно использовать другие методы исследования, подходящие под конкретный случай.



В.В. Шнейдер и И.И. Красицкий, 2010 г.



Коллектив кабинета МРТ главного корпуса, 2025 г.



Коллектив кабинетов МРТ, 2025 г.



Н.В. Тюменцев и М.С. Бирюкова за работой

Развитие больницы потребовало организовать возможность круглосуточного приема пациентов в кабинете МРТ для обеспечения своевременной диагностики в экстренных случаях, что существенно влияет на качество медицинской помощи.

Магнитно-резонансная томография – постоянно развивающийся метод лучевой диагностики, возможности которого расширяются с каждым годом. Поэтому для того, чтобы успевать за прогрессом, необходимо своевременно приобретать новую аппаратуру.

Если немного пофантазировать, возможно, в ближайшем будущем появятся новые методы исследований, позволяющие видеть патологические изменения на самом раннем этапе, без воздействия на организм, использующие естественные излучения человеческого тела.



КРАСНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА

г. Красноярск, 2025 г.