

Медицинская

5 апреля 2023 г.
среда
№ 13 (8082)

газета®



130
лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России
и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Как оценивает региональная организация профсоюза работников здравоохранения РФ выполнение коллективных договоров на Кубани?

Стр. 4

Новый Порядок онкопомощи намеренно вывели из-под действия регуляторной гильотины. Кто и зачем?

Стр. 5

Малоинвазивная хирургия и перспективы её развития в столичной ГКБ им. Ф.И.Иноземцева.

Стр. 6-7

Акценты

Что такое здоровье?

Это прежде всего образ жизни



Устав Всемирной организации здравоохранения вступил в силу 7 апреля 1948 г. С 1950 г. этот день отмечается как Всемирный день здоровья. Его тема 2023 г. – «Здоровье для всех».

Что такое здоровье? В русском языке – слово, образованное при помощи приставки «съ» от общеславянского корня «драв» (дерево). Дерево являлось символом долголетия. Английское health восходит слову «целый» (whole). Латинское valetudo происходит от valeo (сильный). Отсюда возникла «наука» о здоровье – валеология. Как сказано в преамбуле Устава ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Данное определение критиковалось как слишком широкое и не измеряемое. Разве здоровье и счастье – синонимы? Можно ли считать здоровым бедного или безработного? Известный советский исследователь Павел Калью в своей

На весенний спортивный праздник «Всей семьёй за здоровьем!» в московский Олимпийский центр им. братьев Знаменских пришли более 150 членов профсоюза и их семей

знаменитой работе «Сущностная характеристика понятия «здоровье» рассмотрел 79 определений здоровья, сформулированных в разных странах мира, в различное время и представителями различных дисциплин. Как шутят врачи, «нет здоровых людей, есть недообследованные». Но в каждой шутке есть доля правды. По данным журнала Lancet, только 4,3% населения земли могут быть признаны практически здоровыми. Значит ли это, что остальные больны? Переход от здоровья к болезни, как правило, постепенный. Подавляющее число людей ещё не больны, но уже не здоровы. Древнеримский врач и философ Гален называл это «третьим состоянием», а мы именуем сегодня предболезнью.

Согласно принятой ВОЗ «формулы здоровья», здоровье человека на 55% зависит от его образа жизни, на 20% – от факторов окружающей среды (экологии), на 15% – от наследственности,

и лишь на 10% – от доступности и качества медицинской помощи.

Здоровье для всех невозможно в условиях войн и нищеты, загрязнённого воздуха и вредной пищи, курения и алкоголизма, рабства и проституции. Как говорится, спасение утопающих есть дело рук самих утопающих. Поэтому последуем рекомендациям ВОЗ: вести активный образ жизни (не менее 75 минут интенсивной физической нагрузки в неделю), правильно питаться (употреблять не менее 400 г овощей и фруктов в день и ограничивать потребление соли 5 г), избегать стрессов, спать не менее 7-8 часов, не курить и не злоупотреблять алкоголем. Будьте здоровы!

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры гуманитарных наук Сеченовского университета.

Ситуация

Остановить преследование врачей

Коллектив Детской республиканской клинической больницы в Улан-Удэ написал открытое письмо на имя Президента России Владимира Путина. Подписи под документом поставили 337 сотрудников больницы, они просят обратить внимание на «присходящий беспрецедентный судебный произвол» в Бурятии и прекратить преследования медиков по так называемому делу Котенко.

В июле 2019 г. во время лечения умер 4-месячный мальчик Захар Котенко, было возбуждено уголовное дело, его расследование шло под личным контролем руководителя СК РФ А.Бастрыкина. Уголовное дело закончилось приговором – реаниматолога Алдара Цыденова на 4 года отправили в исправительную колонию общего режима. Сегодня он, отец троих детей и человек, спасший не одну жизнь за 12 лет своей трудовой деятельности, сидит в одной камере с убийцами и насильниками.

29 марта Советский районный суд вынес обвинительный приговор в отношении педиатра Ирины Бекетовой, лечившей мальчика в педиатрическом отделении в 2019 г. Женщину приговорили к 2 годам колонии общего режима с отсрочкой отбывания наказания до достижения её третьего ребёнка 14-летнего возраста.

«Мы терпеливо надеялись на справедливое решение, но этого не произошло, – пишут в открытом письме медики. – Суд проигнорировал независимую комиссионную экспертизу, проведённую специалистами из Санкт-Петербурга. Мы же

считаем, что вины врача Бекетовой в этом случае нет... Не умаляя ответственности за работу всех причастных к оказанию медицинской помощи ребёнку, считаем назначенные наказания чрезмерными. Впервые в истории России применена ч. 2 ст. 238 УК РФ к врачам. Отдаём отчёт об ответственности профессии врача. Понимаем и сочувствуем горю потерявших ребёнка родителей. Но, к сожалению, в нашей работе случаи смертельного исхода иногда имеют место... Мы поняли, что следующим «уголовником» может стать каждый из нас».

Врачи просят помиловать А.Цыденова и пересмотреть приговор И.Бекетовой: «Не можем выйти с забастовкой, отменив приёмы и оставив своих пациентов. Вынуждены при большой нагрузке из-за крайней нехватки кадров и ответственности в государственном здравоохранении увольняться ввиду абсолютной незащищённости от судебного произвола. Просим остановить произвол в отношении врачей и принять меры по адекватной оценке ответственности нашего труда, пересмотреть нормы закона и исключить понятие «медицинская услуга» в законе о здравоохранении».

Министр здравоохранения Бурятии Евгений Лудупова поддержала врачей. По её словам, медицинское сообщество выражает глубокое соболезнование семье Котенко, однако врачи сегодня находятся в подавленном состоянии и чувствуют себя не защищёнными законом.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Республика Бурятия.

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Сергей ПОПОВ

Директор НИИ кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра, академик РАН:

Без консолидации научных потенциалов учреждений и территорий мы так и будем годами двигаться мелкими шагами к достижению результатов, которые нужны медицине уже сегодня.

Стр. 10



Новости

Тромб удалось извлечь

Екатеринбургские рентгенохирурги спасли жизнь и сохранили здоровье 82-летней женщине с ишемическим инсультом. Они выполнили процедуру тромбоэкстракции и с помощью комплекса методик успешно извлекли тромб, который мешал кровотоку, добившись полного восстановления двигательных функций и речи у пациентки.

Пожилая жительница Екатеринбурга находилась на лечении в центральной городской клинической больнице № 1 по поводу обострения сердечной недостаточности и нарушения ритма сердца. Внезапно у неё возникла слабость в левых конечностях, исказилась речь. Её оперативно осмотрел невролог, для уточнения диагноза специалисты выполнили компьютерную томографию головного мозга и ангиографию мозговых артерий. Исследования подтвердили подозрение на жизнеугрожающее состояние – ишемический инсульт.

Женщину экстренно доставили бригадой скорой помощи в «Новую больницу». Врачи приняли решение о проведении тромбоэкстракции. «Пациентка была в тяжёлом состоянии, учитывая сопутствующие патологии и возраст. Мы боролись, чтобы полностью извлечь тромб. Благодаря сочетанию нескольких тактик выполнения процедуры добились оптимального результата», – рассказал рентгенохирург больницы Евгений Бородин, который вместе с коллегой Артёмом Юриновым выполнил операцию.

С восстановлением кровотока полностью пришли в норму нарушенные двигательные и речевые функции. Через неделю пациентка смогла вернуться к обычной жизни и была направлена на реабилитационный этап в условиях дневного стационара.

«Мы внедрили технологию тромбоэкстракции для лечения ишемического инсульта в апреле 2022 г. Практически за год наши врачи провели около 50 таких процедур. Методика помогает спасать пациентов с ишемическим инсультом даже в случае завершения так называемого терапевтического окна, когда с момента сосудистой катастрофы прошло более 4,5 часов», – подчеркнула заместитель генерального директора по лечебной работе больницы, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Елена Фокина.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

За здоровое общество

Региональный проект «Женщины Ямала за здоровое общество» стартовал на Ямале. Он инициирован Ямальским центром общественного здоровья и медицинской профилактики и проводится совместно с Национальным медицинским исследовательским центром терапии и профилактической медицины Минздрава России.

Участие в проекте принимают более 2 тыс. северянок разных возрастов и профессий. Всех их объединяет желание жить долго и активно, поддержать своё здоровье и здоровье близких.

За месяц специалисты НМИЦ провели более десятка лекций по здоровому питанию, профилактике пагубных привычек, отказу от курения, противодействию компьютерной зависимости. В конце каждого модуля участницы проходят тест, чтобы оценить знания. Для их поддержки был создан чат, где можно задать вопросы специалистам и получить практические советы. Северянки активно включились в командную работу: выполняли домашние задания, делятся своими достижениями и ЗОЖ-секретами. Большое обсуждение вызвала тема здорового питания.

Вторым направлением проекта станет конкурс «Модель здоровья», который пройдёт на трёх уровнях: муниципальном, региональном и федеральном. Участницы должны будут представить свои идеи и опыт по укреплению здоровья в ходе флешмоба «Я смогла, и ты сможешь!».

По завершении проекта северянок ждёт повторное анкетирование, на основе которого будет рассчитан индивидуальный рейтинг. Самых активных участниц, показавших яркий пример ЗОЖ и внёсших наибольший вклад в формирование общественного здоровья, наградят в каждом муниципалитете.

– Этот проект не только для женского здоровья, но и для сохранения здоровья всей семьи, – говорит заместитель главного врача центра общественного здоровья и медицинской профилактики и идейный вдохновитель проекта Наталья Половодова. – На проекте собраны лучшие практики, которые дадут участницам новые ценные знания и помогут повысить ответственное отношение к своему здоровью и ценностям ЗОЖ.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

«МИР 19» теперь и в амбулаторном применении

Противовирусный препарат «МИР 19», созданный учёными ФМБА России, отныне доступен и для амбулаторного применения: 3 раза в сутки продолжительностью до 7 дней, что существенно расширяет круг пациентов, которые могут использовать этот препарат с самого раннего периода инфицирования, первых дней заболевания корона-вирусной инфекцией.

Инновационный противовирусный препарат создан по поручению руководителя ФМБА России Вероники Скворцовой учёными Института иммунологии ФМБА России под руководством директора Мусы Хаитова. Механизм действия препарата основан на подавлении репликации вируса внутри клетки. Действующим веществом являются синтетические молекулы миРНК, нацеленные на генетический аппарат SARS-CoV-2.

Сегодня это единственный в мире препарат такого рода, прошедший доказательные клинические исследования. Министерство здравоохранения РФ зарегистрировало «МИР 19» в декабре 2021 г. в качестве средства специфической противовирусной терапии COVID-19. Препарат показал свою эффективность при ведении пациентов с COVID-19 в «красной зоне». Теперь инновационная разработка ФМБА России одобрена и для применения в амбулаторной практике.

Александр ГЕОРГИЕВ.

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

Акции

Тамбовские медики —
детям новых регионов

Трудные времена переживают сейчас жители новых субъектов России. Особо тяжело страдают от военных действий дети. Не случайно Президент РФ Владимир Путин поручил Минздраву страны проводить в освобождённых субъектах профилактические осмотры подрастающего поколения.

Не остались в стороне от выполнения этого благородного дела и тамбовские медики. Уже в конце прошлого года бригада специалистов из региона работала на выезде в Херсонской и Запорожской областях.

– Дислоцировались мы в посёлке городского типа Приазовском Мелитопольского района, – рассказывает психиатр Ольга Тулупова. – Жили в гостинице. До линии фронта было 200 км... По соседству с нами работали коллеги из Твери, Астрахани, Санкт-Петербурга и Республики Марий Эл. В состав бригады «Тамбов» входили педиатры, окулист, невролог, врач УЗИ-диагностики, психолог, медсестры, лаборант. Ежедневно специалисты выезжали на осмотр детей в школы-интернаты, средние учебные заведения, детские сады. По состоянию здоровья каждого ребёнка составлялись отчёты, результаты осмотров доводились до руководителей образовательных организаций, а также родителей. При необходимости стационарного лечения детей направляли в Краснодар или Москву.

В процессе осмотров и лечения принимали участие и медицинские коллективы Тамбовской области. В трудных случаях медики об-



Коллектив бригады «Тамбов»

ращались к товарищам по месту своей основной работы. По каждому отдельному случаю проводили консилиум и принимали коллегиальное решение, которое всегда оказывалось объективным и правильным.

Когда первая бригада уехала домой, её место занял второй коллектив, возглавила который педиатр городской больницы № 2 Мичуринска Елена Рысева. За её плечами почти 40-летний стаж работы.

– Работали с 8 утра и до поры, пока последний пациент не пройдёт осмотр, – отмечает Елена Николаевна. – В среднем осматривали по 120-140 маленьких пациентов, но бывали случаи, когда

их число доходило до 150-160. А выходные целиком и полностью посвящали оформлению медицинской документации, но считали это вполне нормальным явлением, потому что на кону стояло здоровье молодого поколения.

По приезде домой недели две приходили в себя: настолько велик был стресс. Тем не менее медики с гордостью отмечают итоги пребывания на Херсонщине и в Запорожье, удовлетворены тем вкладом, который внесли в дело охраны здоровья людей.

Анна МОРДАСОВА,
студентка медицинского института
Тамбовского государственного
технического университета.

Новые подходы

Доскональное изучение свойств этого белка может открыть новые перспективы лечения метастатического рака. Так считают учёные из Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН (Новосибирск). Здесь приступили к проведению исследования «Роль основного архитектурного белка хроматина – когезина – в репарации разрывов ДНК».

Как пояснил один из авторов научного проекта руководитель лаборатории генетики развития института кандидат биологических наук Нариман Баттулин, когезин известен тем, что он определяет архитектуру образования петель ДНК в клеточном ядре. Сотрудники института уже придумали, как с помощью методов геномной инженерии «отключить» когезин, но при этом сохранять клетку живой в течение долгого времени. Теперь их задача – изучить влияние данного белка на сохранение стабильности генома.

– Молекула ДНК длинная, и время от времени она рвётся, что очень плохо для клеток и организма в целом. В частности, такие разрывы могут вызывать онкологические заболевания. Мы должны понять, как и почему происходят разрывы в цепи ДНК, как клетки борются с этими процессами и можно ли использовать когезин в качестве мишени для лекарственных препаратов при лечении онкологических заболеваний, – говорит Н.Баттулин.

Казалось бы, какая связь между разрывами молекулы ДНК и терапией злокачественных новообразований? На самом деле она возможна, предполагая новосибирские генетики. Дело в том, что в про-

Атака на метастазы:
когезин как мишень

цессе метастазирования опухоли ядра раковых клеток подвергаются механическому воздействию, когда они распространяются по организму, преодолевая межклеточное пространство. Согласно гипотезе учёных Института цитологии и генетики, когезин задействован в механизмах защиты клеточного ядра не только от разрывов, но и от таких механических воздействий. И если эта гипотеза подтвердится, то, снижая уровень когезина в опухолевых клетках, можно сделать

их более уязвимыми и тем самым снизить интенсивность распространения метастазов.

На первом этапе, который продлится 4 года, генетики будут проверять свою гипотезу. В том случае, если результат будет успешным, появится перспектива заняться разработкой противоопухолевых лекарственных препаратов, основанных на эффекте регуляции уровня когезина.

Елена СИБИРЦЕВА.

Ориентир

Ставка — на отечественных фармпроизводителей

Президент России Владимир Путин принял участие по видеосвязи в открытии новых предприятий по выпуску лекарств в Калининградской области, Мордовии и Санкт-Петербурге.

Открывающийся в Калининграде завод «Отисифарм Про» будет производить широкий спектр востребованных на российском рынке лекарств, среди которых — антибиотики, противовирусные, иммуномодулирующие, анальгезирующие, ноотропные и муколитические препараты.

Вторая очередь завода «Фармасинтез-Норд» в Санкт-Петербурге позволит нарастить выпуск биотехнологических фармсубстанций и препаратов для лечения онкологических и аутоиммунных заболеваний человека, а также генно-инженерных инсулинов и противоковидной вакцины «Спутник Лайт».

На площадке «Биохимик» в Саранске готовится запуск производства фармацевтических субстанций по 130 наименованиям, среди которых средства против онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, ВИЧ-инфекции, а также анти-

биотики, противовоспалительные препараты и миорелаксанты.

Президент РФ отметил, что в целом российская фармацевтическая отрасль демонстрирует позитивную динамику, её «устойчивая, ритмичная работа имеет огромное значение для всей страны», в частности для обеспечения граждан доступными, качественными лекарствами. Он поблагодарил всех специалистов, которые занимаются развитием фарминдустрии в России.

«Ваш труд — это весомый вклад в развитие российской фарминдустрии, в расширение возможностей отрасли. И устойчиво-ритмичная работа имеет огромное значение для всей страны, для обеспечения наших граждан доступными, качественными лекарствами... Нам важно увеличить выпуск российских субстанций, повысить долю отечественных препаратов на внутреннем рынке, в том числе на региональном, укрепить независимость от поставщиков из-за рубежа, особенно со стороны тех поставщиков, которые создают для нас немало трудностей», — сказал глава государства.

По его словам, чтобы этого добиться, нужно модернизировать

оборудование и строить новые производства, совершенствовать технологии, наращивать кадровый и материально-технический потенциал научно-исследовательских лабораторий и центров. Президент также призвал улучшать подготовку специалистов, технологов, фармацевтов, провизоров. «Со своей стороны государство, безусловно, продолжит развивать механизмы поддержки отрасли», — заверил В.Путин.

Президент напомнил, что во время пандемии российская фармпромышленность смогла оперативно наладить производство необходимых препаратов, а значит, спасти жизнь и здоровье миллионов людей. Открытие новых фармацевтических производств — это ещё один шаг в наращивании выпуска эффективных отечественных лекарств, которые в том числе замещают востребованные импортные аналоги.

По словам главы государства, высокотехнологичные производства создают дополнительные квалифицированные рабочие места, способствуют росту налоговых поступлений и приносят ощутимую пользу всей экономике. Он добавил, что с 2023 г. запускается программа по

предоставлению инвестиционных кредитов по льготной ставке на создание мощностей по синтезу фармсубстанций и производству лекарств по полному циклу.

На церемонии открытия новых фармацевтических производств выступил также министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

«В первую очередь хочу сказать слова благодарности всем производителям, потому что в период пандемии в лекарственном обеспечении наших граждан мы делали опору на отечественных производителей, и основная масса медицинской продукции, которая поставлялась, — это препараты полного цикла, созданные отечественными производителями и научными коллективами», — сказал министр.

Он отметил достижения отечественной фармацевтической отрасли. Из 810 международных непатентованных наименований в перечне ЖНВЛП 82% представлено российскими препаратами, по полному циклу сегодня выпускаются более 53%. Более 80% препаратов, которые приобретаются по госзакупкам, произведены в России. Рациональное использование бюджетных средств позволило увеличить объём закупки дорогостоящих лекарств.

М.Мурашко добавил, что увеличение продолжительности жизни и снижение смертности в России — в том числе результат работы фармацевтической отрасли.

Юрий ДАНИЛОВ.

Криминал

Трое фигурантов одного дела

Ленинский районный суд Смоленска заключил под стражу главного врача клинической больницы № 1 Сергея Крюковского. Руководителя учреждения подозревают в мошенничестве при совершении госзакупок. С.Крюковскому предстоит находиться под арестом до 22 мая, пока продолжается расследование уголовного дела.

Накануне Ленинский районный суд постановил заключить под стражу также его предполагаемого подельника, депутата Горсовета Владимира Бурдули. Аналогичную меру пресечения получил руководитель коммер-

ческого отдела ООО «Фарм-групп» Юрии Кутько.

Трое фигурантов уголовного дела подозреваются в хищении бюджетных средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской облас-

ти. По материалам регионального УФСБ, преступление было совершено с апреля 2020 г. по август прошлого года. Участники аферы путём завышения начальной цены контрактов на поставку изделий медицинского назначения для нужд лечебного учреждения похитили бюджетные средства на сумму свыше 6,9 млн руб.

Ранее обыски прошли в офисе и загородном доме депутата горсовета Смоленска, а также

дома и на рабочих местах других фигурантов. Кроме того, на политсовете «Единой России» было принято решение о приостановлении членства в партии В.Бурдули.

В прокуратуре области заявили, что расследование данного уголовного дела находится на личном контроле руководителя ведомства Сергея Карапетяна.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Смоленская область.

Перспективы

Показатель ожидаемой продолжительности жизни по итогам 2023 г. может составить 73,5 года, что выше доковидного уровня. Об этом заявила вице-премьер Татьяна Голикова на совещании Президента РФ с членами Правительства.

— Ожидаем, что при сохранении сложившейся тенденции, нацеленности всех регионов на основной и важнейший приоритет — народосбережение — показатель смертности за 2023 г. будет на 1,5-2% ниже, чем по итогам 2019 доковидного года, — сказала вице-премьер.

По оценке Росстата, за январь-февраль этого года показатель ожидаемой продолжительности жизни составил 73,07 года. Три региона страны достигли установленного на 2030 г. целевого показателя (78 лет) — это Москва, республика Дагестан и Ингушетия.

Как отметила Т.Голикова, благодаря принятым в 2022 г. мерам после резкого роста заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в январе — марте прошлого года удалось стабилизировать ситуацию. Были увеличены объёмы диспансеризации и профосмотров, которые в 2022 г. прошли почти 70 млн человек, что в полтора раза

В России растёт продолжительность жизни

больше, чем в 2021 г. Увеличились объёмы и по другим видам медицинской помощи.

— В результате в 2022 г. удалось сохранить более 540 тыс. жизней. Смертность за год снизилась на 23,2%, в том числе от болезней системы кровообращения — на 11%, от онкологических заболеваний — почти на 1%. Это позволило обеспечить рост продолжительности жизни. Тенденция дальнейшего снижения смертности отмечается и в 2023 г. В январе-феврале сохранено жизней на 83,5 тыс. больше, чем за аналогичный период прошлого года, и на 20,8 тыс. больше, чем за январь-февраль доковидного, 2019 г., — заявила вице-премьер.

По её словам, для роста численности населения и восстановления рождаемости важно не допускать случаи смерти среди детей, особенно в ранних возрастах. В 2022 г. младенческая смертность продолжала снижаться. Данная тенденция

отмечена и в январе-феврале 2023 г.: это 4,1 на тысячу родившихся живыми, и по сравнению с 2019 г., этот показатель снизился на 10,9%. Сегодня профилактическими осмотрами охвачено почти 92% детей.

Т.Голикова напомнила, что с 2023 г. расширен неонатальный скрининг, позволяющий впервые на популяционном уровне диагностировать дополнительно более 40 врождённых и наследственных заболеваний. Материально-техническая база для такой работы создана в 2022 г. Сейчас Минздравом организован ежемесячный мониторинг по количеству детей, рождённых и обследованных, и выявленных у них заболеваний. Для оказания помощи детям с использованием инновационных медицинских технологий с 2020 г. введено в эксплуатацию 13 детских больниц, в 2022 г. осуществлялось строительство и реконструкция ещё 22, и до конца 2024 г. плани-

руется ввести в эксплуатацию ещё 11 детских больниц.

— Больше внимания планируем уделить здоровью женщин, в первую очередь речь идёт о диспансеризации молодых женщин основных репродуктивных возрастов. Но также дано поручение всем регионам об организации такой работы. Хочу также отметить, что значительную роль в снижении смертности населения имеет первичное звено, которое выявляет заболевание, наблюдает за пациентом на протяжении всей его жизни, проводит коррекцию лечения и принимает меры для предупреждения осложнений, — отметила вице-премьер.

По поручению Президента РФ с 1 января 2023 г. организованы дополнительные выплаты медицинским работникам первичного звена, центральных районных и районных больниц, а также скорой медицинской помощи. По состоянию на 28 марта этими выплатами

Акценты

Аптеки наказаны

В Нижнем Новгороде выявили и наказали аптеки, реализовывающие рецептурные лекарственные препараты без рецепта врача. Территориальный орган Росздравнадзора по Нижегородской области провёл внеплановые документальные проверки в отношении двух аптечных организаций по фактам отпуска рецептурных лекарственных препаратов без рецепта врача.

«Основаниями для проведения надзорных мероприятий послужили материалы МВД, содержащие сведения о непосредственной угрозе причинения вреда жизни и тяжкого вреда здоровью граждан. По информации правоохранительных органов, от употребления рецептурных лекарственных препаратов, отпущенных без рецепта, пострадало трое граждан, двое из которых — несовершеннолетние. Пострадавшие доставлены в отделения анестезиологии и реанимации медицинских организаций, в настоящее время угроза их жизни миновала», — сообщили в Росздравнадзоре.

В ходе проведения проверок выявлены нарушения требований действующего законодательства. Аптечным организациям выданы предписания об устранении выявленных нарушений и составлены протоколы об административных правонарушениях по фактам грубых нарушений лицензионных требований по ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ. Материалы административных дел направлены в Арбитражный суд области для привлечения юридических лиц к административной ответственности.

В связи с вышеизложенным Росздравнадзор напомнил, что решение о назначении лекарственных препаратов должен принимать лечащий врач, исходя из тяжести и характера заболевания пациента. «Аптечным организациям необходимо неукоснительно соблюдать правила отпуска лекарственных препаратов, в частности, подлежащих отпуску по рецептам», — подчеркнули в ведомстве.

Игорь НАУМОВ.

Нижегородская область.

охвачено более 815 тыс. медицинских работников, а выплаты произведены уже на сумму 12,4 млрд руб.

— Но сегодня наше внимание — к поликлинике, которая должна иметь все ресурсы для своей деятельности. Сейчас наряду с реализацией инфраструктурной составляющей по программам модернизации первичного звена здравоохранения мы проводим региональный анализ финансового обеспечения медицинских организаций первичного звена. Уже выявили факты, которые нас тревожат. О чём речь? Это различия в размерах подушевого норматива на одного гражданина между равнозначными медицинскими организациями в одном регионе. В основном речь идёт о перераспределении в пользу городских медицинских организаций, — заявила Т.Голикова.

Правительство провело совещание с регионами и дало поручение устранить эти перекосы, поскольку они влияют на деятельность медицинских организаций и на оказание медицинской помощи пациентам. В ближайшее время эта работа будет продолжена.

Павел БАЛАГИН.

– Большинство пунктов, без- условно, выполняются. Краевым комитетом и первичными орга- низациями в 2022 г. принимались конкретные меры по выполнению обязательств, предусмотренных отраслевым соглашением. Выра- жаясь сухим языком официальных документов, стороны стремились максимально действовать в инте- ресах работников, не допускать ущемления их прав, предусмо- тренных законодательными и нормативными актами.

Отраслевое соглашение яв- ляется основой для заключения коллективных договоров в ор- ганизациях, подведомственных Министерству здравоохранения края. Наша техническая инспек- ция труда создала и обновляет электронную базу данных дей- ствующих коллективных договоров в организациях, состоящих на профсоюзном учёте и обслужи- вании в Краснодарской краевой организации профсоюза.

В 2022 г. 118 медицинских ор- ганизаций заключили коллективные договоры на новый срок, 32 про- лонгировали срок их действия. Утвердилась практика проведения правовой экспертизы коллектив- ных договоров в целях контроля за состоянием и эффективно- стью договорного регулирования, предупреждения возможного включения в коллективные до- говоры норм, противоречащих трудовому законодательству. Спе- циалистами аппарата организации проведена правовая экспертиза 22 коллективных договоров и 19 их проектов.

– Профсоюзная работа требу- ет полной самоотдачи в защите интересов и чаяний работни- ков здравоохранения, так как именно профсоюз является их опорой в трудовых буднях. Насколько в отрасли сегодня финансово благополучная си- туация?

– Финансирование расходов на заработную плату работни- кам учреждений производилось своевременно. В соответствии с отраслевым соглашением во всех учреждениях, подведомственных Минздраву края, в соответствии с требованиями статьи 136 Тру- дового кодекса РФ заработная плата выплачивается два раза в месяц. Конкретная дата выплаты заработной платы в учреждениях устанавливается правилами внут- реннего трудового распорядка или коллективными договорами.

Работникам наших лечебных учреждений установлены также ежемесячные выплаты стимулиру- ющего характера за наличие ква- лификационной категории, учёной степени, за выслугу лет. С учётом финансового обеспечения произ- водились выплаты стимулирующе- го характера за интенсивность и высокие результаты качественной работы. Всем медикам, в сельской местности, занимающим долж- ности специалистов, положена компенсационная выплата в раз- мере 25% должностного оклада. Все нормативные акты, устанавливающие размеры выплат ком- пенсационного и стимулирующего характера, в том числе критерии оценки деятельности работни- ков, приняты работодателями по согласованию с профсоюзными комитетами.

– Да, ваша задача – не- устанно защищать интере- сы медицинских работников. И здесь очень важно, чтобы их труд оплачивался достойно. Как устанавливаются размеры оплаты труда?

– Этим важным вопросом за- нимаются тарификационные ко- миссии, которые созданы во всех учреждениях. В их состав включе- ны представители профсоюзных комитетов. В своей работе они руководствуются действующими нормативными актами по оплате труда. Медработникам установ-

Наши интервью

Профсоюз настроен конструктивно

Главное условие – неустанно работать, защищать интересы медиков

Профсоюз работает сегодня в сложных условиях и тем не менее он должен уметь отстаивать принципиальную позицию, шаг за шагом добиваясь достойных условий труда медицинских работников.

Профессиональное сообщество может поверить только тому, кто не понаслышке знает о работе людей в белых халатах. Один из тех, кому доверяют коллеги, – председатель региональной профсоюзной организации Краснодарского края Алексей КЛОЧАНОВ. Окончив Кубанский государственный медицинский институт, он почти 20 лет жизни отдал работе в выездной бригаде, а затем – в приёмном отделении больницы скорой помощи Краснодара. При этом всегда занимался общественной работой, избирался председателем крупной первичной профсоюзной организации, являлся заместителем председателя Красно- дарской краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ, с 2019 г. избран её председателем.

Чтобы руководить одной из крупнейших территориальных общественных организа-

лена сокращённая продолжи- тельность рабочей недели – не более 39 часов, педагогическим работникам – не более 36.

Мы принимали непосредствен- ное участие в разработке локаль- ных нормативных актов и осуществ- ляли профсоюзный контроль за соблюдением работодателями законодательства о труде. Это касалось рабочего времени и отдыха, оплаты труда, а также других социально-трудовых про- блем. Особое внимание уделя- лось сохранению достигнутого уровня гарантий и компенсаций, материального стимулирования. Мы отстаиваем трудовые права членов профсоюза при оказании медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции.

– Какие ключевые вопросы решались, чтобы своевременно и правильно производилась оплата труда работников мед- учреждений?

– По вопросам оплаты труда и режима рабочего времени в 2022 г. проведены плановые про- верки, рассмотрены 15 обраще- ний от членов профсоюза, из них 7 обращений – с выездом на место. Во всех этих случаях к проверкам привлекались председатели пер- вичных профорганизаций. От них в наш адрес поступило 64 письмен- ных обращения, на которые даны соответствующие разъяснения.

В соответствии с отраслевым соглашением по установленным фактам неправильной оплаты труда руководителями учрежде- ний и профсоюзными комитетами приняты меры по исправлению ошибок и выплате работникам причитающихся сумм заработной платы. Перерасчёт заработной платы в связи с неправильным применением работодателями действующих положений по пла- те труда и режиму рабочего вре- мени произведён 153 работникам. Общая сумма доплат составила свыше 258 309 руб.

– У вас действует служба внешних правовых инспек- торов труда, поделитесь, по- жалуйста, опытом её работы...

– Общая численность их на 2023 г. составляет 57 человек. Ими было проведено 428 проверок и выявлено 3179 нарушений.

Двумя правовыми инспекторами ЦК профсоюза по Краснодарскому

краю организована 21 проверка. Их результат – выявлены 1819 нарушений. В 2 медицинских ор- ганизациях рассмотрены обраще- ния работников, в 12 по заданию ЦК профсоюза темой исследова- ния была «Защита трудовых прав работников здравоохранения на достойную оплату и условия тру- да». В 7 организациях цель про- верки – реализация пункта 10.2.4. раздела «Социальное партнёрство и координация действий сторон соглашения» отраслевого со- глашения специалистами отдела правовой и социальной защиты совместно со специалистами Министерства здравоохранения края по соблюдению работода- телями трудового законодательства, условий коллективного договора и отраслевого соглашения. По их результатам выявлено 747 на- рушений.

По заданию президиума Крас- нодарской краевой организации профсоюза внештатными право- выми инспекторами труда, пред- седателями местных и первичных организаций профсоюза в 99 медицинских организациях про- ведена тематическая проверка «Контроль профсоюза за пра- вильным оформлением трудовых отношений с работниками: по- рядок приёма на работу, условия трудового договора». Выявлено 762 нарушения.

А итог этой работы – 15 работ- ников получили выплату компен- сационного характера за работу во вредных условиях труда на сумму 77 988 руб. Установлена продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска в подобных условиях 14 календарных дней вместо 7. Еже- годный дополнительный отпуск за непрерывный стаж работы уста- новлен 14 работникам.

– Известно, что профсоюз ведёт работу и по защите пен- сионных прав...

– В прошлом году правовыми инспекторами труда ЦК про- фсоюза было подготовлено и на- правлено в суды края 17 исковых заявлений о назначении и выплате досрочных страховых пенсий по старости.

В судебном порядке досрочная страховая пенсия назначена 6 ра- ботникам, 3 работникам по реше- нию суда оспариваемые периоды включены в специальный стаж, но без назначения пенсии. Осталь- ные дела в настоящее время нахо-

дятся на рассмотрении во второй инстанции. В досудебном порядке пенсия назначена 18 работникам. Всего сумма пенсионных выплат составила почти 2 млн руб. Кро- ме того, специалистами отдела оказана помощь 56 медицинским работникам в подсчёте стажа для досрочного назначения страховой пенсии по старости.

– Какие ключевые задачи стоят перед Краснодарской профсоюзной организацией по социальной поддержке ме- диков?

– Сначала о результатах этой работы. По информации пред- седателей местных и первичных организаций профсоюза, 59 спе- циалистам предоставлены меры социальной поддержки по оплате жилья, отопления и освещения, в том числе биологам, медицинским психологам, инструкторам-мето- дистам по лечебной физкультуре. При нашем участии была произ- ведена оплата за наём жилья 80 работникам (врачам и среднему медперсоналу) из средств органи- заций на общую сумму 4 325 490 руб.

Уровень эффективной работы на этом направлении в медицинских коллективах во многом зависит от профессиональной и личной ответственности кадров профсо- юза. Мы стараемся держать этот уровень. Для профсоюза очень важно максимально защищать интересы и права работников. Эффективные действия в этом направлении – это совместный труд профработников и актива, а также развитие системы соци- ального партнёрства в решении социально-экономических вопро- сов, защита трудовых прав членов профсоюза.

– Охрана труда по-прежнему остаётся особой статьёй вашей организации?

– Да. Это так. Техническая ин- спекция труда краевого комитета профсоюза содействовала рабо- тодателям в улучшении условий и охраны труда, создании работни- кам здоровых и безопасных усло- вий. Постоянно осуществляются учёт и анализ производственного травматизма в организациях здравоохранения, представители профсоюзных организаций при- нимают активное участие в рас- следовании несчастных случаев на производстве. Проведено 12 тематических проверок «Защита

ций, да ещё и в непростых социально-эко- номических условиях, надо быть не только лидером, но и грамотным юристом, управ- ленцем и даже настоящим дипломатом.

Между Краснодарской краевой организа- цией Профсоюза работников здравоохра- нения РФ и Министерством здравоохране- ния края заключено отраслевое соглаше- ние на 2023-2025 гг. для регулирования трудовых отношений, вопросов занятости и социальных гарантий работникам государ- ственных учреждений здравоохранения и образования. Действие этого соглашения распространяется на 211 медицинских ор- ганизаций и 10 медицинских колледжей, подведомственных краевому Минздраву. Под его эгидой находятся почти 100 тыс. работников, из которых свыше 60 тыс. – члены профсоюза. Это составляет 73,5% работников организаций, состоящих на учёте в краевой организации. Как оцени- вает А.Клочанов выполнение этого согла- шения? Об этом и том, как работают проф- союзные организации в новых условиях, наша беседа.

трудовых прав работников здра- воохранения на достойную оплату и условия труда», 4 совместных проверки с представителями Ми- нистерства здравоохранения края, 3 – с государственными инспек- торами труда при расследовании несчастных случаев и 4 проверки по обращениям работников, в ходе которых выявлено 2279 нарушений требований охраны труда. Работодателям выдано 16 представлений об устранении выявленных нарушений. На все получены ответы работодателей.

– Нельзя не спросить о бу- дущем профсоюза – работе с молодыми активистами. Как у вас ведётся работа со сменой?

– Молодёжная политика оста- ётся одним из приоритетных направлений деятельности проф- союза. Мы организовали два вы- ездных семинара-совещания для профсоюзных кадров и актива, в которых приняли участие более 100 человек, и молодёжный форум для молодых специалистов и сту- дентов. На обучающих семинарах обсуждались изменения трудово- го законодательства, организации общественного контроля, вопросы оплаты и охраны труда. Мы при- няли участие в подведении итогов конкурса детских рисунков «Я вы- бираю безопасный труд».

В соответствии с пунктом 9 отраслевого соглашения «Гаран- тии социально-экономических и трудовых прав специалистов в возрасте до 30 лет и учащейся молодёжи» проводится работа по реализации молодёжной политики по оказанию правовой помощи в защите трудовых, экономических и социальных прав, развитии творческой активности молодёжи, организации молодёжного досуга.

– Очевидно, что крайкомом выстроена работоспособная общественная структура, ко- торая успешно реализует кад- ровую, финансовую политику, последовательно и планомерно защищает права медработни- ков на труд и достойную оплату, добивается создания здоровых и безопасных условий труда и отдыха. Успехов вам на этом поприще и даль- нейшего подъёма имиджа профсоюза.

Беседа вел Алексей ПИМШИН.



Продолжаем публиковать мнения специалистов о новом приказе Минздрава России № 116н от 19.02.2021 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

Больше года длится полемика, в которой онкологи, работающие в специализированных учреждениях, и врачи из общелечебной сети горячо спорят, какой именно Порядок оказания онкопомощи нам нужен. Конкретно – следует ли допускать к лечению больных раком помимо монопрофильных онкологических учреждений многопрофильные стационары, больницы скорой помощи, НМИЦы, работающие в регионах, ведомственные и негосударственные клиники. Авторы нового Порядка убеждены, что не надо размывать оказание онкологической помощи по всей лечебной сети, число участников процесса нужно максимально сузить. Их оппоненты резонно замечают: лечение онкобольных в многопрофильных, федеральных и частных клиниках – сложившаяся практика, вытеснить эти учреждения из схемы маршрутизации онкологического пациента – зна-

чит заведомо создать проблемы с обеспечением доступности онкопомощи.

Вот уж воистину «история не припомнит»: за весь постсоветский период это, пожалуй, первый ведомственный нормативный акт в здравоохранении, который не просто вызвал бурную дискуссию в профессиональном сообществе, но и умудрился расколоть его пополам. Напомним, что на XXVI Российском онкологическом конгрессе в конце 2022 г. одну из сессий специально посвятили обсуждению, по какому пути должна развиваться онкологическая служба – оказывать помощь больным в многопрофильной клинике или же в специализированной. Там же провели голосование среди самих онкологов. Ответы поделились 50 на 50.

Президент фонда «Вместе против рака» хирург-онкоуролог кандидат медицинских наук Баходур КАМОЛОВ в разговоре с корреспондентом «МГ» поделился своей точкой зрения и на причины появления нового Порядка оказания онкопомощи, и на те причины, по которым документ подвергается серьезной критике.

отерапевты не могут без стабилизации состояния провести таким пациентам лекарственное лечение. В специализированных онкологических учреждениях паллиативная хирургия не предусмотрена. Да и вообще система паллиативной помощи не подразумевает хирургию. В неспециализированных учреждениях этих пациентов теперь тоже не ждут, если стационар не включён в региональную систему маршрутизации онкобольных, – поясняет Б.Камолов.

Такой больной может быть госпитализирован в многопрофильный стационар как неонкологический пациент. Чтобы не нарушать никакие порядки и получить оплату за данный клинический случай, врачи вынуждены хитрить и фантазировать, придумывая обоснования для госпитализации.

Порядку, к онкологам также отошли пациенты с доброкачественными образованиями. Теоретически от этого выигрывают федеральные центры, которые в последние годы теряли пациентов и объёмы, а также распорядители бюджетных средств, так как новые требования дают механизм контроля финансовых потоков. Онкология как бездонная бочка: если лечить всех больных за счёт государства, ни один бюджет мира этого не выдержит. Вот только в цивилизованных странах действует многоуровневая система страхования, государство не берёт на себя такие социальные гарантии. Поэтому, возможно, в нашей ситуации всё проще: когда не знаешь, в чём причина – причина в деньгах.

По словам Б.Камолова, многих недоработок нового Порядка

Странное время, странные идеи

– Никто не спорит: порядок в системе оказания онкологической помощи должен быть. Нужны клинические рекомендации с протоколами диагностики и лечения, нужны экономические стандарты, должно быть обеспечено строгое следование всех врачей единым подходам в онкологии, необходима ясность в движении пациентов, очень важно собирать полную статистику числа больных, поскольку это предопределяет финансовые параметры онкологической помощи. Повторю: всё это очень и очень важно. Но документ, который вышел из Минздрава России, оказался не соответствующим ожиданиям профессионального сообщества онкологов, в первую очередь онкохирургов. Мнение главных специалистов не в счёт, их профессиональная позиция давно свелась к исполнению задач регулятора. Не зря же принятие Порядка оказания онкопомощи проходило с боем: он многократно возвращался на доработку, а во время общественного обсуждения собрал множество замечаний экспертов и более тысячи голосов «против». Но ни одно из замечаний, по существу, так и не было устранено, включая даже те замечания, которые были спущены Минздраву из аппарата зампреда правительства Татьяны Голиковой. Таким образом, формально «Порядок» есть, а фактического порядка нет, – говорит Б.Камолов.

Эксперт напомнил, как вообще оказалось, что многопрофильные стационары в России начали заниматься хирургическим лечением онкологических пациентов. В начале 2000-х годов онкослужба перестала справляться с растущим потоком больных, который увеличился после модернизации здравоохранения. Как только в диагностических учреждениях появились томографы и УЗИ-аппараты, выявляемость злокачественных новообразований сразу заметно выросла. В том числе выявляемость опухолей на ранних стадиях, когда пациенту можно выполнить радикальное хирургическое лечение. Тогда-то и было принято решение, что онкологическую помощь могут оказывать не только собственно онкодиспансеры, но и другие лечебные учреждения, которые имеют соответствующую лицензию.

– Так многопрофильные стационары и негосударственные клиники стали полноправными участниками системы оказания онкологической помощи. Это не просто разгружало специализированные онкологические учреждения, но и, что немаловажно, закрывало потребности в тех видах онкохирургии, которых в монопрофильных больницах не было и, кстати, местами нет до сих пор: опухоли головы-шеи, онкоурология, нейроонкология и т.д. Наконец, очевидным преимуществом многопрофильных стационаров является возможность браться за лечение онкобольных с тяжёлой сопутствующей патологией. Работающие здесь врачи накопили большой успешный опыт онкохи-

Продолжаем разговор

Такой Порядок нам не нужен, или По ком плачет гильотина?

Самый спорный документ века не проходил оценку экспертов



рургии, в отдельных регионах и по отдельным направлениям до 60% объёма всех операций, которые выполняются в многопрофильных стационарах, составляют именно онкологические, – продолжает Б.Камолов.

И вдруг онкологическая служба спохватилась: у неё уводят пациентов. Двадцать лет до этого «уводили», и никто почему-то не удивлялся. По какой причине желание перекроить давно сложившуюся систему оказания онкологической помощи возникло именно сейчас, не раньше и не позже?

Авторы нового Порядка оказания онкологической помощи выдвигают в числе одного из главных аргументов в пользу отсечения от системы лишних участников то, что при такой размытости невозможно сформировать максимально достоверный канцер-регистр: не все лечебные учреждения подают туда сведения о больных. Между тем от точности сведений зависит определение показателей заболеваемости и смертности от рака, формирование объёмов госзакупки лекарств, расчёт потребности в разных видах онкологической помощи.

– Безусловно, это важная задача. Однако, по моему убеждению, формированием канцер-регистра не должны заниматься онкологи. Поручите сбор информации и её анализ статистикам или эпидемиологам. Статистика должна быть независимой от тех сфер, работа которых по этой статистике затем оценивается, – убеждён мой собеседник.

Следующий довод главных онкологов Минздрава России такой – карту маршрутизации онкобольных надо было перекроить радикально в целях повышения качества лече-

ния, а достичь такого качества можно, лишь работая в рамках единой методологии. Учреждения, которые относятся к системе оказания онкологической помощи, – «правильные», они методологию соблюдают, остальные – нет, их ошибки потом приходится исправлять в специализированных учреждениях онкологического профиля.

– Упрёк серьёзный, однако он безоснователен. На самом деле качество оказания онкологической помощи в неспециализированных медицинских организациях никто не оценивал, равно как и в самих онкологических учреждениях. Во всяком случае, когда фонд «Вместе против рака» попросил разработчиков нового Порядка оказания онкопомощи показать такую аналитику, нам ответили, что исследование в нашей стране проводилось, но в закрытом режиме, что абсурдно, ведь только конкретные цифры и факты являются аргументом, – добавляет эксперт.

Чего не учли, о ком забыли?

– Хочу также обратить внимание на следующий пробел в новом Порядке оказания онкологической помощи. Его разработчики упустили из виду группу онкологических пациентов, которые не подлежат радикальному хирургическому лечению вследствие распространенности процесса. При этом им необходима паллиативная хирургическая помощь, она обеспечивает онкобольному более высокое качество дожития. Например, при кишечной непроходимости, кровотечениях при распространённом процессе, нарушении оттока мочи, скоплении жидкости в плевральной или брюшной полости и т.д. Хими-

Часть людей обращается за такой помощью в частные клиники. Ещё часть – в хосписы и паллиативные отделения, но там нет хирургии. Таким образом, существует целая когорта онкобольных, на которых действие нового «Порядка...» не распространяется. Регулятор может исправить ситуацию, опираясь на точные данные о числе таких пациентов. Вопрос, как именно собрать эти данные, если больные теперь находятся вне зоны внимания онкослужбы?

«Это другое»

Принципиальной ошибкой, по мнению Б.Камолова, было разрабатывать Порядок оказания онкологической помощи без учёта различий в мощности, структуре и возможностях лечебной сети в разных субъектах РФ. В результате руководители региональных минздравов и главные онкологи территорий вынуждены были срочно искать решения, как адаптировать местные отраслевые ресурсы к требованиям федерального Порядка оказания онкопомощи. Проще всего в такой суматохе было пойти по простому пути: отсечь «частников», «федералов» и ведомственные учреждения, а также многопрофильные стационары, которые формально не подходили под установленные критерии количества онкологических коек. А в тех, которые подходили, просто меняли названия отделений, добавляя в них слово «онкологическое». Можно ли назвать такой подход принципиальным?

Кстати, в самих онкодиспансерах количество коек тоже не всегда соответствует требуемому, к тому же там нет части необходимых отделений, но, как принято говорить в подобных случаях, «это другое». В то же время лечебные учреждения, расположенные, условно, через дорогу и годами принимавшие таких пациентов, больше на это права не имеют. Больные должны идти строго по указанному маршруту через единый онкоконтингент.

В чём всё-таки причина? В деньгах

– Выигрывает ли кто-то от нового Порядка? Удовлетворяет ли эта реформа онкослужбы принципу win-win? – задаётся справедливыми вопросами эксперт. – Не думаю, ведь часть учреждений и врачебных коллективов прекратили работу, пациенты теряют доступность помощи, а онкодиспансеры захлебнутся в потоке больных. Надо не забывать, что, согласно новому

оказания онкопомощи, которые сегодня вызывают недовольство, можно было избежать, если бы он прошёл процедуру оценки регулирующего воздействия через механизм «Регуляторной гильотины» (РГ) при Правительстве РФ, как это происходит со всеми правительственными и ведомственными нормативными актами. Перед тем как получить путёвку в жизнь, документы подвергаются экспертной оценке представителей некоммерческих врачебных организаций, юристов и экономистов с точки зрения целесообразности, эффективности, исполнимости того или иного нормативного акта и его влияния на среду.

– Между тем новый Порядок онкопомощи намеренно вывели из-под действия регуляторной гильотины. Важно подчеркнуть, что это произошло после того, как документ был возвращён рабочей группой комиссии РГ в связи с его экономической необоснованностью. В итоге по инициативе Минздрава России в федеральное законодательство были внесены изменения, согласно которым из-под регуляторной гильотины вывели все порядки и стандарты оказания медицинской помощи, – разъясняет Б.Камолов.

По идее, теперь необходимо пройти обратный путь: внести поправки в соответствующий закон и отменить «неприкасаемость» стандартов, порядков оказания медицинской помощи и, соответственно, приказа № 116н, вернуть его на этап регуляторной гильотины. Но, как подчёркивает эксперт, чтобы появилась подобная законодательная инициатива, должен быть проведён беспристрастный анализ и оценка того, как работает новый Порядок оказания онкопомощи в каждом из регионов страны и как изменилась ситуация с доступностью и качеством оказания онкологической помощи, начиная с 1 января 2022 г. Также следует оценить эффективность расходования бюджетных средств, реальную потребность в онкологической помощи и дефицитность бюджета.

При этом принципиально важно, чтобы занимались сбором и оценкой данных не само ведомство, а внешние аналитические центры, которые не аффилированы с заказчиком, только в этом случае результаты будут достоверными. Но тут мы вновь задаёмся вопросом: заинтересован ли в этом регулятор?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

– Арнольд Эдуардович, чем определяется внедрение малоинвазивных методов хирургии в вашей клинике?

– Как всем известно, внедрение тех или иных методов лечения происходит в соответствии с клиническими рекомендациями, которые утверждает Министерство здравоохранения РФ. Также регламентирующими документами являются приказы и протоколы, утверждённые Департаментом здравоохранения Москвы. Однако не меньшее значение в применении малоинвазивных методов лечения имеет накопленный опыт, и именно этот аспект определяет возможность проводить малоинвазивные операции при той или иной патологии. Причём к малоинвазивным в хирургии относится не только метод лапароскопии, но и эндоваскулярные вмешательства, и операции под УЗ-контролем, внутрисосудистые эндоскопические вмешательства, торакоскопия, операции под рентген-контролем, эндоскопические операции в нейрохирургии.

– Как проходило внедрение этих методов в исторической ретроспективе?

– Наверное, как и в большинстве других стационаров. Изначально был накоплен большой опыт полостных операций. Далее по мере появления новых методик, по мере совершенствования технического обеспечения операционных (что напрямую определяет успех операций) и появления учебных центров, где на муляжах и компьютерных симуляторах проводилось обучение, стали внедрять и малоинвазивные операции в стационаре. Первопроходцами становились самые опытные хирурги, имеющие обширный запас практических знаний по вопросу, как то или иное хирургическое вмешательство проходит в открытых ситуациях. После успешного освоения малоинвазивных методик опытными хирургами постепенно происходило обучение этим техникам и всего хирургического состава больницы.

– Кто и в какой момент определяет, будет ли применён метод малоинвазивного вмешательства в конкретном случае?

– Если при первичном осмотре мы не видим противопоказаний для применения малоинвазивного метода, то всегда используем именно его. При этом обязательно учитывается состояние пациента. На сегодняшний день все хирурги нашей больницы владеют малоинвазивными методиками.

– Какие методы внедрены на данный момент и сколько малоинвазивных вмешательств ежегодно совершается в ГКБ им. Ф.И.Иноземцева?

– Внедрены лапароскопия, торакоскопия, рентгеноэндоваскулярные и внутрисосудистые эндоскопические вмешательства. То есть все существующие методы. За год мы осуществляем более 10 тыс. таких операций.

– А есть ли проблемы в деле внедрения?



Внедрение малоинвазивных методов в хирургии – одно из основных направлений развития современной медицины. За последние три десятилетия в этой области произошли настоящие революционные изменения, и сегодня в ряде областей малоинвазивные методы активно теснят «открытую» хирургию. Многие хирургические вмешательства, уже вошедшие в рутинную практику, просто невозможно выполнить традиционным путём.

Врачебный коллектив городской клинической больницы им. Ф.И.Иноземцева Департамента здравоохранения Москвы ежедневно подтверждает эти слова. Здесь активно внедряются методы малоинвазивной хирургии. Имеются собственные разработки. За 5 лет врачами больницы было запатентовано несколько способов малоинвазивных вмешательств. Последний патент получен в 2022 г. О том, что представляет собой малоинвазивная хирургия в ГКБ им. Ф.И.Иноземцева, и о её перспективах мы беседуем с главным врачом клиники, хирургом, кандидатом медицинских наук Арнольдом МАРКАРОВЫМ.

обеспечивая улучшение результатов хирургического лечения геморрагических инсультов.

– Думаю, вы не станете возражать, если скажу, что одной из важнейших задач травматологии и ортопедии является сохранение мягких тканей. Чего в этом плане достиг центр сочетанной травмы и повреждений таза, также входящий в состав клиники?

– Все новейшие методы лечения направлены на то, чтобы серьёзные, масштабные операции протекали с минимально возможной травматизацией. Чем она меньше, тем меньше болевой синдром, соответственно тем быстрее человек восстанавливается после операции, активизируется и тем меньше риск возникновения осложнений.

Современные технологии

Малоинвазивная хирургия: диктует время

Более 10 тысяч таких вмешательств ежегодно осуществляется в московской ГКБ им. Ф.И.Иноземцева

– В целом проблемы могут возникнуть только при нехватке оборудования, материалов. На сегодняшний день мы оснащены полностью, но всегда есть к чему стремиться. Мы отслеживаем развитие этого направления и по мере появления чего-то нового в плане технического оснащения планируем приобретать дополнительное оборудование, расходные материалы, инструменты.

– Если можно, расскажите о кратко-, средне- и долгосрочных планах внедрения малоинвазивных методов.

– На сегодняшний день мы планируем расширить их применение для лечения кардиологических пациентов, в частности, больных с нарушением ритма (установка кардиостимулятора) и в ходе радиочастотной абляции (РЧА) при аритмиях. Меняем некоторые уже внедрённые методики в общехирургической практике, например, осваиваем и внедряем новые методики при грыжах. Планируется приобретение оборудования для внутрисосудистых операций, то есть для гибкой эндоскопии. Собираемся приобрести систему прямой визуализации SpyGlass



Операция в отделении гинекологии

DS, которая поможет более точно выполнять ряд вмешательств и ещё более повысить их качественный уровень и безопасность.

– В состав ГКБ им. Ф.И.Иноземцева входит региональный сосудистый центр. Какие малотравматичные операции в нём освоены?

– В сосудистом центре, например, выполняется эндоскопическое удаление инсультных внутримозговых гематом – малоинвазивное вмешательство, позволяющее удалить гематому через небольшое отверстие с помощью порта и эндоскопического инструментария. Для точного определения локализации гематомы и расчёта наилучшей и безопасной траектории для установки порта применяется нейронавигационная станция. В качестве эндоскопического инструментария используются эндоскоп минимального диаметра 2,7 мм, специальный аспиратор с электрическим кончиком, с помощью которого можно прижигать кровотоковый сосуд. Метод позволяет удалять глубоко расположенные гематомы функционально значимых базальных отделов больших полушарий, минимизировать травму мозга при доступе к гематоме, обходиться без больших разрезов, трепанационных окон. В результате удаётся уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить период восстановления, улучшить функциональный исход. Описанный метод успешно используется нашими специалистами,

На начальных этапах появления малоинвазивных операций, как правило, такие вмешательства по длительности значительно превосходили соответствующие манипуляции, выполняемые открытым доступом. Однако по мере совершенствования методик и технического оснащения длительность многих операций, выполняемых открытым и закрытым доступом, сравнялась, а в ряде случаев при малоинвазивных методах стала меньше.

Малоинвазивными вмешательствами являются артроскопические операции на различных суставах (тазобедренный, коленный, плечевой) под видеоконтролем, остеосинтез, остеотомия. Все операции у пациентов с сочетанной травмой также представляют, по сути, этапные малоинвазивные хирургические вмешательства. Например, вначале производится стабилизация стержневыми аппаратами, затем внутрикостный, накостный остеосинтез. Оборудование, которое мы используем: высекоточные микроскопы, электронно-оптические преобразователи, в том числе 3D, эндоскопы, системы навигации, мобильные компьютерные томографы.

Перспективы я вижу в увеличении количества и разнообразия систем навигации. Это даст больше возможностей точного позиционирования металлоконструкций, используемых при лечении больных с сочетанной травмой, их закрытого атравматичного введения и фиксации.

Будущее – за роботоассоциированной медициной, это ещё один шаг на пути к максимальной малоинвазивности за счёт практически неограниченной амплитуды манипуляций. При многих манипуляциях, оперативных вмешательствах, в том числе в травматологии при лечении сочетанной травмы, с внедрением роботоассоциированных технологий риск ошибки практически сводится к нулю, так как все расчёты выполняются искусственным интеллектом.

СПРАВКА «МГ»

Патент на изобретение № 2663437

Способ лапароскопической миомэктомии с временной баллонной окклюзией внутренних подвздошных артерий

1-й этап – временная баллонная окклюзия внутренних подвздошных артерий;

2-й этап – лапароскопическая миомэктомия;

3-й этап – удаление баллонных катетеров из внутренних подвздошных артерий. Контроль гемостаза.

Бригадой сосудистых хирургов производится пункция бедренных артерий. Устанавливаются проводники, катетерируются обе внутренние подвздошные артерии. Во внутренние подвздошные артерии заводятся баллонные катетеры 7 x 40 мм и позиционируются ниже бифуркации общей подвздошной артерии, баллоны раздуваются под давлением 6 атм. При контрольной ангиографии ВПА не контрастируются, кровото-

по общим и наружным подвздошным артериям сохранён.

Далее производится миомэктомия (разрез над миоматозным узлом, энуклеация миоматозного узла, ушивание дефекта миометрия). После её выполнения баллонные катетеры сдувают. Проводят контрольную ангиографию. После сдутия баллонных катетеров проводят контрольную ревизию брюшной полости и малого таза.

Техническими результатами изобретения являются сокращение времени оперативного малоинвазивного вмешательства, уменьшение объёма интраоперационной кровопотери, улучшение формирования рубца в связи с хорошим сопоставлением тканей на бескровной матке, уменьшение возможности возникновения послеоперационных осложнений, снижение риска развития спаечной болезни, а самое главное – сохранение репродуктивной функции и отсутствие значимых косметических дефектов.

– Нейрохирургические отделения вашей больницы осуществляют высокотехнологичную медицинскую помощь в круглосуточном режиме. Внедрены ли в нём такие методы устранения болевого синдрома, как радиочастотная деструкция, химическая денервация?

– Да, эти операции выполняются по несколько раз в день. И, разумеется, малоинвазивные вмешательства осуществляются при лечении последствий черепно-мозговых травм. В частности, при посттравматической гидроцефалии с использованием малоинвазивных методик устанавливаются шунтирующие системы для отведения ликвора. Для этого делаются незначительные разрезы (2-3 см) в области черепа и брюшной полости.

Малоинвазивным доступом выполняется микродисэктомия. Для получения доступа делается небольшой надрез, хирургические манипуляции выполняются под микроскопом. Удаление фораминальных грыж также производится малоинвазивным доступом с использованием спинального эндоскопа.

Установка транспедикулярных винтов с использованием мало-

Патент на изобретение № 2777243

Способ вагинальной миомэктомии при локализации миоматозного узла в шейке матки

При расположении миоматозных узлов в шейке матки хирурги сталкиваются с огромными трудностями. Удаление таких узлов и даже гистерэктомия сопряжены с высоким риском кровотечения, связанным с особенностями кровоснабжения шейки матки.

Сущность данного метода заключается в том, что способ вагинальной миомэктомии включает пунктирование правых и левых лучевых артерий и установку в них проводников баллонных катетеров, введение баллонных катетеров контрлатеральным доступом выше бифуркации общей подвздошной артерии в дистальные отделы обеих общих подвздошных артерий, раздувание баллонов 60 x 150 мм до 6 атм, фиксирование шейки пулевыми щипцами за заднюю губу и отклонение

максимально вверх к лону. Проведение разреза в области заднего свода над капсулой миоматозного узла и его иссечение без вскрытия брюшной полости и цервикального канала, извлечение миоматозного узла, ушивание ложа миоматозного узла и шейки матки, сдувание баллонных катетеров и удаление проводников, ушивание артеритомического отверстия.

Техническими результатами изобретения являются сокращение времени оперативного вмешательства, уменьшение возможности возникновения осложнений вследствие отсутствия вскрытия брюшной полости, снижение объёма интраоперационной кровопотери, более тщательное сопоставление дефектов шейки матки и ушивание ложа миоматозного узла, а самое главное – сохранение органа и, следовательно, репродуктивной функции.

используются методики эндоскопической тирео- и гемитиреоидэктомии. Также к числу малоинвазивных методик относится применение нейромонитора, или монитора возвратного гортанного нерва, которое исключает повреждение этого органа и позволяет пациентам сохранять самостоятельное дыхание и возможность использования голосовых связок. Малоинвазивный доступ выполняется при удалении

Перспективы я связываю с усовершенствованием используемых методик посредством приобретения более продвинутого оборудования, инструментов, материалов, а также с внедрением новых методик. К последним можно отнести методику АВВА, высокотехнологичные мини-инвазивные методики доступа через естественные отверстия, в частности через ротовую полость.

– **Наконец хотелось бы услышать об отделении гинекологии, которое является структурным подразделением акушерско-гинекологического центра больницы. Ведь, как известно редакции «МГ», именно в этой области ваши сотрудники получили патенты на изобретения...**

– Из более чем 1,5 тыс. так называемых больших операций, сделанных в прошлом году в отделении гинекологии, только 24 были лапаротомными, все остальные выполнены с использованием малоинвазивных методик. Также были осуществлены малые гинекологические операции, где применялись малоинвазивные методы гистероскопии и гистерорезектоскопии. Их суммарное число ещё больше.

К малоинвазивным лапароскопическим вмешательствам относятся все операции на придатках. Когда возможно, при внематочных беременностях врачи стараются выполнять органосохраняющие операции – удаление плодного яйца с сохранением маточной трубы. То есть, если труба не изменена и удаётся удалить плодное яйцо, сохраняя трубу, её по возможности сохраняют.

Миомэктомия лапароскопическим доступом – выполняется клипирование маточных артерий и воронко-тазовых связок специальными клипс-аппликаторами. Это уменьшает кровоток в матке, что даёт возможность, во-первых, осуществить лапароскопический доступ и, во-вторых, практически бескровно зашить орган.

Патент на изобретение: миомэктомия с баллонной окклюзией внутренних подвздошных артерий. Проводится вмешательство совместно с сосудистыми хирургами.

Во внутренние подвздошные артерии сосудистые хирурги устанавливают специальный баллон рентгеноэндovasкулярным способом, матка выключается из кровотока и на «бескровной» матке удаляются миоматозные узлы, при этом удаётся хорошо зашить орган двух- или трёхрядным швом. Операция практически бескровная.

С помощью лапароскопического доступа удаляются узлы любой локализации, любого типа, узлы при наличии спаечного процесса, любые виды кист, в том числе большого размера.

Ещё один патент: при шеечно-перешеечных расположениях миоматозных узлов используется эмболизация маточных артерий. Данное вмешательство проводится совместно с рентгеноэндovasкулярными хирургами. Также выполняется бескровное удаление миоматозных узлов вагинальным доступом при баллонной окклюзии маточных артерий. С помощью этого метода возможно удаление довольно крупных образований – до 10 см.

Практикуется следующая схема лечения при наличии больших миоматозных узлов в случае намерения женщины сохранить матку. Первым этапом проводится эмболизация маточных артерий. Далее следует перерыв на лечение в течение 3 месяцев, в последующем по мере необходимости этот этап может повторяться. При этом миоматозные узлы уменьшаются в 3-4 раза. Впоследствии либо выполняется удаление этих миоматозных узлов (практически обескровленных и уменьшенных в размерах) лапароскопическим доступом, либо надобность в операции вообще отпадает, поскольку размеры узлов становятся незначительными.

Наконец о патенте на изобретение, внедрённое именно в нашей больнице. Это лечение шеечно-перешеечной беременности. Если ранее данный диагноз чаще всего означал экстирпацию (полное удаление) матки, то нами разработан иной алгоритм ведения таких пациенток. Сначала применяется лекарственная терапия, выполняется эмболизация маточных артерий, возможно использование баллонной окклюзии. После удаляется плодное яйцо практически бескровно благодаря предварительно проведённой подготовке. Таким образом, пациентке сохраняется матка, что очень важно для женщин репродуктивного возраста.

В случаях возрастных пациенток, когда нет задачи сохранения репродуктивного органа, нами применяется метод вагинальной экстирпации матки.

При выполнении вмешательств используются эндоскопические стойки, гистероскопы, лапароскопы, инструментарий для вагинальных экстирпаций, оборудование для выполнения эмболизации, баллонной окклюзии.

Беседу вёл
Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Благодарим сотрудников ГКБ им. Ф.И.Иноземцева за предоставленные фотоматериалы.

Тенденции

Погружение в российскую биотехиндустрию

В конце 2022 г. 10 магистрантов медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова прошли недельную стажировку в компании «Геноаналитика». Тема стажировки – «Биоинженерное и информационное обеспечение экзомного секвенирования для пациентов с орфанными заболеваниями». Сотрудники компании отметили высокий уровень подготовки студентов.

За время стажировки обучающиеся прослушали лекции по таким темам, как «Применение NGS в клинической генетике», «Клинические рекомендации для интерпретации данных, полученных методом NGS», «Введение в клиническую генетику. Терминология. Возможности NGS-технологии в практике современного врача», «Особые ситуации: мозаицизм, дигенное наследование, потеря гетерозиготности. Интересные клинические примеры». Помимо этого, ребята решали практические задачи на специализированном профессиональном оборудовании, а во время самостоятельных работ смогли разобрать интерпретации клинических примеров: работа с направляющими документами, поиск причинных вариантов, проверка их по базам данных, составление итогового заключения.

Алексей Лагунин, доктор биологических наук, профессор РАН, заведующий кафедрой биоинформатики МБФ, начальник отдела анализа и обработки биомедицинских данных Передовой инженерной школы РНИМУ, отметил:

«Целью стажировки было знакомство магистров 1-го курса с подходами к анализу данных высокопроизводительного секвенирования (NGS), используемыми в компании «Геноаналитика», и обучение навыкам клинической аннотации мутаций. Эти навыки пригодятся студентам МБФ для интерпретации данных полноэкзомного секвенирования, запланированного в рамках Передовой инженерной школы.

«Геноаналитика» является ведущей российской компанией в области секвенирования, анализа NGS данных и медицинской генетики, обладающая большим опытом в выявлении мутаций, приводящих к наследственным заболеваниям. Ведущие клинические биоинформатики и врачи-генетики компании прочитали лекции и провели семинарские занятия со студентами по темам: применение NGS в клинической генетике; клинические рекомендации для интерпретации данных, полученных методом NGS; возможности NGS-технологии в практике современного врача. Были проведены практические семинары по работе с базами данных и интернет-ресурсами, необходимыми для интерпретации, а также с программой для интерпретации вариаций, совместной и самостоятельной интерпретацией клинических примеров.

Считаю, что цель стажировки была полностью достигнута. Студенты получили новые знания и навыки в области клинической интерпретации генетических вариантов, которые позволят им участвовать в интерпретации данных полноэкзомного секвенирования. Сама организация и атмосфера стажировки студентам понравилась. Они очень позитивно отзывались о стажировке и были рады, что у них была такая возможность. Весной 2023 г. мы планируем проведение ещё одной такой стажировки для другой группы студентов МБФ».

Александр ГЕОРГИЕВ.



Эндоскопическое оборудование в действии

инвазивных методик: в местах расположения винтов выполняются незначительные надрезы, конструкция устанавливается внутри позвонков на 2, 3, 4-м уровнях. Это так называемые перкутанные методы с установкой больших конструкций.

Малоинвазивные методики используются при устранении различных осложнений, в частности абсцессов головного мозга. Для этого выполняется пункционное опорожнение, дренирование через трепанационное отверстие. Такая же методика используется при устранении хронических субдуральных гематом.

Нейрохирургические отделения полностью снабжены всем необходимым современным оборудованием: электронно-оптическими преобразователями, интраоперационным компьютерным томографом, микроскопами, эндоскопами, навигационными системами.

Дальнейшее развитие мы связываем с совершенствованием методик малой инвазии для минимизации хирургической травмы головного мозга на всех этапах хирургического вмешательства с целью достижения лучшего функционального исхода. Это предполагает целый комплекс мер, а не только использование трепанационного окна малого размера.

– **Много положительных отзывов доводилось слышать о вашем центре эндокринной хирургии. Чем это отделение заслужило такое реноме?**

– В центре эндокринной хирургии проводится несколько типов малоинвазивных вмешательств: на щитовидной, околощитовидной железах и надпочечниках.

Прежде всего, при вмешательствах на щитовидной железе

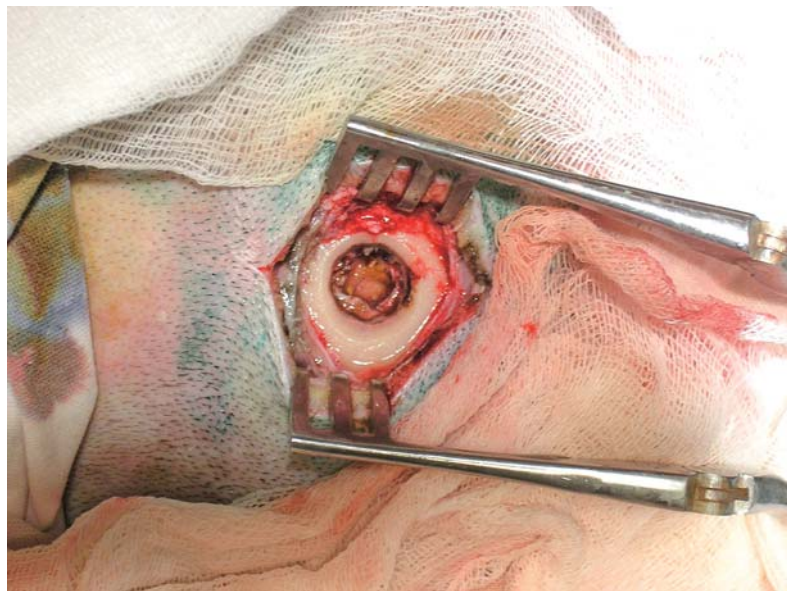
небольших узлов на щитовидной и околощитовидной железах (при их аденоме).

Эндоскопическое удаление надпочечников в нашей больнице осуществляется внебрюшинным доступом (со спины)...

– **...чем может похвастаться далеко не каждое специализированное медицинское учреждение.**

– Совершенно справедливо. При этом не травмируются органы брюшной полости, отсутствует послеоперационный спаечный процесс, что способствует ранней активизации пациента, значительному уменьшению количества осложнений.

При данных малоинвазивных вмешательствах используются эндоскопы, системы навигации, нейромониторы.



Малоинвазивный доступ при удалении гематомы головного мозга

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (2373)

(Окончание. Начало в № 8 от 01.03.2023.)

Второй этап реабилитации

Рекомендуется у всех пациентов выполнение комплексов ЛФК по 15–30 минут в день до 5 раз в неделю с постепенным увеличением длительности нагрузок после проведения хирургического лечения по поводу закрытых травм груди, аэробные нагрузки длительностью до 150 минут в неделю по рекомендации специалиста для оптимизации восстановления физической формы и улучшения качества жизни пациента.

Третий этап реабилитации

Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом ЗТГ в послеоперационном периоде применение комплексной программы, включающей поддержание активного образа жизни, стабильной массы тела и регулярные занятия ЛФК (аэробные нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением до аэробной нагрузки умеренной интенсивности) с целью улучшения кардио-респираторной выносливости и качества жизни.

Физиотерапевтическое лечение пациентов с ЗТГ – это область клинической практики, которая требует дальнейшего изучения и научного обоснования. Небольшое количество доступных исследований низкого или среднего качества поддерживает использование таких вмешательств, как ранняя мобилизация и вертикализация, функциональная активность в постели и вне её, упражнения на глубокое дыхание и с положительным давлением на выдохе, активный кашель и способствующие этому физиотерапевтические процедуры для снижения частоты осложнений и сокращения сроков стационарного лечения.

Рекомендуется у всех пациентов проведение медицинского массажа в целях улучшения качества жизни, уменьшения болевого синдрома и слабости.

**Профилактика
и диспансерное наблюдение**

Рекомендуется у всех пациентов с закрытой травмой груди, имеющих лабораторно выявленную анемию, вести диагностический поиск в отношении гемоторакса и/или выраженной травматической потери крови, а у пациентов с лейкоцитозом – в отношении развивающихся гнойно-воспалительных осложнений.

Рекомендуется всем пациентам в целях профилактики нозокомиальной пневмонии в период стационарного лечения подбор курса (курсов), выбор рациональной антибиотикопрофилактики в соответствии с данными микробиологического исследования, включая антибиотикорезистентность и видовой состав потенциальных патогенов, а также с учётом аллергологического анамнеза пациента.

Травма диафрагмы

Рекомендуется амбулаторный осмотр всех пациентов с травмой диафрагмы при ЗТГ у врача-хирурга амбулаторного звена в течение 1 месяца с выполнением контрольной рентгенографии грудной клетки перед возобновлением трудовой деятельности.

Специфических профилактических мероприятий, позволяющих избежать повреждения диафрагмы при закрытой травме груди и/или живота, не существует. Речь может идти только о профилактике посттравматических диафрагмальных грыж, которые могут возникать в случае небольших и незамеченных разрывов диафрагмы в отдалённые сроки после ЗТГ. После хирургического вмешательства по поводу разрыва диафрагмы требуется наблюдение хирургом поликлиники в течение 1 месяца с выполнением контрольной рентгенографии грудной клетки перед возобновлением трудовой деятельности. Это связано с тем, что незамеченные или недостаточно ушитые дефекты диафрагмы могут приводить к образованию диафрагмальной грыжи.

Травма пищевода (грудного отдела)

Рекомендуется у всех пациентов, перенёвших перфорацию пищевода, назначать следующие меры по профилактике повторной перфорации и иных осложнений:

- динамическое наблюдение врача-хирурга;
- приём механически обработанной пищи дробно, малыми порциями;
- рентгеноскопия пищевода с контрастированием бария сульфатом через 1 месяц после выписки из стационара;
- при продолжающейся дисфагии – диагностическая фиброгастроскопия;

Организация оказания медицинской помощи

Все специалисты, оказывающие первую помощь как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе, должны знать признаки обструкции дыхательных путей и владеть навыками поддержания дыхания пациента, обеспечивая при этом защиту

чтобы при поступлении всех пациентов без сознания при определении тяжести и характера повреждений максимальный объём диагностических мероприятий проводился по принципу вызова «на себя», а противошоковые операционные и палаты были обустроены и эксплуатировались таким образом, чтобы сконцентрировать в них либо в зоне быстрой доступности максимальное количество имеющейся в наличии диагностической аппаратуры.

Переломы рёбер

Пациентам с одиночными неосложнёнными переломами рёбер должна быть оказана специализированная хирургическая помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе врачом-хирургом или врачом травматологом-ортопедом.

В связи с тем, что переломы рёбер могут быть компонентом ЗТГ или сочетанной травмы, маршрутизация таких пациентов может определяться тяжестью сочетанной травмы и общего состояния пациента, а также возможностями оказания специализированной торакальной хирургической помощи в экстренном порядке.

Закрытая травма грудной клетки

Клинические рекомендации

шейного отдела позвоночника. Возможность успешного восстановления проходимости дыхательных путей увеличивается при наличии специального оборудования и навыков для его правильного и безопасного использования. На всех уровнях (догоспитальном, госпитальном) должны быть обеспечены гарантированные возможности для безопасного проведения манипуляций по восстановлению проходимости дыхательных путей (например, эндотрахеальная интубация, коникотомия, трахеостомия). Эти манипуляции считаются обязательными для бригад скорой медицинской помощи (СМП), что подразумевает предоставление готового к работе оборудования вне зависимости от места нахождения пациента (на догоспитальном этапе, в хирургических или в травматологических отделениях стационара). Необходимое оборудование должно храниться в специальных наборах в каждом отделении. Гарантии безопасности также подразумевают, что персонал, осуществляющий различные манипуляции, хорошо обучен для их успешного выполнения с минимальным количеством осложнений. Сюда входят навыки, полученные во время основного обучения (школы профессионального обучения врачей и среднего медперсонала), и последующее образование должно способствовать сохранению этих навыков. Учитывая возможные осложнения при проведении восстановления проходимости дыхательных путей на догоспитальном этапе (например, при эзофагеальной интубации), необходимо иметь инструменты для контроля правильности постановки эндотрахеальной трубки, где бы ни проводилась эндотрахеальная интубация.

В целях успешного оказания помощи всем пациентам в ходе диагностики сочетанных повреждений грудной клетки в травмацентре необходимо учитывать следующие особенности таких повреждений и выстраивать работу с их учётом:

- необходимость обследования пациентов в условиях противошоковой операционной;
- дефицит времени;
- приоритет лучевых и инструментальных методов исследования;
- необходимость использования шкал оценки тяжести повреждений и состояния;
- мультидисциплинарность, необходимость привлечения широкого круга исследований и специалистов;
- уточнение и корректировка диагноза в процессе лечения.

Оказание медицинской помощи должно быть организовано таким образом,

При экстренной госпитализации пациентов в лечебное учреждение первого уровня специализированная хирургическая помощь должна быть оказана врачом-хирургом.

После стабилизации состояния пациента и выведения его из шока по показаниям необходима быстрая транспортировка в многопрофильный стационар более высокого уровня (травмацентр первого или второго уровня), в составе которого есть торакальное хирургическое отделение.

При наличии других повреждений опорно-двигательной системы ведение пациента осуществляется совместно с врачом травматологом-ортопедом.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

А. Госпитализация в хирургическое или травматологическое (предпочтительнее) отделение:

1. перелом трёх и более рёбер;
2. переломы 1-го и 2-го рёбер;
3. наличие тяжёлых и сочетанных повреждений (травм);
4. наличие выраженной и/или декомпенсированной сопутствующей патологии, включая таковую у пациентов пожилого возраста, а также при риске декомпенсации такой патологии;

Б. Госпитализация в ОРИТ: множественные и сочетанные переломы рёбер, в том числе у пациентов с выраженной и/или декомпенсированной сопутствующей патологией, а также при риске декомпенсации такой патологии.

Флотирующие переломы рёбер (рёберный клапан)

Пациенты с множественными и флотирующими переломами рёбер должны быть госпитализированы в торакальное хирургическое отделение для хирургической стабилизации каркаса грудной клетки, а также в связи с риском внутригрудных осложнений и дыхательной недостаточности.

Травма диафрагмы

В связи с тем, что повреждение диафрагмы является компонентом ЗТГ или сочетанной травмы, маршрутизация таких пациентов должна определяться тяжестью сочетанной травмы и общего состояния пациента, а также возможностями оказания специализированной торакальной хирургической помощи в экстренном порядке.

Специализированная хирургическая помощь в экстренном порядке может быть оказана в травмацентре первого-второго уровня. Оперативное вмешательство по поводу повреждения диафрагмы может быть произведено врачом-хирургом, вы-

полняющим экстренную операцию по поводу закрытой травмы груди/живота при наличии других показаний.

Если состояние пациента с закрытой травмой груди стабильное, показаний к экстренной операции (лапаротомии или торакотомии) нет, то оперативное вмешательство по поводу разрыва диафрагмы может носить отсроченный характер (в течение первых 12 часов от поступления), и для его выполнения должен быть привлечён врач-хирург торакальный, либо пострадавший должен быть эвакуирован на следующий этап оказания специализированной помощи – в многопрофильный стационар, имеющий отделение торакальной хирургии.

Травма пищевода

Оказание медицинской помощи всем пациентам с травмой пищевода требует условий специализированных отделений торакальной хирургии и/или специализированных стационаров, и только при отсутствии такой возможности оправдано её оказание в хирургических отделениях и/или стационарах общего профиля.

Один из методов профилактики травм пищевода, доступный практикующему врачу, – информирование населения о возможных причинах травмы пищевода и опасности применения методов самолечения из-за развивающихся тяжёлых осложнений, необходимости незамедлительного обращения за медицинской помощью.

Также необходимо обучение и повышение квалификации специалистов (врачей-эндоскопистов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-хирургов), направленное на изучение клинических проявлений, диагностику и лечение повреждений пищевода.

Оба рассматриваемых метода являются вопросами, скорее, сферы организации здравоохранения, чем практической торакальной хирургии.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Прогноз при неосложнённых переломах 1-2 рёбер благоприятен. Сращение происходит через 3-4 недели. Полное сращение грудины наступает через 5-6 недель.

При переломе 3 и более рёбер, двусторонних переломах и экстраторакальных повреждениях значительно возрастает риск осложнений и летального исхода. При переломах более 6 рёбер летальность достигает 15%. Флотирующие переломы рёбер являются наиболее угрожающим для жизни состоянием в связи с развитием тяжёлых осложнений (флотация средостения, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, плевропульмональный и травматический шок). Даже при условии своевременного и адекватного лечения летальность варьирует от 25 до 39%, в том числе и за счёт тяжести сопутствующих повреждений. Летальность выше у пациентов старше 45 лет.

При изолированной травме диафрагмы прогноз после оперативного лечения благоприятный. При сочетанной травме прогноз определяется тяжестью сопутствующих повреждений. Летальность в этом случае колеблется от 5 до 30%.

Павел БРЮСОВ,
профессор кафедры хирургии
неотложных состояний филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Игорь САМОХВАЛОВ,
начальник кафедры и клиники
военно-полевой хирургии,
заместитель главного хирурга
Министерства обороны РФ.

Александр ТУЛУПОВ,
руководитель отдела сочетанной травмы.

Паховая грыжа (ПГ) – выходжение покрытых брюшиной внутренних органов через паховый канал.

Этиология и патогенез. Причины возникновения ПГ можно разделить на две группы: предрасполагающие – пол, возраст, особенности телосложения, анатомическая слабость стенок пахового канала и др., а также производящие – условия, способствующие повышению внутрибрюшного давления (тяжёлый физический труд, заболевания желудочно-кишечного тракта, приводящие к замедлению опорожнения кишечника и др.).

ПГ бывают врождёнными и приобретёнными, косыми и прямыми. Врождённая ПГ всегда косая и образуется только в результате незаращения влагищного отростка брюшины. Возникновение приобретённой косой и прямой ПГ в значительной степени обусловлено анатомической слабостью передней и задней стенок пахового канала.

Одним из факторов риска возникновения ПГ является пол человека. Известно, что ПГ в 82,6% наблюдаются у лиц мужского пола. Это объясняется особенностями строения пахового канала у мужчин: глубокое паховое кольцо больше, паховый промежуток выше и т.д.

При слабо выраженном апоневрозе наружной косой мышцы живота, когда он имеет многочисленные межапоневротические щели, риск возникновения косой ПГ существенно выше. Слабый апоневроз наружной косой мышцы живота у здоровых лиц наблюдается в 17,7%, а у грыженосителей – в 32,6%.

Риск возникновения косой ПГ значительно выше в том случае, когда внутренняя косая мышца живота не участвует в образовании передней стенки пахового канала и не прикрывает глубокое паховое кольцо. Данный анатомический вариант у здоровых лиц наблюдается в 17%, а у грыженосителей – в 48%.

Вероятность возникновения прямой ПГ существенно выше у лиц с высоким паховым промежутком (треугольной формы), при котором задняя стенка пахового канала в области медиальной паховой ямки значительно ослаблена. Треугольная форма пахового промежутка у здоровых лиц наблюдается в 5,3%, а у грыженосителей – в 55,5%. Подобная форма пахового промежутка достоверно чаще наблюдается у лиц брахиморфного типа телосложения, с мужской формой живота, подчревьём высотой более 7,5 см и углом наклона паховой связки более 35°.

Недостаточное развитие апоневротических структур, укрепляющих поперечную фасцию живота в области латеральной и медиальной паховых ямок (межъямковая связка, паховый серп, завороченная связка), обуславливает большие размеры глубокого пахового кольца и пахового промежутка и, как следствие, высокий риск образования ПГ.

Известно, что ПГ достоверно чаще возникают у лиц старше 40 лет. Это объясняется тем, что с возрастом истончаются и развываются апоневроз наружной косой мышцы живота и поперечная фасция, расширяется глубокое паховое кольцо, увеличивается высота пахового промежутка, возникают атрофические процессы в боковых мышцах живота.

Повреждение ветвей подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов при выполнении хирургических доступов в боковых и подвздошно-паховых областях передней брюшной стенки приводит к нарушению иннервации внутренней косой и поперечной мышц живота, формирующих стенки пахового канала, и, как следствие, увеличению риска возникновения ПГ.

Липома семенного канатика, которая у здоровых лиц встречается в 32,4-72,5%, тоже является фактором риска возникновения ПГ. Растущая липома расширяет глубокое паховое кольцо и оказывает давление на нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота, что способствует увеличению высоты пахового промежутка.

Важным фактором риска возникновения ПГ является наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани, которая встречается в 76,2% и при которой вследствие нарушенного синтеза коллагена отмечается слабость апоневротических структур пахового канала. В настоящее время активно изучается роль матричных металлопротеиназ в этиологии ПГ. У больных ПГ в поперечной фасции живота наблюдаются высокие показатели различных типов металлопротеиназ и низкое содержание их ингибиторов.

Эпидемиология. Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных ПГ остаётся актуальной и в настоящее время, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста. Операции по поводу ПГ занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств.

Паховая грыжа

Клинические рекомендации

В России за год выполняется более 150 тыс. плановых операций по поводу ПГ при показателе летальности 0,03%. В 36,2% случаев выполняется герниопластика местными тканями, в 51,3% – с использованием сетчатого импланта и в 12,5% – с использованием видеоэндоскопических технологий. В США из 700 тыс. герниопластик, выполняемых в течение года, у 10-15% отмечается возникновение рецидивов, а расходы на их повторное лечение составляют более 28 млн долларов. Рецидивы в практической хирургии возникают после традиционных способов герниопластики у 2-20%, а повторные – у 35-40% пациентов, тогда как после протезирующих методик рецидив составляет в среднем 1-5%. За последние 40 лет предложено более 50 новых способов операции, а общее число методов и модификаций устранения ПГ превышает 300 способов. Это свидетельствует о продолжающемся поиске новых, более эффективных способов операций и неудовлетворённости врачей-хирургов результатами лечения ПГ.

Клиническая картина. У двух третей пациентов симптомами паховой грыжи являются дискомфорт или боль в паховой области. У одной трети пациентов симптомы отсутствуют, имеется только безболезненное выпячивание в паху. ПГ представляет собой опухолевидное выпячивание в области паха, мягкое и эластичное при ощупывании. ПГ могут быть двусторонними. Неосложнённая грыжа легко вправляется в брюшную полость, появляется в вертикальном положении и при нагрузках, сопровождаясь тянущими и болевыми ощущениями в паху. Возможна иррадиация болей в низ живота, поясницу, крестец. Грыжи малых размеров могут протекать без клинической симптоматики. По мере увеличения грыжи появляются жалобы, нарастают их интенсивность, возникают ограничения трудоспособности. Возможно появление запоров, а также, при скользящей грыже мочевого пузыря, расстройства мочеиспускания, болевые ощущения при мочеиспускании, а также задержка мочи. ПГ больших размеров могут спускаться в мошонку.

Наличие мягкоэластической консистенции припухлости (выпячивания) в паховой области (паховых областях), которая вправляется в брюшную полость и меняет свои размеры под влиянием факторов, увеличивающих внутрибрюшное давление (вертикальное положение пациента, физическая нагрузка, кашель). Болевые ощущения (дискомфорт) в области грыжевого выпячивания могут появляться или усиливаться под влиянием факторов, увеличивающих внутрибрюшное давление. Влияние провоцирующих факторов на образование паховой грыжи в настоящее время является дискуссионным вопросом. Многие эксперты считают, что эпизодическое поднятие тяжестей, запоры и простатит увеличивают риск развития паховой грыжи. Однако подтверждающих доказательств недостаточно.

Клиническая симптоматика ущемлённой грыжи

Неосложнённая ущемлённая грыжа распознаётся по внезапно возникшим болям в области грыжи, интенсивность которых зависит от вида ущемления, пострадавшего органа и возраста пациента, невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи, увеличению в объёме грыжевого выпячивания, напряжению и болезненности при пальпации грыжевого выпячивания, отсутствию симптома «кашлевого толчка».

У пациента с ущемлённой ПГ, осложнённой кишечной непроходимостью, к местным симптомам ущемления присоединяется клиника острой кишечной непроходимости – схваткообразные боли в животе, жажда, сухость во рту, повторная рвота, задержка отхождения стула и газов. При обследовании определяются вздутие живота, усиление перистальтики; «шум плеска» при отсутствии симптомов перитонита.

Ущемлённая ПГ, осложнённая флегмоной грыжевого мешка, распознаётся по отёчному, горячему на ощупь грыжевому выпячиванию, гиперемии кожи и отёку подкожной клетчатки, распространяющемуся за пределы грыжевого выпячивания, возможно появление флюктуации в области грыжи и наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях. Со стороны общей ре-

акции характерно присоединение симптомов системной воспалительной реакции.

Диагностика. Критерии установления диагноза

Диагноз паховой грыжи устанавливается на основании:

1. Характерных жалоб пациента на наличие выпячивания в паховой области.
2. Определения при осмотре и пальпации эластичного образования в паховой области, вправляемого в брюшную полость через дефект брюшной стенки в области пахового канала.

Жалобы и анамнез. При диагностике ущемлённой ПГ рекомендуется обратить внимание на жалобы пациента на постоянную интенсивную боль в области грыжевого выпячивания и его невосприимчивость.

Диагноз «вправившаяся ущемлённая грыжа» может быть поставлен при наличии чётких указаний пациента на факт ущемления ранее вправлявшейся грыжи, промежуток времени невправления и момент самостоятельного её вправления. Вправившейся ущемлённой грыжей следует также считать грыжу, факт самостоятельного вправления которой произошёл (и зафиксирован в медицинских документах) в присутствии медицинского персонала.

Физикальное обследование. При осмотре паховой области у пациента с подозрением на ПГ с целью уточнения диагноза рекомендуется предложить ему натужиться или покашлять, при этом грыжевое выпячивание определится визуально, если до этого оно не определялось, или увеличится в размерах.

Обследование пациента с подозрением на ПГ начинается с осмотра паховой области, пальпации паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссии грыжевого выпячивания. Выявляется припухлость (выпячивание) мягко-эластической консистенции, которая в горизонтальном положении пациента или при надавливании вправляется в брюшную полость, а при кашле и натуживании вновь появляется. Симптом «кашлевого толчка» положительный. При пальпации возможно определить невосприимчивость грыжи.

При пальпации грыжевого выпячивания в паховой области рекомендуется осторожно попытаться вправить его в брюшную полость и определить дефект брюшной стенки (грыжевые ворота) в области пахового канала.

Исследование рекомендуется проводить в горизонтальном положении пациента. С типичными симптомами грыжи достаточно проведения только клинического обследования, чувствительность которого при ПГ составляет 74,5-92%, а специфичность – 93%. Дифференциальная диагностика прямой и непрямой грыжи необязательна. Знание типа паховой грыжи редко влияет на показания к хирургическому вмешательству, поэтому предоперационная дифференциация типа паховой грыжи не имеет большого значения.

Лабораторные диагностические исследования. Лабораторные исследования не имеют значения в диагностике неосложнённой ПГ. Они назначаются при подготовке пациента к операции. Объём лабораторных исследований зависит от наличия сопутствующих заболеваний у пациента, предполагаемого вида анестезии и метода хирургического лечения.

Инструментальные диагностические исследования. В случае ясного клинического диагноза ПГ дополнительные визуализирующие исследования проводить не рекомендуется.

В большинстве случаев точная диагностика ПГ возможна при врачебном осмотре. Визуализирующие исследования показаны, если наличие ПГ не ясно, либо если врач не уверен, что опухолевидное образование в паховой области вызвано грыжей. Трудности в клинической диагностике могут возникать в начальной стадии формирования грыжи, которая может сопровождаться болевым синдромом.

В случаях затруднений клинической диагностики ПГ рекомендуется применение специальных инструментальных методов исследования.

При подозрении на ПГ, но при наличии неопределённых клинических признаков первым этапом визуализирующих методов рекомендуется проведение ультразвукового исследования паховой области.

Ультразвуковое исследование обладает высокой специфичностью и является недо-

рогим и широкодоступным, поэтому оно рассматривается как методика обследования пациентов с паховой грыжей, обладающая наилучшим соотношением затрат и эффекта. Максимальную диагностическую ценность УЗИ имеет у пациентов с трудностями в клинической диагностике паховых и бедренных грыж. Его проведение позволяет уточнить размеры грыжевых ворот, характеристики грыжевого содержимого, диагностировать липому семенного канатика, грыжевое выпячивание на контралатеральной стороне, провести дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями. Чувствительность и специфичность ультразвукового исследования в повседневной практике определяется опытом врача, проводящего исследование. Корреляция с хирургическими данными показала, что ультразвуковое исследование имеет чувствительность 33% и специфичность 100%. При ущемлённой ПГ, осложнённой кишечной непроходимостью, на УЗИ брюшной полости могут определяться расширенные петли кишечника и маятникообразная перистальтика.

При неясной клинической картине и сомнительных данных УЗИ с целью выявления скрытой паховой грыжи рекомендуется КТ органов брюшной полости как дополнительный метод исследования.

КТ целесообразно использовать у пациентов с выраженным ожирением, редкими формами и рецидивами грыжевых образований, неоднократными оперативными вмешательствами на органах брюшной полости. КТ без контраста обеспечивает общую точность 94%.

МРТ органов брюшной полости рекомендуется пациентам с подозрением на ПГ в качестве дополнительного источника данных в случаях, когда результаты УЗИ и КТ недостаточно информативны при наличии скрытой паховой грыжи.

Выполнение МРТ с использованием приёма Вальсальвы является наиболее информативным при проведении дифференциальной диагностики тазовых грыж с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и диагностики спячного процесса в брюшной полости. МРТ при диагностике ПГ имеет специфичность и чувствительность выше 94%. При его использовании могут быть диагностированы опухоль, скользящая грыжа мочевого пузыря.

Иные диагностические исследования. Рентгенологическое исследование паховой грыжи (герниография) из-за его инвазивности проводится в качестве рутинной практики не рекомендуется.

Герниография, рентгенологическое исследование тазовой зоны после внутрибрюшинного введения рентгеноконтрастного красителя, была стандартной методикой исследования с 1967 г. Метод в основном применяется в сложных для клинической диагностики случаях грыж тазовой локализации, при бессимптомных грыжах. По данным метаанализа, УЗИ имеет чувствительность 86% и специфичность 77% при скрытых паховых грыжах. КТ имеет чувствительность 80% и специфичность 65%. Чувствительность герниографии составляет 91%, а специфичность – 83%. Однако это инвазивная процедура, сопровождающаяся риском висцерального или сосудистого повреждения. Проведение герниографии возможно в специализированных хирургических стационарах, имеющих опыт её выполнения. При ущемлённой ПГ, осложнённой кишечной непроходимостью, при проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости могут определяться чаши Клойбера и уровни жидкости.

У пациентов с гигантскими пахово-мошоночными грыжами перед операцией рекомендуется применение функциональных методов обследования (исследование неспровоцированных дыхательных объёмов и потоков, пневмотахометрия, эхокардиография) с целью определения операционно-анестезиологического риска и выбора метода анестезии и герниопластики.

Дифференциальную диагностику ПГ рекомендуется проводить с лимфаденом, новообразованиями мягких тканей, воспалительным инфильтратом и абсцессом, эндометриозной кистой, аневризмой, варикозной трансформацией вен и эктопией яичка.

(Окончание следует.)

Парадоксальная ситуация: чем старше и опытнее становится научная и клиническая аритмология, тем больше у неё появляется задач, требующих решения. Конкретный пример – диагностика и лечение фибрилляции предсердий (ФП). По мере накопления опыта применения терапевтических, хирургических и интервенционных подходов к устранению этой формы нарушений ритма сердца учёные и врачи всё больше склоняются к мысли, что этот путь в принципе тупиковый. Искать радикальный способ лечения ФП нужно в других плоскостях, а именно – в молекулярно-генетической и иммунологической.



быть создан идеальный антиаритмический препарат: назначил – и человек выздоровел полностью. И представитель страны, которая уже в те времена была мировой фармакологической столицей, ответил, что перспектив появления такого препарата не просматривается. Увы, его прогноз пока оправдывается.

Почему это казалось невозможным тогда и не представляется возможным до сих пор? Создать идеальный антиаритмик не получится, пока не будут, наконец, досконально распознаны уже упомянутые тонкие механизмы нарушений ритма – молекулярные, генетические. Кстати, именно по этой же причине не удаётся найти

сердечных аритмий, это будет иметь значение для диагностики нарушений ритма и прогноза заболевания. А что касается генной терапии и иных биотехнологий, есть ли им место в клинической аритмологии?

– Конечно. Учитывая рецидивирующий характер фибрилляции предсердий, в идеале надо просто имплантировать больному новое предсердие, однако в настоящее время это выглядит нереальным. Более реалистична возможность замещать повреждённые участки предсердия здоровой тканью, используя для этой цели модифицированные плюрипотентные стволовые клетки. Научные исследования в этом направлении ведутся, в том

медицинским университетом в данной области.

Известно, что за рубежом работают над созданием биологического кардиостимулятора. Вместо «железяки» с батареей и электродами функции водителя ритма будут выполнять «специально обученные» стволовые клетки. Я думаю, это вполне реально. Во всяком случае, в эксперименте уже научились программировать стволовые клетки на выполнение задачи пейсмекера.

Конечно, работы в области регенеративной медицины высокотратны, тем не менее у этих технологий большое будущее. К сожалению, в нашей стране в данном направлении работают не

Экспертный уровень

От хирургии и фармакологии — к генной терапии

Новые фундаментальные знания расширят возможности аритмологии

В августе 2022 г. в журнале *Frontiers in Physiology* была опубликована статья «Взаимодействие между сердцем и иммунной системой: сосредоточиться на регуляции сердечного ритма», которую подготовили в соавторстве заведующая научно-исследовательской лабораторией патоморфологии, руководитель патологоанатомической службы НМИЦ им. В.А.Алмазова доктор медицинских наук Любовь Митрофанова и директор НИИ кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра академик РАН Сергей Попов.

В публикации представлены, в том числе, данные обзора мировой научной литературы, посвящённой тому, что активация или нарушение регуляции иммунной системы играет важную роль в развитии и прогрессировании многих сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений сердечного ритма. В частности, речь идёт о фибрилляции предсердий, которая стала наиболее распространённой сердечной аритмией.

Так вот, в зарубежных публикациях приводятся убедительные доводы в пользу того, что воспаление – как системное, так и очаговое, как острое, так и хроническое – способствует как электрическому, так и структурному ремоделированию предсердий и тромбозу у пациентов с ФП, поэтому терапия, нацеленная на конкретные воспалительные каскады, может быть потенциальной стратегией профилактики и лечения ФП. Несколько зарубежных исследований продемонстрировали специфические макрофагозависимые механизмы, которые регулируют электрическое, структурное или автономное ремоделирование предсердий, приводящее к аритмиям. В то же время многие учёные делают вывод, что фибрилляция предсердий имеет сложный и многофакторный механизм развития, он включает в себя нечто большее, чем просто воспаление.

В целом все опубликованные материалы исследований по данной теме демонстрируют сложность патогенеза ФП, который имеет много уровней: электрофизиологический, анатомический, гистологический, клеточный, ультраструктурный и молекулярный. Дальнейшее изучение механизма возникновения и развития сердечных аритмий с привлечением генетики, изучение роли факторов транскрипции, lncRNAs и других позволит перейти от хирургии и фармакологии к генной терапии, – говорит один из лидеров российской аритмологии академик РАН **Сергей ПОПОВ**, резюмируя, в какой точке познания в настоящее время находится эта область медицины и в какую точку она стремится.

– **Сергей Валентинович, своей статьёй вы фактически дали понять, что современная мировая и отечественная аритмологическая экосистема вышла на плато своих возможностей и, если в обозримой перспективе не удастся разобраться в клеточном, ультраструктурном и молекулярном механизмах патогенеза фибрилляции предсердий, а также в иммунологической опосредованности нарушений**



ритма сердца, прогресса в лечении аритмий не будет. Верно?

– По большому счёту, да. Хирургии тахикардий уже более полувека, а с момента появления первых искусственных водителей ритма прошло более 60 лет. Можно ли сказать, что максимум возможностей научной и клинической аритмологии уже достигнут, учитывая объективные пределы для вмешательства в анатомию и физиологию человека? Нет, нельзя. Вмешательства в анатомию и физиологию организма с целью избавить человека от жизнеугрожающих нарушений ритма сердца могут и должны быть продолжены. Но есть объективная преграда – не до конца изучены самые тонкие, биохимические, молекулярно-генетические и иммунологические причины и механизмы аритмогенеза.

Однако я уверен в том, что это произойдёт уже в ближайшее время, учитывая, какими технологиями располагает современная наука. Уже если наши предшественники смогли в XX веке сделать прорыв в диагностике и лечении нарушений сердечного ритма, имея куда более скромные набор научной информации и приборную базу, то наша задача – задействовать весь исследовательский потенциал для того, чтобы за счёт новых фундаментальных знаний расширить возможности прикладной аритмологии.

– **В каких именно её разделах?**

– Во всех. В частности, в терапии нарушений сердечного ритма. За последние пару десятилетий это направление не претерпело большого развития, существенных прорывов по антиаритмическим препаратам не было, и, вероятнее всего, в ближайшее время не будет.

В начале 1990-х я поинтересовался мнением одного нашего американского коллеги, может ли

максимально эффективные подходы к лечению ФП и желудочковых тахикардий. Сегодня это две главные проблемы в аритмологии, все остальные нарушения ритма лечатся достаточно успешно.

Надо признать, в хирургическом лечении фибрилляции предсердий тоже достигнута верхняя планка. Эти операции непростые для хирурга, высокотратные, они предполагают использование сложных навигационных систем. При этом эффективность их не превышает 80%, результат временный, он предполагает повторные оперативные вмешательства. Таким образом, интервенционное воздействие на ФП, как и на желудочковую тахикардию, – пока лишь симптоматическое лечение, а не радикальное. Болезнь воспроизводит сама себя, поскольку появляются новые патологические очаги, провоцирующие нарушение ритма. И сделать с этим мы ничего не можем.

Как выключить все патогенетические звенья заболевания? Ответ на этот вопрос требует комплексного научного подхода, в одиночку ничего не придумать.

Помимо продвижения в лечении фибрилляции предсердий, в чём мы, безусловно, заинтересованы, не менее важно сосредоточиться на выяснении причин роста заболеваемости ФП в популяции. Например, попытаться установить возможную её корреляцию не только с демографическими и этногенетическими, но также с внешними факторами – социально-экономическими, эколого-климатическими и пр. Думаю, мы получили бы очень интересные сведения, необходимые для первичной профилактики ФП.

– **Представим, что генетикам удастся получить недостающую информацию о патогенезе**

числе в нашем институте. Правда, у нас в стране они идут с остановками, потому что использование клеточных технологий в медицине под особым контролем, был даже длительный период полного запрета, так что мы упустили много времени. Сейчас эти проекты реанимированы, в ноябре 2022 г. академик Всеволод Ткачук провёл очередной Национальный конгресс по регенеративной медицине, где были представлены чрезвычайно интересные идеи и результаты.

Я с большим интересом и надеждой наблюдаю за работами в данной области, потому что искренне верю в эффективность применения биотехнологий в кардиологии и аритмологии. Эта уверенность не умозрительная, она подтверждена опытом. В начале 2000-х годов наш институт занимался изучением возможности применения регенеративных клеточных технологий в лечении пациентов с инфарктом миокарда, и тогда в рамках научных исследований методика была апробирована в клинике на небольшом числе больных. Эффект был доказан, часть той группы пациентов до сих пор жива, мы их наблюдаем.

Ещё один пример. Знаменитый Центр глазной и пластической хирургии в Уфе давно специализируется на тематике тканевой и клеточной регенерации, там создали препарат, который изначально был предназначен для регенеративной терапии в офтальмологии, а мы использовали его в своей области. В эксперименте на животных смоделировали инфаркт и увидели, как это вещество восстанавливает рубцовые повреждения миокарда. Правда, в клинике повторить такой результат пока не получается, но мы не теряем надежды и продолжаем сотрудничество с Башкирским государственным

целые научные центры, а отдельные исследовательские группы. Впрочем, как и по целому ряду других многообещающих направлений. Я считаю это существенным недостатком системы организации науки в России. Без консолидации научных потенциалов учреждений и территорий мы так и будем годами двигаться мелкими шагами к достижению результатов, которые нужны медицине уже сегодня.

– **Если опираться на уже имеющиеся научные знания, возможна ли персонализированная аритмология? И есть ли в ней реальная потребность, или все клинические ситуации более-менее стандартны?**

– Даже в стандартной клинической ситуации подход к пациенту всегда должен быть персонализированным.

Вот лишь один пример. Метод радионуклидной индикации позволяет изучить процессы, протекающие в миокарде в период бивентрикулярной стимуляции, и тем самым повлиять на факторы, которые мешают эффективности ресинхронизирующей терапии. Оценка метаболизма жирных кислот в миокарде левого желудочка даёт возможность ещё на этапе отбора пациентов для проведения кардиоресинхронизирующей терапии дать прогноз, будет ли эффективным лечение данного больного. Такие выводы сделаны по результатам исследования, которое проведено в НИИ кардиологии. И хотя данный диагностический этап пока не отражён в клинических рекомендациях, врачи могут им пользоваться в интересах пациента.

Кстати, о клинических рекомендациях. Сейчас в рубрикаторе Минздрава России 391 текст их по всем разделам медицины. В том числе разработаны и по нарушениям ритма сердца, их четыре группы: желудочковые аритмии, фибрилляция предсердий, наджелудочковые тахикардии и брадикардии. Казалось бы, всё предусмотрено и прописано на любой случай жизни, бери и пользуйся. Формально – да, но фактически – нет. Клинические рекомендации – это не пошаговая инструкция, обязательная к исполнению и не допускающая возможности отступать от них. Врач должен иметь право принимать решение на их основе, своего профессионального опыта и заключения консилиума, а главное – индивидуальных данных пациента. Персонализация в аритмологии не просто возможна – она необходима.



Беседу вел
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМФО), бессменным оператором которого с 2016 г. является Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, развивается хорошими темпами. Он не только позволяет оперативно доносить качественную, актуальную информацию, поддерживать мотивацию, но и становится форматом взаимодействия внутри системы здравоохранения. О том, какие здесь намечаются перемены, шла речь в марте на II Всероссийской научно-практической конференции «Профессиональное совершенствование работников здравоохранения – путь к здоровью нации». Несмотря на свою недолгую историю, организаторы (РНИМУ совместно с Центром развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России) уже называют конференцию традиционной и надеются, что таковой она и будет – главной площадкой для объединения всех заинтересованных сторон, обсуждения актуальных проблем и обмена передовым опытом.

Систематизировать ситуацию

Сегодня эта система, помимо самих обучающихся, включает профессиональные некоммерческие, образовательные и медицинские организации, Минздрав России, специалистов здравоохранения, федеральные и региональные органы исполнительной власти, сказала заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова. И финансируется она из нескольких источников – федерального бюджета, средств нормированного страхового запаса в системе ОМС, денег работодателей, собственных средств медработников. «В этом хаосе у нас получается, что есть медицинские работники, которые чуть ли не каждый год по несколько раз проходят программы повышения квалификации, а есть те, кто еле-еле раз в 5 лет получают такую возможность», – сказала она.

Желая исправить и систематизировать ситуацию, министерство занялось сбором потребностей в обучении по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации (ДПП ПК) в своих подведомственных организациях, финансируемых из средств федерального бюджета. В результате на портале НМФО на 2023 г. представили свои программы 54 образовательные организации. Непосредственно специалистами здравоохранения с высшим и средним профессиональным образованием было подано почти 240 тыс. заявок, 62% которых согласованы с работодателями.

С внедрением профессиональных стандартов и клинических рекомендаций встала такая насущная задача, как актуализация на соответствие им образовательных программ. Эту работу предстоит проделать организациям Минздрава, после чего актуализированные и маркированные программы представят на портале НМФО, обещала заместитель министра.

В рамках реализации федерального проекта по развитию НМИЦ планируется охватить программами повышения квалификации весь профессорско-преподавательский состав (ППС) – не реже одного раза в 3 года, а также по необходимости – в части педагогических компетенций и по профилю преподаваемых дисциплин. Система непрерывного образования ППС образовательных и научных организаций Минздрава России дорабатывается и тоже будет представлена на портале НМФО, уточнила Т.Семёнова.

Указом Президента России 2023-й объявлен Годом педагога и наставника. Что касается здравоохранения, то именно в этом году будут подведены итоги стартовавшего в отрасли в 2021 г. пилотного проекта «Наставничество», цель которого – помочь молодым специалистам в их профессиональном становлении, приобретении профессиональных знаний и навыков, адаптации в коллективе, воспитании корпоративной культуры. По поручению президента страны будут законодательно закреплены понятия «молодой врач-специалист» и «врач-наставник».

По рекомендации экспертов непрерывное образование должно включать не менее 250 часов за 5 лет, с ежегодным освоением образовательных элементов. Однако значение имеют не баллы, не часы, а содержание, подчеркнула

Деловые встречи

Динамичная траектория знаний

Программы непрерывного медицинского образования будут актуализированы, а инструменты расширены



проректор по послевузовскому и дополнительному образованию РНИМУ им. Н.И.Пирогова, руководитель Центра развития НМФО Ольга Приорова. По её словам, в ДПО возрастает значимость участия заказчика обучения в формировании объёмов подготовки по отдельным программам, в содержания обучения, а также растут требования к прозрачности разработки программ, унификации важных теоретических и практических блоков, быстрому доведению образовательного контента в случае необходимости.

Предотвратимые ошибки

Через современную систему НМФО можно формировать у врачей, в том числе, культуру обеспечения безопасной медицинской помощи, убеждён ректор Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования академик РАН Дмитрий Сычёв. «Мы живём в век, когда хирургия становится всё безопаснее, а терапия всё более опасной», – привёл он слова, сказанные много лет назад советским терапевтом академиком Борисом Вотчалом. К сожалению, и сегодня этот тезис не потерял свою актуальность, а с приходом пандемии COVID-19 она даже возросла, потому что, столкнувшись с неизвестной болезнью, врачи стали применять препараты не по показаниям, на основе исследований, а чаще off label. «Чем чаще мы их применяем, тем чаще видим нежелательные лекарственные реакции. Кроме того, мы стали лечить наших пациентов препаратами очень часто комбинированно, тем более что многие имели сопутствующие заболевания. Мы столкнулись с невероятным количеством межлекарственных взаимодействий, увеличивающих риск побочных реакций и, наконец, узнали, что, оказывается, при COVID-19 изменяется фармакокинетика и фармакодинамика многих препаратов. Все эти обстоятельства привели к тому, что небезопасность пациентов в отношении лекарственной терапии только нарастала», – поделился эксперт.

Проблема носит глобальный характер. Согласно данным метаанализа 81 исследования (285 687 пациентов), которые привёл

Д.Сычёв, распространённость случаев вреда здоровью пациента, связанного с применением лекарств, составляет 9%, а предотвратимого вреда – 3%. В США от предотвратимых лекарственных ошибок ежегодно страдает около 7 млн человек, а затраты в здравоохранении достигают 21 млрд долл. Для систем здравоохранения стран ЕС такие ошибки обходятся ежегодно в 4,5-21,8 млрд евро, а глобальные ежегодные потери, по оценкам ВОЗ, составляют 42 млрд долл. Ежегодно Росздравнадзор по сообщениям врачей регистрирует около 30 тыс. неблагоприятных

охранения. В нём говорится, что это не отдельная дисциплина, эти положения должны быть погружены во все другие дисциплины. «Роль НМФО здесь неоспорима. Методология может продвигаться через предусмотренные в системе программы специалитета, ординатуры, повышения квалификации и другие образовательные активности, которые предусмотрены на портале», – заключил он.

Структура ценностей

У многопрофильных клиник есть собственные запросы в том, что

касается профессионального развития специалистов, и система образования должна их учитывать, считает главный врач ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова Департамента здравоохранения Москвы Ильдар Хайруллин. Начать с того, что непрерывное, ежедневное и пожизненное образование должно входить в некую структуру ценностей медработника, и руководители медицинских организаций должны это поощрять. Между тем, замечает он, молодым специалистам, которые приходят в клинику, а иногда и зрелым докторам, не хватает осознания работы в системе, на уровне как организации, так и от-

Парадигмы для профессионального сообщества

Полноценному развитию НМФО препятствуют такие факторы, как отсутствие времени, средств на образование, а главное – неудовлетворительное его качество. Но если первые две проблемы решать проще, то вопросы, связанные с образовательными продуктами, вызывают у экспертов вопросы: кто и каким образом должен контролировать их качество? На взгляд руководителя отдела НМФО Национальной медицинской палаты Георгия Тотчиева, это удел профессиональных сообществ; именно они должны определять, какую программу нужно допустить на портал, присвоить высший знак качества, отличительную маркировку, а какую оставить в свободном доступе, чтобы любой врач мог с ней ознакомиться, если желает просто почерпнуть для себя общие положения.

В этом направлении в 2022 г. было сделано два важных шага, отметил он. Во-первых, учреждена ассоциация «Российское общество специалистов медицинского образования» (ассоциация «Росмедобр»), руководителем которого избрана академик РАН Лариса Мошкетова. Эта некоммерческая организация создана, чтобы защищать общие профессиональные интересы и содействовать эффективной профессиональной деятельности работников медицинского образования, совершенствованию его. Для этого её члены будут принимать активное участие в разработке национальных стандартов и проведении экспертизы программ медицинского образования, содействовать внедрению в практику новейших достижений в этой сфере. Во-вторых, был создан совет по непрерывному медицинскому образованию НМП, который возглавил директор НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург и эндоскопист Минздрава России, академик РАН Амиран Ревизишвили. «Эти события должны предопределить в ближайшие 1,5-2 года те парадигмы, те векторы в НМФО, которые помогут нам выстроить кратчайший путь к качественной подготовке высоких профессионалов своего дела», – сказал Г.Тотчиев.

Работа по совершенствованию программ НМФО уже идёт. В скором времени будут обновлены и расширены инструменты синхронизации и обмена данными с edu.rosminzdrav.ru, автоматизировано взаимодействие с техническими платформами для онлайн-мероприятий, включая сертификацию, внедрён сквозной контроль знаний при активации индивидуального кода подтверждения по результатам участия в образовательных мероприятиях. Общими же задачами остаются повышение качества программ, удобство, мультимедийность обучения, образовательная ценность и практическая значимость получаемых специалистами зачётных единиц.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Результаты внедрения непрерывного образования специалистов здравоохранения (по данным портала edu.rosminzdrav.ru)

- Более 2 800 000 зарегистрированных пользователей, более 2 300 000 обучающихся, 1 800 000 подтверждены в Федеральном регистре медицинских работников
- Более 40 000 000 случаев обучения
- Более 130 программ повышения квалификации
- Более 7 000 интерактивных образовательных модулей
- Более 57 000 образовательных мероприятий

побочных реакций. В реальной же практике их может быть в 10 раз больше, при этом 2/3 из них могут быть предотвращены, утверждает эксперт.

«В стране это серьезнейшая проблема, серьезное экономическое бремя», – сказал он и напомнил, что государство много делает для того, чтобы обеспечить эту безопасность. Минздрав, Национальный институт качества разрабатывают соответствующие нормативные документы. Речь идёт о выявлении и анализе событий, внедрении протоколов по обеспечению лекарственной безопасности, клинических рекомендаций как основы оказания медицинской помощи, технологических карт в реальную клиническую практику, о персонализации применения лекарственных препаратов на основе омиксных технологий. Увы, несмотря на то, что Минздрав активно продвигает эту концепцию, и она закреплена в ст. 37 Закона «Об охране здоровья граждан в РФ», врачи отклоняются от клинических рекомендаций, посетовал Д.Сычёв.

Транслировать научно обоснованные знания об эффективности и безопасности фармакотерапии, совершенствовать компетенции врача в этой области эксперт предлагает через систему НМФО. Этот тезис – чтобы контент, касающийся безопасности медицинской деятельности, вошёл во все образовательные программы на всех уровнях медицинского и фармацевтического образования, прозвучал ещё в феврале 2020 г. из уст министра здравоохранения на Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, напомнил он. А ВОЗ даже выпустила специальный документ по формированию культуры безопасности для образования не только врачей и среднего персонала, но и других специалистов здравоо-

расли. В каждой организации есть свои выстроенные процессы, но с этими вещами, к сожалению, молодые кадры бывают мало знакомы, и их приходится дообразовывать, сказал он.

Это касается, в том числе, медицинских технологий и такого мощного компонента, как цифровизация. Московские больницы широко используют все цифровые продукты. В настоящий момент 96 цифровых сервисов сливаются в единый цифровой контур Департамента здравоохранения и правительства Москвы, что предполагает постепенный переход к безбумажной и smart-клинике, сказал И.Хайруллин.

Касаясь клинических рекомендаций и профессиональных стандартов, которые являются базовой основой для врача, специалист сказал, что они должны быть преобразованы в локальные клинические протоколы с учётом специфики деятельности медицинской организации: «Это нужно для образования наших сотрудников, контроля за их работой и с точки зрения безопасности их деятельности. Сотрудник должен знать: если он работает в соответствии с клиническими рекомендациями и локальным клиническим протоколом, значит, организация встанет на его защиту».

С формированием в здравоохранении конкурентной среды у заказчика образовательных услуг появляется широкое поле возможностей. «Практически каждый день я встречаюсь с представителями различных образовательных учреждений, которые предлагают мне заключить с ними договор на оказание образовательных услуг. Получить лицензию не так сложно, появилось много игроков, они достаточно юркие, адаптивные, они спрашивают: «Что вам надо – мы готовы предложить под вас индиви-

Обсуждения

Пространство для сотрудничества

Актуальные проблемы психиатрической помощи

Психическое здоровье относится к сферам здравоохранения, требующим всё большего внимания со стороны государства и общества. Какие современные методы мониторинга состояния психического здоровья населения существуют сегодня? Как реализуется система непрерывности оказания психиатрической помощи населению в России и странах СНГ? С какими проблемами и трудностями сталкивается организация деятельности психиатрической и наркологической служб в странах СНГ? Как сделать более доступной своевременную психиатрическую помощь? Какие современные подходы реализуются в психосоциальной реабилитации лиц, пострадавших в результате военных действий? Эти и другие актуальные вопросы обсуждались на сессии «Психическое здоровье населения» форума «Здоровое общество», проходившего в Таврическом дворце Санкт-Петербурга.

Модератором сессии выступила генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ Светлана Шпорт.

Акцент на существенном факторе предупреждения психических расстройств в виде их своевременной диагностики и качественной профилактики сделал во вступительном слове заместитель министра здравоохранения РФ Олег Салагай.

Рост распространённости психических заболеваний, дискриминация людей, страдающих психиатрическими расстройствами, потеря трудоспособности и снижение

качества жизни не только пациентов, но и их родственников, принижение значимости заболеваний и недооценённость их влияния на социально-экономические показатели приводят к тому, что обращение за психиатрической помощью происходит только в самых крайних случаях, а существенное число больных остаётся без должного обследования и квалифицированного лечения. Этот тезис был основным в выступлениях заместителя председателя Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека Ирины Киркора, директора Департамента международного сотрудничества и интеграции Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Гульнаны Мухановой и других представителей стран ближнего зарубежья.

«Деловая программа форума включала более 20 мероприятий, на которых обсуждены вопросы сотрудничества в области лекарственной безопасности, развития первичного звена здравоохранения, подготовки медицинских кадров, развития медицинской науки», – отметил заместитель генерального директора по научной работе и стратегическому развитию Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Александр Козлов. – Форум проводится с целью укрепления сотрудничества в сфере здравоохранения, развития высоких технологий, разработки и производства медицинской продукции на пространстве Содружества».

К участию в дискуссии сессии «Психическое здоровье населения» также присоединились заведующий 2-м отделением Санкт-Петербургской городской наркологической больницы Антон Петров, доцент кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско-российского славянского университета им. Б.Н.Ельцина Лилия Пантелеева, главный психотерапевт Комитета по здравоохранению Ленинградской области Анастасия Трещевская.

Форум прошёл под девизом «Пространство для сотрудничества во имя здоровья», став площадкой для диалога экспертного сообщества России и стран СНГ по вопросам здравоохранения.

Найля САФИНА,
внест. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.



Проблемы и решения

Определение будущей профессиональной траектории – сложное и ответственное решение, и Брянский медико-социальный техникум им. Н.М.Амосова помогает школьникам сделать выбор осознанно. Начиная с октября 2022 г. на базе техникума работает «Школа выходного дня для будущих медиков», за короткий срок ставшая популярной среди старшеклассников.

Стоит отметить, что здесь профориентационной работе всегда уделялось большое внимание. Техникум регулярно дважды в год проводит дни открытых дверей с экскурсиями по учебному заведению, интерактивными занятиями, организацией творческих площадок и мастер-классов. Но наиболее интересной моделью для погружения в профессию для старшеклассников стала именно «Школа выходного дня». Ведь очень важно, чтобы в медицину приходили не случайные люди, а те, кто готов всю свою жизнь посвятить благородному делу – сохранению здоровья людей! Поэтому задача школы – не только профессиональное самоопределение старшеклассников, но и раннее знакомство с миром медицинских специальностей.

«Смотри! Учись! Делай!» – именно под таким девизом в формате профессиональных проб проходят занятия с учащимися 8-11-х классов. В рамках сетевого взаимодействия во внеурочной деятельности участ-

Путь в медицину

никами школы с 1 января этого года стали уже более 150 старшеклассников Брянска и области. На интерактивной площадке будущие абитуриенты в формате открытого диалога знакомятся с историей учебного заведения, специальностями, по которым ведётся обучение, узнают об образовательных программах, условиях, перспективах профессионального роста, выполняют интерактивные задания, общаются со студентами. Облечившись в медицинские халаты и шапочки, школьники направляются в симуляционные кабинеты, где могут попробовать себя в роли медицинской сестры, фельдшера, акушерки и фармацевта. Ребята раскрепощаются и активно участвуют в необычных уроках на тренинг-площадках, на которых воссоздана реальная обстановка и условия работы на терапевтическом и педиатрическом участках поликлиники, в сельских ФАПах и рецептурно-производственных отделах аптек.

Под руководством опытных наставников, преподавателей специальных и клинических дисциплин, школьники в импровизированном кабинете педиатрического участка постигают особенности ухода за маленькими пациентами и приобретают навыки пеленания новорождённого. В учебном ФАПе осваивают технику наложения

различных повязок, знакомятся с особенностями работы на электрокардиографе, учатся осуществлять сердечно-лёгочную реанимацию. В процедурном кабинете осваивают выполнение инъекций, а в кабинетах специальности «фармация» изготавливают лекарственный препарат, проверяют его качество, а затем посещают симуляционную аптеку, где изучают особенности отпуска медикаментов.

«Школа выходного дня» помогает старшеклассникам взглянуть на мир медицинских специальностей сквозь призму практической деятельности, приобрести навыки оказания первой помощи. Для них проводится экскурсия в Музей медицины Брянской области, расположенный в стенах техникума и знакомящий с развитием здравоохранения от земства до современности.

Совсем недавно Брянскому медико-социальному техникуму исполнилось 100 лет. Образованный в 1923 г., он назывался тогда акушерским техникумом и был первым образовательным медицинским учреждением в регионе. И за истекшее время здесь подготовлено более 30 тыс. специалистов по 12 направлениям медицины.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Точка зрения

Вишенка на торте?

Зачем нужен психотерапевт в больнице общего профиля



«С кадрами у нас всё в порядке, есть даже психотерапевт» – так сказал мне много лет назад главный врач одной из больниц Иваново. Вроде бы и радоваться надо, но что-то не даёт! Получается, что психотерапевт – это некое украшение лечебного учреждения.

Окунемся в историю. Один из первых значимых приказов Минздрава СССР, касающийся психотерапии, был опубликован в 1975 г. (приказ № 791 от 02.09.1975 «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению»). Согласно ему, в поликлиниках столиц союзных республик и крупных промышленных центров были организованы психотерапевтические кабинеты. Через 10 лет последовал новый приказ Минздрава СССР (№ 750 от 31.05.1985 «О дальнейшем совершенствовании психотерапевтической помощи населению»). В этом приказе отмечено, что «анализ работы указанных кабинетов показал их высокую терапевтическую эффективность». Полученный опыт было решено распространить на всю страну. Предусматривалось, что на каждые 75 тыс. населения будет открыта одна ставка психотерапевта. Нагрузка психотерапевта предусматривалась из расчёта 2,5 посещения в час, а при проведении групповой психотерапии – 8 человек в час. Психотерапевтический кабинет открывался в поликлинических отделениях, обслуживающих не менее 30 тыс. населения. Обратим внимание, речь шла о психотерапевтах, работавших в общесоматических поликлиниках.

Дальнейшее развитие психотерапевтической службы определялось приказом Минздравмедпрома № 294 от 30.10.1995. Этот приказ предусматривал открытие психотерапевтического кабинета из расчёта один кабинет на 25 тыс. населения. Предусматривалось, что в состав кабинета входит не только психотерапевт, но и психолог, медсестра и социальный работник. В это время в Иваново была предпринята попытка организовать городской психотерапевтический центр при одной из городских поликлиник. Она натолкнулась на резкое противодействие руководство отрасли и главного врача областной психиатрической больницы. Основное возражение заключалось в том, что такую службу удобнее организовать при психиатрической больнице. В результате никакого центра организовано не было.

Не буду утомлять перечислением дальнейших шагов по развитию психотерапии. Отмечу лишь, что в то время был всплеск интереса врачей соматического профиля к психотерапии и медицинской психологии. Идя навстречу пожеланиям врачей, нашей кафедрой был разработан цикл по психотерапии и медицинской психологии для врачей соматического профиля, который пользовался большой популярностью. Однако за последние лет десять от бывшей популярности не осталось и следа. Создаётся

впечатление, что любые курсы обучения врачей для большинства из них имеют значение почти исключительно как «пропуск в профессию». Вспоминается один из последних циклов, проведённый по инициативе главного врача одной из больниц. Цикл проходил без отрыва от лечебной работы, что, конечно, не воодушевляло слушателей. В атмосфере висело чувство напряжения, связанное с дефицитом времени. На итоговой конференции на моё предложение высказать пожелания по совершенствованию обучения, прозвучал одинокий голос: «А вы прооперировать больного сможете?» Скрытый смысл этого послания ясен даже не специалисту.

К сожалению, должность психотерапевта в тех больницах, где она есть, является первой жертвой при сокращении штатов.

Основная нагрузка ложится на частнопрактикующих врачей. Тут можно вспомнить и Зигмунда Фрейда, который считал, что психотерапия должна быть платной, иначе у больного исчезает желание активно трудиться на пользу своего здоровья. Он же и определил подход к размеру платы за лечение: она должна быть чувствительной для больного, но не разорять его. На сегодняшний день это трудноосуществимая задача. Цена за часовой сеанс психотерапии в нашем городе составляет в среднем 2500 руб. (при средней зарплате по области по данным Росстата 32 150 руб.). По этой причине большая часть обращающихся за психотерапевтической помощью приходит на приём только один раз.

Не проявляют активности в направлении больных к психотерапевту и врачи соматических больниц. Многие из них, особенно неврологи, пытаются заменить психотерапию назначением антидепрессантов и транквилизаторов.

У меня нет готового ответа на классические вопросы: кто виноват и что делать? Ясно одно, что психотерапевт не должен быть первой жертвой «оптимизации» здравоохранения. Может быть мы недостаточно потрудились над тем, чтобы общество и сами врачи (а в первую очередь руководители здравоохранения) по достоинству оценили роль психотерапевта в облегчении их работы.

Алексей ХУДЯКОВ,
заведующий кафедрой
психиатрии, наркологии,
психотерапии ИПО
Ивановской государственной
медицинской академии,
профессор.

ОТ РЕДАКЦИИ. В свете обсуждения проекта федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации» дискуссия на страницах «МГ» о месте и роли психотерапии и клинической психологии была бы полезной. Недооценённость роли психотерапевта в соматической клинике действительно является серьёзной проблемой. Предлагаем нашим читателям высказаться по этому вопросу.

Всемирная организация здравоохранения отмечает своё 75-летие. Датой её создания считается 7 апреля 1948 г., когда вступил в силу Устав ВОЗ. С 1950 г. этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья. Одним из инициаторов создания ВОЗ был Советский Союз.

Почему вышли?

Советское медицинское руководство уже на первой ассамблее ВОЗ в июне-июле 1948 г. представило развёрнутую программу, которая включала следующие положения: 1) помощь со стороны ВОЗ народам, пострадавшим от войны, и ликвидация санитарных последствий войны; 2) развитие национального здравоохранения, «вместо подмены национальных органов всякого рода миссиями»; 3) помощь колониальным и зависимым странам, в которых сохранялась неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, в том числе ликвидация местных очагов эпидемиологических заболеваний; 4) издательская деятельность, направленная на описание новейших средств и достижений медицинской науки; 5) проблемы национализации здравоохранения и улучшение медицинского обслуживания населения.

Кроме того, советские медики заняли активную позицию в работе аппарата ВОЗ. Так, из 11 комитетов экспертов при ВОЗ – представители СССР вошли в 8. В директивах советской делегации на первой ассамблее, утверждённых Политбюро ЦК ВКП(б), предлагалось, что, если в число претендентов на руководящие посты будут выдвинуты представители США или Англии, необходимо выдвинуть кандидатуру от СССР, а также добиваться вхождения в состав руководящего комитета ассамблеи (бюро ассамблеи) одного представителя СССР и трёх представителей от стран народной демократии.

Ситуация кардинальным образом изменилась в начале 1949 г., когда неожиданно Москва объявила о выходе из ВОЗ. Одной из наиболее вероятных причин выхода был непрозрачный бюджет организации. Только в 1949 г. СССР, УССР и БССР должны были заплатить 345 тыс. долл. в качестве членских взносов. При этом руководство ВОЗ финансировало преимущественно свой разветвлённый аппарат, но не планировало проведение глобальных международных акций (вакцинирование населения, борьба с различными заболеваниями) и не предоставляло для Минздрава СССР ценной информации о новейших достижениях в медицинской науке. Впрочем, не только финансовый вопрос «испортил» взаимоотношения СССР с ВОЗ. Нельзя исключать и факт «шпиономании», боязни того, что структуры ВОЗ будут использованы для получения секретных советских данных. Например, в одной из записок начала января 1949 г., адресованных И. Сталину от министра иностранных дел СССР В. Молотова, прямо заявлялось, что ВОЗ расходовала свой бюджет преимущественно на содержание аппарата, состоящего из всякого рода «англо-американских агентов».

Какая из причин оказалась ключевой – неизвестно, но уже 10 февраля 1949 г. Политбюро ЦК ВКП(б) утвердило постановление о выходе СССР из состава ВОЗ. От имени заместителя министра здравоохранения в Женеву было направлено письмо, в котором заявлялось, что деятельность ВОЗ «не соответствует тем задачам, которые ставились перед ней на состоявшейся в 1946 г. учредительной конференции этой организации, поэтому «Союз СССР не считает себя более членом данной организации».

Вслед за СССР в течение 1949–1950 гг. из ВОЗ вышли практически все социалистические страны. В итоге к концу сталинского периода внешние контакты в области медицины оказались в значительной мере сокращены, а общение

с западными странами приостановлено.

Зачем вернулись?

В конце 1954 – начале 1955 годов министр здравоохранения СССР М. Ковригина направила в ЦК КПСС несколько инициативных записок о возобновлении членства СССР в ВОЗ. Так, в начале января

частичных беспроцентных взносов в течение 10 лет. Таким образом, Советский Союз должен был выплатить около 2 млн. Это стало решающим шагом – 5 апреля 1957 г. Секретариат ЦК КПСС утвердил постановление «О возобновлении членства СССР во Всемирной организации здравоохранения», инициировав выплату долга и фактического возобновления ра-

инфраструктуру, в мире удалось победить оспу. В 1980 г. специальной резолюцией ВОЗ было объявлено о полном уничтожении оспы на планете. Таким образом, натуральная оспа стала первой в мире инфекционной болезнью, полностью побеждённой благодаря массовой вакцинации, в чём была прямая заслуга советской медицинской науки.

борьбе против рака советские специалисты должны были расширить исследования по эпидемиологии и классификации различных форм рака, гистологической стандартизации опухолей различной локализации, а также разработке методов раннего выявления и эффективного лечения рака, обеспечить получение информации по этимологии, диагностике и лечению зло-

Страницы истории

Медицина и политика

Как выстраивались отношения между СССР и ВОЗ



Алма-Атинская конференция 1978 г.

1955 г. она писала: «Организация представляет из себя международный форум, где обсуждаются весьма острые вопросы благосостояния населения. Голос СССР в пользу народов колониальной зависимости и зависимых стран должен звучать и с такой важной трибуны, как Всемирная организация здравоохранения. Отсутствие СССР в организации позволяет представителям империалистических держав выдавать куцые мероприятия санитарного порядка за коренные единственно возможные способы разрешения важнейших социальных вопросов».

Отсутствие СССР среди членов ВОЗ создавало и технические проблемы. Москва не могла полноценно участвовать в распределении средств фонда ООН на техническую помощь слабо развитым странам, хотя и ежегодно перечисляла деньги в этот фонд. Несмотря на официальное заявление СССР о выходе из организации, руководство ВОЗ продолжало считать СССР, УССР и БССР членами, так как в уставе не была прописана процедура выхода. Поэтому в Москву, Киев и Минск присылался минимум документов о работе организации, приглашения на годичные ассамблеи, но самое главное, что в бюджет ВОЗ ежегодно включался долг по членским взносам. К 1955 г. он составлял почти 3,5 млн долл. В итоге именно долговые обязательства стали препятствием для возобновления членства СССР в ВОЗ.

Москва отказывалась признавать за собой хоть какие-либо суммы, тогда как руководство ВОЗ настаивало на долгах за 1948 и 1949 гг. На высшем политическом уровне вопрос о членстве ВОЗ и долгах вновь встал в апреле-мае 1956 г. К разрешению его подключился лично министр иностранных дел СССР В. Молотов. По поручению Президиума ЦК КПСС он подготовил записку, в которой изложил свои предложения по выплате долга. Молотов считал, что необходимо уплатить не только вступительный взнос, но и членские взносы за 1948 и 1949 гг., то есть 1,5 млн долл., вместо долга в 4 млн. В итоге руководство ВОЗ предложило СССР выплатить членские взносы только за 2 года, а также 5% от общей суммы долга. Кроме того, выплата должена была быть не единовременной, а путём

боты Советского Союза в ВОЗ. В следующем, 1958 г. на очередной ассамблее ВОЗ состоялось триумфальное возвращение СССР. Инициативы советской делегации получили абсолютное большинство голосов участников генассамблеи.

Геополитика и инфекции

С конца 1950-х годов Москва, используя площадку ВОЗ, преследовала идеологические и геополитические цели. Например, на ассамблее ВОЗ 1958 г. наибольшее внимание всех присутствующих вызвало заявление советских медиков о необходимости прекращения испытаний атомной и водородной бомб. Это предложение нашло живой отклик среди делегатов из африканских стран, которые заявили, что протестуют против намерений Франции использовать Сахару в качестве атомного полигона. Идеи о полном разоружении советская делегация озвучивала на ассамблеи ВОЗ в 1960 и в 1972 гг. В последнем случае была даже принята резолюция, в которую вошли положения о негативном влиянии радиации на здоровье человека. Наряду с этим, советская сторона традиционно использовала площадку ВОЗ для осуждения агрессивной политики США в разных частях мира.

Эта площадка была идеальным местом, где советские чиновники могли критиковать западный подход за несовершенство методов в борьбе с распространением в странах Глобального Юга таких тяжёлых заболеваний, как оспа, туберкулёз, холера, рак, сердечно-сосудистые заболевания, проказа, полиомиелит и др. Одновременно с этим Москва предлагала свои решения, основанные на успехах социалистической модели здравоохранения.

Президиум ЦК КПСС утвердил 10 января 1959 г. постановление о помощи слабо развитым странам в ликвидации оспы и борьбе с холерой. С 1958 г. почти ежегодно Советский Союз передавал через ВОЗ десятки миллионов доз оспенной вакцины. Всего к концу 1970-х годов СССР подарил миру почти 1,5 млрд вакцин от оспы в рамках программы по искоренению оспы. К середине 1970-х годов благодаря усилиям СССР и США, предоставившим необходимую

В 1972 г. ЦК КПСС утвердил постановление «О плане деятельности советских ведомств и организаций во Всемирной организации здравоохранения». В документе прямо объявлялось о необходимости использовать ВОЗ в политических целях, добиваться того, чтобы организация в своей деятельности «не уходила от обсуждения острых международных политических проблем, разоблачать агрессивную сущность и социальные пороки империализма, использовать ВОЗ для мобилизации мирового общественного мнения против империалистической политики войны, агрессии и национального угнетения, выступать за претворение в жизнь одобренной Генеральной ассамблеи ООН конвенции о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) оружия и токсинов и их уничтожения, за запрещение других средств массового уничтожения».

Отдельно призывалось использовать ВОЗ для получения необходимой СССР оперативной научно-технической информации, штаммов, эталонов, стандартов и образцов медико-биологических и других препаратов, но наряду с этим «осуществлять продвижение через ВОЗ отечественных биологических препаратов и лекарственных средств». Советские ведомства и организации должны были систематически изучать и анализировать долгосрочные программы ВОЗ, добиваться осуществления программ по изучению сердечно-сосудистых заболеваний, рака, вирусных болезней и медицинских аспектов охраны окружающей среды, а также программ в области психического здоровья, фармакологии и токсикологии, биологической стандартизации, международного карантина, санитарной статистики, инфекционных и паразитарных заболеваний, питания, общего развития служб здравоохранения, подготовки кадров по охране материнства и детства.

Алма-Атинская декларация

На первый взгляд изменения в сотрудничестве СССР с ВОЗ были незначительными. Однако внимательное изучение постановления показывает, что теперь советские медики должны были уделять особое внимание трём программам: борьба с сердечно-сосудистыми, вирусными заболеваниями и раком. Каждая из этих программ была довольно подробно структурирована. Так, советским специалистам, участвующим в программе сердечно-сосудистых заболеваний, рекомендовалось в совместных исследованиях ВОЗ выработать единые принципы профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца, сосудистых заболеваний головного мозга и артериальной гипертензии. На совещаниях экспертов рекомендовалось активно выступать с предложениями о повышении эффективности деятельности ВОЗ в области научных исследований по изучению сердечно-сосудистых заболеваний. В программе по

качественных новообразований. Наконец, в борьбе с вирусными заболеваниями главное внимание теперь сосредотачивалось на координации комплексной программы исследования по вирусологии и совершенствованию систем предварительного оповещения стран о начинающихся вспышках опасных вирусных инфекций. Советские представители должны были выступить с инициативой провести под эгидой ВОЗ конференции по проблемам гриппа и других респираторных вирусных инфекций. Наконец, советским специалистам предлагалось принять участие в программе по охране окружающей среды и разработать инициативные предложения о повышении эффективности деятельности ВОЗ в области медико-биологических аспектов оздоровления внешней среды.

Не менее важное место в планах руководителей СССР занимало и продвижение советской модели здравоохранения. В этом отношении показательна организация и проведение Алма-Атинской международной конференции по оказанию первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в 1978 г. Советские медики постоянно подчёркивали значение мероприятия, настаивая на том, чтобы международная общественность как можно шире познакомилась с опытом советского здравоохранения. Впрочем, не совсем верно сводить всю конференцию только к попыткам советского руководства продемонстрировать международную общественности успехи здравоохранения СССР. В ходе именно этого мероприятия был принят один из ключевых медицинских международных документов новейшего времени – Декларация по первичной медико-санитарной помощи. Всего в Алма-Атинской конференции участвовали представители 140 государств. Большинство делегаций возглавляли министры здравоохранения, национального планирования и другие государственные деятели. Особое внимание было уделено как раз проблемам здравоохранения стран третьего мира, так как тема конференции была посвящена реальному обеспечению во всех странах мира права каждого человека на охрану здоровья. Само мероприятие проводилось одновременно под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ (Международного детского фонда).

Любопытно, что большинство его участников не только открыто, но и в кулуарах отмечали, что Казахстан может служить примером широкого развития сети амбулаторно-поликлинических учреждений, активного участия квалифицированных медиков и простого населения в организации медико-санитарного обслуживания. Алма-Атинская конференция была подлинным признанием успехов советского здравоохранения.

Никита ПИВОВАРОВ,
кандидат исторических наук.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук.

Кафедра гуманитарных наук
Сеченовского университета.

Ну и ну!

Спорт снижает риск ранней смерти

Китайские учёные из Медицинского университета Гуанчжоу нашли способ снизить негативные последствия недосыпа. Исследователи пришли к выводу, что занятия спортом снижают вызванный недостатком сна риск ранней смерти.

Авторы рассмотрели данные 92 тыс. человек в возрасте от 40 до 73 лет, которых попросили носить браслет с акселерометром. За 7 лет наблюдения умерло 3080 участников: 1074 – от сердечно-сосудистых заболеваний и 1871 – от рака.

Продолжительность сна испытуемых классифицировали по 3 вариантам: короткая (менее 6 часов), нормальная (от 6 до 8) или длинная (более 8). Уровень физической активности был также разделён на низкий, средний и высокий. Кроме того, учитывалась степень интенсивности спортивных занятий – от умеренной до интенсивной.

После корректировки по возрасту, полу, этнической принадлежности, депривации, уровню образования, индексу массы тела, диете, курению, употреблению алкоголя и графику работы специалисты обнаружили, что занятия спортом нейтрализуют негативный эффект слишком малого или слишком длительного сна.



У лиц с низким уровнем активности короткий и длительный сон коррелировали с повышением риска смерти от всех причин на 16 и 37% соответственно. Испытуемые, выполнявшие среднее количество физических упражнений, страдали только в случае недосыпа (вероятность преждевременной смерти повышалась на 41%). Никакой взаимосвязи между ранней смертью и физическими упражнениями не было обнаружено у тех, кто много занимался спортом.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний и гибели от них у людей с коротким сном и низким объёмом упражнений был повышен на 69%. При этом риск нивелировался в случае увеличения физических нагрузок до умеренного или высокого уровня. Вероятность смерти от рака повышалась на 21% для людей, долго спавших при низких физических нагрузках, однако она также исчезала при умеренной или высокой спортивной активности.

Осторожно!

Бактерия наступает из-за глобального потепления

Учёные Университета Восточной Англии выяснили, что количество инфекций плотоядной бактерии *Vibrio vulnificus* на восточном побережье США выросло с 10 до 80 за 30-летний период. К 2041-2060 гг. инфекции могут распространиться на крупные населённые пункты в окрестностях Нью-Йорка.

Пожирающие плоть бактерии *Vibrio vulnificus* растут в тёплых

мелководных прибрежных водах и могут инфицировать порезы или укусы насекомых при контакте с морской водой. В конце 1980-х годов случаи заражения регистрировались в Мексиканском заливе и вдоль южного побережья Атлантического океана, но были редки к северу от Джорджии. Сегодня они выявляются на севере вплоть до Филадельфии.

К 2081-2100 гг. инфекции могут затронуть каждый восточный штат

США при сценариях будущих выбросов и потепления от средних до высоких. Если выбросы будут поддерживаться на низком уровне, то случаи заболевания могут распространяться на север только до Коннектикута. Прогнозируется, что на фоне изменения климата к концу XXI века около 140-200 инфекций *V. vulnificus* могут регистрироваться каждый год.

Хотя число случаев таких заболеваний в США невелико, вероятность смерти человека, инфицированного *V. vulnificus*, составляет один к пяти. Пик вспышек приходится на лето, когда бактерии быстро распространяются и серьёзно повреждают плоть человека.

Бывает и такое

Групповое пение помогло пациентам в восстановлении речи

Психологи из Финляндии проверили, как работает групповая музыкальная терапия у пациентов с расстройствами речи. Участники исследования практиковали групповое пение на очных занятиях, а дома отработывали задания с помощью приложения – и после 4 месяцев терапии у них улучшились коммуникативные навыки. В эксперименте участвовали 54 пациента с хронической афазией.

Специалисты пробуют различные методы восстановления речевых функций, чтобы помочь пациентам с афазией. Например, канадские учёные с помощью стимуляции мозга помогли пациентам после инсульта улучшить повторение запомненных слов. Другое направление, которое может оказаться эффективным, – это музыкальная терапия. Даже при тяжёлой афазии люди иногда сохраняют способность произносить отдельные слова во время пения, поэтому индивидуальная терапия с использованием такого метода становится всё более популярной. Но будет ли эффект от групповых занятий, пока неизвестно.

Чтобы это проверить, Сини-Туули Сипонкоски вместе с коллегами

из Университета Хельсинки пригласили 54 пациента в свой эксперимент на 9 месяцев. Участников разбили на две группы: одна проходила курс терапии в первые 16 недель, а другая – в последние. В течение этого времени пациенты из обеих групп также проходили стандартный курс реабилитации: классическую речевую терапию, нейропсихологическую реабилитацию и физическую терапию.

Экспериментальная терапия состояла из групповых занятий один раз в неделю по 1,5 часа и домашних занятий 3 раза в неделю по полчаса. Занятия проводили дирижёр хора и музыкальный терапевт: они показывали упражнения на дыхание и усиление интенсивности голоса, а затем переходили непосредственно к элементам хорового пения.

Для домашних занятий пациентам предложили приложение на планшете, которое включало в себя песни из репертуара групповых занятий. Приложение демонстрировало пение в трех вариантах: аудио, караоке (текст) и видео движений певца. Оно также записывало пение участника во время занятия и давало обратную связь.

В течение всего эксперимента исследователи оценивали коммуникативные способности участников, вербальные навыки, а также эмоциональную и физическую активность пациентов. А потом подсчитали, что у группы, которая проходила курс музыкальной терапии в первые 16 недель, за это время значительно улучшился индекс коммуникации ($p = 0,004$) и ответной речи ($p = 0,003$). Также у пациентов этой группы к середине эксперимента выросли показатели эмоциональной и физической активности. У второй группы, которая проходила терапию в последние 16 недель – а до того служила контролем для первой группы, – в начале эксперимента значимых улучшений не заметили.

Таким образом, авторы показали, что для восстановления речи у пациентов с афазией можно использовать не только индивидуальные сессии, но и занятия в группах с музыкальным терапевтом. Они также значительно улучшают эффективность терапии. Дальше, по мнению исследователей, будет важно научиться подбирать формат лечения под индивидуальные особенности пациентов.

Ракурс

Расшифрована ДНК Бетховена

Учёным удалось расшифровать ДНК немецкого композитора Людвиг ван Бетховена, однако они не смогли точно определить причину его преждевременной смерти.

Группа исследователей во главе с биоантропологом из Кембриджского университета Тристаном Беггом изучила пряди волос Бетховена, которые хранились в частных коллекциях (всего прядей было 8, но аутентичными были признаны лишь 5), и на основе генной секвенции пришла к выводу о том, какими заболеваниями страдал композитор.

Бетховен родился в Бонне в 1770 г., к 30 годам он начал терять слух, а в возрасте 48 лет потерял его почти полностью. При этом он продолжал сочинять музыку, однако играть на фортепиано уже не мог. Композитор скончался в Вене в 1827 г. в возрасте 56 лет. О причинах смерти композитора начали спорить практически сразу после его смерти, однако за два столетия прийти к однозначному выводу так и не удалось.

Не смогли это с полной уверенностью сделать и учёные из Кембриджа, однако они выяснили, что у Бетховена была генетическая

предрасположенность к заболеваниям печени (это усугублялось пристрастием к алкоголю), а в конце жизни он был инфицирован гепатитом В.

По словам Т.Бегга, изучив записи композитора в последние 10 лет его жизни, учёные пришли к выводу, что Бетховен регулярно употреблял алкоголь, но объёмы потребления оценить сложно.

«Хотя большинство его современников утверждает, что по стандартам Вены начала XIX века его потребление было умеренным, скорее всего, речь шла о дозах алкоголя, которые сегодня считаются вредными для печени», – сказал он.

Если потребление алкоголя было значительным на протяжении длительного периода времени, то в совокупности с генетической предрасположенностью это могло стать причиной цирроза, считает учёный.

При этом генетический анализ образцов волос композитора не пролил свет на причины его прогрессирующей глухоты. Учёные предполагают, что реальной причиной смерти могла стать совокупность факторов, и более точно это смогут определить дальнейшие исследования.

Исследования

Смотри в оба

Учёные из Австралии создали и протестировали на овцах новый миниатюрный бионический глазной имплантат, который даёт надежду на восстановление зрения людям с тяжёлыми дегенеративными заболеваниями сетчатки, такими как пигментный ретинит.

В мире с этой патологией живёт один человек на 4-5 тыс., в России таких пациентов примерно 40-50 тыс. Как мы знаем, люди с пигментным ретинитом обычно слепнут постепенно. Перед глазами как будто медленно сжимается кольцо тьмы.

Стандартных методов лечения этой патологии на сегодняшний момент нет.

Существует экспериментальная генная терапия. Первые испытания на людях показали её относительную эффективность.

Другой метод лечения для людей с пигментным ретинитом – это бионические протезы. Так, в 2017 г. в России провели первую операцию по установке бионического протеза глаз Argus II. Это устройство внешне похоже на спортивные очки, однако на деле это сложная система из 60 электродов, которые стимулируют оставшиеся нетронутыми болезнью клетки сетчатки. В итоге удаётся отправить на зрительный нерв хоть какую-то информацию.

Новая разработка группы исследователей из Сиднейского университета и Университета Южного Уэльса отличается небывалой компактностью. Сам стимулятор нейронов устанавливается прямо в глаз, а коммуника-



ционный модуль имплантируется за ухом.

Без очков, правда, пока не обошлось. Миниатюрная камера фиксирует изображение, потом оно обрабатывается и превращается в набор сигналов. Эти импульсы по беспроводной связи через кожу поступают к коммуникационному модулю, который дешифрует поступившую информацию и передаёт главному стимулятору.

«Мы надеемся, что с помощью этой технологии люди, живущие с глубокой потерей зрения из-за дегенеративных заболеваний сетчатки смогут восстановить зрение», – сказал один из авторов инновации Сэмюэл Эггенбергер, биомедицинский инженер.

Команда продолжает совершенствовать методы стимуляции сетчатки. Вскоре должны пройти первые испытания нового имплантата на людях.

Материалы подготовили Фёдор АЛЕНИН, Юлия ИНИНА.
По материалам BBC, ScienceDirect, Brain Communications, Scientific Reports, European Journal of Preventive Cardiology.

В периоды смен исторических эпох и культурных парадигм в любой стране появляются люди, которые гораздо реже выходят на авансцену истории в её спокойные времена: вожди и пророки. Эти социальные функции существуют всегда, но лишь смена эпох освещает их ярче, чем в скучные годы стабильности. Впрочем, вожди эпохальных времён часто оказываются лишь атаманами, а из пророков периодов смены парадигм мы обычно помним только того, чьи прогнозы сбылись, забывая о сотнях кликуш и жуликов.

Функции юродивого тоже актуализируются в эпохи больших перемен. Но феномен юродства практически незнаком Западу и присущ лишь культуре Востока, в разных модификациях и стилистике обозначая себя в России, Индии, на мусульманском Востоке, в Китае... Такие люди добровольно брали на себя функцию общественного служения. Юродивый должен был говорить правду в лицо, обличая грехи сильных и слабых, невзирая на общественные нормы бытия.

...СССР, конец 1970-х – начало 1980-х годов. Социально-экономическое состояние страны подёрнулось не то тиной, не то патиной: то ли гниёт в декадансе, то ли бронзовеет в классицизме. Почти никого уже не смущает и не удивляет двоемыслие, ставшее привычным и предопределившее двойную экзистенцию «советского человека – строителя коммунизма». Официально и прилюдно единогласно исполняются предписанные сакральные реверансы-уверения в лояльности-преданности КПСС «и лично товарищу генеральному секретарю Леониду Ильичу Брежневу». Но наряду с аверсом существует и реверс: неофициальный сектор частного бытия под сурдинку (политические анекдоты, сплетни о киноартистах, пересказ эфиров «Голоса Америки» – на кухне под гитарку и сигаретный дым).

Всё это фарисейство, ещё не очень заметное наивным школьникам младших классов, становилось всё более очевидным для старшекласников, поначалу недоумевающих по поводу того, что прекраснотушные декларации педагогов и лозунги партийных съездов расходятся с реальным положением дел, но постепенно привыкающих к этому двоемыслию, свыкающихся с ним. Некоторые комсомольцы удачно приспособились к такой системе, сев в социальный лифт и начав с должности председателя совета отряда... Этот путь был лёгким, но противен и скучен. В Древнем Китае интеллект людей, решающих столь примитивные задачи, называли «хоу сянь» – «обезьяний ум», дескать, на такую немудрёную хитрость способен даже обезьяна. Эту дорогу выбирали немногие. Большинство, правильно поняв суть ритуала, принимало условия игры в монетку: аверс – для публичных мероприятий, реверс – для частной жизни.

Но была и третья категория людей, которых не устраивали ни карьера, ни мимикрия. Им казалось, что монета может лежать не только аверсом или реверсом вверх: иногда она падает на ребро. Их способ думать был настолько непривычен, что его называли «инакомыслие». В условиях двоемыслия давний психиатрический термин, описывающий пациентов, чья система мышления работает по другим принципам (инакомыслием с точки зрения классической психиатрии является паралогиическое мышление), превратился в политический ярлык. Способ психофизиологического функционирования мозга неприемлемо уравняли с деятельностью политическими диссидентами, забыв о том, что инакомыслие – не атрибут идейной оппозиции, а характеристика деятельности ментальной сферы человека. Впрочем, это сближение дефиниций было удобно для власти придерживающих: оно позволяло применять к оппонентам меры медицинского характера, экстраполируя сопротивление идейного подполья на идеологически нейтральную психиатриче-

скую категорию. Инакомыслящие стремились найти третий путь, но теперь это порой заканчивалось тем, что их отправляли искать пятый угол, ибо *tertium non datur*: то, что не укладывается в систему, враждебно ей – или по реальным результатам деятельности, или в потенциале.

Игорь (впоследствии – Егор) Летов занялся рок-музыкой в начале 1980-х годов. В 1982 г. он организовал группу «Посев». Название коллектив заимствовал у «зарубежного антисоветского журнала», что моментально привлекло к себе внимание соответствующих органов: к музыканту был приклеен ярлык неблагонадёжности и инакомыслия. В 1984 г. Летов основал

следовала по правилам «привязка». Такого человека привязывали к кровати и продолжали колотить, пока у него не перегорало «по полной». Пока у него не возникло необратимого изменения психики. Это подавляющие препараты, которые делают из человека дебила. Эффект подобен лоботомии. Человек становится после этого «мягким», «покладистым» и сломанным на всю жизнь. Как в романе «Полёт над гнездом кукушки». В какой-то момент я понял – чтобы не сойти с ума, я должен творить. Я целый день ходил и сочинял: писал рассказы и стихи».

Мемуары Летова не верны с точки зрения психиатрии, и его выводы о том, что «препараты де-

музыканта. Закон и порядок, пришедшие с правлением компрадоров, были откровенно нечестны и несправедливы. Идеальной системы управления государством нет, поэтому юродивый всегда обречён на неконформизм. Новая система привела с собой новых богов, не давших людям иных ориентиров, кроме личной выгоды и материального благополучия.

«ГО» (теперь это название обрело иной смысл) снова начала действовать. В эти годы Летов стал одним из лидеров национал-коммунистического рок-движения «Русский прорыв», активно гастролировал. В 1994-1998 гг. он поддержал Национал-большевистскую партию, в 1999 г. отправился в тур в поддерж-

ры-карьеристы. Но от этого само дело не становится хуже: инквизиция не синоним христианства. Делать дело и делать деньги – не одно и то же, вот только этого не объяснить человеку, не видящему разницы между смыслом и целью. Летов спел песни тех детей и подростков, которые ещё не были совращены двоемыслием эпохи застоя, которые честно и чистосердечно давали пионерскую клятву и которые вдруг выросли и сочли эту свою клятву как бы несуществующей. Которые вдруг отвернулись от самих себя, какими были когда-то и полюбившими снисходительно плевать в сторону погибшего льва. «Вы все слушали эти песни, но не услышали в них важных вещей. Вы

Пути-перепутья

Последний советский юродивый

15 лет назад скончался российский музыкант и певец Егор Летов



рок-группу «Гражданская оборона» («ГрОб», «ГО»). Она выделялась даже на фоне тех рок-команд, которые пребывали в статусе «полузапрещённых», но каким-то образом умудрялись уцелеть, существуя в параллельном по отношению к официозу двоемыслия зазеркальном пространстве. Летов играл панк-рок, и эта музыка воспринималась уже как откровенный вызов системе, как «вражеская вылазка» и «идеологическая диверсия». Музыкант попал под прочный колпак спецслужб, но до поры до времени его не трогали. Может быть, потому, что в годы Великой Отечественной войны отец Летова служил работником политотдела Красной армии.

Окончив школу, Егор переехал в Подмосквовье и поступил в строительное ПТУ, но вскоре был отчислен за прогулы. В 1984 г. вернулся в Омск. Рисовал портреты Ленина для стендов наглядной агитации, работал дворником и штукатуром, продолжая играть панк-рок. Весной 1985 г. записал цикл песен «Поганая молодёжь». Осенью 1985 г. музыканта госпитализировали в психиатрическую больницу, где он пробыл с декабря 1985 по март 1986 г. В автобиографии (опубликована в газете «Лимонка») он вспоминал: «Я находился на «усиленном обеспечении», на нейролептиках. До психушки я боялся того, что есть некоторые вещи, которых человек может не выдержать. На чисто физиологическом уровне не может. Я полагал, что это будет самое страшное. В психушке, когда меня начали накачивать сверхсиловыми дозами нейролептиков, неуплетилом – после огромной дозы неуплетила я даже временно ослеп – я впервые столкнулся со смертью или с тем, что хуже смерти. Это лечение нейролептиками везде одинаково, что у нас, что в США. Всё начинается с «неусидчивости». После введения чрезмерной дозы этих лекарств типа галоперидола человек должен мобилизовать все свои силы, чтобы контролировать своё тело, иначе начинается истерика, корчи и т.д. Если человек ломается, наступает шок; он превращается в животное, кричащее, вопящее, кусающееся. Дальше

лают из человека дебила», конечно, нелепы. Понять музыканта можно, но стоит иметь в виду: оценивая обстоятельства субъективно, он не мог судить о целесообразности или ангажированности объективных медицинских тактики и стратегии. Кроме того, близкие музыканту люди, которых нельзя заподозрить в недоброжелательности, так или иначе – в разных вариантах – упоминают о таких свойствах Летова, как его постоянное пренебрежение социальными обязанностями, частое равнодушие к окружающим, регулярный диссонанс между поведением и социальными нормами, лёгкий переход к вербальной агрессии. Он находил правдоподобные объяснения-оправдания своему конфликтному поведению, и оно с трудом поддавалось коррекции, даже на основе полученного им в психиатрии опыта, который сам музыкант, конечно, считал наказанием. Летов мог обвинять в своих персональных промахах других людей. Всё это – диагностические критерии *диссоциального расстройства личности*, включённого в раздел «Специфические расстройства личности» МКБ-10. Эта группа нозологических категорий, не исключающая медикаментозной коррекции состояния в случае его декомпенсации, прежде носила название психопатии. Впрочем, термин «социопатия» представляется более точным: человек может чувствовать полную гармонию со своим внутренним миром, но обществу бывает неудобен конфликтный неконформист. Впрочем, если правила игры социума меняются, то критерии этого диагноза становятся несколько относительными. «Я вышел как раз тогда, когда перестройка началась, благодаря Горбачёву. Пленум закончился, и сразу же, 8 марта, мне сказали: иди гуляй, ты теперь не болен», – вспоминал Летов.

Косвенным результатом лечения в психиатрии была удивительная продуктивность музыканта. В 1987-1989 гг. «Гражданская оборона» выпустила 13 альбомов, записанных в домашних условиях и оформленных Летовым. В те же годы началось его сотрудничество с Янкой Дягилевой. Несмотря на андеграундность группы, к концу 80-х годов «ГО» уже была известна в стране.

Ожидавшееся после распада СССР торжество всеобщего благоденствия откладывалось до тех пор, пока даже последний идиот не понял, что его опять обманули: справедливость так и не восторжествовала. Декларация Летова: «Я героически считаю себя представителем («депутатом») вселенской партии уродов, обижённых, сумасшедших, смешных и больных рабов, тех, кому выпало свыше быть униженным и оскорблённым по природе своей. Всё, что я делаю, – это призы на тотальный и чудовищный бунт против Всеобщего Закона и Порядка, против всех сил, богов...» объясняет позицию

ку «Трудовой России» В.Анпилова на выборах в Думу.

В 1995-1996 гг. группа записала альбомы «Солнцеворот» и «Невыносимая лёгкость бытия». В 2002 г. вышел диск «Психоделия Tomorrow». В том же году вышел альбом «Звездопад», в котором было около 20 советских песен – В.Шаинский, А.Пахмутова, Я.Френкель, М.Фрадкин... После того, как социализм прекратился, некоторые его культурные артефакты получили новое прочтение и звучание. «Это родственные, во многих из которых меня как личности больше, чем в собственных, песни...», – так охарактеризовал музыкант выбор песен для альбома.

Советские песни, исполненные Летовым, были перенесены им в новый контекст – постсоциалистических реалий и оттого прозвучали иначе, непривычно и мощно. У песен изменился смысл. Летов лишь поменял музыкальную стилистику («У меня с советской властью разногласия, прежде всего, стилистические»). Каждая из песен альбома стала манифестом и оптимистическим реквиемом, о чём и не подозревали их советские авторы. Летов протягивал нить из недавних времён в современность. Избитые и стёртые частым советским исполнением слова: «Здесь всё моё, и я отсюда родом...» восстанавливали эту связь, без которой любое государство и любая личность теряют преемственность архетипов и их корни засыхают. «...И васильки, и я, и тополя», – вспомнил-спел Егор – дитя асфальта; и стало ясно: любой человек вырастает из той же земли, по которой ходили его предки. Вырастает, подобно цветам и деревьям, и ему необходимо иметь корни – даже если он вырос в заасфальтированном дворе хрущёвки. Эти слова были ответом тем, кто почему-то решил исчислять историю России с 1991 г. «Моё детство – красный конь», – спел Летов, и все поняли, что именно он имеет в виду: страну, в которой были и рюкзаки, и гитары, и лозунги, и первомайские демонстрации, и воздушные шары... И – Победа, и – Гагарин, и – метрополитены, и – новые города...

Летов не был постмодернистом – он был архаиком, старовером, пасеистом, ортодоксом. Его альбом – не постмодернистское прочтение старых текстов: музыкант вправлял вывихнутый сустав времени, напоминая об истоках и корнях. Подобно юродивому (с поведением которого формально корреспондировали основные свойства личности музыканта и даже его обесценная лексика, регулярно используемая в текстах песен, – «похабство»), он напоминал о ценностях и смыслах прошедшей эпохи, её приоритетах и сверхзадачах – пусть утопически прекраснотушных, но благородных и светлых. Всегда и везде к любому хорошему делу, когда оно встаёт на крыло, примазываются функционе-

тели эти песни – что в них не так? Может быть, что-то не так теперь с вами? Послушайте ещё раз!»

В феврале 2004 г. Летов отпустился от всех политических сил, в том числе националистических. Может быть, он заметил, что деятельность такого рода – не что иное, как аверс всей той же монеты, только в иных обстоятельствах и с другими подробностями. В 2004-2005 гг. вышли два альбома группы – «Долгая счастливая жизнь» и «Реанимация». Их появление вызвало новую волну интереса к Летову и «ГО». Тогда же были переизданы «Солнцеворот» и «Невыносимая лёгкость бытия» (с названиями «Лунный переворот» и «Сносная тяжесть небытия»). В мае 2007 г. вышел альбом «Зачем сняты сны?», ставший последней работой группы. Этот диск был назван Летовым лучшим. Впрочем, он так отзывался едва ли не обо всех своих альбомах.

Последний концерт «ГО» состоялся 9 февраля 2008 г. в Екатеринбурге. Через 10 дней Егор Летов умер в Омске. Ему было 43 года. Причиной смерти стала острая форма сердца, позже появилась другая версия: острая дыхательная недостаточность, развившаяся от отравления алкоголем. Демонстрация пороков людям – всегда была главной задачей юродивых.

Летом и осенью 2008 г. в Новосибирске, Барнауле и Нижнем Новгороде прошла выставка коллажей и арт-объектов «Коммунизм-арт», сделанных Е.Летовым, О.Судаковым и К.Рябиновым. В 2009 г. началось издание трёхтомника его стихов «Автографы. Черновые и беловые рукописи». В ноябре 2014 г. вышел документальный фильм о музыканте «Здорово и вечно». В сентябре 2010 г. на могиле Летова был установлен мраморный куб, на котором изображён вселенский крест первых христиан (иерусалимский крест). Такой носил Летов.

Юродивые – блюстители и охранители канона существуют только в православии. Своих стражей догмы Запад сжёг на кострах инквизиции. Места в системе для них не нашлось. Католическое Средневековье, довольно близко подойдя к парадигме юродства, всё же не создало её в тех параметрах и масштабах, в которых это сделала Византия. Жанна д'Арк – одна из тех героинь, что на Руси стала бы блаженной и была канонизирована гораздо раньше, чем во Франции. Именем Е.Летова – уже через 10 лет после его смерти чуть было не назвали аэропорт Омска, но не получилось. Тем не менее имя музыканта получил частный аэропорт, так что в народном сознании Летов уже канонизирован.

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр, доцент Северного
государственного медицинского
университета.

Архангельск.

ТОМ

Медицинская династия

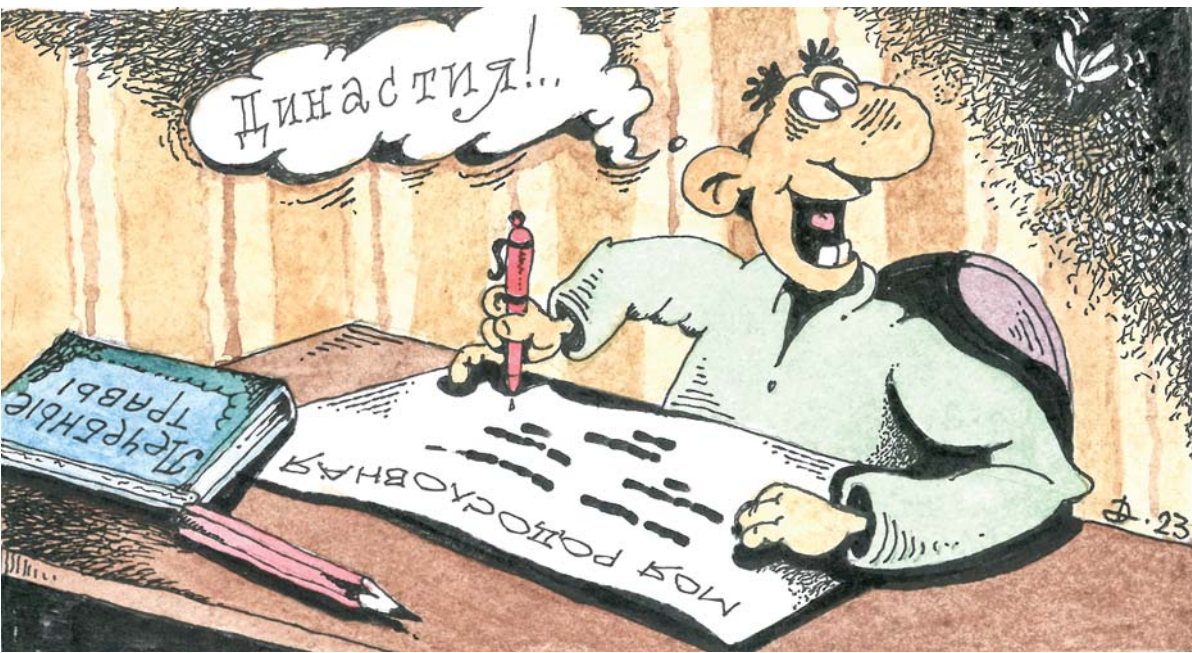
Историки утверждают, что династия врачей, из которой вышел великий греческий врач Гиппократ, насчитывает 17 поколений, и все они были воодушевлены гуманной идеей служения людям. Сегодня, в наш динамичный век, медицинские династии формируются гораздо быстрее, и формы их деятельности стали значительно разнообразнее. Об одной такой династии мы поведаем читателю.

Основоположницей её была медсестра районной больницы Клавдия Петровна. Возможно, свой вклад внёс и фельдшер больницы Григорий Семёнович, поскольку единственный сын Клавдии Петровны Фёдор напоминал его внешностью и темпераментом. Да и сама мать на вопросы маленького Феди об отце загадочно говорила: «Запомни, сынок, ты из славной медицинской семьи».

Выйдя на пенсию, Клавдия Петровна решила служить отечеству в иной ипостаси – она превратилась в лучшую сваху на весь район, поскольку медицинские знания и опыт – великая сила! Ну кто устоит против таких аргументов:

– Да, у жениха половина зубов вставные, но давайте посмотрим на ситуацию оптимистичнее – у него половина зубов свои! Да, он, конечно, в годах, но такой молодой и резвой козочке, как вы, нужен мудрый, опытный «вожак». Кстати, Козерог по гороскопу. А Козероги – это самые надёжные спутники по жизни, уж мне поверьте!

– У невесты короткие ноги? Но зато у неё большие уши и длинный римский нос. Это залог прекрасного слуха и обоняния. Такая жена не будет переспрашивать десять раз, не купит испорченные



продукты, и у неё не подгорит жаркое на сковороде. Вернёмся к ногам. На коротких ногах прочнее стоять, а если случается упасть, то без травматических последствий – такие ноги не ломаются и не вывихиваются. Уж поверьте медику с 45-летним стажем работы. И самое главное, на таких ногах не бегают по любовникам, когда муж в командировке. Уж поверьте даме с 65-летним опытом жизни!

Дела у свахи шли настолько успешно, что встал вопрос об открытии брачной конторы. Нелучайно её любимой самооценкой была фраза: «Я медсестра по образованию, а по призванию – главный врач!»

Сын Фёдор унаследовал характер матери и, видимо, отца, его также тянуло в медицину, но поскольку в райцентре не было медицинских учебных заведений,

он отучился в училище механизаторов широкого профиля и уехал в город. Там мечта Фёдора о медицине всё-таки сбылась – он устроился механиком в гараж городской больницы, где сразу стал самым уважаемым человеком, поскольку обеспечивал исправность больничного транспорта, а также квалифицированно помогал сотрудникам в случаях проблем с личным транспортом. Главный врач, владелец двух машин – для города и для путешествий, частенько говорил на собраниях коллектива: «В нашей больнице три настоящих профессионала – окулист Григорович, травматолог Зырянов и механик Фёдор. Остальным ещё расти и расти». Если по первым двум профессионалам у части коллектива были вопросы, то мастерство механика и значимость его услуг признавалось всеми. Пользуясь

таким признанием, Фёдор пролежал в больнице всех своих друзей, родственников и нужных людей у лучших специалистов и без очереди.

В стенах родной больницы он нашёл и семейное счастье, женившись на работнице регистратуры. Надежда, так звали супругу, оказалась не только симпатичной, но и талантливой женщиной. После пяти лет работы в регистратуре она почувствовала себя вначале ясновидающей, а затем и целительницей. Прозрение пришло внезапно – взглянет на пациента и сразу понимает, в чём его проблемы: бледный мужчина с испариной на лбу – конечно, сердечник; пожилая дама с ужасом в глазах – несомненно пришла к онкологу; а этот ещё более испуганный юноша подхватил венерическое заболевание. Диагнозы в общих чертах

подтверждались специалистами, и Надежду охватило желание самой помогать всем этим несчастным людям. Когда она познакомилась с книгой «Лечебные травы», пришло понимание, кого и чем лечить. Надежда уверенно приступила к приёму пациентов. В стране стало больше ещё одной целительницей, которая гордо заявляла: «Настоящий эскулап не задаёт глупых вопросов кукушке о своих пациентах – он всё знает сам!»

Как-то незаметно для Фёдора и Надежды подрос их сынок Денис. Талантливый и романтичный юноша вначале даже и слышать не хотел о том, чтобы связать свою судьбу с медициной, как на этом настаивали бабушка и родители. У молодого человека были свои грандиозные планы: разгадать тайну Бермудского треугольника, найти Янтарную комнату, дописать «Мёртвые души» Гоголя, забраться на Эверест! Но когда родственники купили стоматологическую клинику и подарили ему на день рождения, умный Денис подумал: «Ну что ж, дарёному коню в зубы не смотрят» и приступил к знакомству с персоналом и спецификой бизнеса в стоматологии. Уже через месяц Денис Фёдорович гордо сообщил родственникам, что принял свою миссию – дарить людям белоснежные улыбки, естественно, тем, у кого достаточно денег на эту красоту.

Клавдия Петровна, довольная успехами внука, теперь, обсуждая проблемы с зубами жениха или невесты, уверенно заверяет, что это легко исправить в клинике у её внука, и на свадьбе от улыбок молодожёнов будут бегать по стенам солнечные зайчики. Но больше всего её радовало, что медицинская династия успешно продолжается, проделав за три поколения головокружительный взлёт от сельской медсестры до директора клиники. А кто-то не верит в бурный прогресс отечественной медицины!

Анатолий ИВАНОВ.
Санкт-Петербург.

С К А Н В О Р Д

Левети-рацетам	Вымершая обезьяна	Коровий горох								Южное созвездие	Кадр						
			Электр. напряжение	Диа-лект	Фло-ренция, река	Кривая линия	Нем. астро-ном				Осно-вание	Корка, снег		Декор. камень		Цинк (муз.)	
	Птица-носорог	Дождь				Брат Бэлы	Звезда, Б. Мед-ведица	Защита ...-Канн	Пре-нокс-диазин	Колпика				Фос-коло		Камчат. гагара (стар.)	
			Заква-ска для теста	Плод. дерево	Сырье, пастила			Донос				Непро-зрачный воздух					
	Тело (устар.)	Аукцион		Персия	Кате-гория глагола			Под-весное ложе		Нача-льные сведе-ния			... луковое				
			Сонм	Оклад на иконе		Суп с рыбой	Трава, краси-тель					Соль борной кислоты					
	Испан. поэт	Франц. живо-писец			Хожде-ние по ...			Верто-лет									
Кисло-молочн. напиток				Азерб. танец			Так как (стар.)										
Автор Валерий Шаршуков	Вепрь				Прусак												

Б Г Е К А Т А
Р А А И У В И С Л А И Е Р П
Б И Н Т К А Л Ь К А О А Х Р А М К И В И
Л И Х В О Р Ь А Г Н И Я П О Н Е В А У Т О К
Ш И Н А О Р Р Н Ш А А З И М И Н А
Н К У С У П А С Г Р А Д Д З А А Р А П
С Т О У З Е Л К И Л У Н А А
А С Т Р О В А Л Н И О М А Ч
А Д Р А Т В А П О М А Д А

Ответы на сканворд, опубликованный в № 11 от 22.03.2023.