

сентябрь 2026 год

№ 3 (101)

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Издание Красноярской краевой
клинической больницы

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
РОССИЯ
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

Всероссийская научно-практическая конференция

КАЧЕСТВО ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ

Системный менеджмент
в эпоху дефицита ресурсов

**Опыт внедрения льготного лекарственного
обеспечения в сосудистом центре КГБУЗ «ККБ»**

Беременность и заболевания анального канала

**Зависимость: от нейробиологии до клинической
практики**

Портреты

Надежда Николаева

Михаил Фирсов

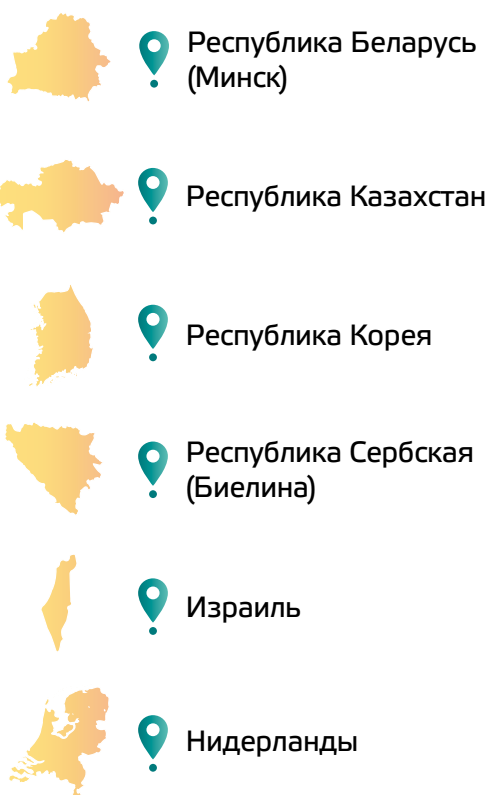
«Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации»

A map of Russia with yellow borders and light blue water bodies. Numerous regions are labeled with teal location pins connected by thin teal lines. The labels include: Мурманская область, Республика Карелия, Санкт-Петербург и Ленинградская область, Москва и Московская область, Ивановская область, Пермский край, Республика Коми, Свердловская область, Томская область, Красноярский край, Кемеровская область, Республика Хакасия, Республика Тыва, Алтайский край, Новосибирская область, Омская область, Тюменская область, Челябинская область, Удмуртская республика, Нижегородская область, Республика Татарстан, Республика Башкортостан, Курганская область, Ставропольский край, Кабардино-Балкарская Республика, Волгоградская область, Республика Адыгея, Ростов-на-Дону, Севастополь, ДНР, and Крым.

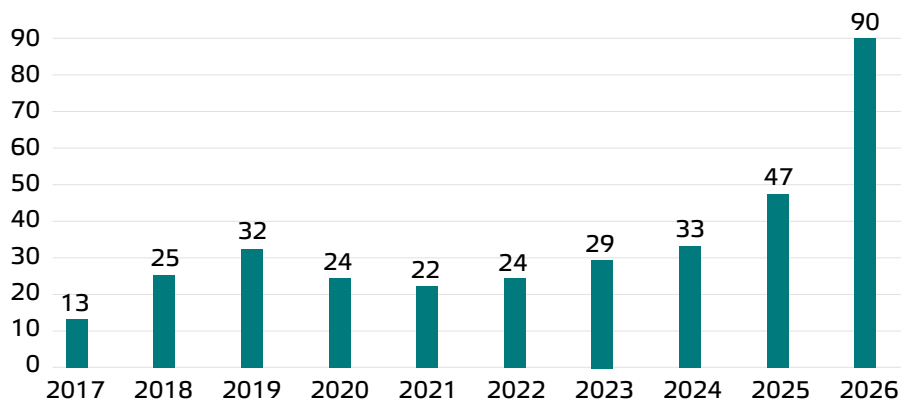
Год	Количество регистраций	Онлайн
2017	338	
2018	370	
2019	300	
2020	426	1143
2021	432	220
2022	202	
2023	344	
2024	420	
2025	479	356
2026	340	



Иностранные участники



Количество спикеров



Новая парадигма ольфакторной системы: пространственная карта рецепторов и роль ретиноевой кислоты



*Два фундаментальных исследования пересматривают
устоявшиеся представления о принципах кодирования
запахов у млекопитающих. В фокусе внимания – организация
обонятельного эпителия и проекционных связей с луковицей
головного мозга мышей.*

В ходе масштабного экспериментального анализа, охватившего около пяти миллионов сенсорных нейронов, исследователи применили комбинацию методов одноклеточного секвенирования (scRNA-seq) и пространственной транскриптомики. Это позволило не только идентифицировать спектр экспрессии ~1100 функциональных обонятельных рецепторов, но и впервые с высоким разрешением визуализировать их топическую локализацию в эпителиальной выстилке носовой полости.

Ключевое открытие: вопреки классической догме о случайном распределении рецепторов в пределах нескольких широких зон была выявлена жестко детерминированная горизонтальная стратификация. Каждый тип рецептора экспрессируется в виде полосы, причем тысячи таких полос образуют сложную мозаику с перекрывающимися доменами, протяженность которых варьируется от респираторной области до глубоких отделов носовой полости.

Авторы установили, что формирование данного паттерна обусловлено градиентным распределением ретиноевой кислоты (метаболита витамина А) на поверхности слизистой носа. Эксперименты с модуляцией экспрессии генов, регулирующих синтез и деградацию этой молекулы, продемонстрировали ее прямое влияние на активность промоторов OR-генов. Таким образом, ретиноевая кислота выступает ключевым позиционным сигналом, определяющим, какой именно рецептор будет экспрессиро-

ваться нейроном в зависимости от его расположения.

Особый интерес представляет соответствие выявленных назальных карт с организацией паттернов экспрессии генов в обонятельной луковице. Исследование подтверждает, что пространственная проекция аксонов строго повторяет топологию периферических полос, формируя единую непрерывную карту. Это указывает на то, что пространственное кодирование запаха закладывается на эмбриональном этапе единым регуляторным процессом, а не является независимым результатом построения тканей.

Работа может быть полезна при использовании стволовых клеток для восстановления обоняния, например, после перенесенного ковида: чтобы человек мог различать весь спектр запахов, ему нужны все полосы. Это исследование создает теоретическую базу для понимания механизмов сенсорной интеграции, а также открывает перспективы для клинического применения. В 2025 году уже были получены обнадеживающие результаты при использовании стимуляционных протоколов.

Несмотря на то, что эксперименты проводились на мышах, авторы экстраполируют выявленные закономерности на приматов, включая человека. В настоящее время ведется работа по картированию тканей человеческого носа и сопоставлению функциональных групп рецепторов с конкретными химическими классами пахучих веществ.

Жировая инфильтрация скелетных мышц: новый взгляд на опасность ультрапереработанной пищи (УПП)

Современные методы визуализации все чаще демонстрируют прямую корреляцию между характером питания и качественным составом мышечной ткани. Доминирование в рационе УПП приводит к дегенеративным изменениям в мускулатуре, напоминающим по структуре «мраморный» стейк – с обильными прослойками жировой ткани между волокнами.

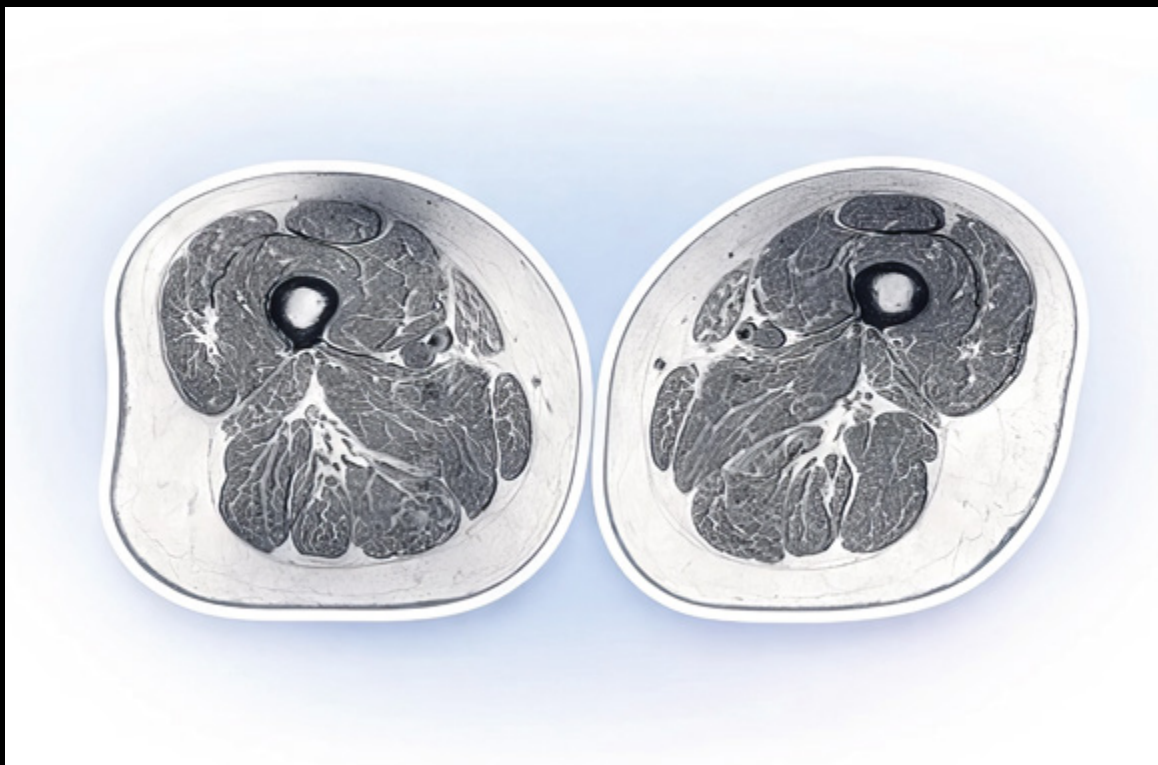
На снимке МРТ бедренной области 62-летней пациентки, чей годовой рацион на 87% состоял из продуктов глубокой промышленной переработки, отчетливо видна ярко выраженная жировая дегенерация – мелкозернистые включения липидов, замещающие нормальную мышечную строму. Подобная картина, по мнению ревматологов и диетологов, является маркером не только локальной патологии, но и системного метаболического дисбаланса.

Суть проблемы заключается в биологической несовместимости такой еды с физиологией опорно-двигательного аппарата. Жировые клетки, накапливающиеся интрамышечно, создают среду, препятствующую сателлитной активации миоцитов. Это блокирует процессы регенерации и гипертрофии волокон, делая мышцы функционально несостоятельными.

Особую тревогу вызывает эпидемиологический тренд: остеоартроз коленного

сустава, традиционно считавшийся уделом пожилых пациентов, стремительно «молодеет». Сегодня признаки деструкции хряща диагностируются у лиц младше 55 лет. Учитывая, что патология поражает около 375 миллионов человек в мире, связь между саркопеническим ожирением и пищевыми привычками становится особо актуальной для изучения.

Исследовательская группа проанализировала МРТ-данные 615-ти добровольцев (средний возраст – 60 лет) с избыточной массой тела и ожирением. Оказалось, что в среднем 41% калорийности их меню обеспечивался за счет УПП. Ключевым выводом стала независимость выявленной закономерности от общего объема потребляемых калорий и уровня физической нагрузки. Чем выше была доля промышленно обработанных продуктов в рационе, тем более выраженной оказывалась жировая инфильтрация четырехглавой мышцы бедра.



К категории УПП относятся позиции, далекие от натурального сырья: сухие завтраки, газированные и энергетические напитки, кондитерские изделия, сосиски, маргарин, замороженные полуфабрикаты и фабричный хлеб. Их объединяет пролонгированный срок годности и специфический «вкусовой профиль», достигаемый за счет комбинации сахаров, трансжиров, соли и рафинированных углеводов. Подобный синергизм активизирует центры подкрепления в лимбической системе, обуславливая пищевую аддикцию.

Помимо очевидного риска ожирения, систематическое потребление УПП ас-

социировано с широким спектром хронических неинфекционных заболеваний: от сердечно-сосудистых патологий и сахарного диабета II типа до онкологических процессов и аффективных расстройств. В долгосрочной перспективе приверженность такой модели питания нивелирует преимущества даже самой благоприятной наследственности, существенно сокращая прогнозируемую продолжительность здоровой жизни. Полученные данные требуют пересмотра диетических рекомендаций в группах риска по остеопорозу и остеоартрозу, акцентируя внимание не на количестве жира в пище, а на его качественном источнике и технологической обработке.

Выходные данные

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 1998 года

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

Учредитель | КГБУЗ
«Краевая клиническая больница», Красноярск

Главный редактор |
Егор Евгеньевич Корчагин – главный врач

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

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

Фото | Сергей Головач, Ирина Мишанева

Используются материалы из Музея
истории медицины

Корректор | Любовь Данилова

Верстка и дизайн | Анна Кравцова

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

Тираж 999 экз. Сентябрь 2026 г.

За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов материалов.

Содержание

- 2 Ценный кадр**
- 8 Новости**
- 10 Портрет** | Надежда Николаева
- 14 Портрет** | Михаил Фирсов
- 18 Оргздрав** | Наставничество
в Краевой клинической больнице:
от адаптации новичков –
к профессиональному развитию
- 21 Опыт** | Зависимость:
от нейробиологии до клинической
практики
- 26 Опыт** | Внедрение льготного
лекарственного обеспечения
в сосудистом центре КГБУЗ «ККБ»
- 31 Программа 10-й Всероссийской
научно-практической
конференции с международным
участием «Практика разработки
и внедрения системы менеджмента
качества в медицинской
организации»**
- 42 Опыт** | Геморрой и анальная
трещина при беременности
и после родов: факторы риска,
профилактика, лечение
- 51 Знаменательные даты** | 35 лет
главному корпусу

Слово редакторов



Егор Корчагин,
главный врач ККБ

Уважаемые коллеги, друзья!

Этот номер «Первой краевой» – особенный: счет пошел на вторую сотню. 101-й выпуск нашего журнала увидит свет в преддверии знакового события – юбилейной, 10-й, Всероссийской

научно-практической конференции «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации».

За эти годы конференция из смелой идеи красноярских энтузиастов превратилась в главную дискуссионную площадку страны по вопросам управления качеством в здравоохранении. Сегодня к нам едут не только из соседних регионов, но и из Калининграда, Хабаровска, Татарстана и даже Сербии. И это не просто география. Это признание того, что системный подход к процессам, безопасности и человекоцентричности работает везде: и в операционной, и в приемном отделении, и в кадровой службе.

Но главное, что я хочу отметить, – это люди. В номере вы прочитаете интервью с теми, кто создает эту систему ежедневно. Надежда Николаева, начальник отдела менеджмента качества, рассказывает, как инструменты строительного контроля оказались применимы в медицине. Михаил Фирсов, заведующий урологией, размышляет о том, что важнее золотых рук – ремесло и отношение к пациенту. Они – живое доказательство того, что качество начинается не с приказа, а с личности.

Мы строим медицину будущего – здесь и сейчас. И этот номер – наш общий отчет о пройденном пути и план на будущее. И, как всегда, ждем вас на конференции!



Евгения Арбатская,
редактор журнала
«Первая краевая»

Дорогие читатели!

Листая этот номер, обращаешь внимание на удивительную преемственность. Мы вспоминаем историю главного корпуса: стройку, которая длилась десять лет и изменила облик красноярской медицины. Мы видим, как сегодняшняя реформа скорой помощи внедряет уже отработанные в

ККБ принципы триажа – ту самую «цветовую» сортировку, эффективность которой наша больница доказала еще в пандемию и при массовых поступлениях.

Особенно ценно для нас, редакции, видеть, как на страницах журнала отражается жизнь отделений. Вот колопроктолог Артем Поздняков поднимает деликатную, но крайне важную для акушерства тему геморроя и анальных трещин у беременных и родильниц, развенчивая мифы и предлагая четкие алгоритмы профилактики. Это тот случай, когда врач говорит о том, о чем пациентки стесняются спросить.

Тема наставничества, которой мы посвятили несколько страниц, – не просто исполнение федерального закона. Для нас это возвращение к лучшим советским и даже дореволюционным традициям школы, где опыт передается

от сердца к сердцу. Как говорит наша коллега, психолог Оксана Аленченко, мы учим не только лечить, но и коммуницировать.

В этом номере мы говорим не только о жизни больницы, но и об интересном из мира науки, например – о жировой инфильтрации мышц как маркере влияния ультрапереработанной пищи или о новой парадигме обонятельной системы, которая переворачивает наши представления о нейробиологии.

Мы открыты, мы учимся, и мы делимся. И пусть в этом номере есть место и тревожным трендам (как рост цифровой зависимости), и радостным новостям (как попадание книги нашего нейрохирурга в лонг-лист премии «Здоровыслие»). Это и есть настоящая жизнь многопрофильного стационара. Желаю вам полезного и вдумчивого чтения.

1 В России реорганизуют систему скорой медицинской помощи



В российских больницах начинается большая перестройка работы приемных отделений медицинских учреждений. Принципиально изменится подход к приему и распределению пациентов. Теперь вместо живых очередей будут введены понятные правила и четкие маршруты на основе международных стандартов оказания экстренной медицинской помощи.

Данные изменения предусмотрены в федеральном проекте «Совершенствование экстренной медицинской помощи» в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». Один из примеров реорганизации экстренной медицинской помощи оценил министр здравоохранения России Михаил Мурашко во время рабочей поездки в Удмуртии. В городской больнице Ижевска сейчас строят обновленное приемное отделение, где одним из главных нововведений станет система триажа, которая представляет собой медицинскую сортировку всех поступающих пациентов по тяжести состояния и риску для жизни.

Медики будут осматривать пациентов по их состоянию, оценивая, кому помощь нужна срочно. Для этого в приемных отделениях выделяют три зоны. Красная – для людей в критическом, жизнеугрожающем состоянии, например – пострадавших в

тяжелых ДТП, с инфарктом, инсультом, остановкой дыхания. Здесь помощь начинается сразу, поскольку счет может идти на минуты. Желтая – для пациентов в тяжелом, но стабильном состоянии, когда помощь можно оказать в ближайшие 10-15 минут. Зеленая зона – для легких травм и симптомов, которые не несут прямой угрозы жизни.

Для упорядочивания маршрутов их маркируют наглядной цветовой индикацией: на полу, стенах, указателях и разметке. Цветовая маркировка поможет персоналу сразу понять, куда направлять человека, что снижает риск ошибок и помогает оперативнее начать обследование и лечение.

В Красноярской краевой клинической больнице такие решения были реализованы при проектировании и строительстве нового хирургического корпуса, который введен в эксплуатацию в 2019-м году. Еще один важный принцип – «врач к пациенту». Раньше поступившему в приемное отделение человеку нередко приходилось самостоятельно перемещаться по кабинетам, искать специалистов, сдавать анализы в разных местах. Теперь логика меняется принципиально: пациент остается на месте в соответствующей зоне, а к нему приходит нужный персонал: медсестры, консультанты, диагностические службы и врачи. Это особенно важно, когда человек находится в тяжелом состоянии или спутанном сознании.

Отметим, что эффективность организации экстренной медицинской помощи по системе триаж в приемном отделении ККБ была доказана на практике при массовом поступлении пациентов, пострадавших в крупных авариях на транспорте, на промышленных объектах и в период пандемии коронавирусной инфекции ковид-19. Сотрудники приемного отделения оперативно принимали и оказывали необходимую помощь большому числу поступавших пациентов, выполняя главную задачу: в минимально короткое время от поступления пациентов начать оказывать необходимую медицинскую помощь, тем самым повышая шансы на спасение в самых сложных и критических ситуациях.

2 Книга нейрохирурга ККБ вошла в лонг-лист литературной премии «Здравомыслие»

Книга нейрохирурга Краевой больницы, профессора КрасГМУ, главного внештатного нейрохирурга МЗ Красноярского края Павла Геннадьевича Шнякина «Все хотят умереть завтра» вошла в лонг-лист премии «Здравомыслие».

«Здравомыслие» – литературная премия в области медицины, задуманная для поддержки врачебной деятельности, популяризации базовых биомеди-

цинских знаний в обществе, пропаганды здорового образа жизни и воспитания культуры здоровья. В Премии принимают участие произведения как российских, так и зарубежных авторов, переведенные и изданные на русском языке.

В рамках Премии учреждаются следующие номинации: «Рецепт здоровья» – популярные книги о здоровье и здоровом образе жизни на основе лич-

ного или профессионального опыта, рассчитанные на массовую аудиторию; «Шаг вперед» – книги об истории медицинской науки, ее возможностях и открытиях, основанные на доказательной медицине (принимается профессиональная медицинская литература); «Эскулап» – биографии, мемуары врачей, истории медицинских учреждений, «Наука долголетия» – книги о долгой и здоровой жизни, мотивации, поиске духовной и физической гармонии. В каждой из перечисленных выше номинаций будет определен один победитель и два финалиста.

Сейчас проходит этап народного голосования. Книга Павла Шнякина «Все хотят умереть завтра» представлена в номинации «Эскулап». Это честный, откровенный рассказ от имени практикующего нейрохирурга о своей работе. Содержание книги приоткрывает «внутреннюю кухню» медицины в целом и хирургии в частности, для того чтобы общество имело более полную и достоверную картину о работе врачей.

По словам автора, это исповедь врача о жизни, смерти и любви: трех китах, на которых стоит хирургия, – ручная, мистическая область медицины, где никакие технологии не заменят мастерства и служения делу. В книге рассказывается и о пациентах, которые боятся врачей и в то же время



ждут от них порой невозможного, иногда верят медицинским мифам, иногда – поспешно судят о врачах. Эта книга о том, что не все пациенты выздоравливают, а после некоторых случаев у врача опускаются руки; о том, что часто после бессонного дежурства или многочасовой операции хирурги буквально валятся без сил. И все же каждый из них уверен, что лучшей профессии нет.

Каждый желающий сегодня может поддержать нашего доктора и проголосовать за его искреннюю литературную работу на сайте премии «Здравомыслие».

Проголосовать



3 Специалисты Краевой больницы помогают коллегам в регионах внедрять новые технологии



Заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Красноярской краевой клинической больницы, главный внештатный специалист минздрава края по национальным проектам и приоритетам губернатора Никита Литвинюк поделился инновационной диагностической методикой с коллегами из Республики Алтай.

Никита Литвинюк помог коллегам Республиканской клинической больницы Горно-Алтайска освоить и внедрить методику измерения фракционного резерва коронарного кровотока.

Суть инновационной методики заключается в оценке гемодинамической значимости сужения

коронарной артерии. В ходе исследования в сосуд вводится микроскопический датчик давления на сверхтонком проводнике, и на основании градиента давления в аорте и в коронарной артерии специалисты определяют, насколько критично сужение и требуется ли хирургическое вмешательство. Освоение этой методики повышает точность диагностики и расширяет выбор оптимальной тактики лечения пациентов с заболеваниями сердца. Как отметил заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Республиканской клинической больницы Виталий Баранов, методика может использоваться как альтернатива нагрузочным тестам, которые подходят не всем пациентам, а также позволяет уже на этапе исследования точно определить необходимость установки стента.

В рамках визита эндоваскулярный хирург Красноярской краевой клинической больницы прочел цикл лекций по физиологии коронарных артерий и методике измерения фракционного резерва кровотока, а также продемонстрировал практические навыки применения нового метода. Слушателями и участниками мастер-класса стали врачи отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, кардиологи и анестезиологи Республиканской клинической больницы Горно-Алтайска.

Надежда Николаева

Начальник отдела менеджмента качества о юбилейной, 10-й,
Всероссийской научно-практической конференции
«Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества
в медицинской организации» и о личном опыте.

Десятая конференция – хороший повод снова поговорить о качестве и продвижении идеи его совершенствования. Как всё начиналось, как вы задумали это большое всероссийское мероприятие?

К созданию системы менеджмента качества мы приступили в 2014 году. Для улучшения и стандартизации процессов использовали методы, прошедшие успешное применение на промышленных предприятиях. И у нас получилось улучшить процессы оказания помощи пациентам с инсультом, инфарктом, сочетанной травмой – в тех ситуациях, где каждая минута на вес золота. За этим стоял огромный труд многих людей: врачей, медсестер – всех, кто поверил, что изменения возможны.

А весной 2017 года Егор Евгеньевич выступил с докладом о нашем опыте в Москве, на конференции по качеству в медицинских организациях. И мы вдруг

увидели, что наш, казалось бы, локальный опыт вызывает живой интерес у коллег из других регионов. После выступления многие подходили, интересовались и выражали желание приехать к нам в больницу чтобы перенять опыт.

И когда коллеги действительно приехали к нам и так тепло отозвались о том, что увидели, мы почувствовали: этим стоит делиться. Не просто показывать сухие отчеты, а рассказывать честно и открыто – о том, что получается, а что дается непросто.

Так родилась идея провести конференцию на нашей территории. Мы назвали ее «Практика

разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации», потому что хотели говорить именно о практике, о живом опыте, о том, как ежедневный труд может становиться лучше, когда в него вкладываешь душу.

Как прошла первая конференция?

Первую конференцию мы проводили в октябре 2017 года в конференц-зале гостиницы «Новотель». Времени от принятия решения до проведения конференции было совсем мало. Опыта организации конференции не было совсем, но было много энергии и энтузиазма!

Мы хотели говорить именно о практике, о живом опыте, о том, как ежедневный труд может становиться лучше, когда в него вкладываешь душу

Из 23-х было 10 докладов сотрудников Краевой больницы на самые разные темы. Наши специалисты, врачи и медсестры рассказывали о том, что уже пробовали внедрять в своих отделениях. Отзывы участников конференции были восторженные. В решении конференции среди многих других предложений было записано: сделать

конференцию по менеджменту качества в Красноярске ежегодной. Даже в ковидные времена не прерывались – просто перешли в онлайн, потому что чувствовали: людям это нужно, они нас ждут. И мы всегда очень ждем.

Насколько расширилась география организаций и участников конференции, состав участников?

В 2017-м мы собирались в одном зале, в основном с соседними регионами. Сегодня к нам приезжают со всей страны – от Калининграда до Владивостока. И в этом году работает уже пять параллельных секций, а не один зал, как было раньше. Состав стал шире, темы – глубже.



И когда мы видим на регистрации старых друзей и новые лица, их горящие глаза, понимаем: мы выросли в большую семью.

Чем конференция в Красноярске отличается от конференций в других городах?

Мы с самого начала, с первой конференции, планировали даты проведения таким образом, чтобы участники могли не только послушать доклады сотрудников ККБ, но и посетить нашу больницу – либо накануне конференции, либо после. Чтобы во время экскурсии можно было задать любые вопросы по темам, которые обсуждались в ходе мероприятия, посмотреть, как организованы процессы оказания медицинской помощи, взять примеры наших алгоритмов и стандартов.

Наверное, главное отличие нашей конференции – в нацеленности на практику. Мы не про теорию, не про красивые презентации. Мы про инструменты, которые можно взять и применить в своем отделении на следующий день. Каждый доклад – это готовый алгоритм, чек-лист, инструкция, которые были использованы и принесли пользу.

И еще – у нас особенная атмосфера. Неформальная, теплая, почти семейная. Здесь можно подойти к любому спикеру после выступления, спросить, уточнить, поспорить. Это не просто обмен опытом, это живой разговор людей, которые искренне хотят делать медицину лучше несмотря ни на что.

За эти годы конференция стала для нас доброй традицией – встречей единомышленников в осеннем Красноярске. Мы всегда очень рады этим встречам и с особым трепетом готовимся к приему гостей. А в этом году она юбилейная, и у нас какое-то особенно доброе, волнительное чувство. Мы с нетерпением ждем наших дорогих друзей из Татарстана, Кабардино-Балкарии, Сербии, Хабаровска, Москвы, Челябинска, Екатеринбурга, Санкт-Петербурга и еще многих-многих городов. Приезжайте – мы очень вас ждем!

Теперь личный вопрос: как вы пришли в эту профессию?

По семейной традиции, можно сказать (улыбается. – Прим. ред.). Моя старшая сестра училась на кафедре управления качеством. Как раз в тот год, когда она выпускалась, мне предстояло поступать. Я видела ее глаза, когда она рассказывала о своих проектах, о том, как интересно и дружно на кафедре. Это был не просто выбор вуза, это было ощущение: «Я тоже хочу в эту теплую, увлеченную компанию». И я пошла по ее стопам.

Так получилось, что в нашей семье теперь два «качественника». И знаете, я ни разу не пожалела. Потому что эта профессия – про постоянное развитие, про поиск решений, про людей. А еще – про возможность быть полезной, даже когда ты не держишь в руках скальпель. Мы помогаем врачам и медсестрам делать их работу удобнее, безопаснее. И это очень вдохновляет.

Информация, которую получали в ходе учебы, давала представление о будущей профессии?

В университете у нас было очень много разносторонних предметов. С одной стороны, профильные: введение в специальность, стандартизация, внутренние аудиты, бережливое

производство. А с другой – такие, как литейное производство или обработка металлов давлением. Это делалось специально, чтобы мы знакомились с реальными процессами, видели, как устроено производство изнутри, понимали, что качество – это не абстракция, а живая работа на каждом этапе.

Но самое главное, что отличало нашу кафедру, которой руководил Сергей Владимирович Дранишников, – это особая забота о студентах. У каждого из нас было определено место практики на летний сезон. Нам не приходилось искать самим – нас распределяли в разные организации, и мы с первого курса погружались в профессию, работали в реальных отделах качества. Это было бесценно.

А на пятом курсе меня направили на предди-

пломную практику в Сочи. Шла подготовка к Олимпиаде, активно строились тоннели, и компании «БТС-Гидрострой» нужны были два сотрудника для подготовки к сертификации и выстраивания внутренних процессов. Так мы с Анной Похабовой – она сейчас наш специалист по СМК в Краевой больнице – сначала, в январе 2011 года, приехали туда как студентки, а через месяц нас взяли на работу ведущими инженерами строительного контроля. Было и сложно, и безумно интересно. Этот опыт остался с нами на всю жизнь – мы увидели, как работает качество в масштабе огромной стройки, и поняли, что наши инструменты работают везде, где есть процессы и люди.

Почему методы организации процессов в тоннелестроительной компании применимы в медицине?

На самом деле, речь идет не столько о строительстве или медицине, сколько о технологиях управления. Они работают везде: и в больнице, и на заводе, и в школе. Потому что инструменты везде примерно одинаковы. Главное – понять процесс, выстроить четкий алгоритм и продумать, где могут возникнуть риски. А это универсальная история.

В строительстве мы учились управлять потоками – как движутся материалы, техника, люди. Как организовать работу так, чтобы ничего не простаивало, чтобы каждый знал свою задачу и время выполнения. Мы выстраивали документооборот, готовились к сертификации, проводили внутренние аудиты. И всё это было равно тем же самым, чем мы занимаемся сейчас в больнице.

Только вместо тоннелей – маршруты пациентов: как они попадают в приемное отделение, как их обследуют, как передают из рук в руки между отделениями. А вместо строительных бригад – врачи, медсестры, лаборанты. Но суть одна: если есть четкая система, если каждый знает свой алгоритм действий, если продуманы возможные риски и способы их предотвращения, – результат становится предсказуемым и надежным. И в строительстве, и в медицине ошибка может стоить очень дорого. Поэтому профилактика рисков – это не просто красивое слово, это основа нашей работы.

И знаете, когда я пришла в медицину, я вдруг поняла, что мне ничему не нужно переучивать-

ся. Те же самые принципы, те же инструменты. Просто другая отрасль. И это дает огромную свободу – ты можешь работать в любой сфере, потому что управление процессами везде построено на одних и тех же законах.

Помните ли вы свою первую встречу с Краевой больницей?

Первое, что сразу всплывает в памяти, – это зима 2014 года. Февраль, мороз трескучий. Меня пригласили на собеседование. Я приехала, сижу в приемной, жду. И пока ждала, просто наблюдала за сотрудниками, за атмосферой. Знаете, люди в белых халатах после строительной отрасли – это было такое особое впечатление. Очень добрые, отзывчивые, приветливые. В прямом смысле слова больница согревала изнутри, несмотря на этот февральский мороз за окном. И я точно поймала себя на мысли: «Хочу здесь работать». (Улыбается.)

Потом мы пообщались с Егором Евгеньевичем и Натальей Ивановной Головиной, которая и стала моим наставником по медицинской части. Я до сих пор с теплотой и огромной благодарностью говорю о ней – она для меня и наставник, и ангел-хранитель в профессии!

Так и начался мой путь в Краевой больнице. С того самого февральского дня, с того теплого ощущения, что я оказалась в правильном месте, среди правильных людей. И знаете, спустя столько лет я чувствую это же тепло каждый день, когда переступаю порог больницы.

Выходит, работая в СМК и погружаясь в самые многообразные процессы самых разных отраслей, приобретаешь эрудицию и широкий взгляд на жизнь?

Всё верно. И я очень люблю работать именно в медицине. Это мой второй дом. Здесь я чувствую себя на своем месте, здесь живут люди, с которыми мне по-настоящему хорошо работать. И мне кажется, это главное – когда профессия становится не просто работой, а частью жизни!

Михаил Фирсов

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии, главный внештатный уролог и трансплантолог министерства здравоохранения края недавно принял бразды правления урологическим отделением ККБ.

Вы теперь не только заведующий кафедрой, но и заведующий отделением. Что изменилось?

Честно говоря, почти ничего. Мы с Александром Николаевичем Вохминым давно и плотно работаем в тандеме, заботы по организации отделения делятся между нами уже много лет. Так что назначение носит скорее формальный характер, нежели принципиальный.

То есть неформальным лидером в коллективе вы были и раньше?

«Лидер» – не совсем правильное слово. Лидером в любом случае остается Александр Николаевич: все поколения урологов, которые сейчас работают в Краевой больнице, – его ученики. В том числе и я.

Со стороны кажется, что урология ККБ в последние годы резко пошла в гору. Что происходит в отделении?

Отделение действительно очень активное, и это тоже заслуга Александра Николаевича: в свое время он сделал ставку на молодых специалистов, готовых внедрять новые технологии. Урология вообще одна из самых технологичных специальностей, мы сильно привязаны к материально-техническому обеспечению. И за последние 15 лет все технологии, которые есть в современной урологии, у нас внедрены. За исключением роботической хирургии: робота у нас просто нет.

Если перечислять, что это за технологии?

По сути, мы полностью соответствуем европейским, американским и российским стандартам лечения. Эндоскопия в урологии имеет два направления. Первое – эндоурология: вмешательства в полостную систему почки и мочевыводящие пути. Второе – лапароскопия: малоинвазивный доступ, который заменяет открытые операции на почках, мочеточниках, мочевом пузыре – там, где часто нужна реконструктивно-восстановительная

хирургия. За последние 5–7 лет мы полностью перевели эти операции в малоинвазивный формат. Это довольно серьезный прорыв.

Когда требуется реконструкция? Это онкология?

В основном это последствия лечения онкологических заболеваний и последствия самих вмешательств. Эндоурология активно внедряется не только в Краевую больницу, но и в других клиниках края, и это хорошо. Но есть и обратная сторона медали: любое вмешательство может приводить к нарушению проходимости мочевыводящих путей – и тогда требуется реконструкция.

В общественном сознании уролог – специалист для мужчин.

У нас соотношение пациентов такое: 60% мужчин, 40% женщин. То есть женщины страдают урологическими заболеваниями примерно так же часто, как мужчины.

Слинговые операции выполняете?

Безусловно, причем мы одни из первых начали их делать. Первые слинги ставили еще в 2004 году вместе с доктором Александром Львовичем Грозой – замечательный был у нас в больнице доктор, он этим по-настоящему увлекался. Получается, слинги мы ставим уже больше двадцати лет.

Как вы относитесь к операциям, где вместе работают гинеколог, уролог и проктолог, скажем, над проблемами тазового дна?

Положительно, на все сто. Любая коллаборация – это позитивный обмен опытом, который прямо влияет на результат лечения.

Почему в какое-то время стали возникать жесткие границы между специальностями?

Знаний накопилось внутри каждого направления очень много. Мы все стремились иметь свою отдельную специальность,

«Мы так долго делились на специальности – а сейчас возвращаемся к тому, что было сто лет назад: необходимо рассматривать пациента в парадигме единой системы»



чтобы получить возможность сконцентрироваться и быть в своем деле профессионалом. Но сейчас возникает потребность междисциплинарного взаимодействия, это возврат к тому, что было сто лет назад, когда человек рассматривался как единая система, а не раскладывался по частям в рамках узких медицинских профилей.

Например, сегодня мы вместе с абдоминальными хирургами выполняем очень серьезные реконструктивно-восстановительные операции с использованием кишечной трубки: часть кишки идет на формирование резервуара для восстановления мочевых путей. Коллеги помогают нам выделить кишку, а мы делаем из нее либо стенку мочевого пузыря, либо мочеточник.

Раньше в такой ситуации почку просто удаляли. Еще 6-7 лет назад таких реконструкций было один-два случая в год. В прошлом году – уже десятки. И человек после такой операции возвращается к нормальной, полноценной жизни.

Кишка отключается от пищеварительного тракта и работает как мочеточник?

Да, но брыжейка сохраняется: сегмент должен получать питание. Эпителий «отключенной» петли (кондуита) со временем атрофируется. Бывают ситуации, когда в кондуите всасывание мочи довольно значительное, что может приводить к электролитным нарушениям. Со временем это корректируется: эпителий кишки теряет прежнюю структуру, и ткань функционально приближается к эпителию мочеточника.

А синтетический материал не вариант?

К сожалению, нет. В отличие, скажем, от эндоваскулярной хирургии, где можно поставить протез, здесь мы имеем дело с мочой – довольно агрессивной средой. Временно можно поставить стент или другой дренаж, но рано или поздно инородное тело в мочевых путях инкрустируется солями. Это как школьный опыт: стакан с солью, ниточка – и на ней вырастают красивые кристаллы. Примерно то же самое происходит и здесь. Идеального материала на сегодняшний день не придумали, поэтому мы используем собственные ткани пациента. Бывает, что материал берем со слизистой щеки – чаще всего для реконструкции мочеиспускательного канала у мужчин.

Может ли искусственный интеллект стать тем самым междисциплинарным связующим звеном?

Думаю, да. Как минимум найти общий язык между специальностями через ИИ вполне реально. Практика показывает: тех знаний, которые человечество накопило по каждой отдельной специальности, одному врачу уже не охватить.

Вы сказали, что отделение соответствует

европейскому уровню – за исключением технических ограничений. Что вы имели в виду?

Есть два сдерживающих фактора. Первый и очень важный: чтобы сохранить достигнутое, нужно поддерживать техническое оснащение. Современная хирургия – это инструмент; хирург сегодня – не только руки. Своевременная замена изношенного инструмента – тот минимум, который позволит удержать взятую высоту. Второй фактор – то, чего у нас пока просто нет: роботическая хирургия. В Красноярском крае нет ни одной клиники, где стоял бы хирургический робот.

Чем ваш робот должен отличаться от того, что есть у рентгенэндоваскулярных хирургов?

Это другая технология. У коллег робот для эндоваскулярных вмешательств, а робот, который используется в урологии, и не только в урологии – он применяется и в гинекологии, и в проктологии, и в хирургии, – универсальная станция. Это следующий шаг после лапароскопии. Он дает хирургу потрясающую свободу действий.

В чем тут, если по-простому, «фишка»?

Прежде всего, в возможностях прецизионной работы с тканями. Ты работаешь в 3D, в полном погружении – как будто тебя самого поместили внутрь. Второе: у хирурга есть физиологические ограничения движений, например – запястья, я не могу повернуть кисть даже на 360 градусов, а инструмент робота поворачивается на 540. То есть можно работать под такими углами, которые обычным прямым инструментом просто недостижимы.

Что еще дает робот?

Есть два момента, о которых у нас начинают задумываться только сейчас. Первый – сохранение здоровья хирурга. Продолжительность активной хирургической жизни очень небольшая: мы 15-20 лет учимся и набираемся опыта, а потом начинаем терять собственное здоровье. Робот этот срок продлевает: опытный специалист сидит в удобном кресле, а не стоит у стола, может спокойно отвлечься; снимаются вопросы стерильности и безопасности. Второй момент – кривая обучения. В роботической хирургии она в разы короче: чтобы стать экспертом в лапароскопических операциях, нужно выполнить порядка 100-150 вмешательств, а в роботической хирургии – около 20.

Как это выглядит? Хирург сидит за компьютером?

Да, есть консоль. Она может находиться в операционной, а может – в кабинете, в другом корпусе. Определенные ограничения по расстоянию, конечно, есть, но существуют установленные факты работы на роботической установке, где оперирующий врач находился на расстоянии 12 000 кило-

метров от пациента. Хирург, который учился двадцать лет и знает достаточно много о сложностях, работает в комфортных условиях: консоль, джойстики, которыми он направляет инструменты.

А в крае эндоурология развивается?

Довольно неплохо, в том числе в межрайонных урологических центрах в Ачинске, Лесосибирске, Норильске. Надеюсь, скоро соответствующее оборудование получит и Минусинск. Приятная деталь: во многих этих центрах работают наши бывшие ординаторы. Это та самая молодежь, которой достаточно дать возможность технологического развития, и она совершенно спокойно внедряет технологию в практику.

Как вы понимаете, кого из молодых нужно учить активнее? Есть чутье?

Наверное, чутье. Но честно скажу: я не очень верю в «золотые руки» хирурга. В хирургии важнее ремесло, кропотливая работа над собой. Если ремеслу учить пять, десять, пятнадцать лет – рано или поздно результат будет. Кому-то нужен год, кому-то два, кому-то пять, чтобы освоить одну и ту же операцию: это зависит от внутренних резервов человека, от обучаемости. А важнее всего – отношение к работе и к пациенту. Если человек по-настоящему заботится о пациенте, он сам откроет книгу, сам пойдет учиться, заставлять не нужно. Он захочет, чтобы пациенту стало лучше, а для этого нужно больше знать.

Нетипичное высказывание для оперирующего врача. Считается, что настоящего хирурга хлебом не корми – дай зайти в операционную.

Не соглашусь. В первую очередь хирург должен быть мыслящим, потому что от его действий зависит очень многое. Это как войти в реку: во второй раз в ту же самую ты уже не войдешь. Каждое следующее вмешательство заведомо даст результат хуже, чем первичная операция. Поэтому необходимо стараться оперировать так, чтобы второго раза не потребовалось.

Мы все время говорим про почки. Где проходит граница между урологией и нефрологией?

Почка – с одной стороны, маленький и простой орган, с другой – очень сложный. Все, что касается клубочкового аппарата, – епархия нефрологов. Канальцевый аппарат, межпочечная ткань – скорее наша. Нефрология – терапевтическая специальность, урология – хирургическая. Но цель у нас общая: сохранить функциональное состояние почек.

Насколько хроническая болезнь почек (ХБП) – это большая проблема статистически?

ХБП – то, что раньше называли хронической почечной недостаточностью, – распространена невероятно широко: считается, что ею страдает порядка 10% населения планеты. Это сотни миллионов человек. В мае 2025 года Генеральная ассамблея Всемирной организации здравоохранения приняла отдельную резолюцию по здоровью почек, и это показатель масштаба проблемы. При этом сама почечная дисфункция может протекать почти незаметно, человек живет как обычно. А вот осложнения, которые развиваются на ее фоне, напрямую связаны со смертностью: у пациента с ХБП риск умереть от сердечно-сосудистых, инфекционных или онкологических заболеваний в разы выше.

Где вы видите свои зоны роста – как руководитель и как врач?

Как бы банально это ни звучало, в росте молодых специалистов: не каждый сам считает себя учеником, не каждый признает учителя учителем. Я и сам могу назвать пять-шесть фамилий специалистов, которых считаю своими учителями. Я и ребятам помоложе говорю: не нужно копировать путь наставника. Нужно видеть то, что понравилось у одного, второго, третьего, и складывать из этого себя. Это, наверное, самое важное.

Как дела на кафедре?

У урологов исторически сложилось, и я очень надеюсь это сохранить, что связь кафедры и практического здравоохранения носит глубокий смысл и функционально оправдана. Клиническая дисциплина без практического здравоохранения – ничто. У нас в больнице развито наставничество, прекрасная ординатура, но есть элемент именно педагогического процесса, который нужно от университета. У нас нет разделения на «кафедральное» и «не кафедральное». Мне кажется, это вообще характерная черта Краевой больницы: здесь все взаимосвязано. Очень надеюсь, что сотрудники отделения найдут себя в науке и будут добиваться высоких результатов.

Сегодняшние студенты станут хорошими врачами?

Это вечная проблема отцов и детей. Мы жалуемся на молодежь, но когда мы были молодежью, сами слышали нарекания от взрослых врачей. Поколения сменяются, свойства молодости и зрелости остаются прежними. А я считаю – нужно просто лучше учить.

«Я не очень верю в «золотые руки» хирурга. В хирургии важнее ремесло и отношение к пациенту»

Наставничество в Краевой клинической больнице: от адаптации новичков – к профессиональному развитию

Екатерина Михайлова, заместитель главного врача по кадрам,
Дарья Гудавасова, ведущий специалист по кадрам, ответственный за наставничество,
Оксана Аленченко, психолог

С 1 марта 2026 года выпускники после окончания медколледжа или вуза должны будут работать под руководством наставника в медорганизациях системы ОМС. Изменение коснется всех выпускников – и целевиков, и бюджетников, и платников. Такая работа будет условием для прохождения аккредитации.

Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ закрепил институт наставничества в сфере здравоохранения на федеральном уровне. Это не только новое требование, а признание ключевой роли передачи опыта для развития кадрового потенциала и повышения качества медицинской помощи. В Краевой клинической больнице (ККБ) мы подошли к этому этапу, имея собственную уникальную и признанную систему наставничества. Наша задача сегодня – органично интегрировать ее в новое правовое поле, сохранив все лучшее и внедрив современные подходы.



Рис. 1. 8 компетенций наставника

От «было» к «стало»: трансформация процесса

Ранее наставничество в Краевой больнице преимущест­венно решало задачи адаптации всех новых сотрудников. Мы создавали условия для того, чтобы новички быстрее интегрировались в корпора­

тивную культуру и в короткие сроки становились эффективными в своей должности. С вступлением в силу закона и подзаконных актов процесс стал обязательным и более структурированным.

	Было (до 01.03.2026)	Стало (с 01.03.2026)
Категория	Все новые сотрудники (независимо от стажа и опыта работы)	Все сотрудники, впервые получившие медобразование и прошедшие первичную аккредитацию после 01.03.2026. Для остальных категорий сохраняется адаптация по локальным актам
Срок	1–3 месяца (адаптация)	От 1,5 до 3 лет в зависимости от специальности и места работы (согласно Приказу Минздрава № 166н)
Регулирование	Локальные нормативные акты	Федеральное законодательство (наставничество) и локальные акты (адаптация)
Документы	Положение о наставничестве, приказ о назначении, план наставничества в электронном виде на портале	Обязательный пакет: согласие наставника, допсоглашение к ТД, приказ о назначении, индивидуальный план, по завершении – справка о сроках наставничества

Чему учить 1,5–3 года? Новый взгляд на содержание наставничества

Мотивация наставников: от признания к бонусам

Главный вопрос, который сегодня волнует и руководителей, и самих наставников: чему учить молодого специалиста на протяжении столь длительного срока? Именно в этом и заключается уникальная ценность нового подхода. У нас появляется возможность не просто быстро «натаскать» новичка на выполнение базовых операций, а выстроить системный, долгосрочный план-перспективу его профессионального развития.

При таком подходе новый сотрудник может более основательно погрузиться и вникнуть во все критические процессы, связанные с безопасностью и качеством оказания медицинской помощи. Безошибочным ориентиром для формирования индивидуального плана наставничества служат «Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (утверждены ФГБУ «Национальный институт качества»

Росздравнадзора). В них детально прописаны ключевые направления: управление качеством, идентификация пациентов, эпидемиологическая безопасность (профилактика ИСМП), лекарственная безопасность, контроль за медизделиями, организация экстренной помощи, преемственность лечения, хирургическая безопасность и работа с кровью.

Кроме того, хорошей опорой для разработки плана станет действующая в больнице «Матрица компетенций сотрудников отделений». Это позволяет нам перейти от формального «отбывания» периода наставничества к формированию у наставляемого целостного, ответственного подхода к работе, где качество и безопасность пациента стоят на первом месте.

Наставник: ключевая фигура и новые требования

Безусловно, успех всей системы зависит от личности наставника. Новые правила (Приказ Минздрава № 167н) устанавливают базовые требования: стаж медицинской деятельности не менее 5 лет, соответствующая специальность.

В ККБ мы пошли дальше и внедрили расширенную модель компетенций. Наш наставник – это не просто опытный коллега. Это лидер, способный:

- **Мотивировать** и создавать доверительную атмосферу.
- **Управлять конфликтами** и проявлять эмоциональную устойчивость.
- **Развивать других**, используя индивидуальный подход, а не только транслировать свои знания.
- **Давать объективную обратную связь**, опираясь на наблюдаемые факты.

Как мы готовим наставников: обучение на собственной базе

Важно подчеркнуть, что нормативные рекомендации федерального уровня обязывают проводить обучение наставников, однако они не содержат детализации по содержанию, объему часов и методической базе. В связи с этим мы приняли решение организовать подготовку наставников исключительно на собственной базе ККБ, исходя из наших внутренних потребностей и специфики учреждения. Мы пошли по пути сбора актуальных данных. Сначала провели опрос самих наставников, чтобы выяснить, с какими именно сложностями они сталкиваются в реальной работе с молодыми специалистами. Параллельно опросили новичков – чего им не хватило во взаимодействии с наставником на начальном этапе. Сопоставив эти две точки зрения, определили те компетенции, которые наши сотрудники сами посчитали наиболее важными и дефицитными. На основании этого анализа мы разработали программу обучения, которая отвечает реальным запросам коллектива и нацелена на решение конкретных практических задач (рис. 1).

Мы прекрасно понимаем, что работа с новичком – это серьезная ответственность и дополнительная нагрузка. Поэтому одним из главных приоритетов стала разработка эффективной системы мотивации, в том числе с учетом рекомендаций Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья (ФЦПДН) Минздрава России. Важно, что размеры и условия выплат за наставничество должны быть четко зафиксированы в локальных актах, коллективном договоре и дополнительном соглашении к трудовому договору.

В ККБ мы используем комплексный подход:

1. **Материальная мотивация.** В соответствии со ст. 351.8 ТК РФ установлены обязательные доплаты за наставничество. Размер выплаты определяется в зависимости от объема работы в виде фиксированной суммы и отражается в дополнительном соглашении к трудовому договору.
2. **Нематериальная мотивация и геймификация.** Мы запустили корпоративную программу бонусов и званий. Сотрудник, прошедший путь от «Наставника» до «Сэнсея», получает не только признание коллег, но и реальные преимущества – от брендированного мерча до парковочных мест на территории клиники. Это создает здоровую конкуренцию и повышает вовлеченность.
3. **Признание и статус.** Информация о наставниках и их фото размещаются на сайте Краевой больницы, а также они могут быть представлены к ведомственной награде – медали «За наставничество в здравоохранении».

Цифровизация: основа эффективности

Мы стремимся сделать процесс максимально прозрачным и удобным. В ККБ функционирует электронная экосистема наставничества:

- **Электронная база наставников** с автоматизированным учетом наставляемых.
- **Электронная заявка о назначении** обеспечивает 100%-ное назначение наставника с первого рабочего дня.
- **Индивидуальный план и чек-листы в цифровом профиле** новичка помогают наставнику и руководителю отслеживать прогресс.

Наставничество становится ключевым элементом непрерывного медицинского образования и карьерного роста. Мы видим свою задачу в том, чтобы создать условия, при которых молодой специалист не просто отрабатывает положенный срок, а получает профессиональное развитие, а опытный сотрудник реализует свой потенциал, получая достойную оценку и признание своего труда.

Вместе мы строим будущее Краевой клинической больницы, основанное на преемственности поколений, высоком профессионализме и общей корпоративной культуре.

Зависимость: от нейробиологии до клинической практики

Зависимость (аддикция) – это хроническое рецидивирующее состояние, характеризующееся навязчивой потребностью в повторном употреблении вещества или совершении действия, несмотря на негативные последствия. Это не недостаток силы воли, а сложный биопсихосоциальный феномен, требующий комплексного подхода в лечении и профилактике.



Александр Дорожкин,
врач-психиатр КГБУЗ «ККБ»:

– В реальной жизни зависимость может разрушить как саму личность, так и весь уклад семьи, где есть такой человек, зачастую весьма одаренный. Зависимость – это часто проблема не только больного человека, но и его близких. Однако бывает, что одна зависимость или их комплекс протекает скрыто по отношению к социуму или даже по отношению к родственникам. Порой зависимость становится почвой для совершения проступков, преступлений или суицида.

Виды зависимостей и их классификация

В клинической практике выделяют две основные категории:

- **Химические зависимости** связаны с употреблением психоактивных веществ, изменяющих химический баланс мозга: алкоголизм, наркомания, никотиновая зависимость.
- **Поведенческие (нехимические) зависимости** – навязчивое повторение действий, приносящих кратковременное удовлетворение: игровая зависимость (азартные и компьютерные игры), пищевые расстройства, трудоголизм, шопоголизм, эмоциональная и информационная зависимости.

Александр Дорожкин, врач-психиатр ККБ:

– Отдельная большая тема – это категория нехимических зависимостей, в частности цифровая зависимость, игромания и т.д. Они также являются способом ухода человека от реальности и могут разрушать жизнь человека и его семьи. Па-

циент, осознанно или нет, создает замену настоящему общению и отношениям. По всему миру сегодня принимаются законы, направленные на ограничение доступности интернета для детей и подростков. Передовые школы возвращаются к традиционным форматам обучения, уходя от дистанционных форм. Эти решения принимаются законодотворцами, исходя из данных о тенденциях задержки психоэмоционального развития детей в условиях преобладающих информационно-цифровых каналов связи.

Механизм формирования: роль дофамина и нейроадаптации

Все виды зависимостей имеют единую психофизиологическую природу. Ключевую роль играет система вознаграждения мозга и нейромедиатор дофамин.

Процесс развивается поэтапно:

1. Психическая зависимость формируется по

простой схеме: употребление вещества/действие → выброс дофамина → получение удовольствия → запоминание → желание повторить. Важнейшей ценностью становится источник зависимости, а человек утрачивает способность противостоять желанию.

2. Рост толерантности – сенсорные рецепторы теряют чувствительность к дофамину. Для достижения прежнего эффекта требуется все большая доза или интенсивность стимула.
3. Физическая зависимость возникает при постоянной стимуляции. Мозг компенсирует избыток дофамина, сокращая количество рецепторов. При прекращении поступления стимула развивается абстинентный синдром («ломка»): дискомфорт, депрессия, нарушения работы ЦНС. На этой стадии употребление направлено не на получение удовольствия, а на избегание страданий.

Доктор Анна Лембке (Стэнфордский университет) описывает этот процесс как «злокачественное научение»: мозг начинает воспринимать аддиктивный агент как более важный для выживания, чем еда или безопасность.

Александр Дорожкин, врач-психиатр ККБ:

– Часто всплески аддиктивных расстройств (зависимостей) сопровождаются сложными социально-экономическими периодами в жизни общества и конкретного человека. Один из всплесков массового алкоголизма пришелся на первую половину 80-х годов XX века, другой – на 90-е годы. После распада СССР, в середине 90-х годов, нашу страну захлестнула эпидемия героиновой наркомании, употребления синтетических наркотиков (экстази, амфетаминов). В 2010-е годы появились синтетические каннабиоиды. Большинство этих наркотиков вызывают тяжелейшие токсические эффекты и стойкую зависимость, быстро выбивая употребляющих из нормального быта и жизни в целом. Любая неустроенность: безработица, нарушение социальных связей, информационная напряженность – становится благодатной почвой для эскапизма личности в мир зависимостей.

Группы риска: кто подвержен наибольшей опасности?

Вероятность развития зависимости определяется сочетанием факторов, которые имеют разный вес на разных этапах жизни.



Факторы риска:

- **Генетические.** Наследственность определяет 40-60% предрасположенности. У детей алкоголиков и наркоманов риск заболевания в 4-6 раз выше, чем у потомства здоровых родителей. Обнаружены специфические гены (например, в кластере CHRNA5 для никотиновой зависимости и ADH1B/ALDH2 для алкоголизма), но аддикции имеют полигенную природу.
- **Биологические (психологические).** Особенности личности – импульсивность, эмоциональная нестабильность, поиск острых ощущений, низкая фрустрационная толерантность. Нарушения работы фронтальных долей (контроль импульсов) и дисбаланс в системах нейромедиаторов создают почву для зависимости. Мужчины страдают наркологическими заболеваниями в пять раз чаще женщин. Причина, по которой сильный пол статистически чаще страдает наркологическими недугами, не сводится к одному фактору, это комплексное взаимодействие социальных, биологических и психологических механизмов. В целом в 1990 году разрыв был в пять раз, к 2025-му он сократился до двух раз, и это не столько «оздоровление» мужчин, сколько изменение социальных ролей женщин и рост стрессовых факторов у них. Однако доминирование мужчин в текущей статистике связано с тем, что наш социальный уклад до сих пор поощряет у них рискованное поведение и порицает за попытки обратиться за лечением.
- **Психологические (семейные).** Стиль воспитания – гиперопека, игнорирование, домашнее

насилие – формирует зависимый тип личности. Ребенок не учится самостоятельно справляться со стрессом и решать проблемы, что во взрослой жизни становится триггером для аддиктивного поведения.

- **Социальные.** Давление референтной группы, доступность веществ, культурные установки, низкий социально-экономический статус, скука и отсутствие жизненных ориентиров.
- **Возрастные.** Подростковый возраст – критический период. Мозг продолжает развиваться до 25 лет, а гормональная перестройка повышает тревожность и поисковую активность. До 17-летнего возраста 56% мальчиков и 28% девочек пробовали психоактивные вещества. Раннее начало употребления многократно увеличивает риск формирования устойчивой зависимости.

Что определяет попадание в группу риска?

Комбинация перечисленных факторов. Ключевыми предикторами являются:

- **Семейный анамнез** (алкоголизм или наркомания у родителей).
- **Наличие психических расстройств** (СДВГ, расстройства поведения, депрессия, тревожные расстройства).
- **Склонность к импульсивному поведению** и трудности с отложенным удовлетворением потребностей.

Современные подходы к лечению

Лечение зависимости – это длительный процесс, включающий несколько этапов:

1. **Дезинтоксикация и купирование абстинентного синдрома** (проводится в стационаре с использованием патогенетически обоснованных средств: клофелин, тиаприд, трамал – при опиоидной зависимости, а также нейропептиды типа такуса).
2. **Восстановление обменных нарушений** и нормализация психического состояния.
3. **Работа с психологической зависимостью** – выявление триггеров и психопатологических механизмов влечения.
4. **Противорецидивная терапия** – амбулаторная поддержка и обучение навыкам саморегуляции.

Перспективным немедикаментозным методом является **биологическая обратная связь** (БОС), позволяющая пациентам в реальном времени видеть ритмы мозга и учиться управлять своим психофизиологическим состоянием, снижая тягу и тревожность.

Александр Дорожкин, врач-психиатр ККБ:

– В нашей стране наркология выделилась из психиатрии в 1978 году – стали готовить специалистов-наркологов, появилась сеть диспансеров, стационаров, кабинетов. Наркологи начали выдавать справки на пользование оружием и допуски на управление транспортными средствами. Кроме того, была создана сеть ЛТП (лечебно-трудовых профилакториев) для пациентов с алкогольной зависимостью, лечение в которых, к сожалению, не показывало значительной эффективности. Аверсивная терапия (вызывающая отвращение к предмету зависимости) основана на формировании отрицательных условных рефлексов, когда введение препаратов, блокирующих переработку алкоголя печенью, вызывает мощную токсическую реакцию в ответ на нарушение режима трезвости. Еще в 1970-1980-е годы была популярна гипнотерапия и метод А.Р. Довженко, основанный на эмоционально-стрессовом воздействии. К сожалению, эти методики не давали продолжительного эффекта. Реально работающей терапией стала Миннесотская, или 12-шаговая, модель, разработанная в середине прошлого века в США бывшими алкоголиками. По этой методике сегодня работают реабилитационные центры и общества анонимных зависимых.

СОЗАВИСИМОСТЬ: «ВТОРОЙ ПАЦИЕНТ» В СЕМЬЕ

В контексте зависимостей невозможно обойти феномен **созависимости**. Это не просто психологический термин, а клинически значимое состояние, которое врачи и психотерапевты все чаще рассматривают как самостоятельную патологию адаптации.

Созависимость (codependency) определяется как патологическое состояние, характеризующееся чрезмерной эмоциональной, социальной и иногда физической вовлеченностью человека в жизнь другого, страдающего зависимостью. По сути, это **зеркальное расстройство**, при котором весь психоэмоциональный мир созависимого строится вокруг аддикта и его болезни.

Ключевые клинические признаки созависимости (по классификации DSM-5-подходов):



- **Гиперконтроль.** Попытки контролировать поведение зависимого (прятать алкоголь, контролировать финансы, уговаривать, угрожать, спасать от последствий).
- **Спасательство.** Постоянное решение проблем аддикта вместо него самого (оплата долгов, прикрытие перед работой, оправдание перед родственниками).
- **Подавление собственных эмоций.** Созависимый не осознает своих потребностей, живет чувствами и переживаниями больного. Гнев, обида, стыд и страх вытесняются, что приводит к соматизации (головные боли, гипертония, язвенная болезнь).
- **Низкая самооценка.** Самоценность определяется исключительно тем, насколько удастся «спасти» или «исправить» аддикта.
- **Размытые личные границы.** Созависимый не может отличить, где заканчиваются его чувства и начинаются чувства другого человека.

Механизм формирования: нейробиология созависимости

На нейробиологическом уровне созависимость имеет много общего с самой зависимостью, но с противоположным знаком. В мозге созависимого хронический стресс, связанный с жизнью рядом с аддиктом, поддерживает постоянную активацию оси **гипоталамус – гипофиз – надпочечники (HPA-axis)**. Это приводит к:

1. **Хронической гиперкортизолеми** (повышенный кортизол), которая разрушает гиппокамп (центр памяти и обучения) и снижает способ-

ность к рациональному принятию решений.

2. **Дофаминовой «качели».** Надежда на «просветление» аддикта дает кратковременный всплеск дофамина, а срыв вызывает резкое падение. Этот цикл «надежда – разочарование» формирует такую же аддиктивную петлю, как и у самого зависимого, но источником дофамина становится не вещество, а поведение аддикта.
3. **Зеркальные нейроны и механизм эмоционального заражения** делают созависимого чрезвычайно чувствительным к состоянию зависимого, стирая грань между своим «Я» и чужим страданием.

Группы риска: кто становится созависимым?

Исследования (например, работы Роберта Саббинелли из Института психосоциальной медицины) выделяют следующие предикторы:

1. **Детский опыт.** Воспитание в дисфункциональной семье (алкоголизм, наркомания, жестокость, эмоциональная холодность) – **золотой стандарт** фактора риска. Дети из таких семей усваивают правило: «мои чувства не важны, главное – состояние другого». У них формируется тревожный тип привязанности.
2. **Личностные черты.** Женщины с высоким уровнем невротизма, низкой стрессоустойчивостью, экстернальным локусом контроля (убеждение, что все зависит от внешних обстоятельств, а не от их усилий).
3. **Профессиональная деформация.** Люди

помогающих профессий: врачи, медсестры, психологи, социальные работники – имеют повышенный риск, так как их профессиональная роль закрепляет паттерн «жертвенного служения» и переносится на семейные отношения.

Почему созависимость опасна не меньше самой аддикции?

- **Синдром «маскировки».** Созависимый бессознательно поддерживает зависимость у близкого, потому что это дает ему чувство нужности и цели в жизни. Этот феномен называется *enabling behavior* – подкрепляющее поведение. Избавившись от симптомов у аддикта, созависимый теряет смысл жизни, поэтому он (часто неосознанно) саботирует лечение.
- **Риск соматической патологии.** Созависимые в 2-3 раза чаще страдают гипертонией, ишемической болезнью сердца и аутоиммунными заболеваниями из-за хронического стресса. Иммунная система подавляется кортизолом, и воспалительные процессы становятся хроническими.
- **Трансгенерационная передача.** Дети, растущие в системе созависимых отношений, с вероятностью 70-80% либо сами становятся аддиктами, либо выбирают созависимую модель во взрослых партнерских отношениях.

Терапевтические подходы: как работать с созависимостью

В отличие от лечения первичной зависимости терапия созависимости направлена не на «отказ от вещества», а на **восстановление автономии личности**. Протокол включает:

1. **Психообразование.** Объяснение пациенту, что его состояние – это болезнь, а не «долг» или «любовь». Осознание, что он не обязан быть спасателем.
2. **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).** Работа с установками («Если я не помогу, он погибнет», «У него есть своя воля и ответственность»). Тренировка навыков ассертивного отказа и установления границ.
3. **Группы поддержки (аналог «Ал-Анон» для родственников).** Групповая работа позволяет разрушить изоляцию и увидеть, что паттерны поведения универсальны, а не уникальны.
4. **Соматически ориентированная терапия.** Снятие мышечных блоков и работа с телесным ощущением «застывшего стресса», который копился годами.
5. **Важный принцип.** В клинической практике

обязательным условием является одновременная работа и с аддиктом, и с созависимым. Лечение только зависимого без работы с семейной системой имеет рецидив в 80-85% случаев (данные Американской ассоциации аддиктивной медицины, ASAM).

Врачи любых специальностей должны помнить: столкнувшись с пациентом, страдающим зависимостью, они почти всегда имеют дело и с его созависимым окружением. Распознавание признаков созависимости у родственников (повышенная тревожность, соматические жалобы, жалобы на «бесконечную усталость») должно быть маркером для направления к психотерапевту или в группу поддержки. Лечение созависимости – это не «дополнительная опция», а **критическое условие** для долгосрочной ремиссии у самого аддикта.

Александр Дорожкин, врач-психиатр ККБ:

– Самый главный критерий в определении, имеется ли зависимость, неважно, алкоголь это, наркотики, игры или другие формы, – понимание того, влияет ли это разрушительным образом на остальные сферы жизни. Если негативное влияние имеется, то специалисты признают состояние как зависимость.



Важно понимать: **излечение от зависимости возможно только при комплексном биопсихосоциальном подходе**. Однако низкая мотивация пациентов и фармакорезистентность аддиктивных расстройств остаются серьезными вызовами для современной медицины.

Преимственность от стационара к амбулаторному этапу лечения пациентов с БСК

Опыт внедрения льготного лекарственного обеспечения в сосудистом центре КГБУЗ «ККБ»

О.А. Воронина, Е.В. Самохвалов, С.А. Устюгов, Г.Ю. Алексеенко, Е.М. Курц, Т.В. Караванова, Ю.В. Хабло, Е.Л. Гуляева.

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются главной угрозой здоровью в мире и России. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная причина смертности на нашей планете: около 19–20 млн человек в год, что составляет примерно 32–33% всех смертей. Из них 85% приходится на инфаркт миокарда и инсульт.

Для сравнения приведем количество смертей от БСК на 100 тыс. населения: Россия – ~550–600, США – ~180–200, Япония – ~110–130. В России БСК занимают первое место в структуре смертности, унося около 40–47% жизней (примерно 800–900 тыс. человек в год). Несмотря на снижение показателей за последние 15 лет (благодаря сосудистым центрам), они все еще многократно превышают показатели стран Западной Европы.

Современная стратегия лечения БСК

Терапия БСК сохраняет статус абсолютного приоритета в практике врача любой специальности. Это связано не столько с появлением новых прорывных лекарств, сколько с фундаментальным сдвигом в понимании целей лечения и роли смежных специалистов: терапевтов, кардиологов, неврологов, офтальмологов, эндокринологов.

Современная стратегия лечения БСК строится на препаратах с доказанной эффективностью, влияющих на прогноз (снижение риска смерти). Основные классы препаратов кардиопротекции – гипوليлипидемическая терапия (статины): аторвастатин и розувастатин. Цель – снижение холестерина ЛПНП до целевых уровней. Это база лечения атеросклероза.

Двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТ) – ацетилсалициловая кислота + клопидогрел/ти-

кагрелор. Обязательна в течение 12 месяцев после инфаркта и стентирования для предотвращения тромбоза стента и повторных событий.

Ингибиторы РААС – валсартан, периндоприл и др. Контролируют давление и замедляют ремоделирование сердца.

Бета-адреноблокаторы – бисопролол, метопролол. Снижают нагрузку на сердце и риск аритмий. Пероральные антикоагулянты (ПОАК) – ривароксабан, апиксабан, дабигатран. При фибрилляции предсердий для профилактики инсульта.

Острейшая проблема – бесперебойное обеспечение лекарственными препаратами при выписке пациента из стационара (льготное лекарственное обеспечение). Это самый критический этап – переход от стационара к амбулаторной жизни. Прерванная терапия в первые месяцы после инфаркта или инсульта приводит к катастрофическому росту риска повторных событий и смерти. Преимущество между стационаром и амбулаторным этапом – ключевой элемент «бесшовного» ведения пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК), направленный на предотвращение повторных сосудистых катастроф. Она регулируется федеральной программой по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и приказами Минздрава России (включая актуальные пе-



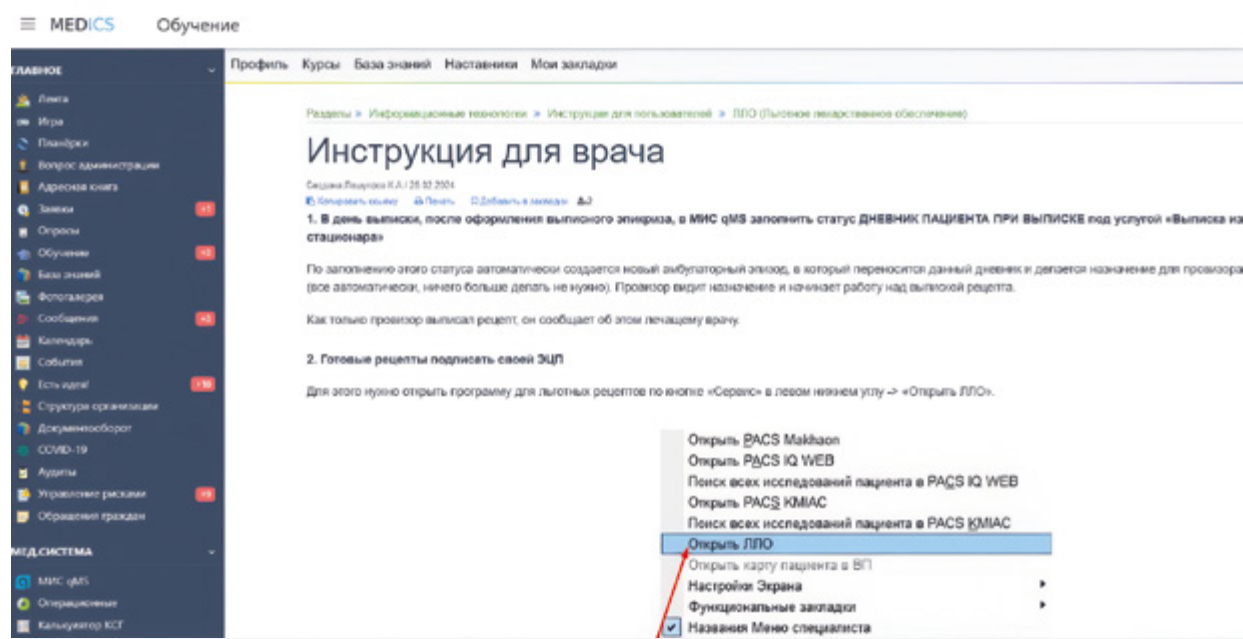
речни препаратов от 6 февраля 2024 г. № 37н). Согласно этой нормативной документации право на получение бесплатных лекарств в течение двух лет после выписки имеют пациенты, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающие ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденной эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40%. А также те, кому выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных

артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Реализация программы БСК в ККБ

Обеспечение пациентов лекарственными препаратами по программе БСК осуществляется по перечню препаратов, утвержденному приказом Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н, который содержит 31 МНН ЛП. Выписка рецептов на лекарственные препараты и обеспечение пациентов по программе БСК после выписки из стационара осуществляется в





КГБУЗ «ККБ» с февраля 2024 года. В программе участвуют 8 отделений: кардиология №1, кардиология №2, кардиология №3, кардиология №4, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, кардиохирургия, неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, общая неврология.

Для реализации этой программы в КГБУЗ «ККБ» разработаны документы, регламентирующие выписку рецептов пациентам с БСК: приказ и алгоритм выписки рецептов, инструкция для врача по выписке рецептов, памятка для пациентов. Специалистами АСУ проведена работа по интеграции Процессингового центра Единой информационной системы льготного лекарственного обеспечения (далее ПЦ ЕИС ЛЛО) с МИС qMS. Врачи обучены работе в ПЦ ЕИС ЛЛО.

Алгоритм выписки льготных рецептов в КГБУЗ «ККБ»:

1. В день выписки пациента лечащий врач готовит выписной эпикриз, оформляет дневник пациента, содержащий рекомендации и диагноз с данными осмотра и рекомендациями по тактике терапии.
2. Оформленный дневник автоматически переносится в амбулатор-

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Порядок получения льготных лекарственных препаратов по программе БСК после выписки из стационара



В ДЕНЬ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

- ✓ Льготный рецепт оформляется лечащим врачом
- ✓ Вам или сопровождающему следует обратиться за получением льготных лекарственных препаратов в аптеку, расположенную:
 - 📍 Главный корпус, 2 этаж, холл, Губернские аптеки, предъявив СНИЛС



ЕСЛИ ЛЬГОТНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ПОЛУЧЕНЫ В АПТЕКЕ

Вы можете получить лекарственные препараты в аптеке «Губернские аптеки» по месту жительства по уже оформленному рецепту, **предъявив СНИЛС**



Повторно обращаться в поликлинику для оформления нового рецепта **НЕ ТРЕБУЕТСЯ!**



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ



Следующая выписка льготных лекарственных препаратов осуществляется **ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ** в поликлинике по месту жительства



При возникновении вопросов обращайтесь к лечащему врачу в поликлинику по месту жительства

ный прием, а также автоматически назначается услуга выписки рецепта на провизора, медсестру.

3. Специалисты отделения клинической фармакологии, выписывающие рецепты (медицинская сестра, провизор), в информационной системе ПЦ ЕИС ЛЛО сверяют персональные данные с данными о наличии или отсутствии льготной категории у пациента и принимают решение об открытии льготы по программе БСК, выписывают рецепты на лекарственные препараты по соответствующему перечню. При выписке рецептов учитываются остатки в аптечном пункте АО «Губернские аптеки».
4. После выписки рецепта специалисты отделения клинической фармакологии (медицинская сестра, провизор) информируют лечащего врача о необходимости подписать рецепт.
5. Лечащий врач, получив информацию от специалиста, выписывавшего рецепт, после ознакомления с выписанным рецептом ставит свою электронную подпись.
6. При вручении выписки на руки лечащий врач или старшая медицинская сестра информируют пациента о рекомендациях по лечению, а также о том, что рецепты на жизненно важные кардиологические препараты выписаны по программе БСК, и направляют пациента в аптечный пункт АО «Губернские аптеки», находящийся на 2-м этаже главного корпуса больницы.
7. В выписном эпикризе указывается информация о выписанных лекарственных препаратах на льготных рецептах.
8. В дальнейшем за выпиской рецептов пациент обращается в поликлинику по месту жительства.



Получение препаратов сразу после выписки из стационара позволяет предупредить перерыв в лечении и серьезные осложнения.

За период с февраля 2024 года по июль 2026-го было выписано 17 852 рецепта 3461 пациенту (Диаграммы 1, 2). Наибольшее количество обслуженных по льготным рецептам пациентов по следующим нозологическим категориям льготы: инфаркт миокарда, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, острое нарушение мозгового кровообращения. Самое активное участие в выписке рецептов принимают доктора из отделения кардиологии №3, неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Количество обеспеченных пациентов по рецептам
в разрезе нозологий с II.2024 года по VII.2026 года**

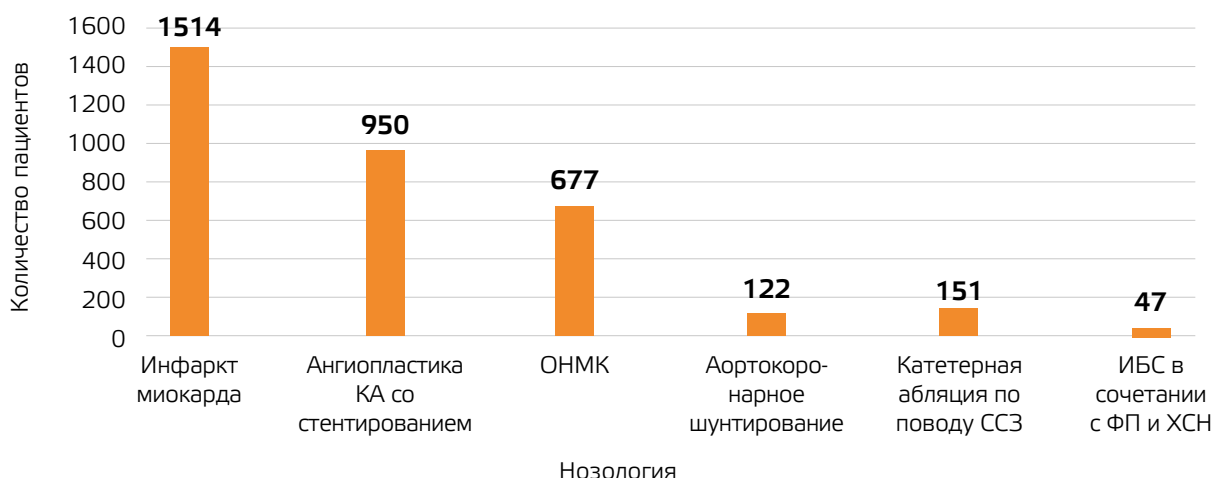


Диаграмма 1

Количество рецептов, выписанных пациентам с БСК в разрезе нозологий с II.2024 года по VII.2026 года

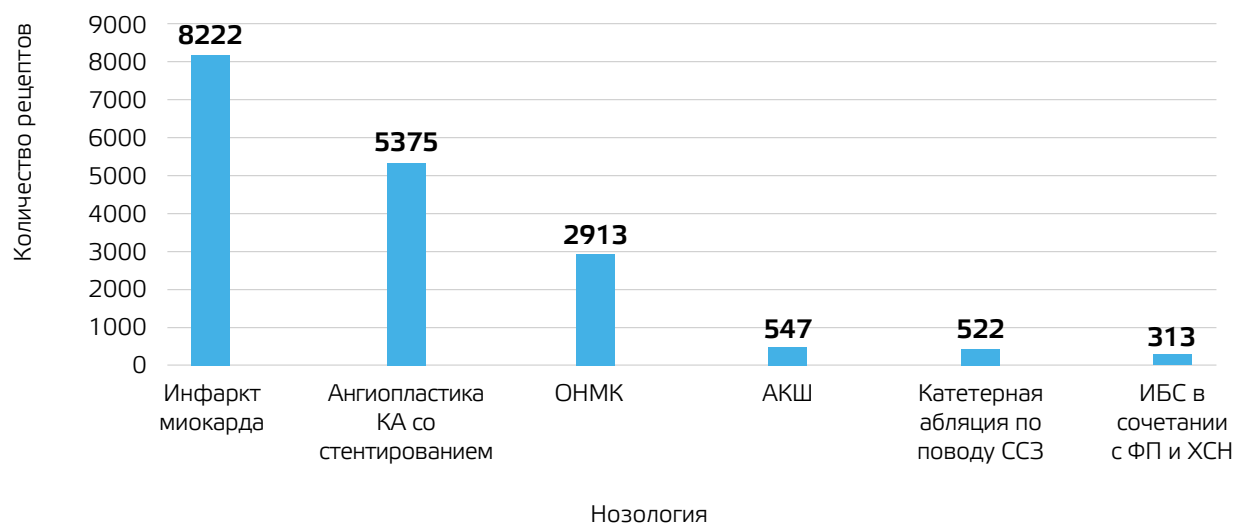


Диаграмма 2

Количество упаковок ЛП по МНН, отпущенных по программе БСК в КГБУЗ «ККБ» с II.2024 по VII.2026

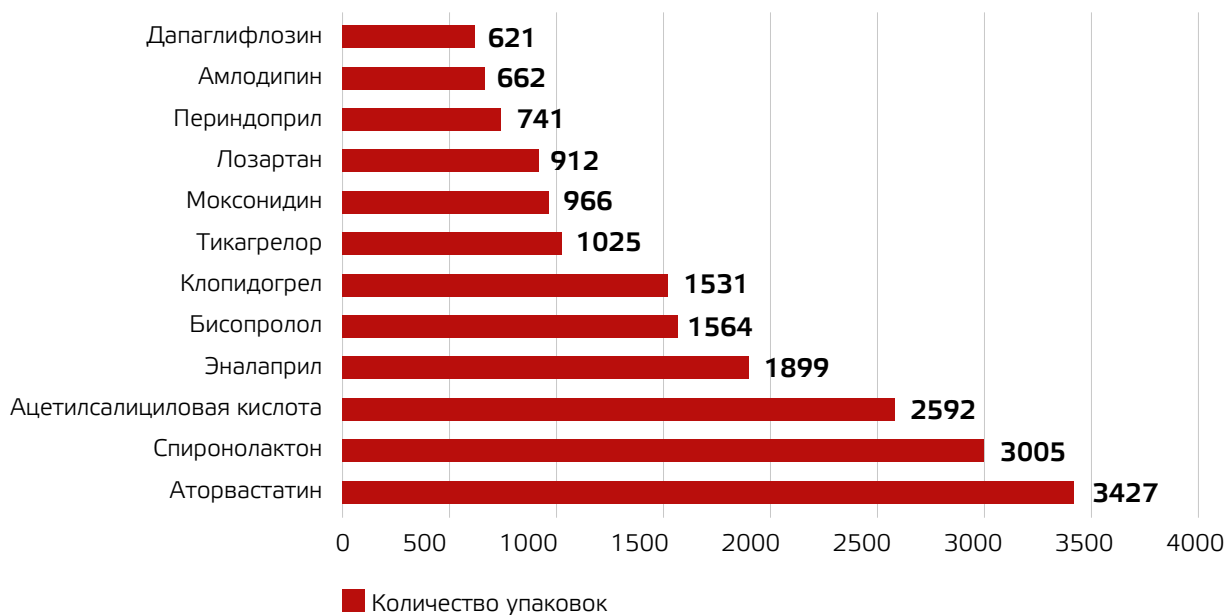


Диаграмма 3

В лидерах по отпущенным лекарственным препаратам – гипوليцидемические, антиагрегационные, ингибиторы РААС, бета-адреноблокаторы, что соответствует современной стратегии лечения БСК (Диаграмма 3).

Выводы

Современная терапия способна продлить жизнь пациентам при БСК на десятки лет, но приверженность лечению после выписки остается уз-

вимым местом и приоритетом в российском здравоохранении. Без соблюдения преемственности, создания «бесшовной» системы «стационар выписал – пациент обеспечен лекарственными препаратами в тот же день по рецептам – постановка на диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства – дальнейшее обеспечение ЛП в рамках льготного лекарственного обеспечения» показатели смертности и инвалидизации от БСК сложно будет сократить даже при самой совершенной хирургии.



Всероссийская научно-практическая конференция



10-я Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием
**«Практика разработки и внедрения системы менеджмента
качества в медицинской организации»**

Лучшие практики работы медицинских организаций. Ведущие специалисты
представляют достижения в области управления качеством и безопасностью
медицинской деятельности

9-10 сентября 2026 года

При поддержке правительства Красноярского края

Место проведения: г. Красноярск, ул. Дубровинского, 1ж, НЦ «Россия»



Ключевые темы:

- Обмен практическим опытом в области менеджмента качества между медицинскими организациями.
- Современные подходы в управлении персоналом. Поддержка, мотивация и вовлечение персонала.
- Региональный опыт внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора.
 - Опыт проблем и путей решения при сертификации по требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора в стационарах и поликлиниках.
- Внедрение человекоцентричного подхода в деятельности медицинской организации.
- Вовлечение семей и родственников в процесс лечения.
 - Управление нежелательными событиями.
 - Совершенствование сестринского процесса, эффективные технологии в работе медицинских сестер.
- Эффективные внутренние коммуникации в организации.
- Цифровая трансформация многопрофильной клиники и т.д.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

«Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества
в медицинской организации»

9 сентября 2026

09:00 10:00	Регистрация участников				
10:00 11:30	КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ Пленарная сессия. Приветственное слово. Дискуссия экспертов. «Диалог на равных: взгляд с разных уровней системы»				МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ Закрытый тренинг для специалистов ИТ
11:30 12:10	Кофе-брейк (холл возле мультимедийного зала)				
12:10 14:20	КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ Продолжение пленарной сессии. Доклады экспертов. Церемония награждения				МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ Продолжение закрытого тренинга для специалистов ИТ
14:20 15:10	Обед (гастрономические ряды)				
15:10 17:30	КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ без лишних затрат: объективные метрики, умный ИИ и реальная мотивация – это работает? Модераторы: Михайлова Екатерина Вячеславовна, Лямина Дина Ильхамовна	МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА: сестринские технологии, предотвращающие риски и потери. Модераторы: Нефедова Светлана Леонидовна, Плечинта Светлана Игоревна, Караулова Евгения Олеговна	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1 ПРОкачество: процессы, инструменты, эффективность. Модераторы: Калибатов Рустам Михайлович, Россейкин Евгений Владимирович, Тарасюк Евгений Сергеевич	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2 ЦЕНА ИНФЕКЦИИ: как эпидемиологическая безопасность становится главным финансовым щитом больницы. Модераторы: Маркова Оксана Петровна, Баглаева Светлана Соеловна, Малкова Елена Валерьевна	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3 СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ: от разрозненных курсов – к единой модели подготовки специалистов в области ВККиБМД. Модераторы: Уточняются
17:30	Окончание первого дня конференции				

10 сентября 2026

10:00 12:00	КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ: как ИТ-инструменты сокращают рутину и высвобождают ресурсы врачей. Модераторы: Матыцин Никита Олегович, Черкашин Олег Андреевич	МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. Модераторы: Мартиросян Сергей Валерьевич, Делян Артур Маркосович, Быков Аким Семенович	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ. ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. Клинические рекомендации: управляем рисками на всех этапах. Модераторы: Мухамадеев Марат Фанисович, Воронина Ольга Аркадьевна, Курц Евгения Михайловна	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2 Групповая коуч-сессия на тему личностного и профессионального развития руководителя. Модераторы: Михайлова Екатерина Вячеславовна, Зиганшина Зухра Рашидовна	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3 РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СМК В МО. и лучшие практики здравоохранения Модераторы: Александров Борис Александрович
12:00 13:00	Кофе-брейк (холл возле мультимедийного зала)				
13:00 15:00	ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА: от быстрого результата к эффективному лечению. Модераторы: Аверьянова Елена Владимировна, Хлыстова Эльза Уразовна	Мастер-класс по нежелательным событиям. Модераторы: Азербайева Айжан Жунускановна, Корчагин Егор Евгеньевич	УПРАВЛЕНИЕ ИТ-ПРОЦЕССАМИ в медицинской организации: от оперативного реагирования к стратегическому развитию. Модератор: Чесноков Александр Александрович	Эффективный подбор персонала: мастер-класс. Модератор: Кравчук Надежда Николаевна Тренинг по коммуникации: SBAR, 6 целей коммуникации Модератор: Аленченко Оксана Сергеевна	
15:05 16:05	Холл возле мультимедийного зала ТОРЖЕСТВЕННОЕ ЗАВЕРШЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ				

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

9 сентября 2026

09:00-10:00		Регистрация участников			МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ
КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ Пленарная сессия. «Качество. Производительность. Безопасность: Системный менеджмент в эпоху дефицита ресурсов»					
1	10:00-10:40	Открытие конференции. Приветственное слово			Закрытый тренинг для специалистов ИТ
2	10:40-11:30	Дискуссия «Диалог на равных: Взгляд с разных уровней системы». Эксперты: Шешко Елена Леонидовна – заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (онлайн-участие). Миронова Алена Андреевна – заместитель председателя Правительства Красноярского края. Александров Борис Александрович – генеральный директор ФГАУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Коноваленко Алексей Николаевич – министр здравоохранения Красноярского края. Калибатов Рустам Михайлович – министр здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики. Радомир Бошковиц – генеральный директор органа по оценке соответствия ICI (Дубай, ОАЭ), директор проектов ООО «Международный инновационный консалтинг» (Россия) и ALLAGES LLC (Сербия), эксперт в области качества. Корчагин Егор Евгеньевич – главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница».			
11:30-12:10		Кофе-брейк			Закрытый тренинг для специалистов ИТ
№	Время	ФИО докладчика	Тема доклада	Должность, организация	
7	12:10-12:30	Мухаммадеев Марат Фанисович	Отсроченный бенчмаркинг: главное – не забыть, что сохранил в телефоне	Главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора М.З. Сигала», г. Казань	
12:30-12:35		Обсуждение. Ответы на вопросы			
8	12:35-12:55	Россейкин Евгений Владимирович	В зоне особого внимания!	Главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ, г. Хабаровск	
12:55-13:00		Обсуждение. Ответы на вопросы			
9	13:00-13:20	Мартиросян Сергей Валерьевич	Тренды организации экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе	Главный врач ГБУЗ Свердловской области «Центральная городская больница №7», г. Екатеринбург	
13:20-13:25		Обсуждение. Ответы на вопросы			
10	13:25-13:45	Сизинцева Ирина Геннадьевна	Поколение Z: вызовы и возможности для клиники	Преподаватель Бизнес-школы Сколково, экс-HRD Группы медицинских компаний «Фэнтези», и «Клиники Фомина», ментор для управленческих команд клиник, г. Москва	
13:45-13:50		Обсуждение. Ответы на вопросы			
13:50-14:20		ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ			
14:20-15:10		Обед			

9 сентября 2026

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3
15:10 17:30	Управление персоналом без лишних затрат: объективные метрики, умный ИИ и реальная мотивация – это работает? Модераторы: Михайлова Екатерина Вячеславовна, Лямина Дина Ильхамовна	15:10 17:30 Безопасность пациента: сестринские технологии, предотвращающие риски и потери. Модераторы: Нефедова Светлана Леонидовна, Плечинта Светлана Игоревна, Караулова Евгения Олеговна	15:10 17:30	15:10 17:30 ПРОкачество: процессы, инструменты, эффективность. Модераторы: Калибатов Рустам Михайлович, Россейкин Евгений Владимирович, Тарасюк Евгений Сергеевич	15:10 17:30 Цена инфекции: как эпидемиологическая безопасность становится главным финансовым щитом больницы. Модераторы: Маркова Оксана Петровна, Баглаева Светлана Соёловна, Малкова Елена Валерьевна		
15:10 15:25	Аудит системы: метрики, на которые нужно влиять. Михайлова Екатерина Вячеславовна , заместитель главного врача по кадрам КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск	15:10 15:40 Клаудия Консон , доктор медицинских наук, высококвалифицированный специалист организации здравоохранения, паллиативной помощи и реабилитации, Израиль (трансляция)	15:10 15:25 Калибатов Рустам Михайлович , к.м.н., министр здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, г. Нальчик	15:10 15:25	Системный подход к обеспечению эпидемиологической безопасности. Маркова Оксана Петровна , к.м.н., заведующий эпидемиологическим отделом ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница №1», главный внештатный эпидемиолог Департамента здравоохранения Тюменской области, врач высшей категории, г. Тюмень		
15:25 15:30	Обсуждение. Ответы на вопросы	15:40 15:45 Обсуждение. Ответы на вопросы	15:25 15:30 Обсуждение. Ответы на вопросы			15:10-17:30	
15:30 15:45	Цифровой помощник сотрудника. Черкашин Олег Андреевич , начальник отдела автоматизированных систем управления КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск	15:45 16:00 Плечинта Светлана Игоревна , специалист регионального центра компетенции ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», эксперт ФГБУ «Национальный институт качества», г. Екатеринбург	15:30 15:45 Петухов Максим Юрьевич , директор ИТ Клиники академик Ройтберга АО «Медицина» – многопрофильного медицинского центра, г. Москва	15:25 15:40 Баглаева Светлана Соёловна , главный врач ГБУЗ «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Улан-Удэ	Стандартизация как инструмент обеспечения эпидемиологической безопасности. Региональный кейс, г. Улан-Удэ.	Стандартизация образовательных программ: от разрозненных курсов – к единой модели подготовки специалистов в области ВККиБМД	
15:45 15:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:00 16:05 Обсуждение. Ответы на вопросы	15:45 15:48 Обсуждение. Ответы на вопросы				Модераторы уточняются
15:50 16:05	Переосмысление подхода к найму сотрудников: результат современного подхода. Колганова Александра Николаевна , заместитель главного врача по персоналу, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург	16:05 16:20 Гасимова Венера Рифкатовна , преподаватель, член Российского общества симуляционного обучения в медицине ГАПОУ «Казанский медицинский колледж», г. Казань	15:48 16:03 Таут Дилара Фаязовна , заместитель руководителя центра обеспечения безопасности медицинской деятельности ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора, г. Москва	15:40 15:55 Демидов Петр Александрович , заведующий ЦСО, менеджер сестринского дела ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва	Обработка эндоскопического инструмента в условиях ЦСО как вершина безопасности в МО.		
16:05 16:10	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:20 16:25 Обсуждение. Ответы на вопросы	16:03 16:05 Обсуждение. Ответы на вопросы				

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2		КОНФЕ-РЕНЦ-ЗАЛ №3
16:10 16:25	Новые форматы мотивации и вовлечения сотрудников без бюджета. Потепалова Нина Владимировна , специалист по кадрам КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск	16:25 16:40	Развитие кадрового потенциала путем формирования эффективной траектории подготовки среднего звена с учетом текущих и перспективных потребностей практического здравоохранения Пермского края. Попова Светлана Юрьевна , главная медицинская сестра ГБУЗ Пермского края «Краевая детская клиническая больница», г. Пермь	16:05 16:20	Пациентоцентричность на практике: от получения обратной связи к реализации цифровых проектов трансформации коммуникации «врач — пациент». Боброва Екатерина Александровна , директор Департамента клиентского сервиса и производственной системы сети клиник «Будь здоров», г. Москва	15:55 16:10	Эпидемиологическая безопасность: экономическое бремя или стратегическая инвестиция. Малкова Елена Валерьевна , заведующая эпидемиологическим отделом ГБУЗ Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», эксперт ФГБУ «Национальный институт качества», г. Екатеринбург	
16:25 16:30	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:40 16:45	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:20 16:23	Обсуждение. Ответы на вопросы			
16:30 16:45	Обучение и развитие команд в процессе внедрения изменений. Практические инструменты. Серова Марина Николаевна , директор управления привлечения талантов и развития потенциала человека Сбер, г. Новосибирск	16:45 17:00	Цифровой пост медицинской сестры как система обеспечения безопасности пациентов. Зябкина Лидия Николаевна , главная медицинская сестра ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Барнаул	16:23 16:38	Преемственность без разрывов: единый маршрут пациента от ОРИТ до восстановления. Светиков Сергей Николаевич , заведующий отделением ранней медицинской реабилитации ОРИТ, врач – анестезиолог-реаниматолог, заведующий учебной частью кафедры анестезиологии и реаниматологии Академии последипломного образования. Стюгина Валентина Михайловна , аналитик отдела стандартизации процессов службы систем менеджмента качества Федерально-государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва	16:10 16:25	Хирургический чек-лист и мониторинг послеоперационных осложнений. Наш путь. Линькова Наталья Игоревна , заведующая операционным отделением для противопожарных мероприятий СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург	
16:45 16:50	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:00 17:05	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:38 16:40	Обсуждение. Ответы на вопросы			
16:50 17:05	Наставничество с учетом изменений в законодательстве. Гудавасова Дарья Магомедовна , ведущий специалист по кадрам КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск	17:05 17:20	Невидимый щит: почему безопасность пациента начинается со взгляда медицинской сестры. Караулова Евгения Олеговна , главная медицинская сестра ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи им. Р.С. Акчурина», г. Набережные Челны	16:40 16:55	Выстраивание процессов экстренной помощи и сердечно-легочной реанимации: опыт взаимодействия службы качества и приемного отделения. Газенкамф Андрей Александрович , заведующий стационарным отделением скорой медицинской помощи (приемным отделением). Николаева Надежда Михайловна , начальник отдела системы менеджмента качества КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск	16:25 16:40	Инструменты контроля эпидемиологической безопасности федерального травматологического центра с применением цифровых технологий. Леонова Наталья Дмитриевна , врач-эпидемиолог ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Барнаул	

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2		КОНФЕ-РЕНЦ-ЗАЛ №3
17:05 17:10	Обсуждение. Ответы на вопросы	17:20 17:30	Обсуждение. Ответы на вопросы	16:55 16:58	Обсуждение. Ответы на вопросы			
17:10 17:25	Вдохновение — это не талант, а технология: как зажечь команду. Лямина Дина Ильха-мовна , генеральный директор ООО «ММЦ Медикал Он Груп – Красноярск», г. Красноярск			16:58 17:13	СМК как стратегия развития Елизаветинской больницы СПб. Бородина Евгения Николаевна , начальник отдела управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург	16:40-16:55	Интеграция инфекционного контроля в клинический маршрут онкопациента: оптимизация затрат через предотвращение осложнений. Шелковникова Екатерина Владимировна , заведующая эпидемиологическим отделом, врач-эпидемиолог КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск	
17:25 17:30	Обсуждение. Ответы на вопросы			17:13 17:15	Обсуждение. Ответы на вопросы			
				17:15 17:30	Эволюция подходов к организации внутренних аудитов: опыт становления, типичные ошибки и точки роста. Ботова Мария Александровна , руководитель центра компетенций по качеству и безопасности медицинской деятельности АНО ВО «Академия «РЖД-Медицина», эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва		Возможности работы с инструментами МИС для оценки стоимости «инфекции кровотока» у трансплантационных больных в клинике. Владовская Мария Дмитриевна , к.м.н., заведующая отделением госпитальных регистров, старший научный сотрудник клиники «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой» Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, г. Санкт-Петербург	
				16:55-17:10				
				17:10 17:30			Обсуждение. Ответы на вопросы	
Окончание первого дня конференции								

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3	
10:00 12:00	Цифровые технологии в управлении качеством: как ИТ-инструменты сокращают рутину и высвобождают ресурсы врачей. Модераторы: Матвеев Никита Олегович, Черкашин Олег Андреевич	10:00 12:00	Вопросы безопасности и организации медицинской помощи. Модераторы: Мартынов Сергей Валериевич, Делян Артур Маркосович, Быков Аким Семенович	10:00 12:00	Преемственность. Лекарственная безопасность. Клинические рекомендации: управляет рисками на всех этапах. Модераторы: Мухомедов Марат Фанисович, Воронина Ольга Аркадьевна	10:00 12:00	Групповая коуч-сессия на тему личностного и профессионального развития руководителя. Модераторы: Михайлова Екатерина Вячеславовна, Зиганшина Зухра Рашидовна	10:00 12:00	Региональный опыт внедрения СМК в МО и лучшие практики здравоохранения. Модератор: Александров Борис Александрович
10:00 10:03	Приветственное слово – Корчагин Егор Евгеньевич , главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск								Управление качеством – залог безопасного и эффективного здравоохранения. Общие тренды. Лебедев Григорий Алексеевич , начальник отдела управления качеством медицинской деятельности ФГАУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва
10:03 10:06	Приветственное слово – Мартынов Александр Васильевич , генеральный директор компании СП.АРМ, г. Санкт-Петербург								Роль «якорного» учреждения края в сфере охраны материнства и детства в синхронизации процессов СМК. Янин Вадим Николаевич , главный врач КГБУЗ «Краевокрайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», г. Красноярск
10:06 10:08	Приветственное слово – Чесноков Александр Алексанрович , руководитель группы рынка СП.АРМ, г. Санкт-Петербург		КТО ОН? Современный главный врач многопрофильной больницы: клиницист или экономист. Делян Артур Маркосович , главный врач ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 имени М.Н. Садыхова», г. Казань	Внедрение системы управления рисками при обращении лекарственных средств в амбулаторных диалитических центрах. Юрьева Ольга Владимировна , заместитель руководителя отдела внутреннего контроля качества безопасности медицинской деятельности ООО «Б.Браун Авитум Руссланд Клиникс», эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Санкт-Петербург		Групповая коуч-сессия на тему личностного и профессионального развития руководителя. Зиганшина Зухра Рашидовна , к.э.н., доцент кафедры менеджмента в социальной сфере, руководитель магистерской программы «Менеджмент здравоохранения» ИУЭФ КФУ, г. Казань		10:15 10:30	Семейноцентрированный подход в работе отделения вспомогательных репродуктивных технологий. Кожухова Вероника Константиновна , главный врач КГБУЗ «Краевокрайская межрайонная клиническая больница №4», г. Красноярск
10:08 10:09	Приветственное слово – Матвеев Никита Олегович , вице-президент – руководитель направления по охране здоровья ПАО «Банк ПСБ», доцент кафедры инновационных технологий управления здравоохранением ФНМО МИ РУДН, г. Москва	10:00 10:15						10:30 10:45	Опыт реализации проекта «Бережливая поликлиника» в Хабаровском крае на примере городской поликлиники Железнодорожного района. Димов Олег Александрович , заместитель главного врача по лечебной работе КГБУЗ «Городская поликлиника Железнодорожного района», аспирант кафедры организации здравоохранения и медицинского права КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, г. Хабаровск
10:09 10:10	Приветственное слово – Черкашин Олег Андреевич , начальник отдела автоматизированных систем управления КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск							10:45 11:00	

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3
10:10 10:25	О ходе реализации федеральных требований Минздрава России к информатизации здравоохранения в субъектах РФ и перспективных проектах развития. Потылицын Антон Николаевич , заместитель начальника по информационным технологиям КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр», г. Красноярск	10:15 10:20	Обсуждение. Ответы на вопросы	10:15 10:30	От назначения до эффекта: контролируем каждый шаг в лекарственной терапии. Федоренко Анастасия Сергеевна , к.м.н., доцент, заместитель главного врача по лечебной работе, заведующая отделением клинической фармакологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, доцент кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) МЗ РФ, г. Санкт-Петербург	11:00 11:15	СМК в службе скорой медицинской помощи: опыт внедрения, первые результаты и развитие взаимодействия с медицинскими организациями. Скрипкин Сергей Анатольевич , главный врач КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи», г. Красноярск
		10:20 10:35	Система менеджмента качества глазами хирурга. Магнитский Леонид Алексеевич , к.м.н., заведующий стационаром кратковременного пребывания ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Москва	10:30 10:45	Преемственность медицинской помощи. Лукманова Мадина Гафуровна , начальник отдела качества ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Уфа	11:15 11:30	Сертификат получили. Путь к качеству продолжается. Совина Валентина Алексеевна , к.м.н., и.о. главного врача КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5», г. Красноярск
10:40 10:55	Единый цифровой контур Федерального травматологического центра как основа обеспечения безопасности пациентов. Колядо Елена Владимировна , заместитель главного врача по организационно-методической работе ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Барнаул	10:35 10:40	Обсуждение. Ответы на вопросы	10:45 11:00	От безопасности к экономии: опыт внедрения простых решений. Шагошева Арада Хажимахмутовна , врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Нальчик	11:30 11:45	Как «не потерять» пациента: результаты внедрения СМК в КГДБ №8. Маслова Маргарита Юрьевна , главный врач КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8», г. Красноярск
		10:40 10:55	Цифровые инструменты отделения анестезиологии и реанимации в федеральном травматологическом центре. Повалихин Антон Николаевич , к.т.н., начальник отдела информационных технологий ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Барнаул	11:00 11:15	Оптимизация хранения лекарственных препаратов в отделениях больницы в условиях дефицита ресурсов. Гончарова Марина Петровна , начальник отдела – врач – клинический фармаколог СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург	11:45 12:00	Актуальность передачи клинической ответственности в родильном доме. Кучилова Ольга Владимировна , главный врач КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», г. Красноярск
11:10 11:25	Опыт внедрения дистанционного мониторинга в первичное звено здравоохранения. Опыт, задачи, итоги. Бабиков Виктор Юрьевич , директор по развитию дистанционного мониторинга пациентов СберЗдоровья, г. Новосибирск	10:55 11:00	Обсуждение. Ответы на вопросы	11:15 11:30	Когда склад в отделении становится невидимым: как выглядит идеальный запас. Исследование, тестирование и решения по управлению складскими запасами в больнице. Захаров Антон Владимирович , руководитель аналитического центра «Блум», г. Москва		

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ	МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3
Роль и место цифровых технологий в системе управления качеством медицинской помощи. 11:25 Донцова Елена Юрьевна, руководитель методического отдела СП.АРМ, г. Санкт-Петербург 11:40	Роль командной работы в организации помощи при массовых поступлениях пациентов. 11:00 Борисов Иван Олегович, заместитель главного врача по организации экстренной и неотложной медицинской помощи, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург 11:15	Межведомственное взаимодействие как ключевой фактор успешной реабилитации пациентов после ампутации. 11:30 Зятыхных Надежда Сергеевна, генеральный директор Центра протезирования и реабилитации «Точка опоры», г. Красноярск 11:45	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:15	Сертификат получили. Путь к качеству продолжается. 11:00 Совина Валентина Алексеевна, к.м.н., и.о. главного врача КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника №5», г. Красноярск 11:15
Обсуждение. Ответы на вопросы 11:15	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:20	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:45	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:20	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:20
До приема врача: как MedVox забирает ругину и возвращает время пациенту. 11:40 Засыпкина Ксения Андреевна, ООО «Голосовая Платформа», г. Москва 12:00	Мастер-класс. Анафилактический шок в диализном зале – секунды, которые спасают жизнь. 11:20 Мошчев Антон Николаевич, к.м.н., руководитель отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Б. Браун Авитум в России, доцент кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины ЧОУВО «СПбМСи», эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Санкт-Петербург 12:00	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:35	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:40	Актуальность передачи клинической ответственности в родильном доме. 11:40 Кунилова Ольга Владимировна, главный врач КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», г. Красноярск 11:55
Обсуждение. Ответы на вопросы 11:55	Обсуждение. Ответы на вопросы 12:00	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:55	Обсуждение. Ответы на вопросы 12:00	Обсуждение. Ответы на вопросы 11:55
12:00 Кофе-брейк (холл возле мультимедийного зала)				
13:00				

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ	МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2	КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №3
Лабораторная диагностика: от быстрого результата к эффективному лечению. 13:00 Модераторы: Аверьянова Елена Владимировна, Хлыстова Эльза Уразовна 15:00	13:00 Мастер-класс по нежелательным событиям. 15:00 Модераторы: Азербоева Айжан Жунусканова, эксперт по международным стандартам безопасности медицинской деятельности, руководитель проектного офиса Пушкинской клинической больницы им. проф. Розанова В.Н., г. Москва	Управление ИТ-процессами в медицинской организации: от оперативного реагирования к стратегическому развитию. 12:40 Модератор: Чесноков Александр Александрович 15:00	Эффективный подбор персонала: мастер-класс. 13:00 Модератор: Кравчук Надежда Николаевна, менеджер по персоналу КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск 15:00	Тренинг по коммуникации: SBAR, 6 целей коммуникации. 14:00 Модератор: Алленченко Оксана Сергеевна, психолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск 15:00
Анонс второй версии практических рекомендаций по лабораториям. 13:00 Аверьянова Елена Владимировна, эксперт-аудитор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, эксперт по сертификации систем менеджмента качества медицинских лабораторий, соавтор Предложений (практических рекомендаций Росздравнадзора) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории, г. Москва 13:15	13:00 Мастер-класс по нежелательным событиям. 15:00 Модераторы: Азербоева Айжан Жунусканова, эксперт по международным стандартам безопасности медицинской деятельности, руководитель проектного офиса Пушкинской клинической больницы им. проф. Розанова В.Н., г. Москва	Управление ИТ-процессами в медицинской организации: от оперативного реагирования к стратегическому развитию. 12:40 Модератор: Чесноков Александр Александрович 15:00	Эффективный подбор персонала: мастер-класс. 13:00 Модератор: Кравчук Надежда Николаевна, менеджер по персоналу КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск 15:00	Тренинг по коммуникации: SBAR, 6 целей коммуникации. 14:00 Модератор: Алленченко Оксана Сергеевна, психолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск 15:00

КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ		МУЛЬТИФОРМАТНЫЙ ЗАЛ		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №1		КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ №2		КОНФЕ-РЕНЦ-ЗАЛ №3
13:15 13:30	Опыт управления назначениями анализов. Бондаренко Ольга Геннадьевна , заведующая КДЛ, ГАУЗ «Областная клиническая больница №3», г. Челябинск			12:45 13:00	Нужно ли ИТ-специалисту изучать организацию здравоохранения? Корсуков Дмитрий Геннадьевич , руководитель группы внедрения МИС qMS, ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск			
13:30 13:45	Кадры решают всё. От коллектива к команде. Галунова Татьяна Юрьевна , заведующая клинико-диагностической лабораторией ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург			13:00 13:15	Приказ ФСТЭК № 117: новые меры защиты информации, подходы к реализации Приказа, ответственность. Бычков Сергей Сергеевич , заместитель руководителя по информационной безопасности «Центра информационных технологий Красноярского края», г. Красноярск			
13:45 14:00	Мир лаборатории начинается с пробирки. Муканова Александра Вадимовна , эксперт Регионального центра компетенций ГБУЗ Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», г. Екатеринбург				ГИС ОМС в Красноярском крае: целевая модель, этапы внедрения. Квитунов Руслан Сергеевич , заместитель директора по информационным технологиям в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Красноярского края, г. Красноярск			
14:00 14:15	Аспекты безопасности медицинской деятельности в клиничко-диагностической лаборатории ГАУЗ ТО «ИКМЦ «Медицинский город»». Хлыстова Эльза Уразовна , заведующая КДЛ, врач клинической лабораторной диагностики, ГАУЗ Томенской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город»», г. Тюмень			13:30 13:45	Эффективное управление ИТ-процессами в медицинской организации: практические шаги. Шевкунов Сергей Александрович , руководитель отдела ИТ СП.АРМ, г. Санкт-Петербург			
14:15 14:30	Центр лабораторных технологий АБВ: цифровой контур лаборатории. Интеграции, сервисы и защита данных. Кислицин Александр Дмитриевич , руководитель департамента цифровых технологий центра лабораторных технологий АБВ, г. Красноярск			13:45 14:00	ИТ-служба клиники в период цифровой трансформации – инструмент или актив? Ершов Анисим Васильевич , АНО «ЦКМСЧ», заместитель главного врача по ИТ и ИБ, г. Магнитогорск			
14:30 14:45	Как успешно выполнять проекты по внедрению в крупных лабораториях. Островский Владимир , директор по развитию, ООО «Фаунт», г. Москва			14:00 14:15	Работа с функционалом РАМИ из интерфейса qMS. Наполнение РЭМИ. Туленин Николай Валерьевич , учредитель ООО «Медицинские информационные решения», г. Барнаул			
14:45 15:00	Обсуждение. Ответы на вопросы			14:15 14:30	ИИ в здравоохранении Красноярского края. Носонов Александр Витальевич , начальник отдела телемедицинских технологий в Красноярском краевом медицинском информационно-аналитическом центре, г. Красноярск			
				14:30 14:45	Бесшовные интеграции в МИС qMS: от реализации до внедрения. Петренко Иван , архитектор программного обеспечения, руководитель отдела по разработке интеграций, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург			
				14:45 15:00	СЭМД в МИС qMS: от реализации до контроля регистрации в РЭМД. Уткина Александра Владимировна , руководитель отдела группы СЭМД, СП.АРМ, г. Санкт-Петербург			
15:05-16:05		ТОРЖЕСТВЕННОЕ ЗАВЕРШЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ (холл возле мультимедийного зала)						

Геморрой и анальная трещина при беременности и после родов: факторы риска, профилактика, лечение



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



Роды – событие, к которому женщина готовится заранее. Курсы для беременных, выбор роддома, составление плана родов... Но есть тема, которую даже медицинские специалисты редко включают в программу подготовки. Да и сами женщины часто отодвигают ее на второй план.

Между тем, по данным международных исследований, от 40 до 68% беременных и рожениц сталкиваются с болью в заднем проходе, кровотечением, запором или отеком [1, 3, 5, 6]. Российские клинические рекомендации «Геморрой» (2024), утвержденные Ассоциацией колопроктологов России, указывают на то, что частота развития геморроя при беременности возрастает до 25,7%, а в послеродовом периоде достигает 49,8%, при этом удельный вес острого тромбоза геморроидальных узлов составляет 73% [17]. Российские акушеры-гинекологи приводят сопоставимые цифры: геморрой наблюдается приблизительно у 50% женщин во время беременности, а в послеродовом периоде их число увеличивается до 80%. «Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, является наиболее частым заболеванием, влияющим на качество течения послеродового периода» [8].

Боль в заднем проходе во время беременности и после родов чаще всего вызвана двумя состоя-

ниями: тромбозом геморроидальных вен (тромбозом геморроидального узла) и анальной трещиной. Важно понимать разницу между ними, потому что подходы к лечению различаются.

Тромбоз геморроидальных вен (острый тромбированный геморрой)

Вокруг анального канала расположена густая сеть венозных сплетений. Тромбоз развивается в тот момент, когда в одном из таких подкожных сосудов нарушается кровоток и формируется плотный сгусток крови – тромб. Образовавшийся сгусток стремительно растягивает стенку вены и окружающие ткани. Поскольку кожа перианальной зоны чрезвычайно богата нервными окончаниями, этот процесс сопровождается резким, иногда невыносимым болевым синдромом и выраженным локальным отеком.

Визуально патология проявляется как внезапно возникшее плотное образование у самого края заднего прохода (ниже зубчатой линии). Из-за просвечивающейся сквозь тонкую кожу веноз-

ной крови оно часто имеет характерный синюшный оттенок, а по форме и размеру напоминает крупную горошину или небольшую виноградину, хотя может быть и крупнее.

Если давление внутри узла продолжает нарастать, интенсивное растяжение кожи может привести к нарушению локальной микроциркуляции и появлению очага некроза кожи и стенки вены. В этот момент женщина может столкнуться с новым витком усиления боли, за которым следует спонтанное отторжение зоны некроза. Это сопровождается кровотечением и выделением темной свернувшейся крови с фрагментами сгустка. Хотя самопроизвольное опорожнение тромба часто приносит долгожданное облегчение, вместе с тем оно оставляет открытую ранку в деликатной зоне, требующую строгого соблюдения гигиены и медицинского контроля для предотвращения инфицирования.

Для женщины в послеродовом периоде это состояние становится серьезным испытанием. Интенсивность боли зачастую настолько высока, что лишает ее возможности нормально сидеть, передвигаться и совершать естественные отправления. Это не только замедляет физическое восстановление после родов, но и существенно снижает качество жизни, мешая полноценно ухаживать за новорожденным.

Распространенность проблемы

Доктор Schmuck R.B. с соавторами из клиники

Шарите (Берлин) обращает внимание на важный нюанс: острый геморрой – то, что в быту называют «тромбозом геморроидального узла», на самом деле не имеет отношения к классическому хроническому геморрою. Разница важна, потому что тактика лечения и прогноз у этих состояний разные [6].

Попытки разобраться в распространенности проблемы острого геморроя иногда могут ввести читателя в заблуждение, но с этим легко разобраться. Если обратиться к классическим французским исследованиям начала 2000-х годов, можно увидеть следующие цифры: острый тромбоз наружных геморроидальных узлов возникал примерно у 8% женщин в третьем триместре беременности и у 20% – в первые часы после родов [Abramowitz 2003, 2011]. При этом в 91% случаев тромбоз развивался именно в первые часы после вагинальных родов, что подчеркивало роль родового травматизма как триггера.

Современные российские клинические рекомендации (2024) приводят иную статистику: удельный вес острого тромбоза среди всех форм геморроя у беременных и родильниц достигает 73% [17]. На первый взгляд, цифры противоречат друг другу – рост с 20% до 73% кажется колоссальным.

Однако здесь важно понимать разницу в методологии подсчета. Французские исследования измеряли абсолютную частоту: какой процент от всех родильниц сталкивается с тромбозом



Острый тромбированный геморрой, осложненный некрозом наружного геморроидального узла и кровотечением. Беременность 28 недель.



Острый тромбированный геморрой, осложненный некрозом наружного геморроидального узла. Фаза формирования некроза. Беременность 34 недели.

Острый тромбоз остается доминирующей причиной анальной боли у родильниц

геморроидальных узлов. Ответ: каждая пятая. Российские рекомендации оценивают структуру заболеваемости: среди тех женщин, у которых во время беременности или после родов вообще возникают проблемы с геморроидальными узлами, в 73% случаев это будет именно острый тромбоз, а не хроническое течение или кровотечение.

Обе статистики верны, но отвечают на разные вопросы. Первая говорит о том, насколько распространена проблема в популяции. Вторая – о том, какой клинической формой чаще всего проявляется геморроидальная болезнь в перинатальном периоде. И обе сходятся в главном: острый тромбоз остается доминирующей причиной анальной боли у рожениц, требующей своевременной диагностики и адекватного обезболивания.

Анальная трещина (разрыв слизистой)

Анальная трещина – это небольшой линейный надрыв слизистой оболочки заднего прохода (анодермы). Если тромбоз чаще возникает в момент родов или в первые часы после них, то трещина обычно появляется позже – когда женщина уже дома, в ритме кормления и ухода за ребенком.

Типичный признак: резкая «режущая» боль при опорожнении кишечника (пациентки описывают ее как «ощущение разрезания стеклом») и капли яркой крови на туалетной бумаге. Боль может

длиться от нескольких минут до нескольких часов после дефекации.

В 85–90% случаев трещина расположена по средней линии на задней стенке (со стороны копчика) [6]. Трещины, расположенные не по средней линии, требуют дополнительного обследования, чтобы исключить другие причины.

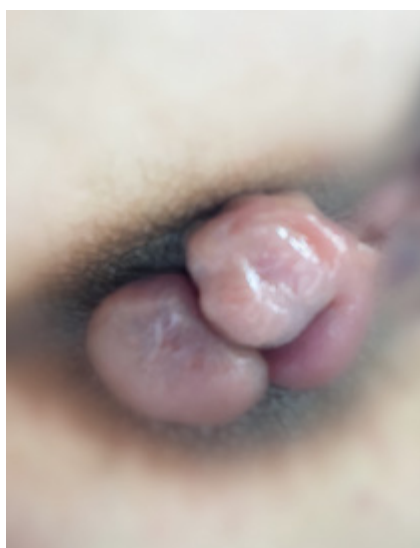
Анальная трещина встречается у 10–15% рожениц в течение первых двух месяцев после родов [1, 2]. Отличить анальную трещину от острого геморроя самостоятельно бывает довольно сложно. Многие женщины обращаются к врачу с жалобой на «геморрой», тогда как осмотр выявляет именно трещину. Доктор Abramowitz L. с соавторами из госпиталя Биша (Париж) прямо указывает, что большинство пациенток направляются к проктологу с пометкой «геморрой», тогда как настоящая причина боли – анальная трещина [1, 2]. Для диагностики трещины в большинстве случаев достаточно аккуратно раздвинуть складки кожи вокруг заднего прохода – фактически диагностика проводится без болезненных инструментальных исследований [6].

Провоцирующие и предрасполагающие факторы

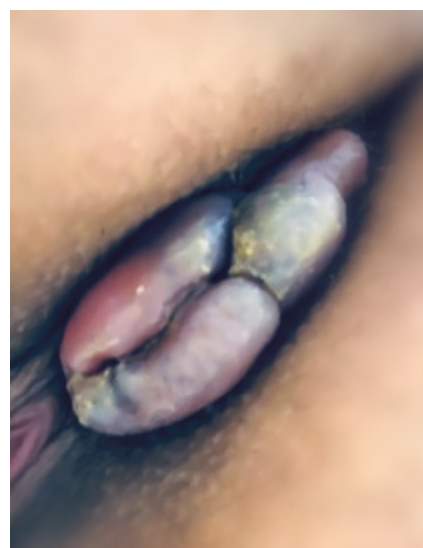
Важно отметить еще один аспект, который подчеркивают исследователи из Карагандинского медицинского университета [7]. В реальной амбулаторной практике стран СНГ 85,4% обращений беременных к проктологу связаны не с



Отек наружных геморроидальных узлов. Первые сутки после родов.



Отек наружных геморроидальных узлов. Первые сутки после родов.



Острый циркулярный тромбированный геморрой. 2-е сутки после родов.

впервые возникшим острым тромбозом, а с обострением уже существовавшего хронического геморроя.

Это означает, что проблема чаще всего не возникает «внезапно». У многих женщин геморроидальные узлы существовали и до беременности, но были бессимптомными или им не уделялось достаточно внимания при планировании беременности. Уже во время беременности под давлением растущей матки, гормональных изменений и натуживания в родах узлы начинают прогрессировать: увеличиваются, кровоточат, выпадают или тромбируются.

Из этого можно сделать важный практический вывод. Если у женщины до беременности ког-

да-либо были проктологические проблемы, даже если они давно «прошли сами», этот факт нужно обязательно учитывать при постановке на учет. Данные рандомизированного исследования 2022 года показывают, что наличие геморроя в анамнезе увеличивает риск его обострения после родов в 15 раз [4].

Динамика клинических проявлений во время беременности и после родов

Турецкие исследователи проследили динамику симптомов у 267 первобеременных женщин на четырех этапах: во втором и третьем триместрах, на следующий день после родов и через месяц [3].

Симптом	II триместр	III триместр	Сразу после родов	1 месяц после родов
Кровотечение	20,4%	22,3%	22,3%	16,5%
Зуд	23,3%	25,2%	20,4%	12,6%
Анальная боль	23,3%	28,2%	44,7%	20,4%
Анальный отек	11,7%	26,2%	35,9%	16,5%
Запор	28,2%	35,9%	41,7%	18,4%

Таблица 1. Динамика аноректальных симптомов у первобеременных (Cantay, 2022)



Острый тромбированный геморрой с локальным некрозом наружного геморроидального узла. Фаза формирования некроза. Третьи сутки после родов.



Острый тромбированный геморрой, осложненный некрозом наружного геморроидального узла. Фаза отторжения некротизированной ткани. Пятые сутки после родов.



Отек наружных геморроидальных узлов, осложненный тромбозом наружного геморроидального узла. Острая передняя анальная трещина. Состояние сразу после родоразрешения.

При анализе ведущих жалоб и проявлений хронического и острого геморроя можно отметить, что жалобы, характерные для хронического геморроя – кровотечение и зуд, практически не меняются в процессе беременности и после родов. В то время как проявления острого геморроя зависят от срока беременности и самого процесса родоразрешения.

Литовский обзор 2022 года подтверждает, что пик симптомов приходится на третий триместр (61% случаев) и первые 1-2 дня после родов (34%) [5]. Данные из Казахстана полностью согласуются с этой картиной: 48,7% всех обращений беременных к проктологу приходятся именно на третий триместр [7]. Российские данные также подтверждают нарастание проблемы к концу беременности: в I триместре геморрой выявляют у 33%, во II-м – у 35%, в III-м – у 42%, после родов – у 41% родильниц [8].

Причины роста частоты заболеваемости во время беременности

Беременность сама по себе создает идеальные условия для возникновения аноректальных проблем. В этот период формируется несколько провоцирующих факторов.

Механические факторы. Растущая матка повышает внутрибрюшное давление и механически сдавливает нижнюю полую вену и портальную вену, мешая оттоку крови из малого таза. Объем циркулирующей крови возрастает на 25-40% [5]. В результате вены прямой кишки и заднего прохода переполняются, кровь в них застаивается, и они становятся уязвимыми [5, 6]. Во второй половине беременности нарушение венозного оттока беременной маткой становится особенно выраженной [8].

Гормональные факторы. Гормон прогестерон, необходимый для сохранения беременности, одновременно расслабляет стенки сосудов, делая их более подверженными переполнению и растяжению. Он же расслабляет гладкую мускулатуру кишечника, замедляя его работу и провоцируя запоры [4, 5, 6].

Препараты железа. При анемии беременным часто назначают препараты железа, которые могут усугубить проявления запора [5, 8]. В анализе Д.К. Калиевой с соавторами прием препаратов железа был предрасполагающим фактором запора у 25,7% женщин [7]. В российском наблюдении препараты железа стали триггером запора у 25,7% родильниц с острым геморроем [8].

Кроме того, появлению запоров способствует такое состояние, как тошнота первого триместра, препятствующая употреблению достаточного количества воды и нормальному питанию. Снижение физической активности и стресс дополнительно замедляют работу кишечника [5].

Все это вместе делает вены прямой кишки и заднего прохода уязвимыми задолго до начала родов. А сами роды – с потугами и давлением на промежность – добавляют механическое растяжение сосудов, которое может спровоцировать возникновение острого тромбоза. Как отмечает Д.К. Калиева с соавторами, роды – процесс длительный и сложный, предполагающий напряжение всех мышц промежности и малого таза. Продвижение плода по родовым путям дополнительно сдавливает венозные сплетения, что может привести к значительному увеличению существовавших ранее узлов, спровоцировать их выпадение и, как осложнение, ущемление, тромбоз [7].

Контроль за факторами риска позволяет снизить вероятность возникновения перианальных заболеваний.

Исследования последних двух десятилетий позволяют выделить несколько факторов, которые достоверно повышают риск перианальных заболеваний во время беременности и после родов. Часть из них не поддается контролю, но часть вполне управляема.

Запор – главный управляемый фактор, в этом единодушны практически все исследователи. Контроль запора снижает частоту возникновения проблем аноректальной зоны у беременных и родильниц.

Финское исследование с участием 1078 женщин показало: запор фиксируется у 40% беременных и 52% послеродовых женщин, тогда как в контрольной группе небеременных – лишь у 21% [11]. Через несколько дней после вагинальных родов запор сохраняется у 77%, после кесарева сечения – у 88%. К концу первого месяца около 30% женщин продолжают страдать от запора вне зависимости от способа родоразрешения [11]. Французские специалисты вычислили, что у женщины с затрудненной дефекацией риск анальной трещины возрастает почти в шесть раз [1]. Турецкие коллеги получили еще более впечатляющую цифру: запор увеличивает риск перианальных заболеваний в 9,5 раза [3]. Литовский обзор подтверждает: запор во время беременности повышает риск геморроя после родов до шести раз [5]. Немецкие исследователи указывают: запором страдают более 60% беременных, а натуживание при дефека-

ции – прямой путь к трещинам и тромбозам [6]. В российском наблюдении все 35 родильниц с острым геморроем страдали хроническим запором во время беременности [8].

Таким образом, запор – главный управляемый фактор риска.

Длительные потуги в момент родов. Турецкое исследование 2022 года выявило фактор, который по силе влияния превосходит все остальные: затяжной период потуг. Если потуги длились дольше среднего (а среднее в этом исследовании составило 18 минут), риск периаанальных заболеваний возрастал в 23,7 раза [3]. Литовские проктологи ранее установили порог в 20 минут [5]. Немецкие коллеги подтверждают: примерно в 10% родов значительное натуживание приводит к геморроидуальному пролапсу или анальному тромбозу [6].

Недостаток растительной клетчатки в рационе. Женщины, в рационе которых не хватало продуктов, богатых пищевыми волокнами, сталкивались с периаанальными проблемами почти в три раза чаще [3]. Немецкие проктологи рекомендуют минимум 20 граммов клетчатки в день [6]. Российские клинические рекомендации указывают: «Ежедневный прием 25 граммов пищевых волокон увеличивает частоту стула у пациентов с хроническими запорами. Употребление жидкости до полутора-двух литров в день увеличивает частоту стула и снижает необходимость в приеме слабительных средств» [17]. Для сравнения: в Индии, где традиционно потребляют много клетчатки, частота геморроя у беременных составляет всего 1,8% [3].

Наличие проблем в аноректальной области до беременности. Если женщина уже сталкивалась с геморроем или анальной трещиной до беременности, вероятность рецидива возрастает многократно. Турецкое исследование оценивает этот риск в пять раз [3], литовское рандомизированное исследование – в 15 раз [4]. Данные реальной практики в Казахстане подтверждают: 65,3% женщин с анамнезом периаанальных заболеваний столкнулись с ними повторно во время беременности [7].

Размеры плода и многоплодная беременность. Литовские исследователи выделяют порог: вес новорожденного более 3800 граммов повышает риск геморроя [5]. Данные рандомизированного исследования Poskus показывают: каждый дополнительный сантиметр роста малыша увеличивает риск на 28% [4]. Исследование из Тайваня, 2023 года, охватившее

более миллиона беременных, выявило дополнительный фактор риска: многоплодная беременность (двойни, тройни) достоверно повышает вероятность острого геморроя, поскольку создает колоссальную механическую нагрузку на малый таз [12].

Количество предшествующих беременностей и родов. Риск геморроя растет с каждой последующей беременностью: после первых родов – 37,9%, после вторых – 38,4%, после третьих и более – 40% [5]. Сами по себе роды увеличивают риск геморроя почти в восемь раз [5]. С увеличением возраста беременных женщин частота диагностирования геморроя достоверно возрастает [8].

Способ родоразрешения, возможно, влияет на частоту возникновения заболеваний аноректальной области, но полученные данные неоднозначны. Французские проктологи в 2003 году отметили, что кесарево сечение, по сути, защищает от тромбоза: среди 25 оперированных женщин тромбоз возник лишь у одной (4%), тогда как среди 140 рожавших естественным путем – у 32 (23%) [1]. Однако более позднее турецкое исследование, 2022 года, не подтвердило значимой разницы между оперативным родоразрешением и вагинальными родами [3]. Литовский обзор того же года отмечает, что вопрос остается дискуссионным [5].

Скорее всего, разные исследования отражают разные аспекты проблемы: тромбоз, возникающий в первые часы после потуг, действительно связан с механической нагрузкой. Но геморрой, развивающийся на протяжении беременности, зависит от других факторов: запора, питания, гормонального фона. В любом случае выбор способа родоразрешения должен определяться акушерскими показаниями, а не страхом перед геморроем.

Эффективная профилактика, основанная на широкой доказательной базе

Еще в 2003 и 2011 годах группа Лорана Абрамовица из госпиталя Биша (Париж) убедительно продемонстрировала, что единственным модифицируемым фактором риска, на который врач реально может повлиять, является дисхезия – затрудненное опорожнение прямой кишки [Abramowitz, 2003; 2011]. Тем не менее до недавнего времени не существовало ни одного рандомизированного контролируемого исследования, которое бы доказало эффективность конкретного профилактического протокола. Ситуация изменилась в 2022 году, когда были опубликованы

результаты первого в мире РКИ по профилактике геморроя у беременных [4].

В исследование были включены 260 женщин на ранних сроках беременности (до 12 недель гестации), рандомизированные в две группы. Группа контроля получила стандартные национальные рекомендации по ведению беременности. Группа вмешательства прошла 30-минутную структурированную консультацию, в ходе которой врач детально разъяснил принципы питания и поведенческие стратегии, а каждая участница получила индивидуальные письменные инструкции. Таким образом, интервенция сводилась не к медикаментозному вмешательству, а к формированию осознанных привычек: достаточное потребление клетчатки, питьевой режим, регулярная физическая активность и правильная техника дефекации. Различия между группами оказались впечатляющими. В группе с профилактическим протоколом геморрой в послеродовом периоде развился у 15,4% женщин, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 40,8%. Относительный риск снизился более чем в 2,5 раза ($RR = 0,38$; $p < 0,001$). При этом безопасность вмешательства была абсолютной: частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов и иных акушерских осложнений между группами статистически не различалась [4].

Многофакторный анализ (логистическая регрессия) подтвердил: именно предложенная диета и коррекция поведенческих паттернов стали единственным значимым защитным фактором ($OR = 0,171$; 95% ДИ; $p < 0,001$). Ни возраст, ни индекс массы тела, ни способ родоразрешения не оказали сопоставимого влияния на риск развития геморроидальной болезни [4].

Флеботоники как элемент профилактики могут быть рекомендованы в третьем триместре беременности, но не могут приниматься без назначения врача, так как в каждом индивидуальном случае необходимо строго установить, что ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Российские исследователи из Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова дополнили эту картину данными о системной профилактике [13]. В их исследовании 113-ти беременным с хроническим геморроем назначали микронизированную очищенную флавоноидную фракцию на 35-36-й неделе беременности за несколько недель до родов, когда венозная нагрузка максимальна.

В результате частота тромбозов в послеродовом

периоде снизилась почти в четыре раза – с 39,7% у женщин, получавших только местные средства, до 10,9% у тех, кто дополнительно принимал флавоноиды ($p < 0,05$). Выраженность послеродовой боли по визуальной аналоговой шкале составила 1,1 балла против 4,2 балла в контрольной группе. Ни в одном случае побочных эффектов не наблюдалось [13].

Российские клинические рекомендации (2024) подтверждают эффективность препаратов: «Биофлавоноиды оказывают достоверное положительное влияние на симптомы геморроя, снижают риск развития кровотечений, прогрессирования заболевания и возникновения осложнений» [17].

Правила, соблюдение которых доказало свою эффективность в рандомизированном исследовании [4], дополненные данными немецкого обзора 2026 года [6], российскими клиническими рекомендациями [17] и рекомендациями отечественных акушеров-гинекологов [8]:

Соблюдение диеты, или «Правило тарелки»

- 1 столовая ложка отрубей + 2-5 черносливин – ежедневно.
- 300 г фруктов + 500 г овощей + 30 г орехов – ежедневно.
- Минимум 20-25 г клетчатки в день (смесь растворимых и нерастворимых волокон) [6, 17].
- Не менее 1,5-2,5 л воды в день [6, 17]; при грудном вскармливании – до 3,5 л для компенсации потери жидкости [6].
- Есть в одно и то же время, в регулярные промежутки.
- Избегать продуктов, вызывающих запор.
- Исключить острые блюда, пряности и алкоголь [7].
- Отказаться от избытка жиров, кофе и острых приправ [8].
- Молочнокислые продукты благотворно влияют на пищеварение [8.]

Достаточная физическая активность, или «Правило тела»

- Прогулки 30-60 минут 3-5 раз в неделю.
- Не сидеть подолгу.
- Упражнения Кегеля для укрепления мышц тазового дна [7].
- Лечебная физкультура по согласованию с врачом [7].

Регуляция стула, или «Правило туалета»

- Не игнорировать позыв к дефекации.
- Проводить на унитазе не более трех минут.
- Пытаться опорожнить кишечник через 30-40 минут после еды и по утрам.

- Подмываться после дефекации (вместо туалетной бумаги) [4, 5, 7, 8].
- Не тужиться долго [5, 6].
- Туалет области заднего прохода прохладной водой после каждого опорожнения кишечника [8].
- Один раз в день можно проводить сидячие ванночки с антисептиками (настоем ромашки, слабым раствором перманганата калия) [8].

Современные методы терапии – консервативное лечение или хирургическое вмешательство

Главный вывод, который делают проктологи всех стран: операция при послеродовом тромбозе или трещине нужна крайне редко. В подавляющем большинстве случаев достаточно правильно подобранного консервативного лечения.

Тайваньское исследование 2023 года, охватившее 1 070 708 беременных, ставит в этом вопросе окончательную точку: 98,2% женщин получали консервативное лечение и лишь 1,8% – хирургическое [12]. Это не теория и не предположение, это данные наблюдения за более чем миллионом беременных. Хирургия – исключение, а не правило.

Таким образом, консервативная терапия – это «золотой стандарт» лечения острых аноректальных состояний при беременности и после родов. Российские клинические рекомендации (2024) формулируют четкую позицию: «Пациентам с тромбозом геморроидальных узлов 1-3-й степени во время беременности и лактации рекомендуется проведение консервативной терапии» [17]. Это согласуется с европейскими рекомендациями: «Консервативное лечение является основой ведения, с фокусом на контроль симптомов и регуляцию дефекации» [6]. «Тромбированные внутренние геморроидальные узлы и периаанальный тромбоз в большинстве случаев лечатся консервативно» [5].

Основные принципы консервативного лечения, которые выделяют российские и международные эксперты [2, 5, 6, 7, 8, 17]:

1. Нормализация стула – устранение запоров с помощью диеты, достаточного потребления жидкости и, при необходимости, мягких слабительных средств, не всасывающихся в кровь.
2. Купирование болевого синдрома с помощью препаратов, не запрещенных для применения у беременных и в период грудного вскармливания.

3. Местная терапия (свечи, мази) для уменьшения воспаления, отека и боли.
4. Применение биофлавоноидов для улучшения тонуса вен.
5. Профилактика рецидивов.

Принципиально важно в своей клинической практике следовать Российским клиническим рекомендациям, которые прямо указывают: «В настоящее время отсутствуют данные об абсолютной безопасности каких-либо схем для лечения геморроя во время беременности и кормления грудью» [17]. Именно поэтому выбор конкретных препаратов и их дозировку должен осуществлять исключительно лечащий врач, оценивая соотношение потенциальной пользы и риска для матери и ребенка. **Самолечение в этой ситуации недопустимо.**

Красные флаги, или Когда обязательно обращение к врачу

- Боль не уменьшается в течение 2-3 дней.
- Обильное или рецидивирующее кровотечение.
- Боль сопровождается повышением температуры, ознобом.
- Боль мешает уходу за ребенком и сну.
- «Малые симптомы» (дискомфорт, зуд, жжение в области ануса) сохраняются более шести недель.
- Выпадение узлов, которые не вправляются самостоятельно.

Для оценки эффективности лечения нужно представлять объективную динамику регресса клинических проявлений, так как эффект наступает не сразу. Достаточный обезболивающий эффект ожидается через 1-3 дня. Регресс местных явлений занимает больше времени – иногда несколько недель. Возможно сохранение остаточной кожной складки (бахромки), которая не несет риска [2]. Практически все исследования демонстрируют схожие результаты: «Первые 3-5 дней – самые тяжелые, но симптомы постепенно улучшатся» [6]. Российское наблюдение подтверждает: при адекватной местной терапии уменьшение боли и жжения наступает уже на 1-2 сутки [8]. Полная длительность курса может составлять от 7-10 дней до трех недель в зависимости от тяжести состояния [8].

Заключение

Каждая третья роженица сталкивается с анальной трещиной или тромбозом. Без профилактики – почти каждая вторая. Но рандомизированное исследование 2022 года показало: простые

и безопасные изменения в питании и привычках способны снизить этот риск более чем вдвое [4]. Российское клиническое исследование подтверждает: системная профилактика флавоноидами на 35-36-й неделе снижает риск послеродового тромбоза почти в четыре раза [13]. Это предсказуемое следствие колоссальной нагрузки на организм женщины и в большинстве

случаев проблема, которую можно предотвратить правильными мерами профилактики или решить за несколько дней правильным лечением.

Единственное, чего эта проблема не терпит, – самолечение. Своевременное обращение к врачу-проктологу позволяет добиться лучших результатов.

Список литературы:

1. Abramowitz L., Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*. 2003; 31: 546-549. DOI: 10.1016/S1297-9589(03)00127-9.
2. Abramowitz L., Benabderrhamane D., Philip J., et al. Pathologie hémorroïdaire de la parturiente. *La Presse Médicale*. 2011; 40(10): 955-959. DOI: 10.1016/j.lpm.2011.06.015.
3. Cantay H., Turker U.A. Prevalence of perianal diseases and associated factors in primigravida women: a hospital-based cross-sectional study. *Saudi Medical Journal*. 2022; 43(10): 1142-1148. DOI: 10.15537/smj.2022.43.10.20220198.
4. Poskus T., Sabonyte-Balsaitiene Z., Jakubauskiene L., et al. Preventing hemorrhoids during pregnancy: a multicenter, randomized clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22: 374. DOI: 10.1186/s12884-022-04688-x.
5. Bužinskienė D., Sabonytė-Balšaitienė Ž., Poškus T. Perianal Diseases in Pregnancy and After Childbirth: Frequency, Risk Factors, Impact on Women's Quality of Life and Treatment Methods. *Frontiers in Surgery*. 2022; 9: 788823. DOI: 10.3389/fsurg.2022.788823.
6. Schmuck R.B., Roblick M. Incidence, Diagnosis, and Management of Proctological Conditions during Pregnancy. *Visceral Medicine*. 2026; 42: 38-44. DOI: 10.1159/000545793.
7. Калиева Д.К., Балыкбаева А.М. Оказание проктологической помощи беременным женщинам на амбулаторном уровне. *Znanstvena misel journal*. 2021; 54: 28-30.
8. Краснова Н.А., Грачева Т.И. Лечение геморроя у беременных и родильниц. *Акушерство и гинекология*. 2011; 8: 98-101.
9. Медкова Ю.С., Маркарьян Д.Р., Тулина И.А., и соавт. Распространенность и возможные факторы риска развития геморроидального тромбоза у беременных и родильниц. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. 2019; 6(4): 209-214. DOI: 10.18821/2313-8726-2019-6-4-209-214.
10. Кравченко М.Б., Комарова Л.Н., Шишкина Г.А., Петряшев А.В. Геморрой у беременных: современное состояние проблемы. *Амбулаторная хирургия*. 2025; 22(2): 142-148. DOI: 10.21518/akh2025-053.
11. Kuronen M., Hantunen S., Alanne L., et al. Pregnancy, puerperium and perinatal constipation — an observational hybrid survey on pregnant and postpartum women and their age-matched non-pregnant controls. *BJOG*. 2021; 128(6): 1057-1064. DOI: 10.1111/1471-0528.16559.
12. Chen Y.Y., Chang C.Y., Lin C.H., et al. Prevalence, Characteristics, and Treatment of Hemorrhoids During Pregnancy: A Nationwide Population-Based Cohort Study in Taiwan. *Journal of Women's Health*. 2023; 32(12): 1394-1401. DOI: 10.1089/jwh.2023.0124.
13. Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С. Современные возможности профилактики и лечения геморроя в дородовом и раннем послеродовом периоде. *Колопроктология*. 2016; 3(57): 13-17.
14. Shirah B.H., Shirah H.A., Fallata A.H., et al. Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. ano-rectal cream: A comparative prospective study of two conservative treatment protocols. *Women and Birth*. 2018; 31(4): e272-e277. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.10.003.
15. Buckshee K., Takkar D., Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1997; 57: 145-151. DOI: 10.1016/S0020-7292(97)02889-0.
16. Lacroix I., Beau A.B., Hurault-Delarue C., et al. First epidemiological data for venotonics in pregnancy from the EFEMERIS database. *Phlebology*. 2016; 31(5): 344-348. DOI: 10.1177/0268355515589679.
17. Клинические рекомендации «Геморрой». Кодирование по МКБ-10: K64. Год утверждения: 2024. Разработчик: Ассоциация колопроктологов России. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. ID: 178.

35 лет главному корпусу

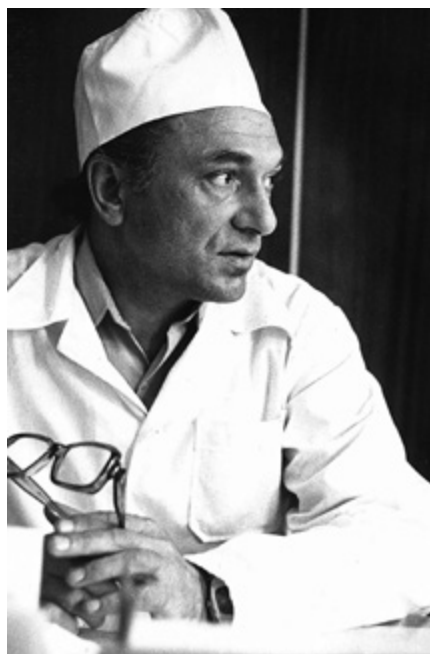
Главный корпус: сердце Краевой клинической больницы



Возвышающееся на высоком берегу Енисея девятиэтажное здание главного корпуса из серого кирпича – в сознании красноярцев это и есть Краевая клиническая больница. Запущенное в эксплуатацию 35 лет назад, оно стало вторым домом для сотен медиков и оплотом спасения для тысяч пациентов. Именно здесь внедрялись сотни новых медицинских технологий, создавались специализированные центры, выстраивалась система менеджмента качества, были получены первые международные сертификаты ISO-9001. Сюда съезжались коллеги из других регионов за опытом, районные врачи – за методологической помощью. Корпус состоит из восьми блоков: четыре палатных крыла выступают в сторону реки, а три фасадных блока и пятиэтажный корпус соединяют их в единое целое.

История строительства: 10 лет, которые изменили всё

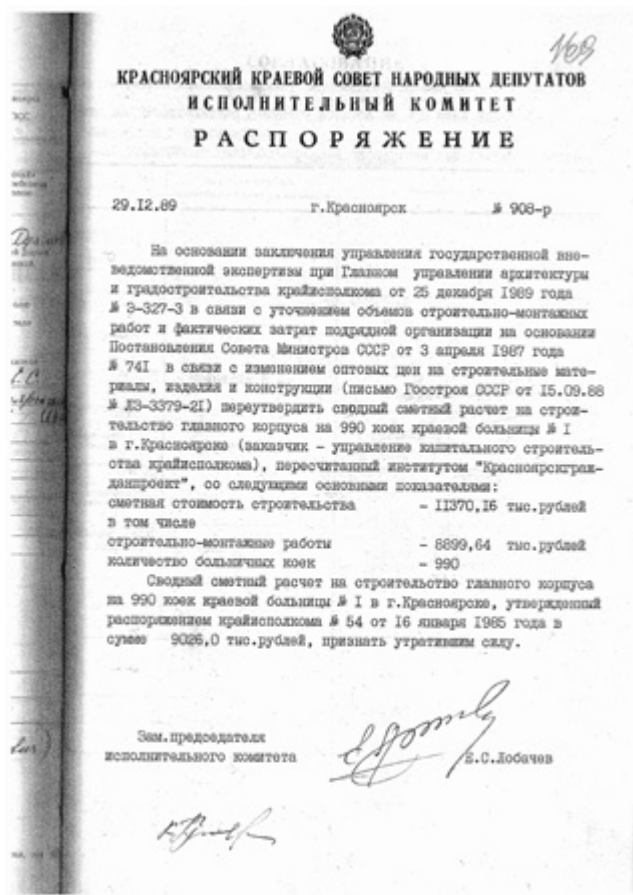
Строительство главного корпуса стало самой сложной и длительной стройкой в истории больницы. Оно длилось почти десять лет и завершилось в 1989-1991-м – в последние годы существования СССР. Корпус возводился по типовому проекту 2541-15, разработанному в 1969 году научно-исследовательским институтом по проектированию учреждений здравоохранения «ГипроНИИЗдрав» Минздрава СССР для республиканских, краевых или областных больниц на тысячу коек. Проект потребовал серьезной адаптации под местные условия, которую выполнили специалисты Красноярскгражданпроекта.



Родион
Иванович
Петров

Инициатором и главным двигателем строительства выступил главный врач Родион Иванович Петров. Он неоднократно ездил в Совмин, чтобы выбить разрешение и финансирование. Стройка началась при его первом сроке руководства. Сметная стоимость на начало работ в 1975 году составляла 9026 тысяч рублей. Однако в декабре 1989 года, с учетом изменения оптовых цен на строительные материалы и уточнения объемов работ, сводная смета была пересмотрена и составила уже 11 370,16 тысячи рублей.

Дороговизна была вызвана, в том числе, волевым решением главного врача Владимира Гауса, который пришел на смену Петрову в 1983-м. Он настоял на изменении проекта и добился, чтобы в каждой палате были оборудованы собственные санузлы – роскошь по тем временам. Стройка не обошлась без досадных проблем: уже на финаль-



Измененный сметный расчет 1989 года



Из проектной документации

ном этапе выяснилось, что закупленные лифты не входят в шахты – в проекте были предусмотрены модели, снятые с производства еще в 1980-х годах.

После ввода в эксплуатацию нового корпуса коечный фонд больницы увеличился до 1200 коек.



Владимир
Гаус

Новый операционный блок насчитывал 15 залов. Было открыто более 20 новых терапевтических, хирургических и диагностических отделений. С появлением новых площадей больница ежегодно стала пролечивать свыше 20 000 пациентов.

Красноярск как медицинская столица 80-х

В 1980-е годы Краевая клиническая больница стала настоящей точкой притяжения для пациентов со всего Советского Союза и благодатной почвой для развития хирургической науки и многих терапевтических направлений.

Красноярский ученый и врач Лазарь Роднянский и инженер, генеральный директор завода «Красмаш» Виктор Гупалов изобрели передовой эндопротектор. Их метод лечения сколиоза гарантировал пациенту быстрый переход к двигательной активности и коррекцию позвоночника по мере роста.

В марте 1988 года уже из сердечно-сосудистой хирургии было выделено узкоспециализированное отделение хирургии сосудов на 60 коек. С этого времени операции на магистральных сосудах приобрели системный характер. Ежегодно проводилось до 400 операций у больных с патологией сосудов. Были выполнены первые оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях.

В 1989 году операционные объединились в главном корпусе в единое операционное отделение – так все хирургические профили собрались под одной крышей. Позже, в 2019-м, оперблок опять разделится на две локации с вводом в эксплуатацию нового хирургического корпуса, а еще позже, в 2025-2026-м, снова объединится на территории нового корпуса.

Больные съезжались в Красноярск со всего СССР, надеясь на исцеление. Очевидцы рассказывали, что пациенты даже ставили палатки возле больницы и жили в них в ожидании операций, которые тогда казались чудом.



Операционное отделение, 1999 г.

В 1986 году средний койко-день составлял 24,7, летальность – 1,9%. Работали 292 врача, 587 медсестер, 379 санитарок и 302 человека административно-хозяйственного персонала



Старый оперблок



Операционное отделение, 2002 г.

1990-е: рождение центров

В 1997 году наступило 15-летнее время главного врача Бориса Павловича Маштакова. Он четко расставил приоритеты: если в 1960-1980-е в больнице происходила специализация, то при Маштакове началась систематизация и объединение разрозненных структур в лечебные центры, которое продолжается до сих пор. Многие из этих центров локализируются в главном корпусе. Именно тогда закладывалась та многопрофильная структура, которая делает нашу больницу уникальной.



Борис
Павлович
Маштаков

Дальнейшее движение

Хотя с 2019 года часть функций перешла в новый хирургический корпус, туда переместились не только коечные отделения, но и приемное, а также большая часть операционных. Главный корпус сохраняет лидирующую роль. Здесь размещается большинство общепользовательских медицинских и немедицинских подразделений, административно-управленческий аппарат, часть специализированных центров, диагностические службы и кафедры Красноярского медицинского университета.



Травматология

Сейчас 44 стационарных отделения больницы объединены в 12 специализированных центров, из них 35 отделений, 10 центров и два дневных стационара имеют своим адресом главный корпус. Также здесь расположены 16 отделов, включая административно-управленческие.

На 5-м этаже находится стеклянная галерея, соединяющая главный корпус с хирургическим. Если говорить об особенностях ландшафта, то интересно, что, переходя с 5-го этажа главного корпуса, вы попадаете на 4-й этаж хирургического.



Приемное отделение, 2016 г

В марте 2019 года врачи ККБ обеспечивали медицинское обслуживание участников и гостей XXIX Всемирной зимней Универсиады. Они отвечали за специализированную помощь по нейрохирургическому, травматолого-ортопедическому и микрохирургическому профилям. Медики прошли аккредитацию, вакцинацию, дополнительное обучение по спортивной медицине и антидопинговым программам. За время Универсиады к врачам ККБ обратились 48 участников, 20 из них были госпитализированы.

В апреле 2025 года эндоскопическое отделение переформатировали в высокопоточный эндоскопический центр, и с 1 этажа главного корпуса оно переехало на 2-й. Основной целью создания этого отделения стало повышение доступности для населения края ранней диагностики и раннего лечения опухолевидных образований желудочно-кишечного тракта. **Центр оснащен современными цифровыми видеоэндоскопическими системами экспертного класса, обеспечиваю-**



Реанимация. Владимир Александрович Погонин, 2014 г.

щими высокое качество диагностики. В клиническую практику внедрено более 30 видов эндоскопических операций.

Для удобства пациентов и персонала в главном корпусе работает все необходимое: справочное бюро, аптечный пункт, кафе и магазин, банкоматы, зал для свиданий, 16 лифтов, кулеры с водой и туалетные комнаты для маломобильных граждан. Для безопасности все входы оборудованы рамками металлодетекторов с датчиками измерения температуры тела.

В главном корпусе в 2026 году расположены 862 койки круглосуточного стационара и 50 коек дневного.



Справочное, 1 эт. главного корпуса



Отдел АСУ

Расположение по этажам: как устроен главный корпус

1-й этаж:

- В холле у входа – справочное и пункт приема передач для пациентов.
- **Отдел автоматизированных систем управления (АСУ):** уникальное подразделение, которое занимается не просто администрированием сети, а разработкой и внедрением систем искусственного интеллекта: «Система поддержки принятия врачебного решения», «Система оценки риска тяжелого течения вирусной пневмонии», «Реестр лекарственных средств». IT-отдел играет ключевую роль в системе менеджмента качества.
- **Служба управления персоналом:** занимается не только кадровым делопроизводством, но и исследованиями вовлеченности сотрудников, проводит тренинги, а штатный психолог помогает в разрешении конфликтов.
- **Финансово-экономическая служба:** более 40 сотрудников в трех подразделениях.
- **Отдел системы менеджмента качества (СМК):** создан в 2014 году. В 2017 году ККБ



Оперативный отдел, 2013 г.

прошла аудит на соответствие ISO 9001-2015, а в 2018-м сертифицирована по стандартам Росздравнадзора. Отдел ежегодно проводит всероссийскую конференцию, собирающую более тысячи участников. С 2018 года учебные аудитории Центра компетенций ККБ посетили 260 делегаций.

- **Отделения трансфузиологии, УЗИ-диагностики (120 тысяч исследований в год), хронического гемодиализа (дневной стационар).**
- **Кабинет МСКТ.**

2-й этаж:

- Парадный холл с макетом реконструкции больницы, аптекой, кафе, гардеробом, банкоматами и мемориальной стеной с портретами выдающихся врачей.
- **Кабинеты главного врача и начмеда:** двери выходят в общую приемную – традиция, подчеркивающая равную ответственность за жизнедеятельность больницы.
- **Юридический, оперативный и организационно-методический отделы.**
- **Неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).**
- **Высокопоточный эндоскопический центр.**
- **Отделение гематологии №2.**
- **Отделение анестезиологии и реанимации №5.**

3-й этаж:

- **Центр медицинской реабилитации.**
- **Отделение профпатологии и травматолого-ортопедическое отделение.**
- **Отделение нефрологии.**
- **Отделение клинической фармакологии.**
- **Центр эпидемиологической безопасности.**



Холл 2 этажа



Кафе 2 этажа

- Отдел санитарной обработки.

4-й этаж:

- Отделение нейрохирургии №1.
- Отделение неврологии.
- Отделение эндокринологии.
- Отделение микрохирургии.

5-й этаж:

- Отделение лучевой диагностики.
- Отделения травматологии, ортопедии.
- Отделение нейрохирургии №2.

6-й этаж:

- Гематологический центр: два отделения.
- Отделение урологии.
- Отделение хронического гемодиализа.
- Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ).
- Отделение гематологии №1.
- Дневной стационар отделения гематологии №1.

7-й этаж:

- Отделение кардиологии №1.
- Отделение кардиологии №4.
- Отделение гастроэнтерологии.
- Отделение хирургии №2.
- Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ).

8-й этаж:

- Отделение кардиологии №2.
- Отделение функциональной диагностики.
- Отделения пульмонологии и аллергологии.



Холл 2 этажа

9-й этаж:

- Отделение кардиологии №3.
- Кафедры Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого: занимают три блока. Больница является основной клинической базой университета с 1942 года.



Совещание в кабинете главного врача



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

РОССИЯ

КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЙ

КРАСНОЯРСК
УЛ. ДУБРОВИНСКОГО 1И и 1Ж

RUSSIA.RU

0+

