

# Медицинская

16 марта 2022 г.  
среда  
№ 10 (8028)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

Особый случай

## За други своя

Вручены награды тем, у кого в руках не автомат, а скальпель



© Антон Вергун/РИА Новости.

Вот уже 20-й день идёт специальная военная операция, объявленная Президентом Российской Федерации Владимиром Путиным по защите Донецкой и Луганской народных республик. Завершается общее окружение донбасской группировки противника. Причём и на внешнем контуре, и на внутреннем. Но военные действия есть военные действия. Неизбежны потери. Неизбежны ранения...

Наши врачи и медсёстры, находясь на передовой как в Отечественной войну, как и в военные конфликты после победного 1945 г., несут свою нелёгкую вахту, спасая жизни наших солдат

Со знаком Z на борту

и офицеров. И это не красивые слова, а жестокая реальность. За подвиги и достижения уже вручены первые награды Отечества. Не остались в стороне и те, кто держит в руках не автомат, а оказывает помощь раненым.

Министр обороны РФ Сергей Шойгу вручил медали «За отвагу» лейтенанту Марии Мирошниченко и прапорщику Екатерине Ивановой.

М.Мирошниченко вместе с другими девушками из медицинской службы вынесла из-под обстрела раненых сослуживцев. Е.Иванова в районе населённого пункта Чуповка под ураганным перекрёстным огнём оказывала помощь раненым солдатам и офицерам. Прапор-

щик лично вынесла из-под обстрела троих военнослужащих, а при оказании медицинской помощи одному из бойцов закрыла его собой и получила при этом осколочное ранение. М.Мирошниченко в этом же бою спасла жизнь четырём военным и тоже получила осколочное ранение.

Гордимся подвигами наших женщин – медицинских работников. И надеемся, что специальная операция в скором времени закончится. Мир изменится. Он станет более стабильным и предсказуемым.

Александр СМОЛЯКОВ.

**Залим БАЛКИЗОВ,**  
генеральный секретарь  
Российского общества  
специалистов медицинского  
образования:

Ассоциация медицинского образования в Европе намерена отказать исследователям из России и Белоруссии в регистрации и подаче тезисов на предстоящие конференции.

Стр. 4



**Владимир ШИПКОВ,**  
исполнительный директор  
Ассоциации международных  
фармацевтических  
производителей:

Ассоциация подтверждает принципиальную готовность осуществлять поставки лекарственных препаратов для пациентов Российской Федерации.

Стр. 6



**МАКС 30**  
СТРАХОВАЯ ГРУППА

Страховой группе «МАКС» 30 лет. Об успехах одного из самых крупных участников системы обязательного медицинского страхования читайте в специальном выпуске.

Стр. 7-10

Тенденции

## Биржа импортозамещения

По поручению Правительства Минпромторг и Минцифры запустили новый онлайн-сервис «Биржа импортозамещения». Он создан на электронной торговой площадке Газпромбанка на базе Государственной информационной системы промышленности.

Поручение разработать новую систему было дано в связи с повышением спроса на отечественную промышленную продукцию.

«В России достаточно производителей комплектующих, которые раньше не выдерживали конкуренции с иностранными поставщиками. Они готовы снабжать рынок своей продукцией, восстанавливая разорванные из-за санкций цепочки поставок. Поэтому Правительством было дано поручение Минпромторгу и Минцифры создать цифровой сервис «Биржа импортозамещения». С помощью него будет обеспечено прямое взаимодействие между российскими производственными компаниями и заказчиками. Система также снизит бюрократические и административные нагрузки на предприятия. В дальнейшем цифровой сервис будет совершенствоваться. В базу постепенно включат не только отечественных,

но и иностранных поставщиков, готовых продолжать или начать сотрудничество с Россией», – сказал заместитель председателя Правительства РФ Дмитрий Чернышенко.

По информации Минпромторга, с помощью «Биржи импортозамещения» заказчики смогут публиковать запросы на приобретение промышленной продукции, запасных частей и комплектующих, а поставщики – направлять свои ценовые предложения и предлагать аналоги без дополнительных затрат, согласований и посредников.

Система позволит собрать широкую базу поставщиков и автоматически рассылать приглашения к торгам. Она также будет осуществлять проверку производителей и их продукции на соответствие требованиям заказчика. Кроме того, за счёт дополнительных финансовых сервисов – банковской гарантии, факторинга и лизинга – она снизит трудозатраты поставщиков.

Следующим этапом развития сервиса станет масштабная работа с каталогизацией и унификацией позиций, а также применение алгоритмов машинного обучения.

Андрей ДЫМОВ.

Однако

## Отказались от сотрудничества

The Lancet и Европейская ассоциация урологов (EAU) отказываются от сотрудничества с российскими специалистами из-за ситуации на Украине. Редакторы журнала прогнозируют, что системы здравоохранения России и Белоруссии столкнутся с острой нехваткой современных методов лечения.

The Lancet назвал проводимую Россией военную операцию на Украине угрозой для глобальной безопасности и устойчивого развития.

Ранее от сотрудничества с российскими коллегами отказался ряд европейских медицинских сообществ, включая Европейское общество кардиологов, алергологов, онкологов, репродуктологов, онкогинекологов и

пульмонологов. Среди наложенных санкций – приостановка членства, отказ от проведения научных конференций в России и невозможность выезда российских врачей на международные встречи. Международная ассоциация медицинского образования (AMEE) также исключила из состава российских и белорусских специалистов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.



## Новости

## Диагностика на высоком уровне

В Ставропольском крае в рамках нацпроекта «Здоровье» действует региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Благодаря ему, в том числе, центры амбулаторной онкологической помощи оснащаются современным высокотехнологичным оборудованием. Так, подобный центр на базе Невинномысской городской больницы был оснащён эндоскопическим оборудованием и техникой для лабораторных исследований более чем на 39 млн руб.

– Оборудование очень современное, позволяет ещё до клинических проявлений выявить новообразования, что даёт возможность начинать раннее лечение и быстрее получать положительный результат. Подчеркну, что техника используется не только для жителей Невинномысска, но так же Кочубеевского и Андроповского округов, а это более 250 тыс. человек, – сказала главный врач больницы Елена Ерхова.

Новое лабораторное оборудование позволило увеличить скорость исследований биоматериалов и пропускную способность в три раза. До приобретения этой техники невинномысские врачи теряли драгоценное время, направляя пациентов на лабораторную диагностику в Ставрополь. Теперь в их распоряжении есть анализатор для выявления признаков присутствия онкологии.

Также в лаборатории появился гематологический анализатор, аппарат для иммуноферментного анализа и микроскоп для определения атипических клеток.

А с помощью закупленных в рамках регионального проекта видеозондоскопических стоек за 9 месяцев минувшего года врачи провели около 4 тыс. исследований. У четверти пациентов выявили предраковые заболевания и прогрессирующую онкологию.

– Мы можем говорить, что теперь точность исследований у нас повышена. Благодаря новому оборудованию мы выявляем пациентов, которых ранее, обследуя на старой технике, могли бы и упустить, – считает врач-эндоскопист городской больницы Невинномысска Александр Гребенщиков.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

## На прививку доведут бесплатно

В Приуртышье мобильные бригады продолжают доставку жителей отдалённых сёл и деревень в ЦРБ и ФАПы на вакцинацию и диспансеризацию.

Мобильные бригады колят по сельским дорогам Омской области в рамках Национального проекта «Демография» уже третий год. В минувшем году они доставили 2,5 тыс. человек старше 65 лет, в текущем году услугами «мобильного» автотранспорта воспользовались уже около 300 сельчан. Рейсы выполняются по графику, по спискам медицинских учреждений, с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований в условиях распространения коронавирусной инфекции. На выездах задействованы 43 мобильные бригады.

– Благодаря мобильным бригадам пожилые люди из сёл и деревень по-прежнему могут пройти диспансеризацию и вакцинацию против COVID-19. В прошлом году в работе мобильных бригад появилось новое направление – доставка представителей старшего поколения в отделения дневного пребывания комплексных центров, – прокомментировал министр труда и социального развития Владимир Курприянов.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

## Тенденции

## Вуз объединил три поколения

Во Втором Меде прошла интерактивная игра для школьников, обучающихся в медицинских классах

Союз педиатров России и Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова впервые совместно провели интерактивную игру для школьников, обучающихся в медицинских классах. Она объединила ребят из семи московских школ в рамках прекогресса XIX съезда педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», приуроченного к 95-летию Союза педиатров России. Автором идеи стала доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета Наталья Ханова.

Ребят поприветствовал заместитель директора и специалист по учебно-методической работе Мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра Александр Гуцин. Он провёл интерактивное занятие «Инновационные технологии в педиатрии».

Александр Владимирович сразу привлек внимание молодёжи силиконовыми манекенами недоношенного и новорождённого детей, а также мальчика-подростка. Эти роботы-андроиды отечественного производства должны были помочь ему объяснить, с чем приходится сталкиваться профессиональным педиатрам.

«Будущему врачу прежде нужно стать профессионально подготовленным: иметь уверенные знания и практические навыки. И Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр на базе РНИМУ даёт врачам допуск в профессию, оценивая их практическую подготовку», подчеркнул он.

Чтобы не быть голословным, А.Гуцин позволил школьникам проверить уровень своей подготовки. Самые смелые добро-



вольцы попытались спасти жизнь роботу-подростку.

Первым вызвался ученик 11-го класса школы № 1576 Руслан Ким, который увидел, как сердцебиение ребёнка становится всё слабее, пациент перестаёт дышать. Нужно было срочно предпринять что-то. Юноша несколько растерялся, но предположил, что здесь поможет искусственное дыхание. При поддержке опытных коллег и под аплодисменты заворожённой аудитории Руслану удалось запустить сердце.

Ребятам предложили закрепить полученные знания, поучаствовав в небольшой викторине. Самые шустрые и внимательные получили подарки от союза педиатров и университета.

На очередном мастер-классе с участием новорождённого робота волонтеры показали школьникам, как правильно осматривать малыша, на что стоит обратить внимание, как проверить его

рефлексы. В конце они также попросили добровольцев применить на практике полученные знания и вручили им памятные подарки.

Организаторы также остались довольны результатами своей работы с будущими педиатрами. «Мы с заведующей Лейлой Намазовой-Барановой и ассистентом кафедры факультетской педиатрии Инной Шоровой объединили усилия, и получился, на мой взгляд, хороший результат», – подчеркнула Н.Ханова.

Как добавила И.Шорова, «занятия для учащихся медицинских классов, которые проводятся по педиатрии, – настоящая редкость. По откликам ребят мы увидели, что им всё очень понравилось, а полученные знания обязательно пригодятся в обычной и профессиональной жизни».

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

## Опыт

Несовместимый с жизнью порок сердца врачи диагностировали у Верочки ещё в утробе матери – на втором скрининге во время беременности. Эта новость ошеломила всех. Кардиохирурги федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в три этапа выполнили малышке сложную операцию и дали шанс на жизнь.

Сегодня Верочке Тухватуллиной уже семь лет. Она кружится в танце, как разноцветная юла. Глядя на эту шуструю, улыбающуюся девочку, вряд ли кто-то поверит, что у неё всего полсердца.

«Ребёнок родился с единственным желудочком сердца – с синдромом гипоплазии левых отделов сердца. Это критический врождённый порок, при котором необходима экстренная операция, – поясняет заведующий детским отделением врождённых пороков сердца Игорь Гладышев. – На пятый день после рождения Верочке был выполнен первый этап операции, второй – в 6 месяцев, а уже в 3 года – полноценная процедура Гленна – Фонтена».

## Когда «моторчик» — в полсердца

### Детям с такой патологией удаётся помочь

Операции, выполненные в определённом порядке, позволяют увеличить приток крови к телу и обойти плохо функционирующую левую сторону сердца. Тогда правый желудочек становится основной насосной камерой для тела. Но такого ребёнка мало прооперировать – важно его вырастить и развивать дальше.

«Мы начали работать с Верой, когда она была еще в животике у мамы, приходившей к нам на консультации на последних сроках беременности, – добавляет детский кардиолог Наталья Сорокина. – Непростой путь им предстояло пройти с таким сложным пороком. Ребёнок с половиной сердца – уникальный, и все наши усилия сегодня направлены на то, чтобы его жизнь не отличалась от сверстников, чтобы он не отставал в развитии, проявлял такую же высокую функциональную активность, как и другие его сверстники».

По словам врача, 70% успеха – это мама Верочки.

«Самое главное здесь – настрой мамы, её умение работать вместе с врачами. Иначе у нас ничего бы не получилось, – уверена Наталья Николаевна. – После операции мы дали ей много заданий: по отслеживанию веса ребёнка, контролю за сатурацией, диурезом; попросили вести суточное мониторирование и постоянно нам отзываться, а в случае каких-то критических моментов – обязательно приехать, показать девочку специалистам и при необходимости пройти госпитализацию. Помимо этого перед мамой стояла задача развивать ребёнка как в детском саду, так и в разных кружках, секциях».

Уже третий год девочка по примеру старшей сестры занимается в студии народного танца, выступает на концертах, участвует в конкурсах и даже побеждает в них.

«С самого рождения дочь такая активная и подвижная, и про танцы мы ещё в детском саду начали задумываться, – говорит мама Эльвира Тухватуллина. – А в прошлом году, во время локдауна, столкнулись с тем, что без физической нагрузки у неё нарушился ритм, началась брадикардия. Но когда к сентябрю снова начала заниматься танцами, вернулась в детский сад, всё выровнялось, ритм налачился. Даже когда мы делаем суточное холтеровское мониторирование, доктор говорит: живите обычной жизнью, идите в игровую, прыгайте, скачите».

Пройдя нелёгкий путь «мамы ребёнка с половиной сердца», Э.Тухватуллина осознала необходимость делиться своим опытом. В социальных сетях, в группе родителей детей с такими же патологиями («Кардиомама»), она старается установить связь с будущими мамами ещё на этапе

беременности и своим примером поддержать других.

«Ничего не бояться, слушать врачей, идти вперёд и верить в своего ребёнка», – так говорит Эльвира всем тем, кто впервые сталкивается с подобной патологией.

Детей с половиной сердца, к сожалению, достаточно много. В течение 10 последних лет ежегодно в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск) выполняется около 10 вмешательств разного этапа (первый, второй или третий). И когда на контрольном осмотре врачи видят, что их подопечные не только выполняют все рекомендации, но и живут активной жизнью – занимаются творчеством, спортом, техникой и т.п., считают это лучшей оценкой их труда, лучшей наградой.

Лия ЗАХАРОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.



Официально

# Особенности исполнения бюджетов

Госдума РФ и Совет Федерации приняли закон, устанавливающий «особенности исполнения бюджетов», в том числе Федерального фонда ОМС. Согласно документу, Правительство РФ получит право принимать решения об использовании остатков средств фонда (26,3 млрд руб., образовавшихся к 1 января 2022 г.) для финансового обеспечения «отдельных расходных обязательств» в сфере ОМС.

Правительство РФ сможет направить на оказание медпомощи остатки в бюджете фонда и дополнительные доходы – всего, по оценкам разработчиков законопроекта, 26,3 млрд. Перед принятием бюджета ФФОМС на 2022 г. уточнялось, что остатки на начало года составляли 104,4 млрд руб., а в нормированном страховом запасе ФФОМС предполагалось обособить специальный резерв в 30 млрд «в целях обеспечения возможности дополнительного финансирования медицинской

помощи в рамках территориальной программы ОМС в случае незапланированного роста её объёмов в условиях чрезвычайной ситуации».

«Поскольку предлагаемые законопроект изменения носят срочный характер и должны применяться в ходе исполнения федерального бюджета в 2022 г., предлагается ввести их в действие со дня официального опубликования проектируемого федерального закона», – отмечается в пояснительной записке. Инициатива направлена на «эффективное управление структурой государственного долга и обеспечение финансовой стабильности», подчёркивают разработчики.

«В 2022 г. регионы смогут направить на расходы, связанные с необходимостью реагировать на изменение геополитической обстановки и ухудшение экономической ситуации, также и средства, высвобождаемые в результате реструктуризации бюджетных кредитов, ранее предоставленных из федерального бюджета», – пояс-

нил смысл закона на заседании Совета Федерации сенатор Анатолий Артамонов.

В 2021 г. остатки бюджета ФФОМС в 68,6 млрд руб., образовавшиеся за счёт экономии на диспансеризации и других приостановленных на фоне пандемии программах, по решению Правительства РФ использовались для покрытия расходов регионов на стационарное лечение COVID-19, а также для компенсации перерасхода выделенных объёмов ОМС федеральных медцентров. Обычно, согласно тексту бюджета ФФОМС, неиспользованные остатки идут на покрытие дефицита бюджета фонда либо на те же цели, что и в предыдущем году, если речь идёт о целевых средствах из федерального бюджета (например, на программу «Борьба с онкологическими заболеваниями» и на высокотехнологичную медпомощь вне базовой программы ОМС).

Леонид ПОЛЯКОВ.  
МИА Сити!

Перспективы

# Инсулины: оправдан ли ажиотаж?

События последних недель, связанные с введением экономических санкций, в том числе резкое снижение курса рубля, вызвали серьёзную обеспокоенность среди пациентов, страдающих сахарным диабетом. Особо встревожены больные сахарным диабетом 1-го типа, то есть его инсулинозависимой формой.

В аптеках большинства регионов страны отмечен дефицит препаратов инсулина, а также медицинских изделий, которые применяются при терапии диабета – иглы, помпы, системы непрерывного мониторинга глюкозы, расходные материалы к ним и т.д. По ряду позиций зафиксирован резкий рост цен.

Причиной сложившейся ситуации стал ажиотажный спрос на жизненно необходимые лекарственные средства, связанные с тревожными ожиданиями. Хотя большая часть медикаментов для больных сахарным диабетом

производится на территории России, субстанция для препаратов инсулина ввозится из-за рубежа. Вышеперечисленные медицинские изделия в большинстве своём также имеют иностранное происхождение. Пациенты опасаются их исчезновения с рынка или острого дефицита, а также дальнейшего стремительного удорожания, поэтому запасаются впрок на длительный период.

Одна из крупнейших российских фармацевтических компаний производит биосимиляры аналогов инсулина, то есть воспроизведённые при помощи биотехнологий препараты, схожие с оригинальными зарубежными, и по ряду позиций занимает существенную долю внутреннего рынка. Однако ситуация с биосимилярами инсулина напоминает ситуацию с дженериками. Многие больные предпочитают оригинальные препараты, отмечают их лучшую переносимость и не хотят переходить на воспроизведённые лекарства, особенно если речь идёт о детях.

На этом фоне обнадёживающе звучат заявления государственных ведомств. Так, Минпромторг России уверяет, что резервы жизненно необходимых и важнейших лекарств значительны и их хватит минимум на год. Минздрав России обещает тщательно отслеживать регулярность поставок лекарственных средств и накладывать штрафные санкции на недобросовестных поставщиков, которые вопреки заключённым контрактам повышают цены на свою продукцию.

Оптимизма добавляет и позиция двух крупнейших мировых производителей инсулинов из Дании и Франции. Ответственные лица этих компаний считают, что санкционные меры не должны затрагивать производство и поставки жизненно важных лекарств.

Владимир ПЕРМИНОВ.

**P.S.** Когда материал готовился к печати, Минздрав заявил: производители инсулина письменно подтвердили, что продолжат работать в России.

Начеку!

# Запасов хватит на год

Жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и сырья для них в России хватит на срок «до года». Запас препаратов большинства международных непатентованных наименований составляет больше четверти от продаж за 2021 г. Об этом сообщили в Минпромторге.

«Проведён оперативный мониторинг остатков лекарственных препаратов и сырья, необходимого для их производства применительно к лекарственным препаратам из перечня жизненно необходимых и важнейших, по результатам которого выявлен запас (составляющий до года) как готовой продукции у производителей, так и сырья. Причём по большинству международных непатентованных наименований запас готовой продукции превышает 25% от общего годового объёма продаж за 2021 г.», – сказали в Минпромторге.

Как заявили в министерстве, Минпромторг и Минтранс работают над решением логистических проблем, возникших «абсолютно у всех производителей во всех отраслях», при этом фарма находится в приоритете.

«Ведётся работа по поиску альтернативных логистических операторов, новых коридоров поставок. По имеющейся информации, некоторые производители уже сумели пересмотреть привычные логистические цепочки и наладить поставки необходимых субстанций и расходных материалов», – отмечает министерство.

В Минпромторге заявили, что Минздрав разрабатывает проект постановления Правительства, регулирующей внесение изменений в регистрационное досье на лекарства в части замены фармсубстанций и другого сырья, а также напомнили о программах Фонда развития промышленности для поддержки фармпредприятий.

Андрей ДЫМОВ.

Ситуация

# Компенсации не будет

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин подписал постановление, снимающее необходимость в компенсации потерь от принудительного лицензирования препаратов, патенты на которые принадлежат компаниям из недружественных стран.

Постановление привносит изменения в методику определения компенсаций, которые выплачиваются правообладателю при решении использовать изобретение без его согласия. В отношении владельцев патентов из недружественных стран размер такой выплаты составит 0% от выручки от продажи препарата. Ранее речь шла о том, чтобы производитель дженерика отчислял патентообладателю 0,5% выручки.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

Решения

# Запрет на вывоз

В России введён временный запрет на вывоз из страны иностранных медицинских изделий. Постановление № 302 от 06.03.2022 об этом подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Речь идёт о медицинских изделиях, которые были доставлены из государств, присоединившихся

к санкциям, и сейчас находятся на складах импортёров или проходят таможенные процедуры. Как считает в Правительстве, данное решение позволит не допустить дефицита медицинских изделий на территории России из-за введённых ограничительных мер со стороны недружественных государств.

Перемены

# Прогрессивный и эффективный подход

Первых пациентов приняли специалисты отделения Центра амбулаторной онкологической помощи медицинского комплекса в Коммунарке. Новое отделение располагается на двух этажах нового амбулаторно-поликлинического корпуса, строительство которого завершилось в декабре 2021 г.

На пятом этаже ведут приём онкологи общего профиля, онкоурологи, онкомаммологи, онкогинекологи, специалисты по противопухольной лекарственной терапии.

Седьмой этаж полностью выделен для дневного стационара. Для проведения противоопухольного химиотерапевтического лечения развернуто 24 койки с современным инфузионным оборудованием. Здесь же оборудована операционная для малых операций и проведения биопсий, а также палаты пробуждения для пациентов после внутривенной седации.

«В рамках московского стандарта онкологической службы созданы крупные специализированные центры, ориентированные на лечение только онкологических заболеваний, – прогрессивный и эффективный подход. Это позволяет максимально быстро поставить диагноз и начать лечение. Мы в полной мере реализуем его в новом отделении Центра амбулаторной онкологической помощи, где под одной крышей сосредоточены максимум специалистов, технологий и возможностей для

лечения пациентов с онкологическими заболеваниями», – сказал Денис Проценко, главный врач Московского многофункционального клинического центра «Коммунарка» (ГКБ № 40).

Уникальность нового амбулаторно-поликлинического корпуса также заключается в мультидисциплинарном подходе к лечению пациента. На каждом из семи этажей располагаются отделения, которые работают в тесном взаимодействии друг с другом. Так, при наличии у пациента сопутствующей хронической патологии к лечению могут привлекаться специалисты узкого профиля, что позволяет оказывать медицинскую помощь комплексно. Третий и четвёртый этажи занимает эндоскопический центр, в котором пациенты из групп риска развития онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта могут пройти гастро- и колоноскопию под лёгким наркозом. На втором располагается консультативно-диагностическое отделение. На шестом этаже открыто отделение заместительной почечной терапии для пациентов, нуждающихся в процедуре гемодиализа.

На каждом этаже нового корпуса оборудованы удобные зоны ожидания для пациентов и сопровождающих, размещена понятная навигация, все пространства полностью соответствуют требованиям безбарьерной среды.

Борис ЕФИМОВ.  
МИА Сити!

На 79-м году жизни скончался выдающийся российский иммунолог, научный руководитель Института иммунологии ФМБА России, заведующий кафедрой клинической аллергологии и иммунологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, академик РАН



Рахим ХАЙТОВ.

Рахим Мусаевич окончил Самаркандский государственный медицинский институт им. И.П.Павлова в 1967 г. В 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Особенности заживления переломов костей в условиях длительного воздействия на организм ионизирующей радиации и пути стимуляции мозолеобразования», а в 1972-м – докторскую «Экспериментальный анализ практических значимых проблем трансплантации кровяных тканей облучённым реципиентам». В 28 лет он стал самым молодым доктором медицинских наук в Советском Союзе.

В 1983 г. был назначен заместителем директора вновь образованного Института иммунологии, а в 1988 г. возглавил его, продолжая заведовать отделом физиологии и генетики иммунной системы. В 2014 г. стал научным руководителем института. С 2005 г. также возглавлял кафедру клинической аллергологии и иммунологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Р.Хайтов был президентом Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, экспертом Всемирной организации здравоохранения по проблемам иммунологии. Входил в состав Совета при Президенте РФ по науке, технологиям и образованию, а также в научный совет Минздрава. Был лауреатом Государственной премии Российской Федерации, дважды лауреатом премии Правительства РФ, заслуженным деятелем науки РФ.

В 1991 г. Рахим Мусаевич был избран членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук, в 1997 г. – академиком Российской академии медицинских наук. С 2006 г. – академик Российской академии наук по отделению биологических наук (физиология иммунной системы). Автор более 1000 публикаций, 43 монографий, 20 учебников, более 50 авторских свидетельств и патентов. Под его руководством были выполнены и защищены 69 кандидатских и 38 докторских диссертаций.

Редакция «МГ» выражает глубокие соболезнования родным и близким покойного.



За последние две недели Россия стала самой подсанкционной страной в мире, обогнав Исламскую Республику Иран и Корейскую Народно-Демократическую Республику. Однако жёсткие экономические санкции, введённые США и Европейским союзом, не распространяются на фармацевтический рынок.

По мнению вице-президента Общества специалистов доказательной медицины, профессора Высшей школы экономики, доктора медицинских наук Василия Власова, невозможно точно ответить на вопрос о влиянии новых санкций на систему отечественного здравоохранения. Мы не знаем, как долго продлятся финансовые транспортные и прочие ограничения и какими они будут. В какой степени и на каких условиях поставщики будут импортировать медицинские изделия и лекарственные средства? Предпринятые правительством шаги профессор считает неадекватными или несерьёзными. Например, запрет на вывоз медицинских изделий не даст никакого эффекта. Прекращение выплат держателям патентов на принудительно лицензированные препараты также бессмысленно: эти выплаты очень невелики, а вот компании-держатели патентов могут прекратить поставки под предлогом трудностей транспортировки: «Российский рынок ни для одного производителя не является решающим». Кроме того, наша фарминдустрия сильно зависит от импорта лекарственных субстанций, доставка которых может быть затруднена. В связи с падением курса рубля в разы подорожают импортные расходные материалы. Всё это приведёт к увеличению стоимости медицинской помощи. «Конечно, здравоохранение будет приспосабливаться. Я бы назвал этот процесс деградирующей адаптацией», – сказал В.Власов. В этой связи он предлагает вспомнить поздний советский период, когда хирурги использовали в качестве катетеров кембрик (поливинилхлоридную изоляцию проводов), полиэтиленовые пакеты для герметизации повязок, и изготавливали клапаны из резиновых перчаток. «Стоимость платной медицинской помощи к концу года удвоится», – прогнозирует он.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв утверждает, что все зарубежные производители лекарств подтвердили своё желание продолжать деятельность в нашей стране: «Нет ни одного факта, чтобы, компании уходили с рынка». Например, компания Merck ответила «МГ», что продолжает свою деятельность: «В данный момент наши основные приоритеты – безопасность сотрудников и поддержка поставок дистрибуторам, обеспечивающим доступность препаратов для пациентов в России и странах СНГ. Мы делаем всё, что в наших силах, для того чтобы обеспечить непрерывную поставку медикаментов и продукции пациентам и клиентам».

В центре внимания

# Испытание на прочность

Как отразится растущая изоляция России на отечественном здравоохранении?



По словам Ю.Жулёва, сейчас система российского здравоохранения столкнулась с двумя основными проблемами. Во-первых, это логистика (вопросы доставки лекарств и медоборудования). Во-вторых, ценообразование в связи с падением курса рубля. В настоящее время правительство готовит постановление, позволяющее менять цену и устанавливать потолок жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Льготные лекарственные средства будут закупаться правительством по договорённости с компаниями, но отпускная цена на импортные препараты в аптеках неизбежно повысится. Однако, считает Ю.Жулёв, есть основания для осторожного оптимизма. Как показал 2014 г., курс валют вначале резко вырос, а через некоторое время снизился.

Как заявил председатель Межрегионального общественного движения «Движение против рака» Николай Дронов, перебои или отказы в поставках необходимых лекарств для онкологических больных не ожидаются. После реализации программы «Фарма 2020» зависимость российского рынка от иностранных препаратов существенно снизилась.

Компания Siemens Healthineers на вопрос «МГ» о возможном влиянии новых санкций отреагировала следующим образом: «Мы надеемся, что сможем и дальше оказывать медицинским работникам и их пациентам необходимую поддержку. Гуманитарная деятельность должна продолжаться даже в условиях санкций в соответствии со статьёй 25 Всеобщей декларации прав человека, которая включает право на медицинскую помощь. Хотя санкции не направлены непосредственно на бизнес в сфере здравоохранения, мы видим косвенное негативное влияние на наш бизнес. Введённые санкции и ограничения значительно сужают

логистические пути доставки. Это выражается в ограничениях по передвижению автомобильного и морского транспорта, а также невозможности использования на текущий момент прямого авиасообщения. Мы прорабатываем новые логистические схемы и маршруты поставок».

В пресс-службе компании Philips сообщили, что продолжают помогать российским лечебным учреждениям повышать уровень медицинского обслуживания: «Мы следим за развитием ситуации и будем корректировать наши планы по мере необходимости».

Управляющий партнёр компании DMG Владимир Гераскин сообщил, что на текущий период медицинская техника под санкционные ограничения не попала, но возможны проблемы в её обслуживании. Россия увеличит закупку медицинской техники в других государствах, прежде всего в Китае, а также предпримет усилия по производству собственных компьютерных и магнитно-резонансных томографов. Государство, по его мнению, сможет сдержать рост цен на медикаменты путём расширения программ бесплатного лекарственного обеспечения за счёт увеличения расходной части государственного бюджета. Рост стоимости медуслуг, по мнению эксперта, произойдёт в закупках. Он также прогнозирует, что цены на медицинские инструменты, материалы, имплантаты и т.д. могут вырасти на 20-30%.

Руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбекова отметила, что у нас на расходные материалы и медицинские изделия ежегодно расходуется около 300 млрд руб., примерно две трети их них – зарубежного производства. Лекарственное обеспечение обходится бюджету ежегодно в 500 млрд руб., примерно половину составляет

импорт. По причине роста курса валют эти расходы возрастут.

Однако иностранные партнёры вряд ли откажутся от реализации своей продукции в России, считает директор по развитию компании RNS Pharma Николай Беспалов. По его мнению, ситуация может пойти по разным сценариям: самый негативный – 95–98% закупаемых сегодня импортных препаратов будут заменены на аналогичные. Около 75% всех поставок лекарственных средств и др. (вспомогательные вещества, упаковочный материал и т.д.) осуществляют Китай и Индия. При этом эту долю можно быстро увеличить до 90-95%, обнадеживает эксперт.

Проблемы, на его взгляд, могут быть со сложной техникой, например, с аппаратами МРТ. «Что касается послепродажного сервиса и технической поддержки пользователей продукции иностранных компаний в случае их ухода с российского рынка, то при самом негативном раскладе придётся также обращаться к специалистам из третьих стран, либо придумливать какие-то схемы по взаимодействию через посредников», – отметил Н.Беспалов.

Генеральный директор АО «Генериум» Дмитрий Кудлай заявил, что источники различного сырья, реагентов и реактивов будут для нас перекрыты на неопределённый период времени. Но, по его словам, всё не так плохо, пока Юго-Восточная Азия и Ближний Восток продолжают функционировать на нашем рынке.

Что касается работы частных клиник, здесь тоже наблюдается относительная стабильность. Как отметил директор департамента управления системой снабжения ГК «Медси» Кирилл Попов, перебоев в поставках лекарств в феврале и начале марта не произошло, но задержки, вызванные ограничением авиасообщения и сезонным увеличением длительности маршрутов морских перевозок, присутствуют. Он заявил, что прогнозировать изменение цены импортных лекарств сейчас сложно, но компания уже ведёт переговоры с ключевыми партнёрами, чтобы «частично сдержать инфляционные составляющие стоимости». Директор по коммерческой деятельности и маркетингу компании Алла Канунникова отметила, что по ряду направлений возможна корректировка стоимости услуг до 20% в случае изменений прайса по импортным медицинским материалам, но стоимость приёма меняться не будет.

Оптимистично настроены и специалисты лабораторной диагностики. В крупнейших лабораториях – «Гемотест» и «Хеликс» – сообщили, что не испытывают

проблем с поставками и работают в штатном режиме. С учётом ограничения авиаперелётов продукция европейских поставщиков будет завозиться автотранспортом. В «Гемотесте» также не ожидают критичных изменений в ценах и объёмах поставок. Зависимость компании от иностранных производителей – менее 10%.

«Мы располагаем всем необходимым, чтобы продолжать работу в штатном режиме. В данный момент изменений в договорённости нет. В сложившейся ситуации не видим рисков для обслуживания иностранной медицинской техники. Компания использует новое и надёжное высокотехнологичное оборудование и имеет собственную сервисную службу», – уточнила коммерческий директор «Гемотеста» Светлана Василенко. Она заверила, что компания будет максимально сдерживать рост цен на услуги. По имеющимся расчётам, при росте курса доллара на 30% стоимость услуг может подорожать на 2-3%.

Эксперты также опасаются снижения квалификации медицинских работников. Как считает В.Власов, у нас и так происходит деградация медицинского образования: отменена обязательная ординатура, сокращены сроки подготовки медсестёр. По данным Высшей школы экономики, в стране увеличивается число специалистов гуманитарного профиля и снижается число инженеров и врачей.

Международная изоляция российских медиков ускорит процесс их деградации. Ассоциация медицинского образования в Европе – AMOE (The Association for Medical Education in Europe) исключила из своего состава российских и белорусских специалистов из-за событий на Украине. Как сообщил генеральный секретарь Российского общества специалистов медицинского образования и генеральный представитель AMOE Залим Балкизов, ассоциация намерена закрыть свой центр в Сеченовском университете и отказать исследователям из России и Белоруссии в регистрации и подаче тезисов на предстоящие конференции. «Антироссийская истерия достигла даже сферы медицинского образования», – констатировал он.

По мнению З.Балкизова, систему подготовки специалистов неизбежно ждут ограничения доступа к технологиям и медицинским учебным пособиям, снижение числа иностранных учащихся, сложности с привлечением иностранных преподавателей и академического обмена.

**Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.**  
Москва.

## Решения

В Свердловской области будет создан своеобразный «генетический паспорт» населения. Там стартовал проект по выявлению генетически детерминированных заболеваний, снижающих качество и продолжительность жизни.

В работе примут участие крупнейшие клиники Среднего Урала: клинично-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка», Свердловский областной онкологический диспансер, а также Институт медицинских клеточных технологий.

Разработчики проекта впервые включили в панель исследования

## Генетический паспорт области

более 50 генов, провоцирующих различные заболевания, которые можно предотвратить на раннем этапе, скорректировать их тяжёлые последствия и улучшить качество жизни. В список, среди прочих, вошли спинальная мышечная атрофия (СМА), муковисцидоз, наследственные болезни обмена веществ, злокачественные новообразования.

Свердловский онкодиспансер уже начал приглашать на тестирование родственников пациенток,

онкологическое заболевание у которых спровоцировала мутация в гене BRCA. Подобная генетическая аномалия вдвое повышает риск развития опухолей молочной железы и яичников. Поэтому дети, сестры и родители заболевшей приглашаются пройти «предупреждающее» генетическое тестирование, по результатам которого формируется индивидуальный график профилактических осмотров, позволяющий вести долговременный мониторинг состояния организма.

В клинично-диагностическом центре «Охрана здоровья матери и ребёнка» планируют проводить генетические исследования будущих родителей: при обнаружении одинаковых мутаций, ассоциированных с тяжёлыми заболеваниями, становится возможным выбрать оптимальный алгоритм планирования беременности, дородовой диагностики, либо максимально раннего, досимптоматического лечения рождённого ребёнка.

«Обычно задачу выявления хромосомной патологии у плода на ранних сроках выполняет пренатальный скрининг. Новый подход значительно увеличивает шансы заподозрить болезнь заблаговременно, ещё на этапе подготовки пары к зачатию», – говорит главный врач центра «Охрана здоровья матери и ребёнка» Елена Николаева.

В течение 3 лет реализации проекта в клиниках планируется провести более 6 тыс. генетических исследований. Все обследования для жителей области будут проводиться бесплатно за счёт бюджета региона.

**Алёна ЮРОЧКИНА.**  
Екатеринбург.



**В неотложной хирургии мало споров по ключевым вопросам. Как срочно необходимо выполнять оперативное вмешательство в конкретной клинической ситуации? Какую хирургическую технологию использовать? И главное – обоснован ли в данном случае хирургический подход вообще? Речь идёт о панкреонекрозе, острой кишечной спайчной непроходимости, кровоточащей язве желудка, аппендиците и других экстренных абдоминальных нозологиях.**

### Ментальная модернизация буксует

В России хирургическое сообщество расходится во мнениях, пытаясь ответить на перечисленные выше вопросы. За рубежом, где примат клинических рекомендаций (гайдлайнов) над личным мнением хирурга неоспорим, в профессиональной среде тоже периодически возникают дискуссии. Только там результаты дискуссий становятся изменениями и дополнениями в европейских и американских гайдлайнах, у нас – разные подходы, практикуемые в разных стационарах и более того в разных регионах.

В качестве доказательства – статистика применения малоинвазивных технологий в экстренной хирургии по федеральным округам. Доля лапароскопических операций при аппендэктомии в целом по РФ составляет 21%, при этом в Москве – почти 90%, в Северо-Западном федеральном округе – 45%, а в Северо-Кавказском – всего 10%. При остром холецистите ситуация ненамного лучше: доля лапароскопической холецистэктомии в среднем по РФ почти 63%, в передовиках снова Москва – 96%, а в отстающих – Дальневосточный федеральный округ, где лишь 39% операций выполняются малоинвазивно.

По доле малоинвазивных вмешательств в общем объёме экстренных операций мы сильно уступаем нашим зарубежным коллегам. За 10 лет, начиная с 2011 г., в России проведена масштабная техническая модернизация хирургической службы, а также ментальная модернизация – появились новые формы обучения специалистов, разработаны национальные клинические рекомендации. Казалось бы, на этом фоне изменения хирургической тактики должны быть неизбежны. И где-то они действительно происходят, а где-то, к сожалению, нет. К необходимым изменениям я отношу не просто увеличение количества малоинвазивных вмешательств, а использование дифференцированных диагностических алгоритмов, то есть поэтапный переход от неинвазивного лечения и малотравматичных вмешательств к широкой лапаротомии, – обозначил проблему заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН **Александр САЖИН**, обращаясь к коллегам с трибуны съезда хирургов России осенью 2021 г.

Он предложил профессиональному сообществу серьёзно задуматься и оценить реальность, заблуждения и ожидания в области неотложной хирургии. Совершенно очевидно, что разговор, начатый тогда, должен быть продолжен ввиду особой важности обозначенных профессором проблем и задач.

### Не оперировал – значит не лечил?

Одна из задач, требующих решения, – внедрение концепции неоперативного лечения, которую по-другому называют неоперативным менеджментом (НОМ) в экстренной хирургии. НОМ подразумевает активную диагностическую тактику (неоднократное выполнение УЗИ, КТ, ангиографии, эндоскопии в динамическом наблюдении больного), использова-

ние оптимальной лекарственной терапии и поэтапное лечение вплоть до отказа от хирургического вмешательства при неотложной хирургической патологии. Во многих случаях показатели осложнений и летальности при таком подходе значительно ниже.

– Для российской медицины неоперативный менеджмент – новое направление, и с огромной долей вероятности будет внедряться с

рургии, следование национальным клиническим рекомендациям по лечению острого аппендицита подтвердили всего 41% хирургов, хотя знают об их существовании 87% специалистов. Трудно сказать, какая из этих двух странностей вызывает недоумение в большей степени: то, что свыше половины российских хирургов предпочитают игнорировать НКР и работают так, как сами считают

по мнению моего собеседника, не менее актуальна, чем применение клинических рекомендаций во врачебной практике.

– Мы нередко слышим высказывания наших коллег, будто российские клинические рекомендации – не что иное, как построчный перевод зарубежных гайдлайнов. Хорошо это или плохо на самом деле? Однозначного ответа нет, и вот почему. К сожалению, в

показателями мировой литературы, и об этом А.Сажин тоже предлагает задуматься коллегиально. Он напоминает, что хирургическая активность напрямую связана с летальностью, эта корреляция давно математически посчитана и не является секретом. Тем не менее, никаких сдвигов в сторону отказа от большой хирургической активности в нашей хирургической службе не происходит.

### Авторитетное мнение

# Оперировать не надо ждать: где поставить запятую?

## В тактике при экстренной хирургической патологии не всё однозначно



трудом, преодолевая сопротивление сложившихся объективных и субъективных условий и обстоятельств. С одной стороны, многие десятилетия наши учителя формировали у нас убеждение в том, что пациента с острой хирургической патологией необходимо оперировать, причём, как можно скорее. С другой стороны, именно скорость, с которой врачи начинают готовить больного к операции и оперировать, лежит в основе оценки качества оказания медицинской помощи. Исходя из этого, попытка хирурга следовать концепции неоперативного лечения, даже если это было единственно верным решением в данной клинической ситуации, может быть расценена страховыми компаниями, контролирующими и следственными органами как бездействие, – говорит А.Сажин.

Неинвазивное лечение острых хирургических заболеваний или отложенное во времени оперативное вмешательство при экстренной патологии – разве такое мыслимо в принципе? Оказывается, не просто мыслимо, но и широко практикуется с хорошими результатами. Только не в нашей стране.

В российской хирургической службе неоперативное ведение определённых категорий пациентов и поэтапный подход практикуются явно слабовато, несмотря на достаточное количество и ассортимент диагностической техники в регионах и даже несмотря на то, что возможность следования НОМ уже легитимизирована – она предусмотрена в ряде отечественных клинических рекомендаций по лечению экстренной хирургической патологии. Как подчёркивает профессор, неоперативное лечение не просто допускается, но даже рекомендовано в отношении неопухолевой острой кишечной непроходимости, травмы паренхиматозных органов, забрюшинных гематом, при послеоперационных осложнениях.

### «Сами с усами»

И вот тут самое интересное: а в курсе ли врачи о том, что написано в российских национальных клинических рекомендациях (НКР)? Согласно данным анкетирования, которое проводило Российское общество эндоскопической хи-

рургии, следование национальным клиническим рекомендациям по лечению острого аппендицита подтвердили всего 41% хирургов, хотя знают об их существовании 87% специалистов. Трудно сказать, какая из этих двух странностей вызывает недоумение в большей степени: то, что свыше половины российских хирургов предпочитают игнорировать НКР и работают так, как сами считают

нужным, или что 13% профессионалов в принципе не знают о существовании клинических рекомендаций?!

В то время как за рубежом работать по гайдлайнам давно является обязанностью врача, российские медики по-прежнему предпочитают опираться на личный опыт или на авторитет отдельных научных школ. И это – вторая системная проблема хирургической службы, которая, по мнению Александра Вячеславовича, требует коллегиального осмысления.

Например, в России до сих пор очень широко используется ранняя хирургическая тактика при панкреонекрозе, как правило, малоинвазивные операции. Но во всём мире в гайдлайнах сказано, что это должна быть отсроченная процедура, следует затягивать время хирургического вмешательства и максимально использовать возможности консервативного лечения. Любая ранняя хирургическая процедура ухудшает течение этого заболевания.

– Во всём мире это принято к сведению. У нас, к сожалению, нет. Наши специалисты говорят: «Мы основываемся на собственном опыте, нас не интересуют зарубежные исследования». Многие хирурги ошибочно считают, что личный опыт – главное доказательство твоей правоты. Хотя на самом деле собственный опыт имеет как раз самую низкую степень доказательности, с точки зрения доказательной медицины, – продолжает специалист.

Между тем, именно на личном опыте строятся отечественные хирургические школы и пишутся учебники. Да, научно-медицинские школы всегда были предметом нашей гордости, именно они становились точками развития российской медицины. Однако пришло время, когда необходимо перейти от конкуренции и автономии к объединению, создавать общие, обязательные для всех хирургов клинические рекомендации. Это залог обеспечения не только качества медицинской помощи, но и юридической безопасности врача. Принцип «сами с усами» нынче дорого обходится специалисту, работающему в системе здравоохранения.

Не будем забывать, что ещё в 2018 г. федеральным законом НКР возведены в ранг документа, обязательного к исполнению. Данное обстоятельство означает, что действия врача вне НКР – фактически нарушение закона и повод для уголовного преследования. И наоборот – именно следование клиническим рекомендациям, утверждённым Минздравом России, способно оправдать доктора в суде.

### Импорт доказательств

Как известно, в клинические рекомендации включаются только положения, основанные на доказательствах. Но в том-то и дело, что у нас отсутствует собственная доказательная база. И эта проблема, сопровождающая разработку НКР,

России практически не проводятся собственные клинические исследования в области хирургии, поэтому большинство положений, включаемых в НКР, действительно основаны на выводах доказательных исследований, которые приходят из-за рубежа. В то же время у нас нет оснований не доверять результатам зарубежных исследований, поскольку анатомических и физиологических различий между населением России, Европы и США не существует. Тем не менее, нам надо сделать всё возможное, чтобы серьёзные научно-клинические исследования в области неотложной хирургии проводились и в нашей стране тоже, – убеждён А.Сажин.

В этом случае российские научные данные окажутся включены в международные базы для мета-анализа, и наши специалисты перестанут заниматься вынужденным реерейтингом, а будут истинными разработчиками НКР.

### Цифры обманчивы

Говоря о реальности, заблуждениях и ожиданиях в области неотложной хирургии, нельзя не коснуться пресловутой статистики.

О том, что цифры обманчивы, хорошо высказался в своё время Марк Твен, перечислив три вида неправды: ложь, наглая ложь и статистика. Как бы печально это ни было, медицинская статистика тоже зачастую доверия не вызывает, и вполне обоснованно. Существенный системный дефект отечественного здравоохранения вообще и хирургической службы в частности – отсутствие регистров заболеваний, неоднозначность цифр по летальности и смертности.

– В России послеоперационная летальность в неотложной хирургии в целом составляет 3,5%. В сравнении с показателями в Европе, Японии и США наша страна выглядит намного лучше: по ряду острых хирургических заболеваний мы имеем вдвое, а то и втрое меньше неблагоприятных исходов. Что же нас смущает в такой, казалось бы, красивой статистике в нашу пользу? То, что мы не можем ей доверять в полной мере, как бы привлекательны ни были цифры. В частности, из-за особенностей формирования отечественной статистики: например, пациент, имеющий кровоточащую язву и инфаркт миокарда, заносится в статотчётность как умерший от инфаркта. Кроме того, у нас нет регистров по заболеваниям, данные собираются из разных источников по крупицам. Мало того, что за недостоверную статистику никто не несёт ответственности, так искажённая информация ещё и влияет на хирургическую тактику и профилактику осложнений, вот в чём главная беда. Зачем мы это делаем, не является ли это самообманом? – задаёт риторический вопрос А.Сажин.

Ещё немного о цифрах, правда, теперь уже завязанных на деньги. Российский показатель хирургической активности не соотносится с

– Мы до сих пор считаем, что, чем этот показатель выше, тем лучше. И такая уверенность основывается вовсе не на клинических наблюдениях, она продиктована исключительно медико-экономическими стандартами и тарифами на разные виды медицинской помощи. Именно МЭСы и тарифы стимулируют клинику к тому, чтобы зарабатывать деньги хирургией, в том числе неотложной. Другая сторона вопроса – послеоперационные осложнения и летальность в экстренной хирургии – остаётся без внимания. Это коренная ошибка, требующая немедленного исправления, – настаивает Александр Вячеславович.

Врач попадает в финансово-нравственную ловушку: если выполнить какую-то хирургическую манипуляцию, то данный случай оказания медицинской помощи будет оплачен больнице существенно выше. Станет ли при этом лучше пациенту – большой вопрос. Зачастую необходимо и возможно применить более тонкие и более сложные лечебные алгоритмы в интересах пациента, то есть оставить его без операции в случае, когда это допустимо, и таким образом облегчить течение заболевания.

### Забывать о догмах

Итак, каковы ожидания, связанные с неотложной хирургией? А.Сажин обозначил условия улучшения качества хирургической помощи пациентам с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Первое – повышение роли НКР. Медицина должна основываться на доказательствах, иное – неверно. Личный опыт врача не может и не должен быть определяющим фактором при выборе тактики лечения пациента.

Второе условие – достоверная статистика. Не может не быть где-то системной ошибки, если статистика послеоперационной летальности между двумя регионами в одном федеральном округе различается в 36 раз! Также необходимы единый регистр хирургических заболеваний и единая база данных об умерших пациентах, в том числе от сопутствующей патологии.

– Слабые звенья неотложной хирургии – это плохие знания и сохраняющиеся догмы. Подчеркну ещё раз: все современные хирургические оценочные шкалы подразумевают вдумчивое и индивидуальное отношение к выбору тактики ведения пациента: надо ли его оперировать в принципе, и если да, то открытым доступом или эндоскопически при наличии тех или иных сопутствующих заболеваний. Искусство хирурга заключается не в мастерстве владения оперативными технологиями, а во вдумчивом и ответственном применении диагностических алгоритмов при выборе подхода к лечению, – убеждён А.Сажин.

**Елена БУШ,**  
обозреватель «МГ».



**Приволжский исследовательский медицинский университет (Нижний Новгород).** Студенты вуза с февраля получили возможность обучаться по онкологии, химиотерапии и диагностике рака на базе учебного центра клиники «МЕДИС». Ректорат университета заключил соглашение о создании нового учебного центра на базе клинического медицинского центра «МЕДИС». Это первый центр вуза в негосударственной клинике. Студенты и ординаторы университета на кафедре онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики получили возможность проходить там обучение.

По словам генерального директора медицинского центра Юлии Саловой, учебный центр рассчитан на одновременное обучение 100 человек. На первой лекции с вступительным словом перед студентами выступила главный врач клиники «МЕДИС» Юлия Загайнова. Она рассказала о том, какие нормативные акты и документы должны знать и соблюдать будущие врачи, отдельно упомянув про организацию маршрутизации пациентов.

Лекцию по основам химиотерапии прочитала онколог-маммолог, химиотерапевт, кандидат медицинских наук Виктория Новикова. Студенты, ординаторы, будущие врачи не только получили много практической и актуальной информации, но и смогли задать интересующие вопросы.

Клинический медицинский центр «МЕДИС» специализируется на лечении онкобольных пациентов, в том числе по программе ОМС. Коллектив медцентра имеет большой опыт работы с онкологическими пациентами в дневном стационаре, который оснащен 20 койками. В этом году «МЕДИС» в рамках программы государственных гарантий получил 935 случаев по лечению онкологических пациентов, в дневном стационаре по химиотерапии.

Помимо этого здесь ведётся работа по онконастороженности. Цель такой профилактической работы – выявить онкологическое заболевание на ранней стадии. Также в клинике организован приём онкологов-хирургов. Они занимаются удалением новообразований, невусов, берут пункцию из молочных желёз и щитовидной железы для проведения исследования появив-

В медицинских вузах страны

# Учёба в клинике — шаги в профессию



шегося злокачественного или доброкачественного образования. Лабораторные исследования материала из биопсии проводятся в университете.

**Казанский государственный медицинский университет.** Вуз получил грант Университета Иннополис на выполнение работ по актуализации рекомендуемых к тиражированию основных образовательных программ высшего образования с цифровой составляющей для профессий приоритетной отрасли «Здравоохранение» по специальности «Медицино-профилактическое дело». Координатором актуализации основной профессиональной образовательной программы является кафедра гигиены, медицины труда в качестве выпускающей кафедры медико-профилактического факультета.

В реализации проекта также принимают участие кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, эпидемиологии и доказательной медицины, микробиологии им. В.М.Аристовского, медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой.

С марта началось обучение по программам повышения квалификации, направленным на формирование цифровых компетенций в области применения современных образовательных технологий, а также сквозных цифровых технологий, востребованных в приоритетных отраслях экономики, для педагогических работников КГМУ, осуществляющих преподавание по программам специалитета «Медицино-профилактическое дело» в рамках гранта Университета Иннополис.

**Смоленский государственный медицинский университет.** С целью упрочения позиции в международном научном сообществе, активизации международной активности университета, обмена научным и образовательным опытом международным управлением вуза была инициирована разработка международного междисциплинарного проекта «Лаборатория «Здоровое сердце». В университете были организованы несколько онлайн-совещаний международной рабочей группы, включающей представителей СГМУ, университетов Казахстана, Узбекистана и Белоруссии.

Обсуждался опыт всех участников проекта – и, прежде всего, в

области кардиологических заболеваний и их связи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Руководителями международного проекта со стороны СГМУ стали доктор медицинских наук профессор Валентина Царёва и доктор фармакологических наук профессор Анна Крикова. Сформирована рабочая группа студентов и молодых учёных, которая приступила к участию в научных мероприятиях проекта.

К участию в проекте привлечены студенты и ординаторы, имеющие высокий уровень владения английским языком, для последующего представления полученной научной информации и результатов исследования на международных конференциях и конгрессах.

**Амурская государственная медицинская академия.** Во время производственной практики по получению первичных профессиональных умений и навыков на должности медицинского персонала в условиях распространения новой коронавирусной инфекции для студентов 1-го курса лечебного факультета академии была организована конференция на тему «Медицинская этика и деонтология. Соблюдение принципов медицинской этики в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Организаторы конференции – сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней профессор Ираида Меньшикова, доцент Елена Магальяс, ассистент Ирина Скляр.

В конференции активно участвовали сами студенты. Они подготовили и представили доклады по теме конференции: «Об исторических аспектах медицинской этики и деонтологии», «Морально-этические проблемы медицины в условиях новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», «О соблюдении деонтологических принципов при общении с онкологическими больными», «Деонтология

младшего и среднего медицинского персонала», «Деонтология в общении медицинской сестры и врача, медицинского персонала и пациентов, их родственников».

Выступающие подчёркивали необходимость соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии в коллективе лечебно-профилактического учреждения, при общении с пациентами и их родственниками, особенно в условиях пандемии (COVID-19).

**Астраханский государственный медицинский университет.** В Министерстве здравоохранения Астраханской области состоялась онлайн-встреча представителей ВОЗ с руководством университета и протитуберкулёзной службы региона.

С анализом текущей ситуации по туберкулёзу выступили представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович и главный врач областного клинического противотуберкулёзного диспансера Мунир Сайфулин. Ими отмечены позитивные изменения в эпидемиологии туберкулёза на территории области, но, как подчеркнула М.Вуйнович, на достигнутом останавливаться нельзя.

В обсуждении темы противостояния туберкулёзу активное участие принял член Совета Федерации РФ Александр Башкин, депутат Государственной Думы РФ Леонид Огуль, главный специалист фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева, представитель Европейского регионального бюро ВОЗ Аскар Едильбаев.

Заведующая кафедрой фтизиатрии профессор Елена Стрельцова подчеркнула значительную роль в борьбе с туберкулёзом научных работ сотрудников кафедры фтизиатрии, важность инновационных подходов в диагностике и оценке течения туберкулёза, отметила широкое участие научно-исследовательского центра университета в научных разработках кафедры. Кстати, и М.Вуйнович, и и.о. министра здравоохранения региона Ольга Понынина отметили ведущую роль в работе по борьбе с туберкулёзом научных исследований, проводимых в вузе и на кафедре фтизиатрии и внедрённых в практику областного клинического противотуберкулёзного диспансера.

Подготовил  
Владимир КОРОЛЁВ,  
соб. корр. «МГ».

## Редкие патологии

**Накануне Дня орфанных заболеваний состоялась наша беседа с исполнительным директором Союза пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям Денисом БЕЛЯКОВЫМ о том, как меняется отношение к таким заболеваниям в целом, о достижениях и проблемах в обеспечении пациентов современными препаратами.**

**Хочется надеяться, что новые реалии нашей жизни внесут минимальные изменения в оказание медицинской помощи.**

**– Как меняется отношение к орфанным заболеваниям в стране и мире?**

– В последнее десятилетие им уделяется особое пристальное внимание. Сейчас трудно назвать их ущемлёнными, «сиротскими» – а именно так переводится слово «орфанные», да и редкими тоже: оказалось, что таких пациентов больше, чем с онкологией или с ВИЧ-инфекцией; они составляют порядка 7-10% от популяции земного шара.

Существует ряд редких заболеваний, где пациентов в России насчитывается несколько тысяч. Это гемофилия, муковисцидоз и спинальная мышечная атрофия (СМА). Остальных – от нескольких сотен до единиц.

А в целом в мире известно порядка 7 тыс. орфанных заболеваний, и с каждым годом открываются новые. Однако только для не-

# Не очень редкие и не всегда «сиротские» Но помощь пациентам получить иногда непросто

скольких сотен из них существует патогенетическое лечение.

**– Насколько врачи способны распознать эти заболевания?**

– Проблемой как для России, так и всего мира является то, что врачи мало знают об орфанных заболеваниях именно в силу редкой встречаемости каждого из них. Однако обучать врачей общей практики – крайне сложное и неблагодарное дело, потому что эти знания могут либо никогда не пригодиться, либо с годами забыться, не будучи востребованными, поскольку пациентов с данной патологией на практике так и не встретилось.

Поэтому у нас в стране редкими заболеваниями занимаются в основном в федеральных клиниках, через которые, во-первых, проходит большой поток пациентов и формируется экспертиза, и где, во-вторых, есть возможности для диагностики и лечения орфанных заболеваний.

Именно в федеральных клиниках формируются центры по орфанной патологии – в зависимости от специализации (пульмонология, гематология и т.п.).

**– Что можно сказать в целом о доступности препаратов для**

**«орфанных» пациентов у нас в стране?**

– В последнее время ситуация значительно улучшилась. В частности, у нас в стране произошли большие изменения в области законодательства.

Уже более 12 лет создана программа высокотратных нозологий, которая охватывает 17 заболеваний и куда постепенно добавляются новые. Сейчас она преимущественно состоит из редких заболеваний с патогенетической терапией, финансирование закупок таких препаратов осуществляется на федеральном уровне.

Дополнительно существуют региональная орфанная программа, с помощью которой пациенты по показаниям обеспечиваются лекарствами за счёт региональных бюджетов. В прошлом году начала работать программа фонда «Круг добра», благодаря которой уже сотни детей с орфанными заболеваниями получили необходимую помощь.

**– Какие основные проблемы, на ваш взгляд, остаются в терапии редких заболеваний и обеспечении пациентов препаратами?**

– В значительной мере проблемы были сняты благодаря федеральной и региональным программам по орфанным заболеваниям и инициативе по созданию фонда «Круг добра». Но нерешённые вопросы остаются. Это, прежде всего, помощь пациентам, заболевания которых не вошли в эти программы. Или заболевания, которые вошли в перечень «Круга добра», но финансирование лечения рассчитано только на детей, а страдающие ими взрослые, к сожалению, остались на региональных «плечах». Когда пациенту показана терапия, но при этом она не входит в эти программы, чаще всего получить её он может только на основании инвалидности 1-й и 2-й группы. Если инвалидности нет, единственный шанс – назначение лечения по жизненным показаниям. Но в большинстве регионов это практически не работает.

Такая вот законодательная коллизия: лечение показано, оно способно спасти жизнь и здоровье, но за государственный счёт получить его ты можешь, лишь когда инвалидируешься. А приобрести за собственные средства препараты стоимостью в несколько

миллионов, а то и десятков миллионов рублей для большинства пациентов нашей страны просто нереально.

При этом любое лечение, как известно, наиболее эффективно на ранних стадиях развития заболевания. После инвалидизации, к сожалению, можно ожидать значительно меньший прогресс в его лечении.

**– В этом случае что можно предпринять?**

– Это законодательная прореха. Приходится получать инвалидность по показаниям, а дальше добиваться терапии, что, опять же, нелегко. Нужно собрать пакет документов, иногда приходится обращаться в суды, на что тоже уходит много времени.

Мы, как общественная организация, конечно, помогаем нашим пациентам. Приходится инициировать по 50-70 судебных процессов в год, преимущественно в связи с такими историями. Но, по крайней мере по закону, лечение всё-таки можно получить.

Беседу вела  
Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.



## Первопроходцы ОМС

Юбилей компании не случайно совпадает с 30-летием системы ОМС в Российской Федерации, ведь именно принятие в 1991 г. Закона о медицинском страховании послужило основанием для создания «МАКСа».

Уникальность ситуации заключалась в том, что большинство создателей компании ранее работали в структурах нынешнего Минатома (тогда – Минсредмаш) и весь имеющийся интеллектуальный потенциал как организаторов, так и врачей был направлен на построение технологии внедрения этого закона во имя защиты прав граждан страны на бесплатное качественное медицинское обеспечение. Необходимо учитывать, что реализация ОМС в 90-е годы начиналась с нуля в условиях жесточайшего финансового дефицита, базируясь лишь на опыте и энтузиазме «первопроходцев» и элементах зарубежных моделей.

Компания одной из первых получила лицензию на осуществление медицинского страхования. Ещё в 1992 г. мы разработали и внедрили новые подходы в системе добровольного медицинского страхования (ДМС) в лечебных учреждениях Минатома. А в 1993 г. компания участвовала в создании концепции обязательного медицинского страхования (ОМС) для Москвы. В то время мало кто представлял, что это такое и поэтому полученный нами опыт пригодился в разработке программы ОМС, нормативных документов, порядка введения лечебных учреждений в эту систему.

Введение в действие первого Закона о медицинском страховании граждан в РФ внесло в систему здравоохранения элементы рыночных отношений: договорные отношения участников и субъектов ОМС; переход от бюджетного финансирования медицинских учреждений по сетевому принципу к ценовому принципу оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, тарифы и тарифное регулирование при разных способах оплаты медицинских услуг. Законом было закреплено введение в прямые отношения «врач – пациент» независимого третьего лица – страховщика, который призван выполнять роль информированного покупателя медицинских услуг для своих застрахованных, осуществлять вневедомственный контроль объёмов и качества оказанной медицинской помощи, вести персонализированный учёт застрахованных, медицинских услуг и расходов на их оплату, развитие информационных ресурсов систем здравоохранения и ОМС. Изменение системы и принципов планирования объёмных и финансовых показателей медицинской деятельности – переход к планированию объёмных и финансовых нормативов на численность населения и его потребности в отдельных видах медицинской помощи.

Наша компания на протяжении 18 лет успешно внедряла эти принципы, развивая и совершенствуя их в субъектах Российской Федерации – создала и установила в медицинских организациях собственный программный комплекс по учёту оказанных медицинских услуг, разработала и успешно применяла новейшие ме-

## Экспертный уровень

## Надежда МАРТЬЯНОВА:

## Наше кредо – надёжность и ответственность!



Надежда Васильевна принимала активное участие в создании технологичного обязательного и добровольного страхования в современной России. Регулярно признаётся одной из влиятельных женщин-руководителей страны. Её отличают глубокое знание дела как в области экономики, так и в стратегии развития страхования, целеустремлённость, принципиальность и честность в ведении бизнеса.

тологии проведения экспертных мероприятий. Были налажены тесные прямые связи со страхователями – администраторами субъектов РФ и работодателями: ведь страховые компании, владеющие полной информацией о структуре заболеваемости той или иной категории граждан, о качестве оказываемой медицинской помощи в конкретной медицинской организации, являлись бесценным источником для разработки и реализации концепции развития систем здравоохранения в регионах страны. Одной из первых в России компания создала круглосуточные консультативно-диспетчерские центры по вопросам ОМС с бесплатной для населения номером 8-800.

За эти годы «МАКС-М» стала не только признанным лидером в системе ОМС, но и первой страховой медицинской организацией в России, которая получила наивысший рейтинг надёжности и качества услуг в соответствии с методикой, разработанной рейтинговым агентством «Эксперт РА». И мы гордимся, что из года в год компания неизменно подтверждает этот статус.

В 2010 г. был принят Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который несомненно можно считать «шагом вперёд». Вместе с тем, был утрачен ряд позиций, которые, на мой взгляд,

являлись гарантом развития страховых принципов в системе ОМС: исключение из системы ОМС договоров страхования страховщика со страхователями, изменение статуса страховой компании – из страховщика мы превратились в участника системы ОМС.

При этом мы получили возможность напрямую взаимодействовать с каждым застрахованным гражданином, выдав ему лично полис ОМС и подтвердив нашу ответственность по защите его прав и интересов в системе ОМС.

## Сохраняя лидерство

За более чем 10-летний период, прошедший с момента принятия закона № 326-ФЗ, он дополнен существенными новациями: формирование службы страховых представителей в целях сопровождения застрахованных лиц на всех этапах получения медицинской помощи, информирование их о необходимости прохождения профосмотров и диспансеризации в рамках национальных проектов и т.д.

Принципы, заложенные основателями компании при её создании, а именно ответственность и обязательность при реализации нормативных документов, нацеленность на достижение наилучшего результата на благо каждого застрахованного, позволили компании и в условиях нового закона

В марте этого года исполняется 30 лет страховой группе «МАКС», в состав которой входит компания «МАКС-М» – один из крупных участников системы ОМС.

В преддверии юбилея её генеральный директор Надежда Мартыанова рассказала о том, какое место занимает обязательное медицинское страхование в деятельности СГ «МАКС».

сохранить лидирующее положение в отрасли.

Более 20 млн граждан Российской Федерации в 23 субъектах имеют полис ОМС «МАКС-М», при этом уже более 90% из них – полисы нового образца. Для удобства их обслуживания и сопровождения развёрнуто более тысячи офисов, в которых организованы в том числе и службы защиты прав застрахованных.

Более 3,5 тыс. заключённых договоров с медицинскими организациями позволяют осуществлять сопровождение застрахованного «МАКС-М» при получении медицинской помощи независимо от территории проживания.

Несомненно, вызовы с которыми в 2020-2021 гг. столкнулась наша система здравоохранения и большинство жителей страны, не обошли стороной и нас.

Как компания, у истоков которой стояли доктора, мы отчётливо осознаём масштаб самоотверженного труда всех медицинских работников страны в условиях пандемии COVID-19, их борьбы за наши жизни и здоровье. И конечно, в силу своих возможностей, мы стараемся их поддержать. Компания помогла оборудовать «красные зоны» дыхательной аппаратурой, кислородными системами. Для того, чтобы быт медперсонала, находящегося на передовой, был максимально комфортным, покупали бытовую технику, кровати...

Вместе с тем никто не снимал с нас обязанности по осуществлению контроля за качеством медицинской помощи, оказанной нашим застрахованным. Ведь не стоит забывать, что контрольно-экспертные мероприятия, которые страховые медицинские организации обязаны проводить, являются одним из работающих механизмов в системе защиты прав наших граждан, особенно в условиях пандемии.

И несмотря на сложность работы, наши врачи-эксперты, а их почти 3 тыс. человек, не только выполняли и продолжают выполнять обязательные объёмы экспертиз, но стараются найти время для обсуждения и регулирования их результатов с представителями медицинских организаций. Всегда следует помнить, что объём экспертиз и финансовых санкции по их результатам – это не самоцель. Цель компании была, есть и будет – повышение качества той медицинской помощи, на которую имеет право каждый житель страны.

Ещё одной важной задачей, которую решают сегодня

страховые медицинские организации, является информационное сопровождение застрахованных лиц.

Первый этап этой работы успешно реализован, третий год проводится массовое информирование жителей страны о профилактических мероприятиях. Необходимо отметить, что информирование – индивидуальное. Оно адресовано именно тому, кто в этом году имеет право на прохождение профосмотра, диспансеризации или находится на диспансерном наблюдении.

Человек получает СМС-сообщение или звонок оператора, или даже почтовую карточку с именованием приглашением на конкретный вид профилактического мероприятия, в какой медицинской организации его можно пройти, по какому телефону получить информацию. За три года почти 17 млн граждан получили такие приглашения.

Отработанная в предыдущие годы система позволила в 2021 г. проинформировать более 1,5 млн застрахованных «МАКС-М», переболевших COVID-19, о необходимости прохождения углублённой диспансеризации.

## Соответствовать требованиям времени

Объём данных, с которыми нам приходится работать, да и сама жизнь отчётливо дают понять, что без автоматизации процессов не может быть будущего ни у страховой отрасли, ни в остальных сферах деятельности человека.

Заданный тренд на цифровизацию ОМС полностью укладывается в необходимость соответствовать требованиям времени.

Если ранее СМО, территориальные фонды ОМС и медицинские учреждения использовали различные виды программного обеспечения, то сейчас путём его унификации идёт процесс объединения участников системы ОМС в единое информационное пространство.

Уже несколько важных шагов в этом направлении реализовано посредством включения и СМО, и ТФОМС, и медицинских организаций в единую ГИС ОМС. С её использованием осуществляется информирование о прохождении углублённой диспансеризации, консолидируется информация о проведённой экспертизе случаев заболевания COVID-19 с помощью чек-листов. Конечно, будущее за такими системами.

Загруженная в единое пространство информация о выданных направлениях на

госпитализацию, наличии свободных мест по конкретному профилю и другая необходимая информация, оперативное подтверждение факта госпитализации позволят полноценно сопровождать наших застрахованных на любом этапе обращения за медицинской помощью. А переход на полный электронный документооборот, в том числе и электронную медкарту, существенно снизит нагрузку на всех медицинских работников. Но для успешной реализации этой задачи необходима готовность не только страховых компаний, но и прежде всего медицинских организаций и органов управления здравоохранением.

Мы сейчас очень часто сталкиваемся с ситуациями, когда медицинская организация не готова к приёму приглашённых нами на профосмотр или диспансеризацию ни по кадровому обеспечению, ни по организации пациентопотоков. Не все медики ещё готовы к переходу на полный электронный документооборот.

Какие-то проблемы мы помогаем решать – обучаем кадры за свой счёт, покупаем оборудование. Но без совместных усилий с органами управления и фондами ОМС и скоординированных шагов невозможно успешно двигаться в этом направлении.

Ещё одно нововведение ожидает нас в наступившем году: каждый гражданин страны имеет право получить полис ОМС не только на бумажном носителе или в виде пластиковой карты, но и в цифровом формате в виде присвоенного кода. И вся информация об изменениях в персональных данных человека должна автоматически обновляться и учитываться в информационном пространстве.

Для этого должна быть создана единая информационная система, которая объединила бы не только МФЦ, страховые компании, ЗАГСы, МВД, но и другие структуры. Самое главное – медицинские организации, которые с помощью единой базы смогли бы идентифицировать как застрахованного, так и его страховую компанию. И здесь – мы только в самом начале пути.

Но, тем не менее, курс на цифровизацию задан, мы все понимаем, что, если задача поставлена – она должна быть решена.

## Подводим итоги и смотрим вперёд

Впереди у компании и у всей системы ОМС – новый этап развития, и очень важно не утратить тех позитивных наработок, которые могут быть взяты в основу совершенствования ОМС.

Главным итогом 30-летнего периода реализации ОМС в стране является то, что этот важнейший социальный проект состоялся.

Благодаря энергии, настойчивости, терпению, профессионализму энтузиастов. Вопреки консерватизму, сомнениям, лености, нежеланию что-либо менять в десятилетиями сложившихся отношениях многочисленных структур и отдельных лиц.

Я искренне убеждена в том, что в достигнутых результатах есть и заслуга страховой группы «МАКС», которая много лет занимает лидирующие позиции в сфере ОМС.



– Руслан Альбертович, в 2022 г. исполняется 30 лет системе ОМС. На ваш взгляд, было ли её создание своевременным? Организаторами здравоохранения не раз высказывалось мнение, что в кризисные времена бюджетная модель могла оказаться более эффективной...

– Согласитесь, всё относительно. Советское здравоохранение не имело практического опыта работы в других системах финансирования, кроме бюджетного содержания. Я был главным врачом ещё в начале восьмидесятых годов прошлого века и хорошо помню основные задачи руководителей больницы. Потратить бюджетные деньги, все деньги, до копейки, чтобы не было никакой кредиторской или дебиторской задолженности. Сдать на мелкооптовую базу тару (банки, различные коробки), сменить серебро с рентгеновской плёнки для повторной переработки и решить другие «хозяйственные» заботы.

Ну и какая тут экономика? Какие сокращения затрат? Какая эффективность и развитие бюджетной модели финансирования здравоохранения?

Всё это мы почувствовали только в новом хозяйственном механизме (НХМ) в 90-е годы. НХМ не зря называли экспериментом, и, когда пришла пора внедрять ОМС повсеместно, это было логичным продолжением перевода здравоохранения на экономические рельсы управления.

– Когда создавалась система ОМС, дискуссия шла о роли и месте страховых компаний. Как вы считаете, почему была выбрана всё-таки не совсем страховая модель? Удалось ли благодаря этому избежать серьёзных «подводных» камней для доступности медицинской помощи?

– В своё время, когда разрабатывались нормативные документы ОМС, много было сомнений о том, что писать, как писать. Нужны ли страховые компании. До сих пор задают вопрос про частные страховые компании... Как будто есть государственные структуры, которые готовы брать на себя риски подобного уровня. Поэтому решили не рисковать и сделали не обязательное медицинское страхование, а так называемую страховую медицину. Это вообще неологизм. Ну вот взяли и десятки лет уже разбираемся, есть тут риск страховое или нет, надо было или не надо идти по выбранной модели. Хотя надо признать, что отказ от рискованного страхования в полном объёме, действительно, помог избежать некоторых рисков при реализации закона. С другой стороны, это отступление породило другие серьёзные проблемы.

– Есть такое известное мнение, что система настолько эффективна, насколько хорошо управляется. На ваш взгляд, удаётся ли Минздраву России задавать параметры для работы системы ОМС или изменения часто про-

Наши интервью

# Куда несут ветры перемен?

## Система ОМС обеспечила стабильность финансирования медицинской помощи



исходят в запоздалом режиме?

– Ну во-первых, нужно понять, удалось ли 30 лет назад поставить такие условия для внедрения ОМС, которые были бы понятны всем участникам этого процесса тем, кто управляет, финансирует, контролирует, отвечает. Вот это, по-моему, до конца не получилось. Я помню, когда в 1992 г. в Свердловской области внедрялась система ОМС, то перед руководством отрасли встал вопрос, кому же доверить возглавить территориальный фонд? В конце концов остановились на двух предложениях: передать бразды правления врачу или искать претендентов из экономистов. После долгих споров и обсуждений мы решили, что всем этим должен заниматься экономист. Подобрали толкового специалиста, и он сумел быстро внедрить систему ОМС. А во многих регионах такого взаимопонимания достигнуто не было. Шли дискуссии, можно или нет дробить систему управления? Ведь там, где деньги – там и управление. Приходится констатировать, что работать по горизонтальной мы не умеем, «могём» только по вертикали. Если отдаём деньги в одну систему, а управление и ответственность в другую, то непременно возникнут проблемы.

И вот уже 30 лет мы решаем этот, на первый взгляд, простой вопрос. С одной стороны, есть фонд, где разрабатывают документы по ОМС. Они направляются в Минздрав России, который их согласовывает, а правительство утверждает.

С другой стороны – есть практическое здравоохранение. Зачастую руководители лечебных учреждений с трудом разбираются в правилах, по которым им придётся работать. Все, конечно, хотят получить чёткий документ, но создать его в силу множества причин совсем не просто. Мы очень надеемся, что с внедрением цифровизации выйдем на более высокий и чёткий уровень управления и реализации задач.

– Как вы оцениваете тарифы в системе ОМС? Можно ли утверждать, что они подталкивают лечебные учреждения внедрять наиболее перспективные методы диагностики и лечения?

– Именно так и должно быть. Новые технологии необходимо ввести в стандарт, при этом разработать тарифы, и вся эта работа должна вестись постоянно. Этап за этапом нужно смотреть, оценивать, хватает ли средств для внедрения новых технологий, не перешли ли больницы на рельсы технологической стагнации. Не стоит забывать, чтобы внедрить передовые методики, необходимы новые затраты, в том числе на обучение кадров. Поэтому надо очень серьёзно двигаться в этом направлении. Мне кажется, вот здесь мы недостаточно используем помощь страховых компаний, да и всей системы ОМС, где достигнуты хорошие результаты по анализу, оценке и перспективам развития отрасли.

– В одном из интервью «МГ» вы рассказывали, что первая ваша должность вне больницы –

Профессор Руслан ХАЛЬФИН с Урала. Окончил Свердловский государственный медицинский институт, прошёл путь от участкового педиатра до руководителя здравоохранения области, заместителя министра здравоохранения Российской Федерации. Длительное время работал в центральном аппарате Минздрава и Минздравсоцразвития России и всегда был в гуще медицинских событий. В числе других специалистов и руководителей отрасли активно занимался реформированием здравоохранения, внёс весомый вклад в разработку основных направлений его развития. Был одним из разработчиков Национального проекта «Здоровье». А ещё раньше, когда Руслан Альбертович был первым заместителем начальника Главного управления здравоохранения Свердловской области, ему было предложено заняться внедрением обязательного медицинского страхования в регионе. И он с энтузиазмом взялся за дело. Как и везде, новая система прижилась в территории с трудом. Но постепенно всё пришло в норму. ОМС сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, гарантия стабильного финансирования медицинской помощи. Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья россиян. О том, как шло формирование системы ОМС, успехах и сдерживающих причинах её эффективного развития беседа с руководителем Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета, президентом АО «МАКС-М» Р.Хальфиным.

первый заместитель начальника Главного управления здравоохранения Свердловской области. Вам предложено было заняться внедрением ОМС в регионе... «Внедрение ОМС в области проходило, как и везде, с трудом, – это ваш ответ на вопрос корреспондента. – Помню, как мы получили резолюцию о том, что детские учреждения решили остаться на бюджете. Главный врач одной из детских больниц Каменска-Уральского дал телеграмму Президенту РФ с просьбой спасти педиатрию от «страховой медицины». Но потом всё наладилось, и обновлённая больница неплохо заработала в новой системе». Как вы считаете, изменилось ли сегодня отношение врачебного сообщества к страховой медицине?

– Это наша большая головная боль. Тридцать лет мы мусолим эту тему: нужно ли страхование, правильно ли то, неправильно ли это... Вот такая политика – шаг вперёд, два шага назад – не даёт нам успешно развиваться. Чуть какая неудача – сразу всплывают предложения и первое, самое «конструктивное» – давайте закроем страховые компании, и сразу появится море денег вкупе с отличными показателями всего и вся. Но это же не так. Ведь мы работаем в рамках бюджета. А что это значит? Бюджета никогда не хватало и не будет хватать, если мы не научимся его рационально использовать. А это возможно только в рамках системы ОМС, а

никак уж не в бюджете, где всё происходит по принципу распределения: вот тебе кусок, вот – тебе. Я лично считаю, что годы страховой медицины зря не прошли – здравоохранение России очень активно внедряет новые технологии на основе медицинского страхования, успешно разрабатывая подходы и методы.

– На ваш взгляд, справляется ли страховая медицина с неизбежными трудностями, которые возникли из-за пандемии COVID-19?

– Если брать по гамбургскому счёту – то справляется. Ещё в начале борьбы с ковидом – в марте 2020 г. – в нашем институте, который находится в структуре Сеченовского университета, мы отработали и внедрили при участии АО «МАКС-М», новую программу для руководителей здравоохранения по борьбе с пандемией. Уже через неделю специалисты преподавали эту программу в Москве и Московской области, Курске и в итоге сейчас она успешно применяется и в Казахстане. Поэтому я считаю, что медицинское страхование, его резервные возможности, его потенциал, безусловно, помогут всему медицинскому сообществу нашей страны справиться с всевозможными форс-мажорными ситуациями. Рано бить в барабаны и запускать салюты по победе в борьбе с пандемией, но она не за горами.

– Хотелось бы услышать от профессора Р.Хальфина, опытного и известного организатора здравоохранения, какой должна быть экспертиза

качества медпомощи? Делаете ли вы ставку в этом процессе на цифровизацию контроля?

– Система ОМС вообще не может представлять собой какую-либо систему, если не использует компьютеризацию. Основные задачи в ОМС (кроме оплаты оказания медицинской помощи), это экспертиза качества, а её можно провести только с помощью цифровизации. Индивидуальные лицевые счета, реестры оказанных медицинских услуг – форм много разных, но задача одна – тратим деньги, индивидуально считаем кто сколько получил условных и финансовых единиц в виде медицинской помощи. Кто больше, кто меньше, по каким направлениям. Далее идёт анализ, поправки, делаем выводы и реализуем их. И всё это без цифровизации не представляется возможным. Банальные наши счёты использовались в древние времена, но сейчас всё поменялось, мы ведём бухгалтерию с помощью компьютеров, чтобы точно учитывать расходы и доходы.

– Почему вы уверены, что будущее российской медицины за страхованием?

– Потому, что бюджет, как таковой, не позволит всё точно посчитать для такой гигантской страны, как наша. Это требует тщательного анализа как здравоохранения, так и оказанной медицинской помощи. Страховая медицина может это точно, а в рамках бюджета – это всё будет проблематично в стиле «денег нет, но вы держитесь!» Время уже не то. Невозможно купить на всех ложки, вилки, табуретки, а в здравоохранении чего только не требуется... И все эти попытки централизовать, купить на всех, выгоднее, якобы, чтобы прокуратура не пришла, это всё расскажи и не более того. Нужно, образно говоря, развязать руки главным врачам, руководителям лечебных учреждений. Не бояться этого. И, естественно, усилить контроль за тем, куда уходят денежные средства – не на раритетную мебель и статусные автомобили, а на оказание пациентам высококвалифицированной помощи и на комфортное пребывание пациентов в больницах...

Возможности внедрять, контролировать, проводить комплексный анализ может дать только система. И она не альтернативна бюджету, она его дополняет – это система обязательного медицинского страхования. Без неё, конечно, можно обойтись, но для этого надо всё сломать. А ломать, как говорится, не строить.



**С 2016 г. в системе обязательного медицинского страхования работает институт страховых представителей, основная задача которого – содействовать защите прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи и обеспечивать их информационное сопровождение.**

Система страховых представителей изначально была выстроена во всех страховых медицинских организациях (СМО) как трёхуровневая по принципу «от общего – к частному, от простого – к сложному». И если структура этой важной службы на протяжении шести лет остаётся неизменной, то её содержание и формы работы пластичны, они постепенно трансформируются, отвечая, с одной стороны, потребностям системы ОМС и пациентов, а с другой – внешним вызовам.

На примере страховой медицинской компании «МАКС-М» хорошо видно, из чего складывается общая эффективность деятельности трёхуровневого института страховых представителей по защите прав пациентов. Но ещё более очевидно, какое значение имеет эта практика СМО для самой системы здравоохранения: если регулятор на федеральном уровне и руководители лечебных учреждений на местах не будут делать правильных выводов по итогам работы страховых представителей, то существенного прогресса в качестве медицинской помощи ожидать не следует. Как мудро сформулировали древние римляне, *progređi est regredi* (не идти вперёд – значит идти назад).

### Уровень первый: кадровая политика

Итак, для обеспечения прав застрахованных в «МАКС-М» работают 1120 страховых представителей трёх уровней. Коротко напомним их функционал. Специалисты первого уровня оказывают информационно-консультативные услуги. Специалисты второго уровня обеспечивают информационное сопровождение пациентов уже на этапах получения медицинской помощи. Наконец, специалисты третьего уровня – это врачи-эксперты, проводящие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества лечения.

Более 400 рабочих мест страховых представителей находятся непосредственно в учреждениях здравоохранения. А в 954 больницах и поликлиниках по всей стране установлены телефоны для прямой связи пациентов со страховыми представителями компании «МАКС-М», что позволяет человеку получить необходимую консультацию, находясь «в процессе» лечения.

По словам заместителя генерального директора страховой компании «МАКС-М» Татьяны Куликовой, здесь сразу сделали акцент на создании широкой сети страховых представителей первого уровня. Причём сети полифункциональной, чтобы пациенты имели возможность обратиться с вопросами как по телефону, так и очно, непосредственно в стенах лечебного учрежде-

ния или в территориальных представительствах страховой компании.

Первоначально компетенции страховых представителей первого уровня ограничивались консультациями о порядке выдачи страхового полиса и разъяснением, какие виды медицинской помощи положены гражданину бесплатно в системе ОМС. Однако со временем в «МАКС-М» расширили

компания складывается из репутаций всех её сотрудников и врачей-экспертов в первую очередь, – отмечает Т.Куликова.

### Уровень второй: не штрафом единым

В «МАКС-М» вообще в настоящее время активно развивают институт страховых представителей второго и третьего уровней, потому

практика показывает: страховые организации могут до бесконечности «проводить разъяснительную работу» или формулировать свои замечания письменно, однако наиболее результативный способ устранять и профилировать нарушения в организации и оказании медицинской помощи – это по итогам экспертизы применить штрафные санкции. В любой сфере экономики

даже в ситуации кадрового дефицита.

При этом идея обязать страховые компании заниматься организацией оказания медицинской помощи, регулировать потоки пациентов, чтобы обеспечить гарантированное получение пациентом необходимой ему помощи, у самих СМО вызывает искреннее удивление. Вавно как попытка сделать страховые компании ответ-

чал в ответах чаще всего. Что может сделать главный врач поликлиники, чтобы работающий человек пришёл на диспансеризацию? Желательно организовать отдельный вход в то крыло здания, где одновременно вели бы приём все специалисты и диагностические службы, предусмотренные программой диспансеризации. «Я прихожу, но меня там никто не ждёт», – слышать такие отзывы от застрахованных нашим страховым представителям приходится нередко, – говорит Т.Куликова.

Формирование высокого интереса населения к диспансеризации и вообще к профилактике заболеваний – задача, которую службе страховых представителей в одиночку не решить. Для её решения необходимо объединить усилия страховых компаний, медицинских организаций и органов управления здравоохранением. Это тем более важно, что пандемия коронавирусной инфекции внесла существенные коррективы в работу системы охраны здоровья. Сначала отрасль столкнулась с необходимостью временно приостановить оказание плановой медицинской помощи, в том числе реализацию профилактических программ. Затем очевидной стала необходимость обратного – организовать углублённую диспансеризацию лиц, переболевших COVID-19, а также их медицинскую реабилитацию.

В рамках задачи по цифровизации системы ОМС в 2021 г. страховые медицинские организации были включены в Государственную информационную систему ОМС (ГИС ОМС). Уже первый опыт работы в едином информационном пространстве показал, насколько правильной была эта идея. ГИС ОМС активно используется службой страховых представителей для информирования лиц, перенёвших COVID-19, о необходимости прохождения углублённой диспансеризации. За год с небольшим мы сообщили об этом более чем полтора миллионам наших застрахованных, – уточняет Т.Куликова.

Медицинские организации выкладывают в ГИС ОМС списки своих пациентов, которые подлежат углублённой диспансеризации после COVID-19. В свою очередь страховая компания «МАКС-М», ориентируясь на эти списки, информирует владельцев полисов, причём не абстрактно, а детально, в какой именно поликлинике и в какой день там ждут этого человека на углублённый медосмотр. Таким образом, создание единого информационного ресурса для систем здравоохранения и ОМС способно серьёзно помочь в повышении эффективности профилактических программ.

\* \* \*

Обобщая сказанное, подчеркнём: не противостояние, а сотрудничество должно быть в основе отношений системы здравоохранения со страховыми компаниями, потому что именно аналитика СМО позволяет делать правильные выводы о проблемных местах в организации оказания медицинской помощи и вносить точные коррективы в стратегию развития отрасли.

## Акценты

# Три уровня защиты

Как не превратить решение серьёзной задачи в формальность



их функционал: теперь во многих регионах страховые представители первого уровня могут, пользуясь информационными ресурсами, подсказать, к какой медицинской организации прикреплен данный пациент, и даже посмотреть возможность его ближайшей записи на приём к врачу.

В руководстве «МАКС-М» подчёркивают, насколько важен правильный отбор кандидатов на эту должность и последующее их обучение искусству эффективных коммуникаций. Ведь именно эти сотрудники первыми вступают во взаимодействие с владельцами полисов, от них зависит то, каким будет впечатление от страховой организации в целом.

На должность страховых представителей второго уровня в компании «МАКС-М» предпочитают брать человека с медицинским образованием. Также здесь организовали работу страховых представителей второго уровня в круглосуточном режиме: часто бывает, что пациент обращается за помощью к «своему» страховщику уже в момент получения медицинской помощи, в том числе экстренной, в ночное время.

Что касается страховых представителей третьего уровня, по словам Т.Куликовой, отбор претендентов ещё более строгий. Для «МАКС-М» принципиальное значение имеет не только опыт лечебной работы кандидата, но и уровень его врачебной квалификации. В компании не доверяют экспертную деятельность человеку, который сам, что называется, «не состоялся» как врач и решил сосредоточиться на поисках недостатков в работе бывших коллег.

По закону, вчерашний выпускник медицинского вуза, не отработавший по специальности пять и более лет, не может рассчитывать на должность врача-эксперта в страховой компании. Наши требования ещё строже: для «МАКС-М» имеет значение не только формальный стаж кандидата, но и каких профессиональных высот он достиг, будучи врачом. При приёме на работу в нашу компанию каждый соискатель проходит серьёзную проверку, в частности, мы хотим знать, нет ли негативных отзывов пациентов, коллег и руководителей об этом специалисте на предыдущем месте его службы. Репутация

что, во-первых, возрастает нагрузка на них, а во-вторых, уровень решаемых задач в контрольно-экспертных мероприятиях становится сложнее.

Страховые представители второго и третьего уровня – вновь принятые и уже опытные – проходят подготовку, а затем регулярное повышение квалификации в медицинских вузах по специальным программам. Важно отметить, что кроме курса экспертной деятельности, знания которого необходимы для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества лечения, с недавнего времени в обучающие программы страховых представителей третьего уровня включён раздел медиации – досудебного урегулирования спорных вопросов и конфликтов.

– Таким образом, нет никаких оснований предполагать, будто врачи-эксперты из страховых компаний, приходя в учреждения здравоохранения, заведомо нацелены на акцентирование конфликта в случае выявления серьёзных нарушений при оказании медицинской помощи. Сегодня у страховых компаний есть инструменты медиации, и лечебное учреждение при желании может воспользоваться такой возможностью, – говорит Т.Куликова.

Одновременно с этим остаётся в силе система штрафных санкций по итогам проведённых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества. Как бы болезненно ни реагировали лечебные учреждения,

самый действенный стимул – материальный.

– При этом я хочу подчеркнуть: страховая компания «МАКС-М» не ставит зависимость денежного вознаграждения штатных и внештатных врачей-экспертов от количества выявленных ими дефектов и сумм штрафов, которые они выписали. У нас никогда не было, нет и не будет плана по штрафам. Это принципиальная позиция нашей компании, – поясняет заместитель генерального директора.

И, наконец, самое главное. В руководстве компании «МАКС-М» убеждены, что с помощью одних только штрафов в отношении лечебных учреждений невозможно добиться существенного улучшения качества медицинской помощи и повышения её доступности. При существенном кадровом дефиците в отрасли до 40 и даже 50% в ряде субъектов РФ дефекты при оказании медицинской помощи высокочастотны.

В этой связи сводить роль СМО к надзорно-карательной было бы неверно. «Мы не противники – мы партнёры», – говорят страховщики, обращаясь ко всем остальным участникам системы охраны здоровья населения. Ведь по сути, экспертиза качества, которую проводят страховые компании, имеет целью не просто выявить ситуативные и системные нарушения в оказании медицинской помощи, а побудить организаторов здравоохранения принять меры к тому, чтобы не допускать повторения тех нарушений, которые возможно не допускать

своими за показатели смертности и летальности «их» застрахованных.

– Нам не составит труда увеличить наше присутствие в поликлиниках и стационарах. Но если там нет невролога, кардиолога, эндокринолога и других специалистов, страховые представители не смогут записать пациента на приём к ним ни сегодня, ни завтра. В такой ситуации системе здравоохранения и системе обязательного медицинского страхования необходимо не перекладывать ответственность за доступность и качество медицинской помощи друг на друга, а предпринимать совместные действия для того, чтобы помощь была действительно доступной и качественной, – резюмирует Т.Куликова.

### Уровень третий: предупредить болезнь

Роль СМО в реализации профилактической стратегии здравоохранения невозможно переоценить. Именно через страховых представителей происходит индивидуальное информирование застрахованных лиц о возможности пройти дополнительную диспансеризацию и о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по её результатам, а также напоминание о времени регламентного обследования или консультации врача в рамках диспансерного наблюдения, о дате плановой госпитализации.

В компании «МАКС-М» отмечают пусть не слишком бурный, но неплохой отклик населения на «профилактические» СМС-сообщения, что в принципе говорит о востребованности данного вида медицинской помощи. Во же время процесс профилактики и оздоровления мог стать куда активнее, если бы менеджмент профилактической медицины был более эффективным.

– Мы проводили специальное анкетирование застрахованных с целью узнать их отношение к нашим СМС-приглашениям и готовности воспользоваться сервисами профилактики заболеваний. Те, кто настроен негативно, объясняли своё отношение следующим образом: нет времени идти на диспансеризацию; это не представляет интереса; недостаточно хорошая организация профилактических приёмов. Последний вариант зву-



О тенденциях и перспективах рынка добровольного медицинского страхования (ДМС) рассказывает заместитель руководителя дирекции добровольного медицинского страхования СГ «МАКС» Андрей Ляпунов.

– Андрей Викторович, отразилась ли пандемия COVID-19 на состоянии рынка ДМС?

– В период пандемии люди стали более внимательно относиться к своему здоровью. Это, пожалуй, единственный положительный эффект инфекционной вспышки. Осознание ценности жизни и желание получить медицинскую помощь высокого уровня повысили интерес россиян к продуктам личного страхования.

Количество вновь оформленных полисов ДМС существенно не выросло, зато весьма заметно увеличилась обращаемость за медицинской помощью тех, кто уже застрахован. При этом изменился подход к выбору программы страхования: клиенты стали чаще отказываться от дорогостоящих процедур в пользу медицинской помощи, так или иначе связанной с коронавирусной инфекцией. Сейчас в компании «МАКС» созданы новые страховые продукты, в кото-

## Тенденции

# ДМС: залог успешности – пластичность

## Для того чтобы нравиться клиенту, нужно учитывать его интересы

рые включены диагностика COVID-19, профилактика и лечение коронавирусной инфекции, а также реабилитация после перенесённого заболевания. Это программы, которыми могут пользоваться как новые клиенты компании, так и те, кто уже застрахован.

Иными словами, «МАКС» пользуется своими продуктами на рынке ДМС плаastically, реагируя на изменение потребности граждан в тех или иных медицинских услугах.

– **Ещё один положительный эффект пандемии: она заставила энергичнее внедрять информационные и дистанционные технологии оказания различных видов услуг, включая медицинские. Появились такие сервисы в системе ДМС?**

– Конечно. Мы организовали для своих клиентов по ДМС возможность получать телемедицинские консультации в формате «врач – па-

циент» вне зависимости от того, в какой точке России человек проживает.

Пациент общается с экспертом хоть и удалённо, но напрямую. Специалисты готовы провести первичную консультацию, скорректировать ранее назначенное лечение, а также дать независимое второе мнение на основе имеющихся у пациента медицинских заключений.

Ещё одна IT-новация, которую компания «МАКС» задействовала – это сервис «Личный кабинет» и функционал HR-портала для корпоративных клиентов. Человек, застрахованный по ДМС, регистрируется в личном кабинете на сайте компании «МАКС», здесь он видит информацию об особенностях своей персональной программы страхования и о порядке получения медицинской помощи. Кроме этого, из своего личного кабинета

владелец полиса имеет возможность направлять страховщику запросы и здесь же получать ответы.

– **Какие принципиально новые продукты предлагает «МАКС» своим клиентам?**

– В 2021 г. мы начали реализовывать программу «ДМС с возмещением», которая уже получила положительный отклик у наших корпоративных клиентов. Её отличие от привычных программ в том, что застрахованный может сам выбрать лечебное учреждение и врача, самостоятельно оплатить показанную ему медицинскую помощь, а затем получить денежное возмещение от компании «МАКС».

В чём преимущества такого варианта? Прежде всего, человек получает свободу выбора на большом рынке медицинских услуг. Статус и форма собственности клиники не имеют значения, она может быть и государствен-

ной, и частной. Единственным критерий – соответствие медицинской помощи, которую получил пациент, условиям комплексной программы добровольного медицинского страхования от СК «МАКС». Если услуга, которую человек оплатил, входит в нашу программу ДМС, ему будут компенсированы затраты.

Второе преимущество данного подхода к ДМС в том, что можно сформировать программу страхования под конкретный бюджет. То есть и здесь проявить пластичность бизнеса в интересах клиента.

– **Вы можете представить, какое будущее у системы ДМС в целом?**

– Я считаю, что пандемия не только бросила вызов медицине и рынку ДМС, но и открыла перспективы для его развития. При сокращении или трансформации объёмов ОМС ДМС способно стать компенсаторным механиз-

мом. Поясню: когда человек не может по каким-то причинам получить необходимую медицинскую помощь по полису ОМС, система ДМС подставляет своё плечо, как это было во время пандемии: оказание плановой помощи несколько раз приостанавливалось, а людям необходимо было обязательно получить консультативную помощь или пройти лечение. Или когда запрос на диагностические услуги возрастал стократно и система ОМС просто не могла удовлетворить спрос населения на них. Здесь тоже выручало ДМС.

На самом деле, наиболее правильная система финансирования оказания медицинских услуг – комбинация обязательного и добровольного медстрахования. Это был бы идеальный вариант. Таким образом, ДМС может стать долгосрочным драйвером развития всей системы здравоохранения.

Десять лет назад о возможности государственно-частного партнёрства (ГЧП) применительно к системе здравоохранения России если и говорили, то весьма сдержанно. Это сегодня ГЧП стало популярной формой взаимодействия государства и бизнеса в решении долгосрочных общественно значимых задач, к числу которых относится медицинская помощь, а тогда страховая группа «МАКС» была едва ли не первой в стране коммерческой компанией, которая приняла решение участвовать в развитии инфраструктуры охраняемой системы здравоохранения в формате ГЧП.

Первый такой проект был реализован в 2012 г. в Белгороде, а спустя четыре года – в Томске, и там, и там начали работать медицинские центры «Гармония здоровья», созданные страховой группой «МАКС» в сотрудничестве с администрациями Белгородской и Томской областей.

Как поясняют в руководстве компании «МАКС», сеть медцентров изначально создавалась, чтобы ответить потребностям населения регионов в определённых видах медицинской помощи как в рамках системы государственных гарантий, так и вне её. При этом в основу проекта заложена идея организовать работу обеих клиник с учётом современных стандартов менеджмента качества в здравоохранении и ожиданий пациентов. Иными словами, они призваны были стать если не идеалом, то в значительной степени образцом как для государственных, так и негосударственных медицинских организаций.

Заявку на столь высокий статус белгородская клиника «Гармония здоровья» даже сформулировала на своём интернет-сайте. Там сказано, что медицинский центр руководствуется пятью принципами.

## Опыт

# Не идеал, но близко к этому

## Клиники на основе современных стандартов медицины



Принцип комплексности: большой спектр предоставляемых консультативных, диагностических и лечебных услуг; командное взаимодействие персонала клиники предполагает сопровождение пациента на всех этапах получения медицинской помощи.

Принцип качества: специалисты используют современные подходы, опираясь как на свой многолетний опыт, так и клинические рекомендации, зарегистрированные Минздравом России.

Принцип доверия: пациент может быть уверен в соблюдении конфиденциальности.

Принцип разумности: в диагностике, назначении лекарственных препаратов, в ценовой политике.

Принцип комфорта: удобство расположения клиники и уютная атмосфера внутри неё.

Приступая к реализации данного проекта, страховая группа «МАКС» опиралась на официальные данные о реальной ситуации в системе здравоохранения, а также на выводы и наблюдения,

которые были сделаны аналитиками самой компании.

Опыт работы на территории Белгородской и Томской областей позволил страховой группе «МАКС» накопить значительные объёмы данных о заболеваемости населения этих регионов, а также о востребованности и доступности отдельных видов медицинской помощи их услуг в учреждениях здравоохранения разных форм собственности. Поэтому в клиниках сети «Гармония здоровья» перечень медицинских услуг тщательно выверен, в нём нет ничего, что не представляет интереса для населения. Здесь сосредоточились на таких бесприоритетных разделах как диагностика, восстановительное лечение, амбулаторная хирургия, стоматология, вакцинация.

Вторая системная проблема в здравоохранении, от которой отталкивались в страховой группе «МАКС» при создании своих клиник – очевидный факт нарастания платности медицинских услуг в государственной системе

здравоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

Учитывая данные реалии, «МАКС» поставил целью

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.



здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

здоровоохранения, причём это нарастание тогда носило и сегодня продолжает носить хаотичный неконтролируемый характер. Платные услуги, задуманные как дополнительные, зачастую замещают гарантированную гражданам бесплатную помощь. При этом пациенты лишены защиты и гарантий как по обоснованности размеров платежей, так и по качеству предоставляемых услуг. Наконец, платежи населения за медицинскую помощь при всей их количественной весомости не оказывают значимого влияния на развитие инфраструктуры здравоохранения.

Материалы  
подготовили  
Елена БУШ,  
Алексей ПИМШИН,  
корреспонденты «МГ».



В свете последних событий фармацевтическая компания Sanofi заявила, что продолжает работу в России и делает всё возможное для обеспечения бесперебойных поставок своих препаратов. Производственный комплекс Sanofi Восток в Орловской области, выпускающий всю линейку современных инсулинов, продолжает работать в плановом режиме и во взаимодействии со специалистами здравоохранения с целью совершенствования медицинской практики.

Sanofi работает на российском рынке начиная с 1970 г. С 2010 г. компания модернизирует не только собственное производство в Орле, но и развивает такие высокотехнологичные компетенции ведущих российских компаний, как увеличение доступности инновационного лечения пациентам России и развитие конкурентоспособной отечественной фармацевтики.

Такое заявление сделала одна из ведущих фармацевтических компаний мира ещё неделю назад.

Практически сразу её поддержала компания AstraZeneca, подтвердившая, что продолжает работать в России и принимает все меры для бесперебойных поставок лекарств. Компания уточнила, что также не планирует останавливать производство на своём заводе в Калужской области. В пресс-службе компании нам рассказали, что сейчас ведётся работа над тем, чтобы лекарства, фармацевтические субстанции и другое сырьё, нужное для производства препаратов и медицинского оборудования, не подпали под санкции. Компания по-прежнему намерена поддерживать все имеющиеся проекты, включая обеспечение пациентов лекарствами, а также их производство, научно-образовательную деятельность и клинические исследования.

«Вауер предоставляет жизненно важные продукты для здравоохранения и производства продовольствия, бесперебойная поставка которых крайне необходима. Мы прилагаем максимум усилий для обеспечения непрерывности поставок лекарств и агрономических решений», — сообщили в пресс-службе мирового концерна Вауер.

## Ситуация

# Фастфуд уходит, фарма остаётся

## Здоровье людей – превыше всего

Немногословно, но убедительно ответили на вопрос в пресс-службе компании Pfizer: «Мы принимаем все необходимые меры для обеспечения бесперебойности поставок и доступа пациентов к необходимым им лекарственным препаратам».

Пресс-служба STADA подтвердила: компания продолжит работать над обеспечением бесперебойных поставок лекарственных средств для пациентов, независимо от их национальности и политических убеждений, следуя своей миссии заботиться о здоровье людей в качестве надёжного партнёра. «Мы всегда ставим здоровье людей превыше всего. Наша задача – продолжить работу над обеспечением доступности лекарственных препаратов для пациентов и сохранить непрерывность цепочек поставок», — говорят представители компании.

Не прекращает свою деятельность в России и фармацевтическая компания Boehringer Ingelheim, занимающаяся разработкой и производством инновационных лекарственных препаратов для людей и животных. В портфеле компании – препараты для лечения сахарного диабета, сердечно-сосудистых, онкологических и респираторных заболеваний.

На таких же позициях находится команда Roche в России: она остаётся верной своей миссии по обеспечению жизненно важными и инновационными препаратами и диагностическими решениями тех, кто в этом нуждается.

Неизменным приоритетом компании является здоровье и безопасность пациентов, партнёров и сотрудников.



«Мы обеспечиваем людей, страдающих тяжелыми заболеваниями, лекарствами и диагностическими тестами. Roche должна сделать эти продукты доступными для всех пациентов во всем мире. При этом основное внимание уделяется поставкам, и только во вторую очередь речь идет о финансах», — подчёркивает председатель правления Roche Holding AG Кристоф Франц.

Поскольку вопрос исключительной важности, исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM) Владимир Шипков в письмах, отправленных министру здравоохранения РФ Михаилу Мурашко и главе Минпромторга Денису Мантурову, подтвердил принципиальную готовность компаний-членов ассоциации осуществлять поставки

лекарственных средств для пациентов Российской Федерации.

«В ассоциации организован профессиональный мониторинг ситуации с поставками лекарственных препаратов, заинтересованы в диалоге и поиске рациональных решений по вопросам, представляющим взаимный интерес. AIPM подтверждает принципиальную готовность компаний-членов ассоциации осуществлять поставки лекарственных препаратов для пациентов Российской Федерации», — говорит В.Шипков.

По его словам, главными на данный момент являются проблемы с поставками препаратов из-за транспортных и логистических трудностей. Однако компании прилагают все усилия для того, чтобы оперативно решать возникающие проблемы логистического характера без значительного уве-

личения сроков поставки лекарственных препаратов. Поэтому ведётся анализ дополнительных возможностей диверсификации каналов поставок.

«Каждый день ситуация меняется, нет никакого постоянства. Но в основном пока индустрии удаётся самостоятельно решать те задачи с поставками, используя разные формы и подходы. И до сих пор удавалось не слишком затягивать время поставки», — говорит В.Шипков.

При этом речь идёт о продолжающихся поставках не только на уровне локальных офисов, но и на уровне глобальной индустрии.

В AIPM сообщили, что европейские, международные коллеги уже обратились в Европейскую комиссию с просьбой при вводимых санкционных ограничениях не распространять ограничения на лекарственные препараты и медицинские изделия и по возможности обеспечить «зелёные коридоры» поставок, которые были надлежало образом отрегулированы в условиях первой волны борьбы с COVID-19.

«Такая приверженность к выполнению этой миссии закреплена в официальных письмах», — комментирует В.Шипков.

По его словам, ни одна из фармацевтических компаний – членов ассоциации международных фармацевтических производителей, а их более 60, не остановила поставки. Сегодня это подтвердили и в компаниях Novartis, Novo Nordisk, Roche, Takeda, они продолжают поставки своих препаратов в РФ. Среди компаний, не входящих в состав AIPM, подходы к обеспечению пациентов лекарственными препаратами базируются на тех же принципах «главное – нужды пациента», об этом заявили в Dr.Reddy's, SUNPharma и Gedeon Richter. Согласно данным из компетентных источников, число таких компаний гораздо больше, просто не все пока сделали официальные сообщения.

Таким образом, на фоне ухода с российского рынка гигантов фастфуда, вопросы поддержания здоровья населения остаются под контролем.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

## Точка зрения

Интервью Светланы Шпорт «Медицинской газете» после вступления в должность руководителя Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского (см. «МГ» № 7 от 25.02.2022) стало высокоинформативным в отношении того, куда собирается вести отечественную психиатрию де-факто ведущее учреждение страны.

Оказывается, это статус-кво и, хотя (что уже великое благо) не по образцу московского конвейера помещения в психоневрологической интернат и размывания закона о психиатрической помощи до закона о психическом здоровье, но с постоянными оговорками. Это значит, что наступление силовиков от психиатрии будет продолжаться, и всем, кто любит предмет клинической психиатрии, а не только старается быть удобным начальником, предстоит сопротивляться курсу, где критика устраняется или игнорируется.

Наиболее выразительным индикатором этого курса является ответ С.Шпорт на самый больной для судебной психиатрии вопрос и, видимо, поэтому наиболее короткий. Приводим его полностью:

« — Как вы относитесь к фактическому уничтожению самостоятельности государственной судебно-психиатрической экс-

# О судебно-психиатрической экспертизе

пертизы с негосударственной?

— Принцип состязательности используется, однако наши эксперты отмечают низкое качество экспертиз в негосударственных структурах. Адвокаты могут проводить консультации по поводу конкретного случая в любых организациях. В государственных структурах более жёсткие критерии отбора экспертов. Помимо поддержания репутации наши эксперты занимаются научной деятельностью, что повышает качество и достоверность экспертиз. Мы стремимся к тому, чтобы эксперты, работающие в частном секторе, своевременно повышали свою квалификацию на наших курсах, где преподают высококвалифицированные специалисты».

Ответ наиболее короткий, но и наиболее продуманный: первое, это не С.Шпорт, а «эксперты центра» отмечают; второе, «низкое качество экспертиз» в «негосударственных структурах», то есть «в частном секторе»; третье, «в государственных структурах более жёсткие критерии отбора экспертов» для «поддержания репутации».

Всё это сформулировано достаточно корректно. НМИЦ им. В.П.Сербского действительно стал жёстче относиться к эксп-

пертизам со своей маркой, но стоит добавить, что многие сотрудники центра, в том числе высокопоставленные, подрабатывают в частном секторе, создана даже специальная структура для этого, чтобы сотрудники могли быть на вольных хлебах. Идея вполне естественная и разумная, корректирующая жёсткость системы, вот только в обе стороны: провластный или меркантильную заинтересованность.

Мы с неподдельным уважением относимся к основной плеяде выдающихся психиатров, работавших в центре в страшные времена и сумевших оставаться достойными профессионалами в самой прессируемой сфере психиатрии, как, например, А.Ануфриев, Б.Шостакович, Н.Шумский, Ю.Метелица, В.Тихоненко и многие другие, называю, кого хорошо знал лично. Наша острая критика касалась конкретных экспертиз и конкретных экспертов. Обобщения касались периода, когда расширенная в три раза, по сравнению с международными критериями, диагностика шизофрении открыла дорогу злоупотреблениям. Но это власть по своему подобию установила монополию подходящей её курсу научной школы психиатрии. А на конкретном уровне выполнить

провластный заказ очень просто: достаточно руководителю выбрать по конкретной громкой экспертизе хорошо прогнозируемых экспертов в отношении их научной ориентации и меры конформности, что позволяет получить требуемое заключение.

Поэтому в судебной психиатрии, как и в большинстве других сфер, главное не персоналии, а давно выработанные механизмы, позволяющие наилучшим из возможных способов добиться по-настоящему независимой экспертизы. Это её действительная, как во всех правовых государствах, состязательность на равных экспертов всех заинтересованных сторон.

В наших условиях учреждение, подведомственное Минздрава, соответствующим образом «жёстко подбирает экспертов», а их решения полностью ограждаются от любой критики, даже подчас в очевидных любому случаю произвола сакраментальной фразой судьи: «мы не вправе не доверять государственному экспертам». Обо всём этом С.Шпорт (точнее её эксперты) умалчивает и с невинным видом говорит: «принцип состязательности используется», ведь «адвокаты могут проводить консультации по поводу конкретного случая в любых организациях».

Таким образом, хорошо видно, что жёсткому контролю экспертной службы со стороны Минздрава, как и других государственных структур, не противостоит на равных жёсткий контроль академического приоритета чистого профессионализма, свободного от любых инородных предвзятостей, ставящего качество судебно-психиатрической экспертизы и собственную репутацию на твёрдую почву мирового опыта. Но куда проще, походя и оптом, игнорировать презумпцию доверия к критике оппонента. Всё это секреты полишинеля.

Центр им. В.П.Сербского и вся российская государственная судебная психиатрия в глазах мирового профессионального сообщества и широкой общественности уронила свою репутацию в лице даже лучших своих представителей делом полковника Юрия Буданова и до сих пор вынуждена выгораживать беспрецедентные по сервильности шестикратные попытки «отмазать» Ю.Буданова от наказания и популяризировать исполнителя этого и других заказных дел профессора В.Кондратьева.

Юрий САВЕНКО,  
президент Независимой  
психиатрической  
ассоциации России.

Москва.



Продолжим разговор, начатый в «МГ» № 6 от 16.02.22 и посвящённый загадкам суицида. Мы говорили о глубинных, ценностно-смысловых истоках самоубийства – крайней степени внутреннего одиночества, отчаяния, подавленности и беспомощности, когда нормальное стремление к жизни всецело заменяется влечением к смерти. Однако с точки зрения традиционной психиатрии, такие пациенты могут оставаться вполне здоровыми. Кстати, тенденции современного общества таковы, что видный российский психолог член-корреспондент РАО Борис Братусь ставит весьма характерный диагноз: «Психически здоров, но личностно болен». Обсудим этнические, медико-генетические, социальные и иные причины попыток свети счёты с жизнью.

### Подёргать смерть за косу

По данным ВОЗ, наша страна – впереди планеты всей по количеству самоубийств у мужчин. В среднем по миру этот показатель составляет 13,9, а у нас – 48,3 на 100 тыс. населения. Суициды находятся на «почётном» месте в списке внешних причин смерти, наряду с ДТП, отравлениями, убийствами и случайными утоплениями. Россия занимает второе место после Литвы по уровню завершённых самоубийств. Каждый двенадцатый подросток в возрасте 13-17 лет совершает попытку суицида. Число законченных случаев среди юношей примерно в 3 раза больше, чем у девушек. Но девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще юношей.

Помимо намеренных попыток оборвать свою жизнь, есть ещё и поведение риска. Ради адреналина и славы в интернете зацеперы готовы встать в полный рост на крышу разогнавшегося «Сапсана», прокатиться под вагоном электрички и даже выбить искры из токоприёмника. При этом периодически создают в социальных сетях страницы памяти погибших друзей.

Ад начинается после слов: «Смотри, как я могу!» Приведу характерный случай, описанный в сети. Утро. Распластанное на платформе тело. Журналисты тут как тут, но их не подпускают близко. Над платформой раздаётся крик боли. Зацепер оплакивает погибшего друга. В глазах столпившихся пассажиров – отвращение и раздражение. И вопрос: «Ради чего?!» Движение только после полудня вошло в график. Более 30 электричек шли с нарушением расписания. Тысячи людей опоздали на работу...

Самые безбашенные зацеперы играют со смертью до конца. Им мало адреналина от скорости. Им нужны визуальные спецэффекты. Красиво искрит токоприёмник на крыше электрички. Если правильно его расшатать, можно пустить фейерверк размером со средний костёр. Самый живучий парень делал это четыре года. Но смерть и законы физики не обмануть – погиб, как и многие любители поискрить до него. Средний срок жизни таких людей около года, плюс-минус пара месяцев...

На безумие толкает жажда адреналина. С каждым повторением одних и тех же действий острые ощущения притупляются. Нужно что-то новенькое... А статистика неумолима: например, на железной дороге Центрального федерального округа в год травмируются 120 и более человек, из них примерно половина со смертельным исходом. Каждый пятый травмированный подросток упал с подвижного состава.

Отношение к смерти проявляется в мышлении и поведении людей поразному. Скажем, в Японии ежегодно уходят на «тот свет» несколько любителей подергать смерть «за усы». В особых ресторанах они заказывают у повара, имеющих специальные лицензии, фуру – блюдо из собаки-рыбы. Посетители платят огромные деньги за деликатес. Его готовят чрезвычайно осторожно, поскольку отдельные части собаки-

рыбы содержат крайне ядовитый тетродотоксин. Булавочная головка этого вещества способна убить.

Получается гастрономический вариант русской рулетки: вы съедаете «вероятность умереть». Лучшие повара стараются оставить тончайший намёк на яд, и во рту начинается пощипывание. Это напоминает об игре со смертью и вызывает массу острых ощущений. Одним из удовольствий является необыкновенное чувство облегчения. Оно наступает в конце обеда и означает, что вы выжили, вы «обманули» смерть и, значит, вы

скового момента, чтобы со стихийной мощью вырваться на поверхность».

Внешняя сдержанность, скрывающая подспудный заряд «вулканической лавы», – довольно опасная черта национального характера. Нагнетать давление в котле и не давать выхода пару – значит провоцировать взрыв.

Предрасположенность к суициду иногда бывает и наследственной. Это подтверждают многочисленные примеры из истории различных родов и семей.

Американские специалисты провели анкетирование 3 тыс. подрост-

На вопрос, как отражается на зачатом младенце попытка самоубийства матери в период беременности, пока нет однозначного ответа. Скорее всего ребёнок получит сильную внутриутробную психическую травму с совершенно непредсказуемыми последствиями. А если женщину реанимировали или проводили какие-либо иные лечебные мероприятия, то не исключено и токсичное действие лекарств (включая пороки развития у плода).

Однако целиком списывать собственное жизненное фиаско на

где первоначальное звено суицида. Не исключены два варианта: либо жизненные драмы приводят к дефициту серотонина и через это к самоубийству, либо дефицит серотонина вызывает жесточайший личностный кризис, и человек с расшатанной психикой ищет смерти. Допустимо предположить и то, что оба процесса идут параллельно. Так или иначе, но нарушение биохимического равновесия в организме, безусловно, сказывается на наших поступках.

Не секрет, что завершённые женские суициды обычно проис-

## Ракурс

# Ахиллесова пята самоубийцы

Какие бывают скрытые причины и внутренние импульсы к совершению рокового шага



бессмертны. Ура! Уныние жизни и страх смерти, гнездящиеся в глубинах сердца, побеждены! Какая наивная и вместе с тем завораживающе-привлекательная иллюзия! Она показывает, что нравственный компас человека сломан. Но дело, конечно, не только в этом.

### Наследственный импульс саморазрушения

Обилие самоубийств в скандинавских странах (прежде всего Дании и Швеции) вполне укладывается в рассуждения классика зарубежной социологии Эмиля Дюркгейма: легче расстаться с жизнью те классы общества, которым свободнее и сытнее живётся. Гораздо труднее понять суицидальные наклонности угро-финских народов. Венгры, эстонцы, финны, удмурты, коми уже давно придерживаются разных культурных и религиозных традиций, живут в разных политических и экономических условиях. Однако, словно сговорившись, все они поддерживают стабильно высокий уровень самоубийств.

Первое и второе место поочередно делят Венгрия и Финляндия. В СССР по этому мрачному показателю лидировали Эстония, Коми АССР и Удмуртия.

Что же, кроме отдалённого родства и общего языкового корня, сближает угро-финские народы? Почему незримая мистическая нить саморазрушения протянулась от Будапешта через Таллин и Хельсинки к Воркуте и Ижевску?

У современных авторов нет однозначного ответа на эти вопросы. Вот лишь одна из версий. Её озвучил венгерский писатель Дёрдь Керестури: «Характерные черты венгерского народного мироощущения обычно видят в индивидуалистическом складе характера, в спокойной манере созерцания и выражения, в предметном воображении. Но ведь очевидны и такие черты, как безрассудное молодечество, неистребимость народной мистики, склонность к анархическим, разрушительным порывам. Эти явления заставляют думать об огромных запасах неизрасходованной энергии, таящейся под спокойной поверхностью и ждущей подходящего историче-

ков-близнецов. Девушки, сёстры которых пробовали совершить самоубийство, гораздо чаще повторяли их печальный опыт, чем те девушки, сёстры которых не помышляли наложить на себя руки. Братья и сёстры, у которых есть генетические различия, реже следуют одинаковому сценарию, чем близнецы, имеющие один и тот же набор генов (монозиготные). Допустим, один из монозиготных близнецов совершает суицид. По статистике второй близнец делает тот же роковой шаг в 5 раз чаще, чем в схожей ситуации разнородный близнец. В итоге уровень совпадения по суициду у однойцовых близнецов в 5 раз выше, чем у разнородных.

### Врождённые факторы риска

Согласно данным Шведского национального центра по исследованию суицида, этому трагическому финалу способствует ряд неблагоприятных факторов эмбрионального развития. Обследовав около 700 тыс. пациентов, группа учёных из Стокгольма установила, что низкий вес плода при рождении (менее 2 кг) впоследствии увеличивает вероятность самоубийства в 2 раза. Иной фактор риска – рост плода. У потенциального самоубийцы он при рождении не больше 47 см. Разумеется, это не роковые цифры, но стоит задуматься.

К тревожным сигналам относится и возраст матери ребёнка на момент родов. Те люди, чьи беременные матери находились в подростковом возрасте, совершали суицид в среднем в 2 раза чаще по сравнению с теми людьми, матери которых родили их после совершеннолетия (до 29 лет). Уточню, что время зачатия, рост и вес плода во многом зависят от образа жизни женщины. Неправильное питание, алкоголь, наркотики, стрессы, сексуальная распущенность ведут к недоношенности плода и преждевременным родам. А это, как выясняется, повышает вероятность суицида в будущем.

неблагоприятные дородовые факторы (равно как и отягощённая наследственность) – не оправдание и не фатальные обстоятельства. Ведь с помощью специалистов их пагубное влияние удастся уменьшить или нейтрализовать.

### Надлом психики

Суицидальные наклонности характерны для выходцев из неблагополучных семей. Как правило, такие дети страдают от тяжёлых психических травм, сексуального насилия, побоев и бояться выплеснуть гнев на своих прямых обидчиков. Отрицательные эмоции постепенно накапливаются, и ребёнок «взрывается» в душе. Депрессия, тревога, страх, паника подчас формируют патологическую тягу к самоуничтожению.

При депрессивных расстройствах в тромбоцитах крови не хватает фермента моноаминоксидазы. Учёные обнаружили: предки тех, у кого было чрезвычайно низкое содержание этого фермента, убивали себя в 8 раз чаще, чем предки тех, у кого данный показатель соответствовал норме. Также при депрессии отмечается падение уровня серотонина в головном мозге и 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-HIAA) в спинномозговой жидкости. У тех депрессивных больных, которые совершали суицидальные попытки с использованием жёстких и «гарантированных» методов (стрелялись, бросались с высоты и т.д.), зафиксирована крайне низкая концентрация названных химических соединений. А у тех депрессивных пациентов, которые не пытались покончить с собой или делали это «щадящими» способами (например, путём передозировки снотворных), уровень серотонина и 5-HIAA был почти в 3 раза выше. У лиц, госпитализированных после попытки самоубийства и отличающихся низким содержанием серотонина, вероятность суицида в течение ближайшего года в 10 раз больше, чем у лиц с нормальным содержанием серотонина.

Недостаток трёх упомянутых биологически активных соединений обусловлен внешней средой, образом жизни и наследственностью. Так, в 2001 г. французские и швейцарские биологи обнаружили гены, изменения в которых предположительно увеличивают тягу к самоубийству. Мутации нарушают способность нервных клеток использовать серотонин, который управляет многими человеческими эмоциями. Напомним, что его дефицит способствует тревоге, раздражительности, немотивированным страхам и импульсивно-агрессивному поведению. Таким образом, дефекты данных генов нарушают обмен веществ в тканях головного мозга и служат биохимической основой суицида.

Здесь уместно повторить: человек – не биоробот, реакция которого целиком предопределены взаимодействием генов, гормонов и ферментов. Мы имеем внутреннюю свободу. Мы – не рабы серотонина. Кроме того, до сих пор неясно,

хотя в предменструальный период. Гормональный всплеск за 1-3 дня до начала месячных «давит на психику»: заметно ухудшаются эмоциональный настрой и самочувствие, возникают нервные срывы, истерические припадки, неприятные болевые ощущения, упадок сил и т.п. Женщины опережают мужчин по числу суицидальных попыток. И всё же на одну женщину-самоубийцу в мире приходится примерно трое самоубийц мужского пола. Соотношение 1 : 3 весьма красноречиво.

### «Слепящий полдень»

Известный русский учёный Александр Чижевский связывал сильные душевные потрясения не только с колебаниями гормонального фона, но также с фазами солнечной активности и сезонными изменениями погоды. Не сумерки вечера, не гнетущая тоска ночи, а именно белый день служит «пусковым крюком» для сознания несчастного человека. «Слепящий полдень» – наиболее опасное в плане суицида время суток.

Самоубийству особенно подвержен человек с нестабильной нервной системой: неуравновешенный, слабохарактерный, ранимый... Люди, имеющие тонкое душевное устройство, большое честолюбие сильно горюют и страдают от меланхолии. Они и сами чувствительны, и обстоятельства делают их ещё более чувствительными. Даже увидев, как на небе просто собираются тучи, такой человек уже начинает чувствовать душевную тяжесть. Если же к этому присоединяется ещё какое-то психическое расстройство, то тучи становятся вдвойне опасными.

Вот такая сложная многогранная проблема. И зачастую все факторы «льют воду на одну мельницу». К примеру, подростки сейчас живут в Сети и очень зависимы от просмотров и лайков. Их психологическая самооценка напрямую обусловлена именно этим. Естественно, и гормоны бушуют, а жизненного опыта для трезвого, взвешенного анализа ситуации не хватает. Но хочется самоутвердиться, особенно если семья неблагополучная, недостаёт любви и взаимопонимания. Отсюда и необоснованный риск, чтобы поднять самооценку.

Итак, импульсы к самоубийству различны. Порой это такие факторы, над которыми мы почти или абсолютно не властны. Речь идёт об отягощённой наследственности, недоношенности плода, перенесённых в детстве издевательствах, нарушении уровня определённых биологически активных веществ и т.д. С другой стороны, нельзя отрицать роль свободного и сознательного выбора личности, которая самочинно желает покинуть мир сей.

**Константин ЗОРИН,**  
доцент кафедры ЮНЕСКО  
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития» Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.



Исследования

# Ретро и манноза

Легче всего говорить и писать, когда мало или вообще ничего не знаешь. Что можно было знать о раке до широкого внедрения электронной микроскопии и признания генов, носителем которых двуцепочечная спираль ДНК была провозглашена лишь в апреле 1953 г.?

С того знаменательного момента прошло почти три четверти века, а учёные только ещё «набирают» материал для достаточно осознанного анализа геномных данных. И это на фоне непризнания геномщиками, казалось бы, основополагающей и «фундаментальной» точки зрения на природу исследуемых ими проблем. Речь об одной из самых последних работ «еретиков» из Университета Бар-Илана (Израиль) и помогавших им специалистов тропической Ганы. Специалисты университета на основе своих данных по мутированию гена бета-цепи гемоглобина (HbV) в очередной раз подвергли сомнению положение об определяющем развитии естественном отборе (NS – Natural Selection). Тем более, что мозаика нашего генома формировалась под воздействием как минимум четырёх популяций, с которыми европейские народы сталкивались в разное время и в удалённых друг от друга «локациях».

Когда-то академик Н.Петров, основатель в 1910 г. в Петербурге Онкологический институт, писал, что «мы знаем так много о причинах рака...». Нынешние онкологи сказать так уже не могут, поэтому призывают не забывать о ретротранспозонах, или «остатках» старых ретровирусов (к ним относятся РНК-содержащие вирусы, например, ВИЧ), некогда заражавших людей и «оставшихся» в нашем геноме. Их «усмирение» возможно благодаря эпигенетическому метилированию, то есть блокированию с помощью метилирования – присоединения метильных групп –СН<sub>3</sub> – ДНК. Наши В.Горбунова и С.Селуанов из Рочестерского университета (США), показали, что «законсервированные» в геноме вирусные транспозоны, названные так за их способность менять позицию в геноме, «запускают» неспецифический иммунитет, обеспечивающий противораковую резистентность у ближневосточных крыс-слепышей (Blind mole rats) с их меховой шкуркой. Спалаксы живут в своих подземных ходах более 20 лет, что в 10 раз дольше жизни обычных



Уплотнённая раковая клетка Scientist

крыс. Горбунова с Селуановым описали в 2012 г. «оркестрированную» (коллективную) клеточную смерть – апоптоз у голых африканских землекопов, которые доживают без рака до 30 лет. Авторы пишут, что вызванный цитокинами апоптоз стимулирует синтез интерферона-бета (IFb), который в свою очередь активирует метилтрансферазу, то есть энзим метилирования, блокирующего активность генов клеточного деления. Можно напомнить, что спалаксы и голые землекопы (Heteroscephaus) живут при снижении кислорода до 10-12% и повышении уровня аммиака (вследствие неудаления из подземных ходов мочевины). Можно напомнить, что снижение давления O<sub>2</sub> способствует меньшему образованию агрессивных радикалов (ROS), «рвущих» цепи ДНК, а аммиак является известным стимулятором.

Степень нашего незнания раковых механизмов особенно ярко проявилась на фоне результатов, полученных сотрудниками онкологического центра (США), «просеявших» геномы 25 755 человек на предмет выявления 341 до 468 онкогенов, мутации которых вызывают развитие 50 типов опухолей в 21 органе и тканях. Мутации сопровождаются нарастанием хромосомной нестабильности, проявляющейся в нарушении расхождения хромосом при митозе (клеточном делении), транслокациях (знаменитая филаделфийская хромосома), а также анеуплоидии (появлении в клетках не 46 хромосом). Авторы выявили множество ген-триггеров клеточного роста, многие из которых способствуют метастазированию, главным из которых по их мнению является протеин p53, считающийся «охранителем генома». Данные исследования по мнению редактора Nature будут способствовать разработке новых терапий с большей таргетностью.

Не отстают от геномщиков и биохимики, а также молекулярные иммунологи. Один из новых

подходов связан с выявлением роли маннозы С6Н12О6, структурного изомера всем известной глюкозы, представляющей главный энергоноситель клетки. В Университете Джона Хопкинса (США) с помощью МРТ показали, что манноза осуществляет химтрансфер в клетках мезенхимы. Клетки последней близки по своим свойствам к эмбриональным и в ходе развития «дают» помимо прочего и иммунные лимфоциты, борющиеся с опухолями (NBE). Балтиморцы показали большее свечение «скрепляющего» клетки лектина с маннозой при исследовании МРТ, которое «гаснет» после клеточной трансформации. Авторы ссылаются на статью в NC, в которой описывается резкое снижение содержания маннозы в клетках некоторых опухолей, что легко определяется при МРТ.

К этому можно добавить сообщение из лос-анджелесского медицинского центра, где показали, что хемокины (белки, «привлекающие» иммунные клетки воспаления) стимулируют синтез холестерина в печени, являющегося вторым энергоносителем клеток. Повышение его содержания в опухолевых клетках способствует метастазированию, например, клеток опухоли молочной железы в лёгкие. Хемокины поступают в кровоток, после чего синтезированный холестерин способствует трансформации фибробластов, активность которых стимулирует ангиогенез, то есть новообразование сосудов, питающих опухоль. Для разрыва этого порочного круга применили наночастицы с утверждённым к применению для подавления холестерина синтеза в печени. Результатом его использования стало подавление ангиогенеза и роста лёгочных метастазов клеток опухоли молочной железы, подстёгиваемых рецепторов эпидермального фактора роста (HER – Human Epidermal growth factor Receptor).

Выводы

Сегодня в распоряжении учёных имеется большая коллекция черепов со следами трепанации, после которой, судя по «оплывшим» краям костей, люди прожили как минимум несколько лет. Широко практику применения трепанаций, начиная с железного века, описал в своей книге Holes in Head антрополог Тулейнского университета (США) Джон Верано.

# Сверлить мозги

В интервью, опубликованном NG, учёный рассказал об 850 исследованных им черепов, многие из которых были со следами трепанаций. Он отмечал, что на юге Перу, в так называемом Паракесе, успех отмечался в 40%, в то время как на севере к рубежу эпох, то есть 2 тыс. лет назад, он увеличился до 70%. Операции делались без анестезии, по крайней мере он так думает, и уж конечно без антибиотиков. Хотя это не совсем верно. Верано сам отмечал, что в Паракесе трепанациями занимались шаманы, а сегодня известно, что они широко применяли одурманивающие средства и травы. Применялись также кровостанавливающие растения и травы с противовоспалительным действием. К тому же воины, поступавшие «в распоряжение» тогдашних хирургов, были, по всей видимости, без сознания. Журнал поместил также не копируемое фото операционной трубки с зубцами на её конце, в центре которой на пересечении металлических «лучей» помещено остриё для её фиксации при «сверлении» костей черепа.



Металлическая вставка, закрывающая дефект трепанации

Причину высокого профессионализма перуанских хирургов автор видит в оружии, применявшемся в битвах Южной Америки – главным образом палиц и пращей, а не стрел и копий. Отсюда высокое количество раненых с характерными «проломами» костей черепа, что совершенствовало практику и разработку подходов к лечению. Можно заметить, что развитие современной нейрохирургии началось особенно бурно после двух Мировых войн. Немалая коллекция черепов со следами воздействия на них, собранных со всего мира – Мальты и Египта, Германии и Карпат, Китая и Америк – собрана в Музее остеологии Оклахома-сити. Недавно он опубликовал уникальный череп возрастом 2 тыс. лет, принадлежавший молодому воину высокого положения, получившему черепно-мозговую травму скорее всего в одной из битв. Художник издания Mail onl представил даже реконструкцию облика этого

воина в «парике»-шлеме и без него. На выбритой лобной кости хорошо видна округлая «вмятина», оставшаяся после трепанации, предпринятой с целью спасения жизни «принца».

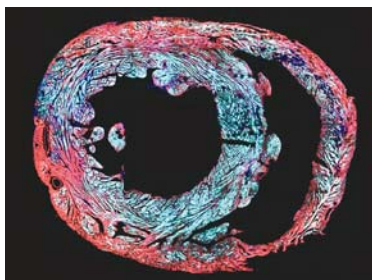
Уникальность же черепа, представленного музеем, в том, что на нём представлена металлическая «заплата» на месте костного дефекта. Сотрудники пока ещё не провели элементный анализ металла, но скорее всего, как они думают, это был сплав благородных серебра и золота. Оба металла обладают бактерицидными свойствами, не даром в Средние века тогдашние лекари использовали Augum potabile, или «питьевое золото» для облегчения проблем, связанных с кишечником. К тому же эти металлы не «ржавеют» и, возможно, обладают стимулирующим действием на остеобласты, без которых невозможно затягивание костных дефектов. Санации ран способствовало также применение бронзовых инструментов, содержащих медь, которая слабо окисляется даже на воздухе, образуя прочную патину памятников. Дальнейшие исследования помогут глубже понять успехи древних перуанских хирургов, об искусстве которых испанские конкистадоры благополучно «забыли»...

Взгляд

Биологи оперируют сегодня генами и протеинами, потенциалами действия и частотными параметрами, что облегчает взаимодействие и контакты между профессионалами.

Свои выводы учёные строят на основе полученных данных исследования мозга и других органов, полученных с помощью томографов и электродов, ген- и опто- конструкторов, а в последнее время и соногенетики (последняя даёт возможность действовать на клетки с помощью ультразвука). Специалисты пекинского Института биологических исследований и Медицинского университета Хэбэйя выявили в переднем отделе гипоталамуса нейроны, синтезирующие «успокаивающую» нервную активность гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК), которую врачи используют для введения человека в терапевтическую кому. Группа нейронов, входящая в переднее ядро (AHN – Anterior Hypothalamic Nucleus), раздражение которых вызывает парадоксальную атаку, например,

# Каналы жизни



Голубые рецепторы с натриевым каналом, «пересаженным» в клеточные мембраны СМС (сердечных кардиомиоцитов)

со стороны матери, защищающей своих мышат (NNS). Оборонительная реакция при этом запускается причинением боли или появлением в поле зрения хищника, и она «выключается» либо действием дифтерийного токсина, либо фотоподавлением в случае оптогенетических опытов. Обо-

ронительная атака проявлялась у мышей укусами змеи-обманки, причинявшей своим острым крючком боль животному.

Ещё глубже в среднем мозге на уровне ножек, в которых расположены красное ядро и чёрная субстанция, расположены ядра черепно-мозговых нервов и в частности 6-го глазодвигательного (окуломоторного). Среди них давно известно ядро Эдингера – Вестфала. Его клетки синтезируют пептиды – цепочки аминокислот, например, урокортин, определяющий тонус глазных мышц и реакцию зрачков на амфетамины и кокаин. Роль клеток ядра прояснили в парижском Институте мозга, где исследовали влияние гестагии и её гормона проргестерона на материнское поведение мышей. Французы показали, что прогестерон меняет уровень активности группы клеток в пределах указанного ядра, роль которых

до них была неизвестна. Свою статью они озаглавили «Нейроны, обеспечивающие материнскую подготовку гнезда», в которой обратили внимание на то, что самцы гнезд не «вьют». Теперь они хотят посмотреть разницу между «гнездовыми» нейронами самок и самцов.

Пандемия ковида «научила» нас, что вирус «садится» на молекулы ACE (энзима конверсии ангиотензина), являющиеся белковыми рецепторами для вирусных спайков. Интересно, что один из метаболитов ангиотензина соединяется с его MAS-рецептором, мутации которого онкогенны. Функциональный «родственник» MAS-рецептору участвует в возбуждении сенсорных нейронов кожи, порождающим ощущение боли, зуда и т.д. Сердечная боль и ритм определяются состоянием

кардиомиоцитов (СМС), сокращение которых подстёгивается сегодня кардиостимуляторами («мешающими» проведению МРТ). Но со временем сердечные проблемы могут решаться трансплантацией СМС, модифицированных с помощью гена, который отвечает за синтез натриевого канального рецептора с каналом для проведения ионов натрия.

Постепенно учёные, «перебирая» нейрон за нейроном, распутывают сложные и запутанные нейросети в глубинах мозга, выявляя подчас неожиданные роли отдельных нервных клеток. Так со временем они смогут понять «предназначение» не только отдельных нейронов, но и «одиночных» нейронов. Это позволит не только понять природу неврологических, но и психолого-психиатрических отклонений.

Материалы подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Ancient Origins, National Geographic, Cell, Genome Research, Molecular Therapy Nature, Nature, Biomedical Engineering, Nature Communications, Nature Immunology, PNAS, Scientist, Nature Neuroscience, Neuron.



## Особый случай

Живая палочка  
живее всех живых

**Вакцинация против бациллы Кальметта – Герена (БЦЖ) может снизить риск ряда инфекционных заболеваний, и если это так, она может защитить от коронавирусной болезни.**

Эксперты сравнили страны, которые обязали вакцинацию БЦЖ по крайней мере до 2000 г., со странами, которые этого не сделали. Чтобы свести к минимуму любые систематические последствия предвзятости в отчётности, проанализировали скорость ежедневного увеличения как подтверждённых случаев (134 страны), так и смертей (135) в течение первых 30 дней вспышек по странам. 30-дневное окно было скорректировано так, чтобы оно начиналось с начала пандемии в стране. Линейные смешанные модели выявили значительное влияние обязательной политики БЦЖ на темпы роста числа случаев заболевания и смертности после учёта медианного возраста, валового внутреннего продукта на душу населения, плотности населения, численности населения, чистого коэффициента миграции, и различные культурные аспекты (например, индивидуализм). Анализ показывает, что обязательная вакцинация БЦЖ может быть эффективной в борьбе с COVID-19.

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) началась в декабре 2019 г. в Ухане, Китай. С тех пор он быстро распространился по всему миру. Настоящая работа мотивирована предыдущими данными о том, что вакцинация против бациллы Кальметта – Герена (БЦЖ) обеспечивает длительный защитный эффект не только против туберкулёза, но также против различных других инфекционных заболеваний. Недавние предположения изобилуют тем, что БЦЖ может быть эффективным инструментом в борьбе с COVID-19. Однако существующим межнациональным анализам препятствуют методологические недостатки. По большей части не было предпринято никаких усилий, чтобы исключить возможные последствия предвзятости в отчётности. Потенциальная польза



от универсальных политик БЦЖ требует тщательной оценки.

В совокупности имеющиеся данные свидетельствуют о том, что БЦЖ оказывает благотворное влияние на иммунитет против ряда инфекций, связанных с лёгкими, которые выходят за рамки туберкулёза, что делает её многообещающим кандидатом для защиты от COVID-19. Что касается механизмов, недавняя экспериментальная работа показала, что вакцинация БЦЖ вызывает полногеномное эпигенетическое перепрограммирование моноцитов человека, что, в свою очередь, предсказывает защиту от экспериментальной вирусной инфекции.

Этот год – 2000 – был выбран, поскольку вакцинация может стать эффективной на уровне населения только тогда, когда подавляющее большинство становится устойчивым к целевому вирусу, явление, известное как «коллективный иммунитет». В странах, где вакцинация БЦЖ обязательна при рождении, по крайней мере, до 2000 г., подавляющее большинство взрослых должны были стать устойчивыми к вирусным инфекциям, связанным с лёгкими.

Анализ показал, что обязательная вакцинация БЦЖ связана со сглаживанием кривой распространения COVID-19. Эффект – весьма значителен. Например, наша модель оценивает, что общее число смертей, связанных с COVID-19,

в США по состоянию на 29 марта 2020 г. составило бы 468 (19% от фактического числа (2467), если бы там ввели обязательную вакцинацию БЦЖ.

Наше исследование – не первое, в котором проверяется гипотеза о том, что распространение COVID-19 в стране может зависеть от статуса политики БЦЖ в каждой стране. Однако существующим анализам мешают то, что они сосредоточены на совокупном общем количестве подтверждённых случаев и смертей. Эти цифры зависят от того, насколько ранним или поздним было начало пандемии в каждой стране. Кроме того, на них сильно влияют предвзятости в отчётности (включая доступность диагностических тестов), которые могут быть как значительными, так и непостоянными в разных странах. Та же оговорка относится и к показателю летальности (всего смертей/всего случаев), так как погрешности отчётности, вероятно, будут выше для подтверждённых случаев, чем для смертей. Эти проблемы обошли 3 способами. Во-первых, сосредоточились на темпах роста как числа случаев, так и смертей, на которые не должны влиять систематические ошибки в отчётах, если эти систематические ошибки остаются стабильными в течение периода исследования. Чтобы выполнить это требование, сосредоточились на коротком периоде (либо первые 30 дней, либо 15).

Во-вторых, использовали наилучшую доступную оценку предвзятости отчётности по странам в качестве веса в анализе. В-третьих, контролировали доступность для тестирования.

Примечательно, что кривые роста были такими же крутыми в странах, которые обязали вакцинацию БЦЖ только в течение XX века (т.е. в тех, которые отменили её до 2000 г.), как и в странах, которые никогда не вводили вакцину. Распространение вируса можно замедлить только при наличии коллективного иммунитета, препятствующего лёгкому распространению вируса среди населения. Следовательно, в отсутствие обязательной вакцинации, навязанной государством, культурные нормы, подчёркивающие просоциальную взаимозависимую ориентацию, могут оказаться решающими для успеха БЦЖ в предотвращении будущих вспышек COVID-19. Хотя текущий анализ не предоставил никаких доказательств, эта возможность должна быть рассмотрена в будущих работах.

Необходимо признать некоторые ограничения. Во всех национальных стратегиях БЦЖ вводится в раннем возрасте, обычно при рождении. Остаётся неясным, может ли вакцинация БЦЖ быть эффективной при введении взрослым, а также неизвестно, как долго вакцинация БЦЖ может обеспечивать иммунитет к COVID-19, хотя она эффективна против туберкулёза и рака лёгких в течение нескольких десятилетий. Кроме того, неясно, может ли БЦЖ иметь какие-либо побочные эффекты при введении тем, кто уже инфицирован COVID-19. Существует острая необходимость в рандомизированных клинических испытаниях. Наконец, темпы экспоненциального роста показали существенную вариабельность в странах, где вакцинация БЦЖ обязательна. Следовательно, БЦЖ ни в коем случае не является волшебным средством, обеспечивающим безопасность от COVID-19. По всей вероятности, существуют некоторые социальные переменные, которые смягчают этот эффект. Это изменение должно быть учтено в дальнейшей работе. Несмотря на все эти ограничения, текущие данные впервые убедительно демонстрируют значительное преимущество универсальной политики БЦЖ в снижении распространения COVID-19, тем самым оправдывая тщательное исследование достоинств обязательной вакцинации БЦЖ в борьбе с COVID-19.

## Кстати

Коалиция  
соглашается  
на компромисс  
по новым  
правилам

**К 20 марта в Германии должны быть отменены многочисленные меры по защите от коронавируса.**

Несмотря на то, что число инфекций снова увеличивается, большинство мер защиты должны быть отменены в ближайшее время. Это также включает в себя обязательства по вакцинации, выздоровлению и тестированию при посещении ресторанов или культурных учреждений. Однако федеральные земли по-прежнему должны иметь возможность предписывать ношение защитных масок и обязательные тесты в домах престарелых, а также в местном общественном транспорте.

Это следует из проекта Федерального министерства здравоохранения (BMG) «Закона о внесении поправок в Закон о защите от инфекций и других правил» (IfSG).

Это планируется для регионов, в которых встречается вариант вируса SARS-CoV-2 со «значительно более высокой патогенностью» или в которых резко растёт заболеваемость, а больничные мощности становятся дефицитными. Парламенты штатов должны иметь возможность повторно активировать более строгие защитные меры для возможных горячих точек коронавируса. Таким образом гарантируется, «что регионы могут применять дополнительные меры в случае конкретного риска динамично распространяющейся инфекционной ситуации», говорится в проекте.

Поддержка плана коалиции исходит от Экспертного совета по коронавирусу при федеральном правительстве. Пандемия коронавируса в настоящее время характеризуется сниженной тяжестью заболевания омикронного варианта, поэтому в настоящее время есть оправданная надежда на то, что социальные последствия пандемии будут смягчены, согласно новому заявлению экспертов. Однако новые варианты вируса «обычно требуют быстрой реакции для обеспечения эффективной защиты от инфекции», предупреждают эксперты. Мониторинг уровня вакцинации сестринского персонала должен быть «консолидирован».

Планируемая поправка к IfSG также должна регулировать вопрос о показателях вакцинации против коронавируса в учреждениях с полным и полустационарным уходом. Планируется, что учреждения ежемесячно будут отправлять Институту Роберта Коха (RKI) анонимную информацию о том, сколько сотрудников и жителей было вакцинировано против SARS-CoV-2. Затем RKI должен объединить данные и сделать их доступными для BMG и федеральных земель.

Дома престарелых всегда были в числе «горячих точек коронавируса» в прошлом, особенно в первую и вторую волны пандемии.

Подготовила  
Инга КАТАРИНА.  
По материалам Science Advances,  
Ärzte Zeitung, Healthline.

## Профилактика

В день по банану съедать —  
здоровью помогать

**Бананы приносят не меньше пользы организму, чем яблоки, про которые мы с детства слышали: «В день по яблоку съедать – век болезней не видать». Но оказывается, и в бананах есть огромное количество витаминов и питательных веществ, а если есть их регулярно, они помогут сохранить здоровье и даже улучшить его состояние.**

Как сообщает вебсайт Healthline, надо съедать по одному-два банана в день, но не более того. Если есть слишком много, даже таких полезных продуктов, как бананы, это приведёт к увеличению веса и к дефициту питательных веществ. А если съедать один банан в день, то это принесёт пользу организму. В этом же польза этого жёлтого плода?

В первую очередь он важен для здорового кишечника. По данным исследования, проведённого в 2017 г. и опубликованного в издании Nutrition Bulletin, в бананах содержится стойкий крахмал, который способствует выработке очень важных для здоровья кишечника короткоцепочечных жирных кислот. Так что они стабилизируют работу кишечника и дают питательные вещества микрофлоре.

При ежедневном их употреблении можно сбросить лишний вес. Поскольку в бананах много клетчатки и белка, они дают чувство насыщения на длительное время, хотя один плод содержит всего 100 калорий. Они входят в первую двадцатку продуктов, способствующих снижению веса. Продукты, полезные для кожи, это не только семга, авокадо и

грецкие орехи, но и бананы. Причиной тому – содержащиеся в них витамины и минералы, особенно марганец, который повышает уровень коллагена. Какие бы проблемы с кожей не были – угри, морщины, сухость – непременно поможет один банан в день.

Если съесть банан до или после тренировки, он поднимет уровень энергии в организме и поможет избежать чувства усталости в течение дня. Результаты исследования мужчин-спортсменов, проведённого в 2012 г., показали следующее: те атлеты, которые каждые 15 минут пили спортивные напитки, в велогонках на длинные дистанции показывали худшие результаты по сравнению с теми, кто ел бананы и пил воду. Следовательно, между бананами и повышением уровня энергии в организме существует прямая

связь, влияющая на спортивные результаты.

Известны они и высоким содержанием калия. Учёные объясняют, что богатая калием диета (это тот же самый банан в день) на 27% снижает риск сердечных болезней. Так что пора включить банан в ваш ежедневный рацион.

А ещё, по сообщению Национального института здоровья, в бананах содержится витамин А, который выполняет три задачи: защищает глаза, сохраняет нормальное зрение и улучшает его в ночное время. Так что можно сократить количество съедаемой моркови, из-за которой кожа приобретает оранжевый оттенок. Достаточно съедать по одному банану в день. Он не только улучшит ваше зрение, но и принесёт много другой пользы для здоровья.



**А.Лурия родился 16 июля 1902 г. в Казани в семье известного профессора – терапевта, в дальнейшем основателя Центрального института усовершенствования врачей Романа Лурия. После окончания гимназии Александр поступил на факультет общественных наук Казанского университета.**

### Начало

С 1921 г. Александр Романович стал работать в области экспериментальной психологии. В 1923 г. его приглашают в Москву, где он становится научным сотрудником Института психологии и одновременно Академии коммунистического воспитания им. Н.К.Крупской. Затем быстро проходит путь от доцента до профессора, заведующего кафедрой психологии. Здесь произошла судьбоносная встреча с учителем – мэтром психологии Львом Выготским, оказавшим огромное влияние на взгляды и исследования Александра Романовича.

Недаром всю свою научную карьеру А.Лурия разделил на два периода – до знакомства с Л.Выготским и после встречи с ним. Стефан Тумлин, профессор-психолог Чикагского университета, так образно отразил роли двух великих учёных: «Если Выготский – Моцарт психологии, то Лурия сумел стать её Бетховеном».

Начальный цикл своих исследований учёный посвящает психофизиологии аффективных процессов и конфликтов. Впервые удалось показать: экспериментально вызванные конфликты ведут к функциональному распаду поведения, что и выявление пути их коррекции. Эти результаты были опубликованы в виде монографии в США и затем защищены в качестве докторской диссертации по психологии.

Александр Романович, проводя изыскания в области генетической и клинической психологии, ощутил настоятельную необходимость в медицинском образовании. Он поступил в Первый Московский медицинский институт, совмещая учёбу студента и работу профессора. Окончив его в 1937 г. с отличием, А.Лурия целиком уходит в медицину.

Вот строки из его научной автобиографии: «Я пошёл к Н.Н.Бурденко, крупнейшему русскому хирургу, и попросил принять меня <...> на место ординатора нейрохирургического института... Те два года, которые я провёл как ординатор, не имея ни одного помощника и работая сам по себе под руководством таких крупных неврологов, как М.Ю.Рапопорт и Ю.В.Коновалов, были самыми продуктивными годами в моей жизни».

В дальнейшем Александр Романович целиком переключился на разработку проблем клинической психологии. В Украинской психоневрологической академии, а затем в Институте неврологии АМН СССР, руководя лабораторией патопсихологии, профессор А.Лурия разрабатывает учение о функциях мозговых систем и их нарушениях при церебральных поражениях. Были созданы основы теории работы премоторной зоны мозга человека, изучены нарушения гностических процессов при поражении лобных систем и обосновано новое понимание проблемы афазий. Свою монографию «Височная афазия» Александр Романович защищает в 1943 г. в качестве диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук.

### Рождение новой нейронауки

В годы Великой Отечественной войны учёный разрабатывает

методику распознавания патологии и восстановления высших психических функций мозга, нарушенных при ранениях головы.

Итоги многолетних исканий и исследований Александра Романовича приводят к рождению новой нейронауки – нейропсихологии. Его монография «Травматическая афазия» (1947), изданная затем на английском языке в США, приносит мировую известность автору и повсеместное признание отече-

экспериментальной психологии Института нейрохирургии. Этим самым в системе Академии медицинских наук перестала существовать точка, представляющая данную отрасль науки и ставящая задачей развитие экспериментальной психологии в применении к медицине. Я не могу согласиться с правильностью такого решения.

Существование лаборатории экспериментальной психологии в системе АМН СССР оправдано

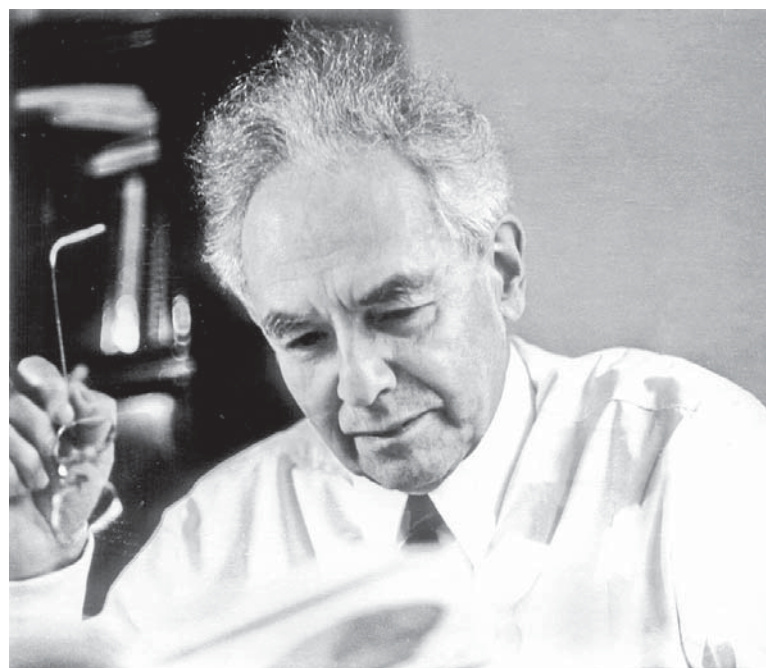
конечно, не было рассмотрено, а просто списано в архив. Но, несмотря на препятствия, нейропсихология продолжала развиваться и не только в нашей стране. В Северной Америке и Западной Европе появились выдающиеся учёные и серьёзные исследования, значительно углубившие эту новую нейронауку. Естественно, что они исходили из трудов основоположника нейропсихологии А.Лурия. Немалую роль в этом играли и личные

Всё было ново и интересно. Оставалось лишь утвердить тему на учёном совете. Однако главный невролог Института нейрохирургии профессор Михаил Рапопорт, ревниво относившийся к неврологическим кадрам, резко воспротивился: «Я вас не отдам этому пенкоснимателю. Если будете настаивать, то уходите из института». Юлий Вениаминович, для которого самым ужасным в жизни были конфликты, особенно с М.Рапопортом, тут же

### Имена и судьбы

# Первопроходец

## 120 лет со дня рождения основоположника нейропсихологии Александра Лурия



ственного приоритета в изучении очаговых поражений мозга с психологических позиций.

Александр Романович тесно сотрудничает с нейрохирургами и неврологами. Переходит на работу в Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, где создаёт лабораторию по своей тематике.

За выдающиеся научные заслуги его в 1947 г. избирают академиком Академии педагогических наук СССР. Наряду с исследованиями он преподаёт на психологическом факультете МГУ, где основывает кафедру нейропсихологии. Академик А.Лурия создаёт не только отечественную, но и большую международную школу нейропсихологов.

Спустя годы в признание исключительных заслуг учёного Академия наук СССР присуждает ему свою высшую награду – золотую медаль М.В.Ломоносова. Но Александр Романович не купается в славе, а привычно продолжает исследования.

Развернувшаяся в конце 40-х – начале 50-х годов борьба с безродными космополитами и гонения учёных коснулись и Александра Романовича. 29 декабря 1951 г. заведующий лабораторией экспериментальной психологии был уволен из Института нейрохирургии, а его подразделение ликвидировано. Пытаясь бороться, он пишет 8 января 1952 г. записку в президиум АМН СССР:

«В последние дни... была полностью ликвидирована руководимая мною лаборатория

не только тем, что она систематически вела работу по уточнению диагностики мозговых поражений и разработке приёмов восстановления функций нарушенного мозга. Внося в клинику объективный психологический эксперимент, перестраивая свою работу на основах учения Павлова и сближая экспериментально-психологическое исследование с изучением патологических изменений динамики высшей нервной деятельности, лаборатория тем самым практически пыталась осуществить те задачи наложения психологического узора на патофизиологическую канву и того сближения, слияния психологического исследования с физиологическим – на важность которого указывал И.П.Павлов.

Естественно, что ликвидация этой работы в системе АМН не только прекращает эту важную работу, которая является далеко не безразличной и для перестройки медицинской психологии на научных Павловских основах, – но и лишает её работников возможности делом ответить на адресованную им критику и практически исправить допущавшиеся в прежних работах ошибки.

Я прошу президиум АМН СССР поставить этот вопрос на Павловской координационной комиссии и обсудить вопрос о возможности сохранения работы по экспериментальной психологии в системе АМН СССР».

А.Р.Лурия

Это обращение учёного с мировым именем в те времена,

качества учёного, прежде всего удивительная коммуникабельность Александра Романовича, которой способствовало знание английского, немецкого и французского языков.

### Несостоявшийся ученик

Александр Романович сыграл значительную роль в моём научном становлении. Мог бы и большую, но ему (и мне) не дали такой возможности. Об этом – чуть позже.

Знаменитый Лурия был со всеми приветлив и постоянно улыбка, правда, я не уверен, что всегда искренне. Особенно он был обходителен с ординаторами и аспирантами, буквально завораживая молодых врачей своим вниманием с неизменным приглашением на разборы, куда мы все тянулись. Собирались нейропсихологи, неврологи и нейрохирурги. Обычно обсуждали какого-либо пациента с опухолью или травмой головного мозга, у которого проявлялись сложные нарушения высших психических функций – гнозиса, праксиса, памяти, речи.

Александр Романович любил работать вместе с моим научным руководителем профессором Коноваловым. Юлий Вениаминович филигранно изучал неврологический статус и давал глубокий анализ выявленной симптоматики с её топической привязкой. Александр Романович на этой авторитетной признанной основе с присущим ему блеском проводил тонкие и сложные нейропсихологические исследования. Далее следовало обсуждение находок с доказательствами их отношения к поражению различных структур головного мозга. Так создавалась новая нейронаука – нейропсихология. Можно лишь восхищаться построениями Александра Романовича, выдержавшими испытание временем и нашедшими своё визуальное подтверждение в исследованиях высших мозговых функций с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии.

Я не пропускал яркие и поучительные разборы Александра Романовича. Он обратил на меня внимание и предложил Юлию Вениаминовичу совместное научное руководство, избрав в качестве темы моей кандидатской диссертации изучение динамической афазии при опухолях мозга. Ю.Коновалов охотно согласился. А.Лурия снабдил меня обширной литературой, включая рукописи своих ещё не изданных трудов.

отступил. Но я благодарен судьбе, что испытал влияние и тесно общался с великим учёным, создателем нейропсихологии Александром Лурия.

### Память

Имя Александра Романовича осталось в истории отечественных и мировых нейронаук, прежде всего, как основоположника нейропсихологии. Однако вклад учёного значителен и в экспериментальную, детскую, историческую психологию, и в дефектологию, и во многие другие разделы изучения мозговых механизмов высших психических функций. Многочисленные ученики А.Лурии в отечестве и за рубежом развивают его учение с использованием высоких технологий. Функциональная магнитно-резонансная томография позволила неинвазивно визуализировать как индивидуальную локализацию высших психических функций, так и влияние на них очаговых патологических процессов в мозгу. Ещё может быть существенней, что тонкие нейропсихологические эксперименты обрели своё буквальное видение, раскрывая участие в них различных многогнездных систем и связей. Нейропсихология получила мощного союзника – динамичную нейровизуализацию – в познании речи, гнозиса, праксиса, когнитивных процессов.

Память о творце нейропсихологии жива во всё расширяющейся сфере созданной им нейронауки. Её поддерживают и регулярно проводимые в МГУ международные конференции, посвящённые Александру Романовичу, где обсуждаются нейропсихологические новации. Следует упомянуть, что в Германии один из институтов нейрореабилитации носит имя великого учёного. На психологическом факультете МГУ установлена мемориальная доска в честь основателя первой в мире кафедры нейропсихологии. Но, может быть, ещё важнее возмещение научной славы А.Лурия – они продолжают издаваться и переиздаваться в США, Великобритании, Италии, Голландии, Польше, Чехии, Испании, Японии, не говоря уже о России.

**Леонид ЛИХТЕРМАН,**  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
Лауреат Государственной  
премии России.



Ироничной строкой

# Луки для воинственных мужчин

Научная конференция, посвящённая актуальной теме алопеции, достигла своего апогея. – Лысина – это светлое будущее человечества! – провозгласил очередной выступающий. – Но мы всеми силами и где-то даже средствами должны отодвинуть его приближение.

Зал поддержал это заявление сдержанными овациями.

– Вот почему наша проблемная лаборатория разработала особый способ пересадки на светлые головы наших клиентов волосяных луковиц, – продолжил оратор. – Теперь нам остаётся только создать донорский банк луковиц.

Аплодисменты стали ещё поже.

Вскоре трибуну пришлось уступить следующему докладчику.

– Наш программный отдел считает, что самое лучшее средство от облысения – это парик! – сходу провозгласил тот под раздавшимся вдруг негодующие свист и топот.

Обиженный подобным неприемлемым приёмом докладчик тут же покинул трибуну. Тогда на неё неспешно взгромоздился мужчина солидных и где-то даже выдающихся форм и, проверив работу микрофона исполнением на нём стука в закрытую дверь, сообщил, что для нормального оволосения головы требуется в первую очередь позитивный настрой!

– Настоящий мужчина должен чувствовать себя настоящим воином-лучником, а потому возглавляемая мною экспериментальная спецлаборатория только что разработала новый вид луков специально для кандидатов в настоящие воинственные мужчины! – торжественно сообщил он под одобрительный шум всего конференц-зала.

– А вот имеющиеся в штате нашего экспериментального отдела психологи и психоаналитики настоятельно рекомендуют засеивать луком все газоны, окружающие многоэтажные строения в нашем городе! – сообщил очередной выступающий. – И не просто засеивать, а делать за-



рядку на них по утрам и вечерам, заряжаясь столь недостающими многим из нас и столь нужными нам фитонцидами, не говоря уже о гедонах – гормонах радости и счастья!

Под жидкие, но всё-таки одобрительные аплодисменты выступавший покинул достаточно высокую трибуну, на которой сразу же возник следующий экспериментатор. Он сходу, без лишних слов, заявил, что, поскольку ещё большее количество фитонцидов содержится в чесноке, он призывает всех работать «по чесноку» и быть честными со всеми окружающими любящими из нас людьми!

Потом появившийся на трибуне следующий оратор начал разъяснять, что всем его коллегам, в том числе и из числа выступающих сегодня, следует придерживаться более научных взглядов на обсуждаемую здесь и сейчас весьма важную проблему. И поскольку возглавляемый им отдел гормональных проблем занимается уже не первый (и не последний!) год вызывающими потерю волос гормональными сбоями, в него недавно стали принимать и экспериментаторов противоположного пола, дабы работать не только с боями, но и с герлами!

Всего через несколько минут его сменил на трибуне новый докладчик – энергичный, «накачанного» вида мужчина с горящим взглядом.

– А вот в нашем отделе консервации волосяных луковиц недавно разработан уникальный состав! – радостно, а точнее даже жизнерадостно, сообщил он. – Состав этот, содержащий мёд, прополис, мумиё, живицу, кедровое и касторовое масла, бальзам, а также клей «Суперцемент», уже запатентован нами в соответствующих инстанциях! Стоит всего лишь один раз смазать им плешь, и всё – уже больше никогда ни один волосок не упадёт с вашей головы!

Вопль то ли горячего одобрения, то ли всеобщего негодования просто взорвал зал.

Однако когда страсти, наконец, улеглись, строгий голос с места поинтересовался, закончена ли уже эта научно-практическая работа, и над чем же нынче трудятся уважаемые коллеги?

– Мы, – скромно потупил взор выступающий, – сейчас приступаем к разработке безотказно действующего растворителя для нашего фиксатора волос.

И на этом было решено продолжить актуальную алопецидную научную дискуссию завершить. Принятая резолюция, в отличие от докладов, не содержала ничего нового. В ней, как и прежде, отмечалось, что главное – это не то, что у человека на голове, а то, что в ней!

Тарас ЕВГЕНЬЕВСКИЙ.

Афоризмы

Виктор КОНЯХИН

## Жизнь – есть

- ✓ Чем больше больших перемен, тем меньше жизни.
- ✓ Производство произвола жизни.
- ✓ Кино уже давно как вино.
- ✓ Кости из кожи лезли. Им хотелось мяса.
- ✓ Календарная мечта – пятница вместо понедельника.
- ✓ Человек рождён на вырост своего возраста.
- ✓ Картина маслом: Пост ГАИ. Вокруг в живописном беспорядке остатки автомобилей и водительских прав.
- ✓ Общественная жизнь постоянно возвращается в общество на переналадку.
- ✓ Все децибелы городской магистралей глохнут перед молчаливым пешеходом.
- ✓ В литературе не имеющие творческого лица обязаны носить маски.
- ✓ Все углы – алкоголики. Каждый – требует собственный градус.
- ✓ Всякое лекарство, с точки зрения лекарства, не совсем лекарство.
- ✓ Сперва кусаешь всё подряд. Потом глотаешь все пилюли подряд.
- ✓ Щедрый режим бесребреничества.
- ✓ Лучший театр – это буфет в цирке.
- ✓ Не все яства съедобны, хотя и подобны.
- ✓ Их превосходительство страдает от излишней снисходительности.
- ✓ Ваше настоящее лицо у ваших потомков.
- ✓ С «морозкой» надо что-то делать. Чтобы не заморочило.
- ✓ Нет времени даже умереть по полной программе.
- ✓ Мозги – набухли... Мысль – созрела!
- ✓ Цены бьют рекорды... Есть жертвы среди покупателей.
- ✓ Мы сказку сделали былью. Теперь нас не пускают в эту быль-сказку.
- ✓ Антиговоризм – продукт анти-молчания.
- ✓ Печататься – вредно. Стоит напечатать три строчки, и ты присваиваешь себе все права гения.
- ✓ Вопрос не в моей бедности, а в вашей богатости.
- ✓ Был много известен в малых афористических кругах.
- ✓ Денег нет – счастья нет... Но жизнь – есть.
- ✓ Самое большое преступление – зажить собственные деньги.
- ✓ Рай – это «ОАО Корпорация». Пекло – это «ЗАО Корпорация».
- ✓ Адам – жертва шестого дня сотворения мира.
- ✓ Во времена любви и свет не мил. Все требуют интима.
- ✓ Мир – театр, полный клакеров.
- ✓ Перестаньте считать болезни «своими», пусть они уходят к другим.
- ✓ На заре меня не буди. Я в это время пересматриваю свои цветные сны.
- ✓ Слоган самогонварения «Чистоган».
- ✓ Прежде чем заговорить, совесть потребовала микрофон.
- ✓ Мечта белого медведя – побывать на Красной площади. Турист, однако.
- ✓ Студенты дружно грызли гранит науки. Подкреплялись перед сессией.
- ✓ Не всякое худо имеет художественную ценность.
- ✓ Феминизм подчиняется только деньговизму.
- ✓ Влюблённые во всё человечество умирают от раздробления сердца.
- ✓ Каждая наглость без ложной скромности.
- ✓ Не выдавайте жевательное за желательное.
- ✓ Вечный двигатель знает свой век.
- ✓ Бутылка водки любила составлять треугольники своих алкоголиков.
- ✓ Дубы любую вербу завербуют в осину.

Итоприд	Кракс	Штат в США	Город, Псков. обл.			Казах. бард	<b>СКАНВОРД</b>										Симва-статин						Кубин. муз. инструмент
					365 дней	Шест, нарты	Сонм	Плотва	Запеканка						Забор	Деревня		Норв. полярик		Длительный отдых			
	... внимания	Жанр фильма						Плавучая платформа	Бахус	Платонов, повесть	Древнегреч. философ		Связка знаков							Пасть			
			"Средство Макропулоса"	Боевой клич	Коонен	Короткое бревно				Актер Эраст ...								Мед. диагностика					
	Ад	Кладовая				Учитель Маугли	Город, Узбекистан	Собрание у скандинавов				Попугай	Нем. хирург										
				Поимка	Шостакович, опера		Орнамент	Лишь бы (прост.)										Статус ...					
	Франц. писатель	Пипемидовая кислота				Автобус		Верблюды															
				Персона				Карлик, антилопа															
Автор Валерий Шаршуков		Венг. овчарка				Стрельбище		Блудный ...															

**К** **Р** **А** **Е** **Н** **О** **М** **Б** **А** **К** **К** **А** **Р** **А**  
**А** **Л** **Е** **А** **У** **Ж** **А** **В** **О** **Р** **О** **Н** **О** **К** **Л** **Р** **А**  
**Л** **К** **З** **В** **Е** **З** **Д** **А** **Ы** **Г** **Б** **Д** **И** **К** **О** **К**  
**К** **И** **К** **А** **Е** **А** **Р** **В** **А** **З** **О** **К** **Е** **Т** **Г** **А** **М** **Л** **Е** **Т**  
**В** **О** **Б** **О** **С** **Х** **С** **А** **Л** **О** **А** **О** **Л** **А** **Е** **К** **Е** **Т** **А**  
**Е** **М** **А** **А** **С** **А** **М** **И** **Р** **З** **О** **Б** **Р** **К** **А** **Р** **Н** **А** **В** **А** **Л**  
**Н** **П** **Р** **О** **Л** **Л** **Н** **А** **Й** **Б** **Ы** **Л** **О**  
**С** **Т** **А** **Р** **И** **К** **А** **Р** **А** **К** **В** **О** **К** **А** **Л**  
**С** **Н** **А** **С** **Т** **П** **А** **Ж** **Д** **А** **Л** **Ь**

**Ответы на сканворд, опубликованный в № 8 от 02.03.2022.**