

Медицины без ошибок не бывает. Как научиться не прятать их, а предотвращать.

Стр. 4-5

Как преодолеть страх перед стоматологом.

Стр. 6

Главными показателями работы профсоюза являются обращения медицинских сотрудников.

Стр. 7

Начеку!

Не расслабляться!

Всё что подзабыли, вспомнили



Роспотребнадзор предписал своим региональным органам к 1 июня быть готовыми к вероятности «пришествия» холеры в Россию. Главным санитарным врачом Анной Поповой отдано распоряжение подготовить резерв госпитальных коек для пациентов с этой инфекцией и лабораторную базу для диагностики.

Будет или не будет вспышка, предугадать невозможно, однако необходимо обеспечить готовность номер один. В Пензенском областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи (это учреждение создано путём объединения кожно-венерологического диспансера и инфекционной больницы. – Ред.) прошли оперативно-тактические учения по выявлению и ликвидации очага холеры. Разумеется, больной был условный, но спе-

циалисты «скорой» настоящие, в настоящих защитных костюмах, потому внешне всё выглядело весьма правдоподобно и оттого жутковато.

Как пояснила заместитель главного врача центра Джамиля Курмаева, целью учений была отработка алгоритма взаимодействия разных служб здравоохранения региона с тем, чтобы медработники были готовы действовать быстро и безошибочно в подобной ситуации.

Согласно легенде, 30-летний пациент, который накануне вернулся из страны с жарким климатом, эндемичной по холере, характерно занемог и вызвал врача. Приехавший на вызов врач заподозрил симптомы холеры и экстренно передал информацию в Центр специализированных видов медицинской помощи, а также в Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области. Параллельно, учитывая данные анамнеза и клинические признаки

особо опасной кишечной инфекции, доктор вызывает «скорую».

Следующим этапом учений была транспортировка больного в инфекционное отделение с соблюдением всех необходимых мер защиты медицинской бригады. Далее пациента начинают лечить в стационаре, а в очаге заболевания специальная служба незамедлительно проводит дезинфекцию. Вот такой алгоритм.

Участие в тренировке приняли специалисты всех служб, так или иначе задействованных в предупреждении и ликвидации инфекционных вспышек от регионального Минздрава и Управления Роспотребнадзора до института усовершенствования врачей. Сначала был теоретический семинар, а вслед за ним – практика. Всё, что медики и организаторы подзабыли о холере, им напомнили.

Елена СИБИРЦЕВА.

Пенза.

Инициатива

Повышение зарплаты не панацея

Какую инициативу Госдумы России в части среднесрочной стратегии развития здравоохранения можно назвать самой главной для отрасли? Такой вопрос задали на конгрессе «Оргздрав-2022» председателю Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрию Хубезову.

По словам парламентария, самая большая проблема в отечественной медицине – кадры и в краткосрочной, и в среднесрочной перспективе, и в долгосрочной тоже, отсюда и инициативы депутатов. Как уточнил глава профильного комитета, речь идёт даже не о качестве подготовки кадров, хотя это тоже крайне важно, а об их количестве.

– Есть два пути решения проблемы. Первый – то, что мы уже делаем, а именно федеральная программа «Земский доктор», целевое обучение, новая система оплаты труда и т.д. Второй путь более быстрый и понятный, о котором многие говорят уже давно – вернуть обязательное распределение выпускников медицинских вузов. Если бы меня спросили об этом ещё три месяца назад, я бы не стал даже рассматривать эту идею. Но сейчас мы живём в новой парадигме, и я уже не стал бы окончательно зачёркивать второй вариант, – признался Д.Хубезов.

Он подчеркнул, что в настоящее время обязательное распределение выпускников медицинских вузов законодательно не обозначено, а потому не может быть применимо. В то же время, по

словам депутата, это тема для возможной дискуссии.

На предложение, прозвучавшее от участников конгресса – добиться от Минздрава России решения поднять оплату труда медиков по стране если не прямо до уровня Москвы и Санкт-Петербурга, то хотя бы до сопоставимого с ними, чтобы прекратить переток кадров из регионов в столицы – Д.Хубезов ответил так: «Понятно, что зарплату надо повышать. Но нет уверенности в том, что даже если мы сделаем зарплату медиков в пять раз больше, вопрос с кадрами будет решён. Опыт работы в условиях пандемии показывает, что само по себе банальное повышение зарплаты кадровую проблему не решает».

Отвечая на вопрос, на что он в первую очередь направил бы усилия, если бы имел возможность распоряжаться средствами системы здравоохранения, Д.Хубезов сказал, что прежде всего увеличил бы расходы государства на нацпроект «Санитарный щит России».

– Санитарный щит должен в будущем защищать нас от инфекционных вызовов, подобных пандемии COVID-19. Занимаясь исследованием деятельности биологических лабораторий на территории Украины, я узнал, насколько мы сейчас уязвимы. История с коронавирусом – это только «цветочки», впереди нас могут ожидать ещё более серьёзные угрозы, – наметнул депутат, не раскрывая подробностей.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

АКЦЕНТЫ

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ

Председатель Самарской губернской Думы, президент Самарского ГМУ, академик РАН, лауреат Государственной премии РФ, трижды лауреат премии Правительства РФ:



Как это ни парадоксально, наставничество сегодня снова становится новым понятием и новым явлением. Но это не только явление, а целая мировоззренческая система, представляющая собой одну из старейших форм передачи знаний.

Стр. 12

Новости
**Выездные бригады
в сельской глубинке**

Мультидисциплинарная бригада медиков из Левокумской районной больницы в рамках краевого социального проекта «За здоровье!» посетила одно из самых отдалённых в крае сёл Турксад – 360 км от Ставрополя и 110 км от райцентра. В состав медицинского десанта вошли терапевт, хирург, невролог, акушер-гинеколог, врач УЗИ. Для раннего диагностирования патологий и заболеваний пациентам сделали ЭКГ и анализы крови.

На приём, который прошёл в местной амбулатории, пришли 50 человек. Каждому назначено лечение и дополнительные методы исследования по показаниям, определена группа здоровья, даны рекомендации по ведению здорового образа жизни.

По данным краевого Минздрава, с начала года в рамках проекта «За здоровье» бригады медиков посетили 285 мест приёма пациентов. В том числе 41 населённый пункт численностью до 100 человек. Общее число пациентов, побывавших на приёме, превысило 3,6 тыс. человек.

Благодаря проекту мобильные бригады ведущих врачей краевых и районных медицинских центров посещают отдалённые сельские территории. Таким образом, вне зависимости от места жительства пациенты имеют возможность получить современное медицинское обслуживание.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Медчаты подводят итоги

С апреля этого года в Тюменской области стартовал проект «Здрав-Контроль», призванный повысить качество и доступность оказания медицинской помощи для населения региона.

Суть проекта заключается в создании специальных чатов в мессенджере Telegram – медчат, в которых любой житель области может задать представителям лечебных учреждений интересующий его вопрос, рассказать о возникшей проблеме и оперативно получить ответ.

По итогам работы самым востребованным оказался чат «Тюмень. Здоровье». На него подписались более 2,4 тыс. участников, а представители медицинских организаций ответили более чем на 250 вопросов от граждан. В чате «Тобольск.Здоровье», в котором состоят около 470 участников, жители Тобольска и Тобольского района задали более 50 вопросов. У чата «Тюменская область.Здоровье» более 650 подписчиков, было задано более 20 вопросов. Написавшие в чат жители региона получили ответы в течение нескольких часов.

Чаще всего граждан интересовали темы доступности и качества получения медицинских услуг, вопросы записи к терапевтам или педиатрам, узким специалистам, на обследования. Также люди спрашивали о том, как дозвониться до поликлиники, о графике работы специалиста, где находятся аптеки, филиалы медучреждений, какие прививки делают детям и взрослым, а также куда необходимо для этого обратиться.

Участникам чата отвечают представители медицинских организаций с указанием фамилии, имени, отчества и должности.

Ольга БОЛОТОВА.

Тюменская область.

«Капустятки» рождаются вновь

В посёлке Глинищево Брянской области возобновило работу единственное Российское сельское отделение вспомогательных репродуктивных технологий.

Сегодня в Брянской межрайонной больнице трудятся около 150 докторов и 300 средних медицинских работников. И радиус обслуживания пациентов расширился до 150-200 км. Однако такая увеличившаяся нагрузка по плечу этому слаженному медицинскому персоналу, тем более что больница обеспечена «скорыми».

– Идея же открыть отделение вспомогательных репродуктивных технологий с проведением экстракорпорального оплодотворения возникла совершенно спонтанно, – рассказала корреспонденту «МГ» его заведующая заслуженный врач РФ Галина Щеглова. – Несколько лет назад один из спонсоров подарил лечебному учреждению самую современную аппаратуру.

Руководство ЦРБ пригласило на работу несколько квалифицированных специалистов из других лечебных учреждений. Вместе с репродуктологом Г.Щегловой пришла её коллега Светлана Осипова и Инна Коробкова. Первая уже много лет занималась проблемами бесплодия, стажировалась и работала в ведущих клиниках страны. Вторая вернулась со стажировки в Дании, а до этого перенимала опыт работы у японских врачей. Потом в отделение пришла и репродуктолог Ольга Огурцова. Так родился этот небольшой коллектив, который вместе с медсёстрами стал поистине творить чудеса.

Обращаются сюда за современной медицинской помощью не только брянцы, но и жители Орловской, Калужской, Смоленской и других областей.

За время работы отделения на свет появились несколько тысяч детей, в том числе больше 600 малышей родились благодаря процедуре ЭКО. А на входе в отделение пациентов встречает инсталляция в виде огромного кочана капусты, за каждым листиком которого – рожицы смешливых малышей.

– Здесь установлено самое современное медицинское оборудование, – сказал депутат Госдумы РФ Николай Щеглов, в бытность которого было создано это сельское отделение. – А в самой больнице гораздо раньше, чем в крупных больницах и поликлиниках Брянщины, перешли на систему электронного документооборота. Действует и электронная регистратура, так что ехать в поликлинику за талонами к узкому специалисту нет необходимости.

По большому счёту в том, что именно в этой районной больнице рискнули в своё время открыть единственное в стране сельское отделение репродуктивных технологий, нет ничего удивительного. Ведь ещё в 2009 г. Брянская ЦРБ была включена в национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России» и с тех пор регулярно подтверждает своё право в нём состоять.

Василий ШПАЧКОВ.

Брянская область.

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

Работают мастера
Первый опыт – успешный
Новые подходы помогли спасти жизнь пациентки

Благодаря современному оборудованию более 70% сложных операций, которые проводят врачи Первой республиканской клинической больницы Удмуртии, – малоинвазивные. Они позволяют легче переносить хирургические вмешательства и сокращают сроки выздоровления пациентов.

На днях хирурги впервые провели малоинвазивную операцию по шунтированию вен печени при желудочно-кишечном кровотечении.

«Пациентку экстренно доставили к нам из Можгинской районной больницы в тяжёлом состоянии с кровотечением, которое невозможно было остановить традиционными способами лечения. Поэтому



было принято решение об экстренном вмешательстве. Операция проведена максимально щадящим малоинвазивным способом, и сейчас пациентка уже готовится к выписке», – сказал заведующий хирургическим отделением больницы Дмитрий Зайцев.

Операцию, которая длилась около двух часов, провела бригада из 5 хирургов. Совместно с коллегами из Удмуртии участие в ней приняли специалисты из Татарстана, проходящие обучение в аспирантуре на кафедре факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии. Жизнь пациентки вне опасности.

Александр ГЕОРГИЕВ.

Ижевск.

Тенденции
Автопоезд здоровья
Идёт комплексное обслуживание сельских жителей

Выездами в глубинные деревни Руднянского и Новодугинского районов открыл шестой сезон комплексного медицинского обслуживания сельских жителей региона мобильный автопоезд «Здоровье Смоленщины – 2022».

За предыдущие пять лет осмотры у врачей выездной больницы прошли более 28 тыс. сельчан. А старт этому социальному проекту ещё в 2016 г. дал заместитель председателя Государственной Думы РФ Сергей Неверов и его Фонд социальной поддержки «Созидание», который несёт все финансовые расходы по организации выездов медиков.

Корреспонденту «МГ» Сергей Иванович сказал:

– Очень важно, что в отдалённых населённых пунктах люди пожилого возраста, ветераны, пенсионеры могут посетить «Поезд здоровья». Не просто посетить, а пройти комплексное обследование. И при необходимости – получить направление в областную или в районную больницу для дальнейшего лечения. Такой медицинский комплекс впервые в стране появился в Смоленской области, идея была поддержана Президентом, теперь её переняли и другие регионы.

Для жителей глубинки такое комплексное медицинское обследование – уникальная возможность. Центральная районная больница далеко, а здесь – узкопрофильные врачи принимают



С.Неверов беседует со смолянами

практически на дому: бесплатные обследования УЗИ, ЭКГ, флюорография, маммография, анализы крови... За неполный рабочий день докторами принимается не менее 100 человек.

Автопоезд «Здоровье Смоленщины» укомплектован специалистами областных медицинских учреждений, в бригаде мобильной амбулатории кардиолог, онколог, эндокринолог, невролог, гинеколог, лор, окулист. Зачастую именно этих специалистов и не хватает на селе.

Главная цель проекта – на ранних сроках выявить заболевание. Если оно есть, тут же направить

пациента на комплексное обследование в областной центр.

– К традиционным заболеваниям добавились и постковидные, – говорит старшая медсестра оперативного отдела выездной больницы Лариса Лукоянова. – Несмотря на то, что коронавирус отступает, его последствия остаются с человеком и, порой, навсегда. И, конечно, жителям нужно и зрение проверить, и посмотреть, какие изменения есть в эндокринной системе, получить рекомендации кардиолога.

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

Смоленская область.

Идеи

Многофункциональное пространство

Год назад в столице начал работу Кадровый центр Департамента здравоохранения Москвы. За это время он стал эффективной площадкой для проверки профессиональных навыков, повышения квалификации и подбора кадров для столичных больниц и поликлиник. Только для прохождения обучения медицинских сотрудники посетили центр более 25 тыс. раз, некоторые из которых прошли обучение по нескольким программам. Об этом сказала заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

«Инфраструктура, оборудование, новейшие технологии вносят большой вклад в оказание качественной медицинской помощи. Но всё это не имело бы значения без ключевого звена медицины – высококлассных специалистов. Наша задача в том, чтобы пациент был уверен, что ему помогут в столичных меди-

цинских учреждениях. Для этого необходим высокий уровень квалификации, знаний и практических навыков врачей. Медицина динамично развивается, поэтому в этой сфере особенно важно непрерывное образование, регулярное совершенствование умений, а также компетентная оценка специалистов. Для этого год назад мы создали уникальную площадку – Кадровый центр, подведомственный Департаменту здравоохранения Москвы. Сегодня центр – это многофункциональное пространство для профессионального и дополнительного образования, методического сопровождения, оценочных мероприятий и аккредитации медиков», – говорит заместитель мэра.

Примечательно, что в Кадровом центре можно пройти оценку по самому широкому набору медицинских специальностей – 89 из 95 возможных. Помимо проверки знаний выпускников ординатуры и практикующих специалистов, на базе центра

проводятся добровольные оценочные процедуры по присвоению статуса «Московский врач».

«Различные оценочные процедуры по проверке и подтверждению профессиональных навыков и знаний прошли 9 тыс. врачей. В общей сложности на площадке центра провели более 26 тыс. оценочных процедур. Надеемся, что независимая оценка будет способствовать повышению качества медицинской помощи в столичных учреждениях», – отметила А.Ракова, подчеркнув, что Кадровый центр – это уникальная площадка для обучения, обмена опытом и профессионального развития медиков.

По словам чиновницы, на базе центра врачи могут пройти различные программы повышения квалификации и практические тренинги. Как и для оценки медиков, при обучении специалистов мы применяем новейшую симуляционную и медицинскую технику – такой у нас более 1,1 тыс. единиц. Она позволяет моделировать клинические

ситуации и создавать условия, максимально приближенные к реальным.

Кадровый центр реализует концепцию непрерывного профессионального развития и проводит экспертное профессиональное обучение медицинских работников по программам повышения квалификации и другим образовательным мероприятиям (аппликационные тренинги – обучение использованию оборудования – в рамках открытия поликлиник, открытые тренинги для отработки практических навыков, социально-психологические и управленческие тренинги). Одновременно центр помогает и в реализации крупнейших городских проектов.

«Когда мы открываем новые поликлиники после капремонта по новому стандарту, врачи обязательно проходят обучение – теоретические курсы и тренинги по использованию современного оборудования. Недавно приступили к масштабной, системной программе обучения всех врачей общей практики. Её пройдут более 3 тыс. специалистов городских поликлиник», – добавила А.Ракова.

Кроме того, центр – централизованная точка по подбору сотрудников по всем специальностям для городских поликлиник и больниц.

Борис ЕФИМОВ.

Решения

Ограничения смягчены

Правительство РФ обновило перечень товаров, на вывоз которых с начала марта 2022 г. действует запрет и разрешительный порядок. Эти ограничения сняты с некоторых категорий медицинских изделий, в том числе рентгеновских аппаратов и трубок.

Также запрет снят с очков, оправ, хирургических медицинских изделий, дезинфицирующих средств и других предметов медицинского назначения по кодам ТН ВЭД.

Ограничение на вывоз ввозимых на медицинские изделия, произведенные в странах, принявших решение «о введении в отношении Российской Федерации ограничительных мер экономического характера» и ранее ввезённых с территории таких стран.

Временный запрет распространялся на медицинские изделия, которые были помещены под таможенные процедуры до вступления в силу ограничительной меры и не были выпущены до начала действия документа. Планировалось, что запрет будет действовать до 31 декабря 2022 г.

Росздравнадзор отчитывался, что не зафиксировал отказов поставщиков медицинских изделий, в том числе импортного производства, в отгрузке продукции в Россию, подчеркнув, что они не входят в санкционные списки, а потому не подвергаются ограничениям на ввоз в РФ.

По данным Минздрава России, в РФ и «дружественных странах» не производится около половины номенклатуры зарегистрированных в России медицинских изделий – всего более 4,5 тыс. наименований.

В этой связи Министерство здравоохранения РФ проработает возможность снятия запрета на вывоз медоборудования и комплектующих для проведения ремонта за рубежом – «в отдельных случаях» в отношении «отдельных аппаратов» или их комплектующих. Об этом сказал заместитель главы ведомства Виктор Фисенко. В настоящее время в стране действуют временные ограничения на вывоз импортной медтехники, установленные до 31 декабря 2022 г.

По словам В.Фисенко, федеральный Минздрав рассматривает возможность внести изменения в профильное постановление Правительства РФ об ограничении на вывоз импортного медицинского оборудования.

«Иногда возникает необходимость, действительно, вывоза оборудования или его комплектующих для ремонта за рубежом. Возможно, кто-то из вас увидит дополнительные риски и этого делать не стоит, возможно, вы этот момент поддержите, и тогда мы будем готовы выйти с той инициативой, чтобы в отдельных случаях снять запрет по вывозу отдельных аппаратов или их комплектующих», – сказал он, добавив, что в настоящее время инициатива обсуждается с Росздравнадзором и Минэкономразвития России.

Временный запрет на вывоз медоборудования, произведенного в странах, принявших решение о введении «ограничительных мер экономического характера» в отношении России, и ранее ввезённого с территории таких стран, был введён в марте 2022 г. Планировалось, что он будет действовать до 31 декабря 2022 г.

Правила и перечень медицинского оборудования были регламентированы профильными постановлениями № 311 и № 312. В начале мая Правительство РФ уже вносило в него поправки, в частности, ограничения на вывоз были смягчены в отношении оборудования с использованием альфа-, бета- и гамма-излучения.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Криминал

Полтора года за растрату

Волжский городской суд Волгоградской области назначил бывшему главному врачу городской детской больницы Евгению Дергачеву наказание в виде лишения свободы на год и 6 месяцев в колонии общего режима по делу о присвоении и растрате и служебном подлоге. По данным следствия, Е.Дергачев в течение нескольких лет фиктивно устраивал людей на работу и получал их зарплату.

Экс-главврач признал вину и ранее заключил досудебное соглашение о сотрудничестве. Кроме того, осужденный возместил оставшуюся часть ущерба

больнице в размере 715,5 тыс. руб., в связи с чем гособвинитель попросил суд прекратить поданный областной прокуратурой гражданский иск.

Е.Дергачев был задержан в начале февраля 2021 г. Тогда в отношении врача уголовное дело возбуждено по ч. 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершённое организованной группой, либо в особо крупном размере), а следователи считали, что Е.Дергачев с 2016 по 2021 г. фиктивно трудоустроил в городскую детскую больницу Волжского на различные должности 11 человек и присвоил полученную за них зарплату в размере не менее 4 млн руб.

Чтобы незаконное трудоустройство не было выявлено в ходе проверок, Е.Дергачев, как полагают правоохранители, передавал взятки (всего 2,5 млн руб.) заведующей сектором по контролю за техническим состоянием государственных учреждений Комитета здравоохранения Волгоградской области Светлане Колесниковой.

Позже следователи изменили количество эпизодов и состав рассматриваемого преступления, а также перекалвалифицировали дело о мошенничестве в другие статьи УК РФ. О процессуальном решении в отношении С.Колесниковой официально не сообщалось.

В суде Е.Дергачев проходил обвиняемым в совершении 16 преступлений по ч. 3 и 4 ст. 160 УК РФ (присвоение и растрата вверенного имущества с использованием служебного положения в крупном и особо крупном размере) и 13 эпизодов по ч. 1 ст. 292 УК РФ (служебный подлог).

Следствие и суд установили, что он фиктивно трудоустроивал работников в больницу с апреля 2013 (а не с 2016-го) по январь 2021 г., а общая сумма ущерба от его действий составила 2,7 млн руб. (а не 4 млн).

Меру пресечения в виде запрета определённых действий Е.Дергачеву в зале суда заменили на заключение под стражу – до вступления приговора в законную силу.

Олег РОМАШОВ.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2022 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписной индекс

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru; mg-podpiska@mail.ru.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

Профессор кафедры организации здравоохранения Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России доктор медицинских наук Юрий ВОСКАНЯН проанализировал эпидемиологию неблагоприятных событий в зарубежных госпиталях, включая те, на которые так любят равняться и опыт которых стараются копировать многие наши организаторы здравоохранения.

Значение этого исследования для отечественной системы здравоохранения очень велико. Как правило, тема врачебных ошибок в профессиональном медицинском сообществе либо замалчивается, либо забалтывается, что в равной степени плохо, так как подразумевает отрицание такого явления и связанных с ним проблем. Российский врач допустил ошибку? Что вы, такого не может быть в принципе! Неудача, неуспех – что угодно, но только не ошибка, поскольку слово это мало того, что звучит как оскорбление, так в наших реалиях оно ещё и автоматически подразумевает утрату доверия со стороны коллег и даже судебный приговор.

И вместо того, чтобы распутать от начала до конца весь клубок проблем, которые в итоге привели к неблагоприятному исходу лечения конкретного пациента, а затем сделать всё возможное, дабы подобные случаи не повторялись или их хотя бы стало меньше, мы прячем подальше от посторонних и от самих себя все непредумышленные промахи и откровенные нарушения, допущенные при оказании медицинской помощи. В итоге там, где должны были поработать, но не сработали риск-менеджеры, сегодня вынуждены «пахать» адвокаты, защищающие врачей в уголовных процессах.

Попробуй не навредить

В клятве Гиппократов есть слова: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда». Так можно ли в принципе, пользуясь сложными медицинскими технологиями и работая в сложных инфраструктурных и организационных условиях, не причинить невольно вред пациенту? Проанализировав и обобщив опыт работы 577 госпиталей в 23 странах с общей величиной выборки 203 669 госпитализированных пациентов, Юрий Эдуардович даёт однозначный ответ: нельзя. Риск причинения вреда и уже причинённый реальный вред здоровью при оказании медицинской помощи – это обратная сторона здравоохранения.

Согласно данным, которые получены автором научного анализа, неблагоприятные события за рубежом диагностируются у 10,7% госпитализированных больных, причём в 21% они развиваются ещё на предшествующих этапах лечения. Профессор ссылается на данные метаанализа, проведённого в 2016 г. учёными из Университета Джона Хопкинса, которые рассчитали кумулятивный показатель смертности от неблагоприятных событий в госпиталях США, равный 0,71%. Экстраполируя эту величину на ежегодные 37 млн госпитализаций, авторы показали, что вред, связанный с оказанием медицинской помощи, является причиной каждой десятой смерти в популяции США, занимая третье место в структуре причин смертности населения после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований. Данные открытых источников указывают на аналогичную ситуацию и в других развитых странах.

А дальше самое интересное: не всегда виноват только врач. Доля предотвратимых неблагоприятных событий, которые обусловлены человеческим фактором, составляет всего 48%, в остальных же случаях такие события являются следствием побочных эффектов медицинских технологий, воздействия физической среды и небез-

опасного поведения больного.

В своих аналитических статьях Э.Восканян приводит подробную классификацию разновидностей вреда, связанного с оказанием этой помощи (ожидаемый, возможный и дополнительный) и всех его причин. Он поясняет, что слова «ошибка», «инцидент» и «неблагоприятное событие» при оказании медицинской помощи вовсе не синонимы, это важно иметь в виду при разборе причин и следствий разного рода ЧП в учреждениях здравоохранения.

Как отмечает российский эксперт, эпидемиологические данные о неблагоприятных событиях

расхождение диагноза, за любые, в том числе документальные, отклонения от существующих стандартов и протоколов, кроме того, – наличие прецедента уголовного преследования врачей. В результате в отечественном здравоохранении основным способом «борьбы» с ошибками, инцидентами и неблагоприятными событиями стали их утаивание и тщательная маскировка. В качестве одного из подтверждений можно привести данные из доклада профессора Г.Франка «Состояние и основные задачи развития патолого-анатомической службы Российской Федерации» от 2018 г.: в России доля аутопсий

Наша сфера деятельности считается безопасной, что абсолютно не соответствует фактическому состоянию дел. Между тем, признание её сферой высоких рисков избавит медработников от постоянного страха сесть на скамью подсудимых по любому случаю и, как следствие, позволит начать регистрировать ошибки, что станет началом формирования и внедрения в нашей стране идеологии и регламентов новой культуры безопасности и культуры высокой надёжности в здравоохранении.

Вслед за таким признанием последуют правовые, экономические и организационные выводы.

квалификации персонала, качеству и объёму оказываемой помощи, и, тем не менее, в этих госпиталях каждый десятый пациент получает вред здоровью, связанный с оказанием медицинской помощи, а каждый пятый сталкивается с откровенной ошибкой медперсонала. Насколько тяжёлы последствия этого вреда, тоже показано: один человек из каждых 180 госпитализированных умрёт не от заболевания, а от того, что возникнут проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи.

– В таком случае есть ли смысл нам беспокоиться, коль скоро за рубежом с безопаснос-

Экспертный уровень

Медицины без ошибок не бывает

Задача не прятать их, а научиться предотвращать



получены из зарубежных клиник, которые давно и успешно инсталлировали новую культуру безопасности, основанную на системном подходе к управлению медицинскими ошибками и рисками причинения вреда пациенту. То есть, речь идёт не о неких «отстающих», а как раз о клиниках-передовиках в области менеджмента качества и безопасности. Данный тезис ещё раз подтверждает исходную мысль автора научной работы: нулевой вероятности осложнений в здравоохранении быть не может в принципе, тем не менее, необходимо стремиться к максимально возможному балансу пользы и вреда медицинской помощи с минимизацией последнего.

Не хотим, не можем, боимся?

А что можно сказать об эпидемиологии неблагоприятных событий в системе здравоохранения Российской Федерации? Ничего конкретного. По словам Ю.Восканяна, официальной статистики неблагоприятных событий в целом и тем более объективной статистики медицинских ошибок в России сегодня нет.

– Юрий Эдуардович, по вашему, что препятствует сбору такой информации? Факты и даже плановые показатели осложнений и летальных исходов в результате оказания медицинской помощи существуют, а регистрации первопричин всех этих неприятностей почему-то нет. Хотя согласно приведённым вами данным, почти в половине случаев у нежелательных результатов лечения есть конкретные «авторы».

– Причина простая – предельно жёсткая санкционная политика страховых компаний в отношении лечебных учреждений за любое

пациентов, которые умерли в стационарах, сократилась до 55%, и одновременно снизилось количество случаев расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов с 15% в 1990-е годы до 4,8%, начиная с 2018 г. Интересно, с чем связан такой «прогресс»? Для сравнения: в странах Европы и США, где медицина технологически развивается не хуже нашей, показатель расхождения диагнозов до сих пор находится в интервале 15–30%.

Об истинном количестве случаев врачебных ошибок, разного рода инцидентов в лечебных учреждениях, а также последовавших за ними неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в нашей стране можно только догадываться. На заседании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России в феврале 2020 г. министр здравоохранения Михаил Мурашко привёл весьма внушительные цифры – около 70 тыс. больных ежегодно получают тяжёлые, в том числе, смертельные осложнения, связанные с оказанием медицинской помощи. Но даже эти данные, скорее всего, далеки от реальной действительности. Если взять в качестве ориентира статистику непредвиденных смертей в стационарах США – 0,71% – и экстраполировать её на 24 млн ежегодных госпитализаций в российские стационары, то расчётное количество непредвиденных смертей составит более 170 тыс. в год, то есть пятую часть всех смертей в лечебных учреждениях.

А ведь кроме этих катастрофических ситуаций есть ещё осложнения различной степени тяжести, инциденты без последствий и миллионы медицинских ошибок. Готово ли наше общество к таким цифрам? И готова ли система здравоохранения всерьёз заняться управлением безопасностью медицинской помощи?

– С чего начинается управление безопасностью?

– С официального – на уровне федерального законодательства – признания медицины исходно высокорисковой отраслью. Я специально проанализировал, какова сегодня вероятность погибнуть во время авиаперелёта: она существует у одного из пяти миллионов пассажиров. Вероятность погибнуть от осложнения, связанного с оказанием медицинской помощи, возникает у одного из 180 пациентов. Разница в 30 тыс. раз не в пользу медицины! При этом гражданская авиация, а также атомная промышленность, где вероятность катастроф для работников и потребителей ещё ниже, отнесены к высокорисковым отраслям, а здравоохранение нет.

Если это высокорисковая область, значит, рисками надо управлять. Во-первых, реализовать план А, направленный на предупреждение инцидентов. Во-вторых, план В: если происшествие произошло, надо устранять его последствия и минимизировать возможный вред для больного. В настоящее время политика в нашей стране такова: когда у пациента возникает осложнение, страховые компании налагают штраф на лечебное учреждение, и более ничего. Между тем, в медицине, как высокорисковой области, должны быть заложены дополнительные средства на предупреждение инцидентов и их последствий, на лечение развившихся осложнений, на компенсационные выплаты, штрафы и многое другое. В частных клиниках вопрос решается проще, там расходы на лечение осложнений и на штрафные санкции покрываются из прибыли. В государственных больницах ситуация сложнее, покрывать расходы на лечение пациента с осложнениями они могут только за счёт имеющихся ресурсов, затрагивая интересы других пациентов, либо уменьшая последующие объёмы оказания медицинской помощи.

– Ни в российских медицинских колледжах, ни в медицинских университетах тема безопасности в здравоохранении на фундаментальном уровне не преподаётся. Разве что затрагивается правовой аспект: какая ответственность последует за нарушения стандартов и протоколов лечения. Не думаю, что поданная в таком формате тема может действительно сформировать у медиков и организаторов здравоохранения культуру безопасности, а не страх наказания.

– Так и есть. Невозможно снизить показатели осложнений и внутрибольничной летальности, опираясь исключительно на запугивание медработников неотвратимостью наказания. Работники здравоохранения должны понимать, где именно таятся риски причинения вреда пациенту, без этого понимания дело не сдвинется с места.

Изучая зарубежный опыт обеспечения безопасности медицинской помощи, мы увидели, что масштаб проблемы велик. При этом речь идёт о развитых странах, где нет, как в России, деления на очень плохие и очень хорошие больницы, они все примерно соответствуют одному стандарту, оборудованы по последнему слову техники, работают по единым протоколам, принятым в этой стране. Почти шестьсот госпиталей, похожих друг на друга по используемым технологиям,

тью в медицине тоже беда? Мне кажется, ваша аналитика в большей степени может повлиять не на врачебное сообщество, а на российскую правоохранительную систему, которая, ознакомившись с опытом врачебных ошибок за рубежом, возможно, поумерит свой пыл в отношении медиков.

– К сожалению, как уже сказано выше, из-за отсутствия точной статистики неблагоприятных событий мы не можем сравнивать их негативный опыт и собственный, могу только предполагать, что у нас ситуация не лучше. И одна из причин отсутствия такой статистики – как раз повышенное внимание правоохранительных органов к сфере здравоохранения.

Представим, что мы сообщали решили разобраться в причинах неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, пригласили аудиторов, которые вместе с врачами внимательно рассмотрели истории болезни, провели интервью с пациентами, а ещё лучше – отследили ход лечения в режиме реального времени и в итоге вытащили на поверхность все допущенные ошибки в организации лечения, применении технологий, оценке диагностических показателей у больного, связанные с этими ошибками осложнения и т.д. Затем сведения о допущенных ошибках и осложнениях занесли в специальную отраслевую базу данных. Что последует далее? Первым делом, в эти лечебные учреждения придут эксперты страховых медицинских организаций и «отреагируют» на выявленные ошибки массивными финансовыми санкциями. А по ряду случаев, можно не сомневаться, правоохранительными органами будут возбуждены уголовные дела.

Почему бы в России не сделать так, как сделали в скандинавских странах, где законодательно запрещены дисциплинарные взыскания и уголовное преследование врачей в случае, если те добросовестно регистрируют медицинские инциденты и их последствия? Примером является Акт безопасности пациентов, принятый в 2004 г. в Дании.

Однако, даже если бы мы пошли по такому пути, это не означает, что уже завтра получим всю реальную картину. На этот раз причиной станет отношение самого профессионального сообщества к проблеме медицинских ошибок и инцидентов. При оказании помощи больному, врач всегда берёт на себя огромную личную ответственность, и не достигая запланированного клинического результата, испытывает чувство глубочайшего

разочарования. Каков естественный психологический механизм защиты? Привязать неблагоприятный исход к заболеванию: дескать, у данного пациента масса факторов риска, начиная с коморбидности, заканчивая преклонным возрастом и избыточным весом. «При таких отягчающих обстоятельствах в принципе невозможно не повредить аорту, выделяя опухоль в брюшной полости», – говорит себе хирург, тем самым психологически защищаясь от возможного внутриличностного конфликта. Потому что в противном случае он будет «умирать» с каждым больным.

Одним словом, многие врачи не хотят даже самим себе, а не то кому-то другому признаться в том, что допустили непреднамеренную ошибку, которая привела к нежелательному исходу.

Далее, для врача самым страшным наказанием, даже хуже чем уголовное преследование, является недоверие к нему как специалисту со стороны коллег и пациентов. Так называемый мотив охраны собственной компетентности подавляет у врача желание признаться в том, что он совершил ошибку, что осложнение у пациента наступило именно в результате его решений и действий.

Думаю, что это не менее, а скорее более веские причины, нежели страх уголовного наказания. Именно они очень мешают изменить мировоззрение профессионального сообщества в отношении медицинских ошибок. Кстати, я считаю, что более правильно называть медицинские ошибки не врачебными, а человеческими. Во-первых, ошибку может совершить немедицинский персонал, и эта ошибка тоже может критически отразиться на лечении больного. Во-вторых, нейробиология человеческого поведения говорит о том, что безошибочной человеческой деятельностью не бывает. Ошибки лежат в основе очень важного процесса, без которого невозможно развитие личности – это научение, которое всегда происходит через ошибки и не иначе. Чтобы полностью исключить ошибки, надо запретить людям что-то делать. Так, если полностью запретить оказание медицинской помощи, то не будет и связанных с ней ошибок. Другого способа нет.

– **Выходит, выражение «врачебная ошибка» неверно по сути, а вовсе не оскорбительно, как его воспринимают многие?**

– Конечно. И если бы к дискуссиям о безопасности медицинской помощи в России привлекали специалистов в области риск-менеджмента, те давно уже подсказали бы, что не следует воспринимать слово «ошибка» применительно к медицине как оскорбление. Это уводит дискуссию в другую, малопродуктивную плоскость. На самом деле пора начать говорить не об отношении населения и СМИ к системе здравоохранения, а о существующей культуре безопасности внутри самой системы.

Невероятные инциденты и тяжёлые неблагоприятные события встречаются в лучших клиниках мира у лучших и высокомотивированных профессионалов. Вот данные, полученные из клиники Мэйо (США): на 1,5 млн выполненных за 5 лет хирургических вмешательств произошло 69 невероятных инцидентов, таких как вмешательство, выполненное не тому больному или не на том органе, забытые инструменты и материалы и др. Таким образом, на каждые 22 тыс. операций в этой клинике случается одно невероятное событие, в то время как в среднем частота аналогичных происшествий в госпиталях США составляет 1 на 12 тыс. вмешательств. Если даже в таких «образцово-показательных» медицинских центрах, как клиника Мэйо, происходят ЧП, о которых знают не только эксперты, но и сообщают средства массовой информации, о чём открыто пишут в научных статьях, то почему подобное не может происходить у нас? Может и более того – происходит, только мы стараемся спрятать голову в песок и ничего не предпринимать, вместо

того, чтобы минимизировать вероятность таких событий.

Кстати, в клинике Мэйо никто не наказывал, не увольнял и тем более не преследовал авторов этих инцидентов. Вместо этого в результате тщательно проведённого анализа идентифицировали 628 системных первопричин, которые привели к развитию неблагоприятных событий. В результате вероятность повтора аналогичных инцидентов снизилась в десятки раз.

В отраслях высокого риска, к числу которых относится медицина, должны изначально просчитываться все риски, включая минимально возможные. После чего должны создаваться условия, в которых совершить ошибку становится невозможно. Если ошибка всё-таки произошла, должен быть алгоритм реагирования, не позволяющий ей трансформироваться в инцидент, и, соответственно, в случае развития инцидента необходим алгоритм реагирования, минимизирующий тяжесть его последствий. Культура высокой надёжности не отвергает ошибки и другие отклонения при оказании медицинской помощи, а постоянно ждёт этих отклонений, переводя режим внимания всего персонала к этой проблеме в состояние бдительности. И только в таких условиях возможно раннее обнаружение ошибок и других активных угроз, результативное и эффективное управление рисками.

Желательно, чтобы эта культура касалась всей отрасли, а не отдельных медицинских организаций. Можно, конечно, и в пределах одного учреждения попробовать внедрить такую культуру, но, к сожалению, сами медицинские организации, как сложные социотехнические системы, сильно зависимы от отраслевых процессов. Культура безопасности строится сверху вниз. Это позиция лидера. Если он этого не захочет, ничего не произойдёт.

– **Говоря о культуре безопасности в медицине, вы имеете в виду некий формализованный свод правил и регламентов или просто идеологию?**

– Говоря научным языком, это совокупность ценностей и норм, которые формируют отношение персонала к ошибкам и инцидентам на основе системной модели безопасности, обеспечивают вовлечённость персонала и пациента в управление безопасностью.

Новая культура безопасности в медицине строится, прежде всего, на признании того, что ошибки и инциденты будут всегда, к ним нужно быть постоянно готовыми, и у них есть свои первопричины. Мы не должны останавливаться на том, чтобы назвать врача, который совершил ошибку, виновным, и на этом дело закрыть. Нужно понять, что его побудило именно к такому действию. А это целая цепочка психологических и физиологических процессов человеческого поведения, которые не являются полностью рациональными.

К примеру, хирург повреждает во время операции жизненно важный орган. Начинаем разбираться, почему, и выясняем, что у него рабочая неделя продолжительностью 60 часов, он трудится на полторы ставки, чтобы получать зарплату, соответствующую Майским указам Президента, дежурит ночами, а утром его просят снова пойти в операционную, потому как больше некому. В одном из научных исследований показаны психомоторные реакции врачей, которые отработали сутки: через 24 часа бодрствования их психомоторные способности снижались до показателей, сравнимых с лёгкой степенью опьянения.

– **В том-то и беда, что, когда врача судят за ошибку, совершённую им в состоянии усталости, никого не интересует первопричина этой ошибки – кадровая проблема в клинике и в отрасли в целом, низкие зарплаты.**

– Справедливое замечание. Кроме того, у врача, как у любого человека, могут быть проблемы со здоровьем, сложности в семье, которые вызывают психологический шум, он может находиться

под следствием, а это тяжелейший стресс, его внимание отвлечено.

Почему чек-листы, идея которых была заимствована из гражданской авиации, показали хороший результат в клиниках? Да потому что там фиксируются десятки обязательных к выполнению рутинных действий, часто мало связанных друг с другом, которые довольно сложно удержать в голове. Чек-лист компенсирует это ограничение в нашей оперативной памяти. А его уникальная эффективность связана с тем, что подавляющая часть ошибок в медицине, как это ни странно, возникает в результате выполнения не сложных, а именно простых действий.

– **Юрий Эдуардович, кто, по вашему, должен инициировать разработку единой отраслевой культуры безопасности, тиражировать её в масштабах страны и контролировать эффективность реализации? Может ли это быть Госдума, Минздрав, Росздравнадзор?**

– Во всём мире этот функционал закреплён за профессиональными медицинскими ассоциациями. Какими бы ни были отношения между ними и опыт взаимодействия, я думаю, все врачебные сообщества заинтересованы в том, чтобы безопасность медицинской помощи была высокой, а количество судебных исков к лечебным учреждениям и врачам – минимальным.

Теоретически можно воспользоваться готовыми моделями тех зарубежных медицинских организаций высокой надёжности, которые добились очень серьёзных успехов, и масштабировать этот опыт в России. Но есть одно принципиальное «но»: у нас проблема культуры безопасности часто выходит за рамки собственно медицинских организаций. Давайте рассмотрим такой пример: врач, который сразу по окончании мединститута, без ординатуры – что сейчас стало возможным – пришёл на работу в первичное звено и стал участковым терапевтом. Он совершает ошибку по причине своей недостаточной компетентности. Кто виноват? Сам доктор или причина всё-таки кроется в системе медицинского образования?

Во всех странах, где здравоохранение очень развитое и успешное, для подготовки медицинских работников созданы образовательные кластеры, имеющие в своей структуре университет и колледж, многопрофильный стационар референтного уровня, клинично-диагностический центр, симуляционный центр, научно-исследовательский комплекс, научно-производственный комплекс, библиотек и т.д. Мало того, после базового университетского образования, например во Франции, нужно обучаться в резидентуре только для получения специальности «врач общей практики» три года, а чтобы стать узким специалистом – ещё 3-5 лет.

Что у нас? Ординатура продолжительностью два года, и за это время будущего хирурга в операционную пускают весьма неохотно. Большинство российских медицинских вузов вообще не имеют собственных клиник.

Готово ли российское медицинское сообщество к переменам? Я читаю лекции руководителям лечебных учреждений и знаю, что более 90% из них разделяют передовые взгляды на культуру безопасности в здравоохранении. Нужна поддержка этой идеи на всех уровнях, нужен конструктивный диалог между всеми участниками рынка медицинских услуг, в том числе с надзорными и правоохранительными структурами. Ведь у всех нас одна цель – уменьшить вероятность причинения вреда при оказании медицинской помощи. И врач, совершивший ошибку, больше всех не хотел её совершить. Поэтому нужна современная, основанная на глубоком научном анализе, планировании и расчётах, подтверждённая ресурсами стратегия, в которой каждому звену будет отведена уникальная и важная роль.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Ориентиры

Увеличить объём сестринской помощи

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на ассамблее Ассоциации медицинских сестёр России в очередной раз сообщил о необходимости расширения полномочий среднего медицинского персонала. Для этого он предложил обеспечить разработку и внедрение «современных дополнительных профессиональных образовательных программ» для таких специалистов, а также развивать региональные системы целевой подготовки медицинских кадров.

«Исследования показали, что обеспеченность сестринскими кадрами прямо влияет на такой показатель, как продолжительность жизни. Важной задачей сегодня является повышение обеспеченности населения сестринской помощью, повышение уровня квалификации и расширение полномочий среднего медицинского персонала, особенно при оказании первичной медико-санитарной помощи», – отметил М.Мурашко.

Глава федерального Минздрава подчеркнул, что для укрепления кадрового потенциала и повышения профессиональной привлекательности специалистов среднего звена необходимо «переосмыслить роль и функционал среднего медицинского персонала с учётом не только мирового опыта и складывающихся тенденций, но и опыта российских регионов».

«Ведь уже сегодня специалисты со средним медицинским образованием блестяще выполняют многие функции, которые раньше относились к сугубо врачебным», – резюмировал министр.

Сейчас, по данным Минздрава России, в нашей стране работает порядка 1,2 млн специалистов со

средним медицинским образованием. Бакалавров по специальности «сестринское дело» готовят в 17 медвузах. Всего программы среднего профессионального образования по десяти специальностям реализуют более 400 образовательных организаций РФ.

Инициатива по расширению функционала медицинских сестёр обсуждается ещё с 2013 г. В январе 2020 г. М.Мурашко отмечал, что федеральный Минздрав намерен приступить к её реализации – планировалось увеличить численность среднего медперсонала и расширить функционал таких специалистов. Эксперты тогда отмечали, что расширение полномочий медсестёр необходимо, но для этого следует внести ряд изменений в законодательство. Например, изменить порядок оказания медицинской помощи, штатные нормативы, а также образовательные программы и объёмы, также формы финансирования медпомощи.

В марте 2021 г. главный специалист Минздрава России по управлению сестринской деятельностью Сергей Двойников анонсировал появление в номенклатуре специальности медицинских и фармацевтических работников должности «клиническая медицинская сестра». О введении такой специализации начали говорить в 2018 г.

По словам С.Двойникова, изменения должны были внести в приказ Министерства здравоохранения РФ № 1183н от 20.12.2012 «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». По состоянию на май 2022 г. должность «клиническая медицинская сестра» в номенклатуре не отражена.

Вячеслав ДАШКОВ.

Новые подходы

Секрет переносчика

В Институте цитологии и генетики Сибирского отделения РАН расшифровали геном малярийного комара рода *Anopheles*. Речь идёт о переносчиках малярии, от которой ежегодно погибает десятки тысяч человек в эндемичных регионах мира. Данная научная работа, выполненная новосибирскими генетиками, является огромным шагом на пути создания эффективных средств борьбы с комарами-анофелесами в природе без ущерба для самой природы и человека.

Дело в том, что эффективность противомаларийных вакцин, применяемых сегодня для защиты людей, невысока. А все способы борьбы с самими переносчиками инфекции – осушение болот и обработка территорий ДДТ – имеют обратную сторону: они наносят существенный вред окружающей среде.

– В такой ситуации очень высок запрос на создание препаратов, которые бы действовали избирательно, исключительно на комаров – поясняет ведущий научный сотрудник ИЦиГ кандидат биологических наук Вениамин Фишман.

Учёные сумели расшифровать последовательность генома пяти видов комаров рода *Anopheles*. Эта информация, по словам эксперта, позволяет понять, как в ходе эволюции комары приспосабливаются к использованию человека или крупного рогатого скота в качестве своей кормовой базы, а также как

происходит адаптация насекомых к новым инсектицидам. Теперь появилась возможность задействовать в разработке препаратов для борьбы с малярийными комарами метод редактирования генома комара при помощи цепной мутационной реакции.

Сказать, что это простая задача, было бы ошибкой. Генетическая организация столь примитивного на вид насекомого оказалась значительно сложнее, чем можно было ожидать. Построив 3D-карту генома малярийного комара, учёные увидели необычные особенности его архитектуры.

– У анофелесов формируются огромные ДНК-петли, в которых встречаются удалённые на 10 млн пар оснований участки генома. Такая встреча никак не может быть случайной, это всё равно, что каждое утро случайно встречать на улице Москвы одноклассника, который живет в другом районе города. Вероятно, мы нашли какой-то новый механизм образования петель в ДНК, поскольку ни один из ранее известных механизмов в данном случае не работает, – подчёркивает В.Фишман.

Теперь перед исследователями встаёт новый блок задач. В частности, предстоит разобраться, что даёт этот сложный ДНК-петлевой механизм комарам, как влияет на их «токсичность», является ли он уникальной особенностью этих насекомых или встречается и у других организмов тоже.

Елена СИБИРЦЕВА.

Психологическое сопровождение пациента имеет серьёзное значение в лечебно-диагностическом процессе. Можно освоить все последние достижения медицинской науки и практики, однако этого порой недостаточно для оказания качественной помощи. Внедрение новых технологий, материалов и лекарственных средств должно сочетаться с глубокими знаниями в области психологии межличностных отношений и владением специальными коммуникативными навыками. Причин для возникновения у пациентов дистресса предостаточно. Поэтому современные методы диагностики и лечения дополняются методами фармакологической и нефармакологической коррекции напряжённости, тревоги и страха. Покажем это на примере дентофобии.

Особенности личностно-ориентированного общения

Личностно-ориентированное общение предполагает уважительное и гуманное отношение медицинского персонала к пациенту: во-первых, как к человеку, обеспокоенному своим здоровьем, безопасностью, физическим и психологическим комфортом, а во-вторых, как к личности с чувством собственного достоинства, правами и обязанностями.

Личностный тип отношений с пациентом не следует отождествлять с индивидуальным подходом к особенностям конкретного человека при постановке диагноза, выборе лечения и тактике взаимодействия (диалог, разъяснение, убеждение). Личностно-ориентированное общение в сочетании с индивидуальным подходом наиболее оптимально учитывает проблемы внутреннего мира, стремления и права страдающего человека, в том числе нежелание испытывать боль и неприятные ощущения, поиск путей избавления от тревоги, боязни, страха... Однако медперсонал зачастую не видит и недооценивает обстоятельств, затрагивающих жизненные потребности пациента, и непростительно грубо, порой цинично обходится с ним.

По мнению заведующего кафедрой психологии и медицинской деонтологии Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования профессора Виктора Бойко, уважительное и гуманное отношение проявляется прежде всего в сочувствии и понимании человека, который испытывает психоэмоциональное напряжение (мнительность, невротичность, дентофобию, депрессию и т.д.). К сожалению, не все специалисты владеют методами диагностики психологического состояния пациентов и коррекционными техниками. Также необходимо упреждать психологический и физический дискомфорт на приёме посредством премедикации – предварительной медикаментозной подготовки больного к анестезии, терапевтическому и хирургическому вмешательству для снижения тревоги и т.п. Нередко в области стоматологии бегло выполняют или вовсе опускают этот элемент обязательного профессионального общения, поскольку не хватает времени, сил и желания. В итоге пациент остаётся один со своими тревогами, иногда беспокоясь напрасно, ибо всё, оказывается, идёт как положено. Важно соблюдать права пациента как потребителя медицинских услуг (полнота информации, согласование плана лечения, разъяснение гарантий, выполнение условий договора на предоставление услуг и пр.) и принимать больного таким, каков он есть, – с его менталитетом, интеллектом, характером, эмоциями, коммуникативными привычками, нравственными качествами, с

учётом стоматологического опыта и уровня стоматологической культуры.

Дентофобия как таковая

Дентофобия (стоматофобия, одонтофобия) – это стойкий, зачастую иррациональный страх перед стоматологическим вмешательством. Несмотря на достижения современной медицины, боязнь стоматологов живёт в каждом человеке, независимо от пола,

но уговорить их пойти к доктору крайне сложно. Более того, они создают трудности: истощают эмоциональные ресурсы врача, мешают своим некорректным поведением сконцентрироваться на диагностике и лечении, не выполняют рекомендаций и т.д.

Причины и диагностика дентофобии

Это заболевание полиэтиологично. Если кто-то из родителей

бессилия); общий страх; страх лечения зубов; характерное поведение, двигательные реакции.

Около 19% стоматологических пациентов указывают на наличие специфических страхов таких, как ожидание сильных болевых ощущений в результате инъекций и применения бормашины. У 35% больных, помимо жалоб на общую тревожность, отмечаются разнообразные фобии, например, избегание людей и агорафобия. Эмоциональные переживания в

желательную подготовительную беседу и оценить психодиагностическими методами его состояние. Так создаётся атмосфера доверия и сотрудничества, система положительных отношений «врач – пациент».

При тяжёлой степени дентофобии требуется помощь психотерапевта (психолога) и коррекция эмоционального напряжения фармакологическими средствами. Психотерапевт (психолог) находит причины развившегося страха, избавляет от ложных установок и связанных с ними отрицательных эмоций, учит пациента самостоятельно снимать психоэмоциональное напряжение. Фармакологическая поддержка – это премедикация, снижающая чувство тревоги и страха. Для этого применяется строго под контролем специалиста разрешённые в стоматологической практике седативные препараты растительного происхождения, транквилизаторы, иногда антидепрессанты, устраняющие панику, тревожность и нормализующие выработку серотонина. Тяжёлая дентофобия встречается чаще всего на хирургическом приёме, поэтому хирургу-стоматологу важно тщательно контролировать психоэмоциональное состояние пациента.

В качестве самопомощи больному, страдающему дентофобией, можно посоветовать руководствоваться следующими принципами. Откладывание проблем «на потом» отбирает значительно больше времени, нервов и денег, чем своевременная диагностика и лечение. Корень проблемы может быть глубже, чем кажется, поэтому обратитесь к психологу. Изучите информацию о современных способах обезболивания, методиках лечения зубов без бормашины и выбирайте клинику, которая идёт в ногу со временем. Представьте себе гипертрофированный образ страшного стоматолога-изверга (костолома, палача) и доведите его в своём сознании до абсурда, чтобы рассмеяться: юмор помогает снять стресс. После лечения порауйте себя приятной покупкой, просмотром любимого сериала и пр. Это закрепит положительное мнение о лечении.

Если взрослый человек способен убедить себя самостоятельно, то труднее устранить панический страх ребёнка. Здесь возможны такие рекомендации. Родители предотвратят развитие дентофобии у своих детей, воспитывая здоровые привычки ухода за зубами. Лучший поход к стоматологу – для профосмотра, а не лечения. Не записывайтесь к стоматологу на то время, когда ребёнок привык спать. Учитывайте индивидуальные особенности поведения. Допустим, ребёнок капризничает сразу после пробуждения. Значит, визит к стоматологу лучше отложить на более позднее время. Если он устал после тяжёлого дня или контрольных работ в школе, то просто не выдержит посещения клиники. Когда он капризничает или плачет во время приёма, то самое худшее, что может сделать родитель, – это с гневом, криками и угрозами вывести его из кабинета. В следующий раз будет ещё хуже! Нужно помочь ребёнку выдержать хотя бы часть осмотра и лечения.

Детей часто пугает звук бормашины, поэтому попробуйте бесшумные методы лечения – сверление лазером, пломбирование ICON или протравливание полости без сверления. И, наконец, постарайтесь превратить лечение в игру. Пусть ребёнок выберет вместе со стоматологом цветные пломбы, поставит на зубы «украшения», поможет убрать «червячков» и т.д.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Слово о болезни

Чтобы пациент не боялся врача

Как преодолеть страх перед стоматологом



возраста и профессии. Лёгкая тревога перед приёмом стоматолога – совершенно нормальное явление. Вряд ли найдётся человек, которому лечение зубов приятно, поэтому нервничают почти все. Но у некоторых лёгкая нервозность перерастает в настоящий панический страх.

При этом боязнь стоматологов и фобия – разные вещи. Страх – естественное состояние и защитная реакция, возникающая в потенциально опасных или некомфортных условиях. Фобия – одно из нервно-психических расстройств, то есть патологическое состояние с вегетативными нарушениями, неспособностью адекватно оценивать происходящее и принимать здравые решения. Проблеме дентофобии посвящено множество научных исследований и популярных статей.

Выделяют несколько форм боязни стоматологов. Во-первых, лёгкий страх: пациент спокойно переносит сидение в стоматологическом кресле, но опасается неприятных ощущений или незнакомых процедур, например, имплантации. Обычно такие люди спокойно идут к врачу и не нуждаются в дополнительном успокоении. Во-вторых, сильный страх: пациент боится стоматолога, часто подолгу откладывает визит, но потом всё-таки отправляется на лечение и переносит его достаточно спокойно.

В-третьих, собственно дентофобия: пациент длительное время боится идти на приём, испытывает страх в кресле, может впасть в истерику или потерять сознание в кабинете стоматолога. Но при сильной боли всё-таки способен пересилить страх. И, наконец, тяжёлая дентофобия: одно упоминание о стоматологе вызывает приступ паники, учащённое сердцебиение, обморок. Такие люди терпят сильнейшие боли и даже полное разрушение зубов,

страдал дентофобией или боялся медицинского вмешательства в принципе, то этот страх может перейти детям, особенно по женской линии. Стрессы и хронические неврозы, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, низкий порог чувствительности (прежде всего при плохой анестезии или её отсутствии), общая эмоциональная восприимчивость могут породить страх у впечатлительных, мнительных и ранимых людей, например, после «страшилок» знакомых, просмотра «кровавых» видео и фотографий стоматологического лечения.

Боязнь крови, медицинского вмешательства в целом и анестезии (из-за страха к иглам и уколам), собственный отрицательный опыт при предыдущих стоматологических манипуляциях (ощущение беспомощности, потери контроля над ситуацией и пр.), чужой негативный пример (пациент перенимает образ поведения своих друзей и родных, испытывающих дискомфорт в стоматологическом кабинете) – тоже вносят значительный вклад в развитие обсуждаемой проблемы. Важен и медиа-фактор. Интернет и прочие средства массовой информации создают определённый образ стоматолога. Если он негативный, у пациента складывается в сознании недостоверный стереотип. И, конечно же, финансовый фактор: пациент боится, что за лечение выставят счёт на сумму большую, чем он рассчитывал.

Диагностика и лечение стоматологических больных с дентофобиями вызывает у врача и гигиениста немалые трудности. В особо сложных случаях рекомендуют выявлять данную группу больных заранее и проводить с ними специальную психологическую работу до стоматологического приёма. В структуре дентофобии выделяют четыре составляющие: особенности настроения (чаще ощущение

связи с посещением стоматологического кабинета неоднозначны по характеру, но в целом окрашены негативно. Значит, психологическое обследование должно включать несколько измерений: исследование личностных особенностей и эмоционального состояния пациента во время стоматологического приёма; определение выраженности дентофобии и установление степени удовлетворённости пациента стоматологическим лечением, а если проводилось протезирование, – комфортностью протезов. Для выявления дентофобий существуют специальные методы. Наиболее известны «Шкала стоматологической тревожности» Кораха и «Опросник» Спилберга, предназначенные для исследования ситуативной и личностной тревожности.

Нельзя пускать на самотёк

Если вовремя не посетить врача, то кариес превратится в пульпит, десны воспалятся до пародонтита, а сильно разрушенные зубы останутся только удалить. Инфекция в полости рта приводит к развитию абсцессов и сепсису, заболеваниям пищеварительного тракта, воспалению эндокринных желёз, ревматизму и обострению соматических заболеваний. Отсутствие должного и своевременного лечения оказывает разрушительное воздействие на организм, психику и личность в целом.

Для профилактики дентофобии нужно психологически грамотно донести до пациента несколько идей. Поскольку впервые страх обычно появляется в детстве, формирование отношений с врачом начинается ещё на детском стоматологическом приёме. Использование современного оборудования и мощных анестетиков обеспечивает отсутствие болевых ощущений и снижение нервного напряжения. Если психоэмоциональное напряжение обусловлено финансовым фактором, то пациенту лучше заранее ознакомиться с расценками на стоматологические услуги в данной клинике. Для создания комфортной обстановки «с порога» стоматологического кабинета медицинский персонал не должен «отталкивать» от себя пациента. А предварительная запись избавляет от томительного ожидания и мучительных раздумий возле кабинета.

Помимо общих рекомендаций, показана психокоррекция (психопрофилактика) эмоционального состояния на приёме. Пациенту нужно подробно описать процедуру лечения, провести благо-

На должность председателя Дагестанской республиканской организации Профсоюза работников здравоохранения РФ в октябре 2015 г. была избрана Зумруд БУЧАЕВА. Через год она стала депутатом Народного собрания республики, выступала с различными инициативами, участвовала в разработке ряда законопроектов, направленных на решение проблем в сфере здравоохранения.

В её активе и победа во Всероссийском конкурсе «Женщина-лидер. XXI век», выход в финал конкурса «Лидеры России-2019». Её энергии можно позавидовать: в Всероссийском первомайском автопробеге Зумруд Камиловна возглавила дагестанскую делегацию. Проехала тысячи километров, участвовала в митингах, не боялась высказать своё мнение по поводу происходящих в стране событий. Её взгляды как профессионала и человека, который хочет сделать охрану здоровья лучше, а нашу страну более счастливой, убедительны и чётко аргументированы. К тому же ярких женщин в политике на Северном Кавказе не так много. Одна из них, безусловно, З.Бучаева. В дни автопробега с ней побеседовал главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН.

– Зумруд Камиловна, вы недавно вернулись из Всероссийского автопробега, организованного ФНПР. Поделитесь своими впечатлениями от посещения почти десятка городов?

– У меня не было сомнений, участвовать или нет в этом мероприятии. 1 и 9 мая – важные праздники. Первый связан с профсоюзным движением, вторая дата – День Победы в Великой Отечественной войне. Я вместе с активистами дагестанских профсоюзов побывала в Пятигорске, Ростове-на-Дону, Воронеже и Москве. В каждом городе мы встречали десятки, сотни тысяч настоящих патриотов, которые остаются верны себе и Отчизне. К нашему автопробегу присоединилась группа представителей профсоюзов Луганской и Донецкой народных республик. Мы вместе несли плакаты против нацизма, который в последнее время расправил «крылья». Профсоюзы выступают за мир, за ребят, защищающих Родину. Правда на нашей стороне, доказательство тому – люди, которые нас встречали. Чувствовалось, как все хотят поддержать в трудный момент армию, ведущую спецоперацию.

– С какими вопросами чаще всего в республиканский комитет профсоюза обращаются сегодня коллеги? Удаётся ли помочь решить их проблемы?

– Больше всего обращений, связанных с выплатами за работу в «красных зонах», в праздничные дни. Надбавки и ещё раз надбавки. Причём, структура их совершенно различная. Жалобы «варьируются» от крайне серьёзных нарушений до, в общем-то, проявлений определённой нерадивости, неаккуратности со стороны бухгалтерии или экономистов. Но тема в большинстве случаев одна – выплаты. Конечно, сталкиваются наши юристы и с нарушением прав, трудными взаимоотношениями между работодателем и какими-то работниками. Но всё же обращений по поводу незаслуженных наказаний, объявлений выговоров, попыток незаконно уволить гораздо меньше, чем из-за разной трактовки нормативных документов по доплатам. Понимаю, что невозможно прописать каждый конкретный случай в правительственных распоряжениях. Однако разноточность приводят к недовольству со стороны медицинских работников. Так возникают обращения по поводу материальной и социальной помощи, необоснованные отказы в назначении компенсаций или выплат за работу в условиях «красной зоны». Меня порою удивляет позиция руководства лечебных учреждений. Как только специалисты профсоюза подключаются к решению вопросов – проблемы, которые беспокоят медицинских работников несколько месяцев, тут же разрешаются. Складывается ощущение, что стоит обратить внимание на какую-то конкретную недоработку со стороны администрации и проблема снимается. Деньги находятся и выплачиваются. Думаю, в какой-то мере это происходит потому, что люди не верят в возможность правового решения администрациями лечебных учреждений. Они не обращаются с жалобами к руководству больницы и поликлиники. Но профсоюзу доверяют, идут к нам в надежде,

– Увеличивается или уменьшается численность республиканской организации, и как повысить процент профсоюзного членства? Что необходимо учитывать, мотивируя работников вступить в неё?

– Ответить на ваш вопрос можно с двух позиций. Первое – рассказать о качественном членстве. Что это такое? Медицинские работники дорожат солидарностью к крупнейшей общественной профессиональной организации, активно участвуют в жизни первичек, это очень хорошо. Есть и такое понятие как остаточное членство, когда, образно выражаясь, руки не дошли до написания заявления и кто-то

скими работниками – ветеранами, вышедшими на пенсию. Активисты узнают об их нуждах, оказывают им всестороннюю поддержку. Считаю, что они должны оставаться наставниками. Медицина немаловажна без традиций, жертвенности в определённом смысле слова. Ветераны же трудились в разные этапы истории нашего государства, с честью преодолевали трудности. Сегодня страна входит в не менее сложную эпоху в своём развитии как в политическом, так и в социальном плане. Медицинские работники должны знать о достижениях прошлых лет. Нами организован конкурс – «Династии». О победителях обязательно расскажем в

как их заинтересовать трудиться в районных больницах, участковых амбулаториях? Ответ очевиден – создать достойные условия для работы и жизни. А выделение земельных участков – шаг в этом направлении. Скоро законопроект рассмотрят уже во втором чтении. Но в некоторых сельских районах программа «Кадры для села» была одобрена и без документального подтверждения. Казалось бы, если обеспечена такая поддержка со стороны администраций, зачем законодательно закреплять право руководителям муниципалитетов выделять земельные участки? Есть важное дополнение – мы хотим привлечь молодых специалистов на село, чтобы дать право руководителям муниципалитетов выделять участки именно молодым врачам, а не только специалистам, которые поставлены в очередь на улучшение жилищных условий. Кроме того, не абстрактно бюджетникам, а именно врачам и учителям. Особенно медицинским работникам, если специалистов какого-то профиля не хватает в районе. Кстати, к обустройству на новом месте работы вполне можно привлечь федеральную программу – «Комплексное развитие сельских территорий». Она позволяет за счёт федеральных средств производить частичные выплаты – субсидирование расходов на строительство дома врачам и учителям. Я предложила в рамках этой программы помогать медицинским работникам, чтобы они смогли вести дорогостоящее по нынешним временам строительство. Социальной помощью молодым врачам следует заниматься каждодневно, настойчиво. И новый закон поможет в этом.

– Ваше избрание семь лет назад на должность председателя региональной организации было закономерным. Как вам удаётся проявлять всевозрастающую активность? Как мы видим, в ваших правилах всегда быть на «передовой», а не отсиживаться до лучших времён в «тени»...

– Меня воспитали так с детства. Я понимала, если хочешь добиться успеха, нельзя в мелочах даже «копить» ошибки. Если допущены недоработки, то очень часто приходится начинать всё сначала. Лучше все составляющие сделать качественно. Иначе можно столкнуться с бегом по замкнутому кругу, когда проблемы будут всплывать снова и снова. Считаю, что мне помогает и бережное отношение к своему здоровью.

Я являюсь убеждённым приверженцем здорового образа жизни. Чтобы использовать приобретённые знания, выполнять сложную работу, нужно быть в хорошей физической и психологической форме. Мне помогает в этом спорт и оптимистичный настрой. Советы, как лучше поступить в какой-то непредвиденной ситуации, иногда даёт и мой папа Камилль Ахмедович (он много лет возглавлял республиканскую профсоюзную организацию работников здравоохранения и сегодня является почётным председателем рескома). В аппарате рескома – прекрасный коллектив. Большинство сотрудников в нём квалифицированные специалисты. Вместе с ними не боюсь трудностей, они помогают быть уверенной, что справимся и добьёмся успехов. Это заряжает энергией, заставляет почувствовать, что находишься в команде единомышленников. Прибавляет силы и то, что удаётся помочь медицинскому работнику.

Профсоюзная работа требует смелости и решительности. Без этих черт характера лидера общественной организации, определяющих ключевые направления, быть не может. Развитие здравоохранения в любом регионе России, в том числе и Дагестане, в определённой степени принадлежит республиканской профсоюзной организации, защищающей права и интересы медицинских работников.

Авторитетное мнение

Дагестанский стандарт Курс профсоюза – на социальную стабильность

что мы поможем добиться справедливости. Эти обращения в профсоюзную организацию мы считаем главными. От этого зависит и жизненный уровень наших медицинских работников.

– На ваш взгляд, является ли сильным рычагом воздействия на руководителей лечебных учреждений коллективные договоры? Можно ли с их помощью решать сложные вопросы без обращения профсоюза в суды?

– Вы назвали один из приоритетов в нашей работе. Из-за невыполнения условий коллективных договоров республиканская организация профсоюза в суды пока не обращалась. Разногласия, если они и возникают, не приводят нас в суд. Руководство клиник реагирует на наши замечания по невыполнению отдельных пунктов коллективного договора. Полагаю, что заметную роль играет авторитет профсоюза. Я являюсь членом Комитета по здравоохранению и социальной политике Национального собрания Республики Дагестан. Мы встречаем единичные факты непонимания у главных врачей роли коллективного договора. Чтобы этого не было, нам предстоит ещё много работать, тогда и значимость КД будет выше. В каждом коллективе важно формирование уважительных взаимоотношений между руководством и медицинскими работниками, создание атмосферы поддержки профессионализма и добросовестности, повышения грамотности в вопросах социально-трудовых прав. Но этого невозможно добиться, если руководитель лечебного учреждения не подготовлен соответствующим образом к управлению сложной структурой лечебного учреждения. Без правового просвещения вряд ли конфликтных ситуаций станет меньше. Кроме того, нужно время, чтобы планы превратились в реальность. Профсоюзом был взят большой фронт работы, связанный с коллективными договорами. Это ступени к новому качеству работы. Наши активисты проводили грамотную и наступательную работу, основанную на законодательстве, ведь взаимоотношения работника и работодателя всегда сложный вопрос.

Пандемия выявила очень много слабых мест в организации лечебного процесса. В часть коллективных договоров внесены изменения и дополнения. Региональная профсоюзная организация провела анализ КД, выявила болевые точки, недостатки. Мы предложили прописать в КД предоставление двух оплачиваемых выходных дней для прохождения вакцинации, это было нововведением 2021 г. Сегодня работа по улучшению коллективных договоров продолжается. Это позволяет обмениваться мнениями и задавать трудные в правовом аспекте вопросы, ведь трудовой договор является основой трудового права.



С профсоюзными организациями Донецкой и Луганской народных республик на автопробеге в Воронеже

формально остался в профсоюзе. Хотя ничего хорошего в этом не видит... Моя команда многое делает, чтобы фактическое членство не сокращалось. Между тем, цифры говорят сами за себя. Сегодня в Дагестане 87% медицинских работников отрасли являются членами профсоюза. Согласитесь, это очень убедительный и хороший показатель. Доводить уровень членства до 100%, думаю, не стоит. Лучше, чтобы оно было значимым. И если посмотреть с этой точки зрения, то перспективы неплохие.

Республиканские профсоюзные организации постоянно занимаются вопросами, которые волнуют медицинских работников. Когда началась пандемия, мы материально помогли лечебным учреждениям. Это были и финансы, и поддержка продуктами, покупали СИЗы, если их где-то не хватало для работы в «красных зонах». Оказывали материальную помощь коллегам, когда в этом возникала необходимость. Медицинские работники это оценили. Об этой большой работе республиканской организации я уже рассказывала на страницах «Медицинской газеты».

Наступило другое время, но тоже влияющее на взаимоотношения в трудовых коллективах. Наши активисты больше занимаются защитой прав медицинских работников, выстраиванием взаимоотношений внутри лечебных учреждений. В свете последних событий не забываем и о формировании ясной гражданской позиции врача, если хотите, не только как патриота, но и представителя крайне важной профессии. Стараемся показывать медицинскому работнику, что профсоюз всегда рядом. В идеале он должен сопровождать коллег от института до работы в медицинском учреждении, а позже объединять ветеранов здравоохранения. У нас действует программа «Забота». Мы стараемся встречаться с медицин-

скими работниками в профсоюзе. Такие акции повышают престиж профессии медика.

На днях состоится встреча со студентами Дагестанского государственного медицинского университета, разговор будет о значении профсоюза для будущего врача. Отвечу на вопросы, поинтересуюсь, как они представляют «вхождение» в профессию. Молодые врачи должны понять, что без поддержки профсоюзной организации им труднее будет двигаться вперёд. Мы вместе с администрацией несём солидарную ответственность за обеспечение здоровых и безопасных условий труда.

– Профсоюз не может быть в стороне от наиболее острых проблем, которые встали перед отраслью. Для высокогорного Дагестана одна из них – доступность медицинской помощи. Как решается вопрос о привлечении молодых специалистов в село?

– Сельское здравоохранение в Дагестане, действительно, требует реабилитации, если не сказать ещё более жестко, реанимации. Это одна из наиболее болевых точек республиканского здравоохранения. Я, как в прошлом депутат Народного Собрания, разработала и внесла в своё время законопроект о выделении земельных участков врачам и учителям, приехавшим на работу в село. Он был принят депутатами в первом чтении. Предполагается, что по данному законопроекту порядка 12 районов из 42 сельских выделят земельные участки врачам, приехавшим туда по программе «Земский доктор». То есть они уже приступили к выполнению служебных обязанностей, получили от государства стимулирующие выплаты. Но как показывает анализ, отработав положенные по закону три года, часть из них всё-таки возвращается в города. Возникает вопрос:

КОНСПЕКТ ВРАЧА

Выпуск № 18 (2330)

(Окончание. Начало в № 19 от 18.05.2022.)

Локализация болевого синдрома определяется внутрисуставным местом повреждения хряща: при трансхондральном переломе (ТХП) надколенника отмечаются фронтальные боли, при повреждении хряща внутреннего отдела бедренно-большеберцового сустава они распространяются по передневнутренней поверхности сустава, а при повреждении хряща наружного отдела бедренно-большеберцового сустава – по передненаружной поверхности сустава. У четверти пациентов боли носят разлитой характер без чёткой локализации.

Характерной жалобой пациентов с ТХП в суставе является крепитация, называемая ими «хрустом» в суставе.

Периодическая припухлость сустава свойственна менее чем половине пациентов. Амплитуда движений у большинства пациентов с повреждениями хряща полная, у трети пациентов отмечаются периодические «мягкие» легкоустраняемые блокады.

При сборе анамнеза врачу следует обратить внимание на системные и внесуставные проявления, а также на признаки поражения суставов. Многие симптомы, включая лихорадку, озноб, недомогание, снижение массы тела, феномен Рейно, изменения кожного покрова и слизистых оболочек (например, кожные высыпания, покраснение или боль в глазах, фотосенсибилизация), нарушения желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, могут быть обусловлены различными заболеваниями суставов.

Физикальное обследование. Рекомендуется у всех пациентов проводить физикальное обследование коленного сустава с диагностической целью. Основным симптомом при объективном обследовании пациентов с ограниченными повреждениями хряща коленного сустава является пальпаторная болезненность, чаще располагающаяся в проекции повреждения, реже без чёткой локализации.

Корреляции между степенью ТХП и выраженностью пальпаторной болезненности не отмечено. У каждого пятого пациента с хондромалицией (ХМ) различной степени локализовать болезненность не удаётся, она распространена по всему суставу.

Темартроз (синовит) коленного сустава в виде диффузного уплотнения синовиальной оболочки наблюдается менее чем у половины пациентов.

Для ТХП различной степени характерно ограничение активного сгибания до 45–50 градусов, пассивное сгибание и разгибание соответствуют физиологической норме (показателям контралатеральной здоровой сустава). Умеренная гипотрофия мышц бедра и голени обнаруживается почти у половины пациентов.

Довольно частым симптомом при ТХП является крепитация при активных и пассивных движениях в коленном суставе.

При подозрении на хондромалицию надколенника или артроз желательнее точнее установить место повреждения. Это можно сделать, если прижать надколенник к бедренной кости и, перемещая голень в разных направлениях, определить участки или участки максимальной болезненности. Угол между сухожилием четырёхглавой мышцы и бедренной костью (угол Q) определяют при слегка согнутом и согнутом под углом 90° коленном суставе. Аномальный угол Q и положительная проба на предчувствие вывиха (надколенник пытаются сместить наружу по отношению к межмышцелковой борозде) могут быть следствием подвывиха надколенника или натяжения латеральной связки, поддерживающей надколенник.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется рентгенография коленного сустава для определения анатомических структур сустава и уточнения положения и состояния надколенника при отсутствии противопоказаний (беременность) по следующим показаниям: травмы колена, хронические заболевания, протекающие с повреждением хрящевой ткани крупных суставов, боли в суставе, отёчность сустава и другие признаки воспаления (локальная гиперемия и гипертермия в околосуставной области), ограничение подвижности, деформация коленного сустава. Информативность рентгенографии – невысокая. При ТХП 1–2-й степени на рентгенограммах признаки костно-хрящевой

патологии отсутствуют, при 3–4-й степени выявляется незначительный субхондральный склероз.

Рекомендуется компьютерная томография коленного сустава для диагностики заболеваний и травматических повреждений костной ткани коленного сустава при отсутствии противопоказаний (беременность на любом сроке, масса тела более 150 кг) по следующим показаниям: болевой синдром острого или хронического характера, особенно плохо поддающийся медикаментозной терапии, нарушение подвижности нижней конечности в области коленного сустава, патологические щелчки, хруст при движениях, перенесённая травма коленного сустава, особенно, если предполагается

Повреждение хряща коленного сустава

Клинические рекомендации (протокол)

патология внутрисуставных структур, подготовка к хирургическому вмешательству на коленном суставе, оценка эффективности консервативной терапии. Более высокая, по сравнению с рентгенографией, лучевая нагрузка. Выявляет избыточное скопление внутрисуставной жидкости, воспалительные изменения (артрит, бурсит), нарушения дегенеративно-дистрофического характера (артрозы, остеоартрозы), остеохондропатии.

Рекомендуется всем пациентам ультразвуковое исследование сустава (коленного) для исключения сопутствующих повреждений менисков и капсульно-связочного аппарата. Позволяет проводить исследование костей, хрящей, связок, синовиальной жидкости и других частей коленного сустава, помогает установить характер и количество суставного экссудата, выявляет синовит, артрит, тендинит.

Рекомендуется МРТ коленного сустава всем пациентам при отсутствии противопоказаний для оценки состояния хряща. Позволяет визуализировать все структуры коленного сустава, включая хрящ надколенника. По изменению интенсивности сигнала и нарушению непрерывности контура суставной поверхности часто удаётся идентифицировать поверхностные повреждения глубиной до 1 мм, а при увеличении размеров дефекта до 3 мм точность диагностики приближается к 100%. В исследовании отрицательный результат МРТ с высокой вероятностью (97–98%) предсказывал отрицательный результат диагностической артроскопии. Напротив, положительный диагноз повреждения хряща по МРТ не подтверждался артроскопически в 48–50% случаев.

Рекомендуется диагностическая артроскопия для установления локализации и степени повреждения хряща надколенника и мышечков бедренной и большеберцовой костей при неэффективности других исследований, отсутствии противопоказаний и наличии показаний: дефекты гиалинового хряща, остеоартроз колена, боли неясного происхождения, возникающие в результате травм, хронических заболеваний, перенесённых в прошлом операций или инвазивных процедур, синовит в хронической форме, первая-вторая степень деформирующего артроза. Для 1-й степени повреждения (по Outerbridge, 1961) характерны отёк и размягчение при пальпации хряща или лёгкая его фибриляция на участке диаметром до 1 см; при 2-й степени отмечается лёгкая фибриляция хряща на участке диаметром более 2 см или грубая фибриляция суставной поверхности диаметром менее 1 см только на одной из сочленяющихся поверхностей; при 3-й степени имеет место грубая фибриляция диаметром более 1 см на одной из су-

ставных поверхностей или менее 1 см на обеих суставных поверхностях, возможно изолированное обнажение субхондральной кости диаметром до 2 мм; 4-я степень сопровождается обнажением субхондральной кости на участке диаметром более 2 мм при дегенеративных изменениях окружающей хрящевой ткани.

Лечение

Консервативное лечение. Лечение обычно начинают с консервативных методов и комплексного подхода. Рекомендуется с лечебной целью комплексное консервативное лечение при ТХП 1–2-й степеней, если при клиническом обследовании сустава не выявляются симптомы повреждения капсульно-связочного аппарата или выраженного синовита с внутрисуставным скоплением жидкости, на стандартных рентгенограммах и МРТ коленного сустава отсутствуют признаки патологии. Пациентам рекомендована комплексная терапия, обязательно включающая:

✓ разгибания коленного сустава, многократно повторяемые в течение дня;

✓ ограничение общих физических нагрузок и нагрузки на сустав, лечебную физическую культуру, занятия в бассейне;

✓ изометрические сокращения четырёхглавой мышцы бедра в положении;

✓ нестероидные противовоспалительные препараты.

Дискутабельным остаётся вопрос о целесообразности применения в рамках комплексного консервативного лечения повреждений хряща коленного сустава медицинских услуг типа «электромагнитное лечебное воздействие на органы и ткани» – коды А17. XX.XXX.XXX номенклатуры медицинских услуг (например, электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях суставов), типа «лечение климатическими воздействиями (например, вода, воздух)» – коды А20. XX.XXX.XXX номенклатуры медицинских услуг (например, воздействие лечебной грязью при заболеваниях костной системы), типа «лечение с помощью лучевого (звукового, светового, ультрафиолетового, лазерного) воздействия» – коды А22.XX.XXX.XXX номенклатуры медицинских услуг (например, внутрисуставная лазеротерапия), а также лекарственных препаратов из группы «Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты» (M01AX), таких как глюкозамин + хондроитин сульфат, из-за отсутствия убедительных данных, достоверно подтверждающих их клиническую значимость при лечении острых и хронических повреждений суставного хряща.

Рекомендуется всем пациентам, которым проводится консервативное лечение, с целью оптимизации лечебного процесса – проведение лечения в амбулаторной форме средней длительностью от 1 до 1,5 месяца.

Рекомендуется при полном купировании болей и восстановлении функций коленного сустава всем пациентам с целью ранней активизации возвращаться к обычным нагрузкам и занятиям спортом. При значительном снижении интенсивности болевого синдрома, но сохраняющемся дискомфорте в коленном суставе при нагрузках целесообразно ограничить физическую активность и через 2–3 месяца пройти повторный курс консервативного лечения. Если консервативная терапия не привела к улучшению или оно было незначительным, то пациента госпитализируют для оперативного лечения.

Хирургическое лечение. Ограниченные репаративные возможности гиалинового хряща взрослого человека, как правило, не позволяют восстановить дефект суставной поверхности, что постепенно приводит к развитию дегенеративно-дистрофического поражения коленного сустава. Поэтому в клинической практике при локальных повреждениях хряща применяются различные операции, заключающиеся в мезэнхимальной стимуляции, то есть содействии восстановлению дефекта за счёт

формирования кровяного сгустка и миграции стволовых клеток из костного мозга, либо имплантации новых клеток, способных к хондрогенезу: шейвинг поражённого хряща или его полное иссечение, перфорация субхондральной кости путём туннелизации, абразивной хондропластики, создание микропереломов, костно-хрящевая аллопластика, трансплантация надкостницы, надхрящницы, мезэнхимальных стволовых клеток, культуры аутогенных хондроцитов, мозаичная костно-хрящевая аутопластика.

Рекомендуется у пациентов с повреждением хряща различной степени с целью оптимизации хирургической тактики начинать оперативное вмешательство с диагностической артроскопии. Диагностическая артроскопия позволяет оценить состояние всех внутрисуставных структур, даёт возможность точно определить тяжесть, распространённость и локализацию повреждения суставного хряща. Большинство реконструктивных вмешательств или их отдельные этапы можно выполнить без артротомии, под эндоскопическим контролем.

Рекомендуется мозаичная костно-хрящевая аутопластика (МКХАП) при лечении

глубоких локальных повреждений хряща коленного сустава с целью замещения участка поражённой суставной поверхности, локализуемой в области концентрации нагрузок. Пластика производится костно-хрящевым аутоотрансплантатом цилиндрической формы, взятым с менее нагружаемой части наружного или внутреннего мышечков бедренной кости или межмышцелковой ямки. Забор и пересадку аутоотрансплантатов производят с помощью специального набора инструментов.

Обезболивание. Основным принципом послеоперационного обезболивания в настоящее время является реализация концепции мультимодальной анальгезии.

Рекомендуется у всех пациентов с целью обезболивания применять мультимодальную анальгезию. Под мультимодальной анальгезией понимают совместное использование различных анальгетиков и технологий обезболивания в сочетании с нефармакологическими методами послеоперационного обезболивания у взрослых и детей.

Мультимодальная анальгезия (ММА) в настоящее время является методом выбора послеоперационного обезболивания. Её базисом является назначение комбинаций анальгетиков (за исключением опиоидных анальгетиков), в частности, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и парацетамола, которое у пациентов с болями средней и высокой интенсивности сочетается с использованием адъювантных препаратов, опиоидных анальгетиков (при необходимости) и методов регионарной анальгезии. Выбор той или иной схемы ММА анальгезии определяется травматичностью хирургического вмешательства.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Рекомендуется с целью ранней реабилитации в послеоперационный период после резекции хряща и туннелизации субхондральной кости первую перевязку проводить на следующие сутки, пункцию сустава – на вторые сутки после операции. Ходьбу с дополнительной опорой на костыли без нагрузки на оперированную ногу разрешают со вторых суток. Упражнения лечебной физкультуры в виде ритмических сокращений мышц бедра и голени, движений пальцами стопы, а также пассивные и активные движения в коленном суставе по полной амплитуде рекомендуют со второго послеоперационного дня.

Рекомендуется с целью ранней реабилитации на 7-е сутки после артроскопии удаление швов. Если произошло артротомия, то также снимают гипсовую лонгету, пациентов выписывают на амбулаторное

реабилитационное лечение (лечебная физическая культура (ЛФК), массаж, водные, физиотерапевтические процедуры – магнитотерапию, ультразвук, электромиостимуляцию).

Рекомендуется с целью ранней реабилитации начинать дозированную нагрузку через 4 недели, полную – через 8 недель после оперативного лечения.

Рекомендуется с целью ранней реабилитации после окончания иммобилизации – комплексное реабилитационное лечение, включающее лечебную физическую культуру, направленную на укрепление мышц конечности и восстановление амплитуды движений в суставе, массаж, водные и физиотерапевтические процедуры. Полная

нагрузка разрешается через 8-10 недель после операции. В течение 2-3 месяцев пациентам рекомендуется при ходьбе пользоваться тростью, сустав фиксировать эластическим бинтом или наколенником.

Профилактика

Рекомендуется всем пациентам исключение травм и повторной микротравматизации коленного сустава с целью профилактики развития ТХП коленного сустава.

Рекомендуется всем прооперированным пациентам осуществлять диспансерное наблюдение через 2 месяца после операции (клинический осмотр и контрольная рентгенография коленного сустава) и через 6 ме-

сяцев (контрольный осмотр и МРТ коленного сустава) с целью послеоперационного наблюдения. Далее, по мере необходимости,

которую определяет врач или сам пациент, наблюдение осуществляется на основании имеющихся жалоб.

Николай КОРНИЛОВ,
профессор кафедры травматологии и ортопедии, заведующий отделением № 17, ведущий научный сотрудник отделения патологии коленного сустава, член Ассоциации травматологов-ортопедов России, доктор медицинских наук.

Тарас КУЛЯБА,
заведующий научным отделением патологии коленного сустава, член Ассоциации травматологов-ортопедов России, доктор медицинских наук.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. РР.Вредена.

Анатолий ОРЛЕЦКИЙ,
заведующий отделением спортивной и балетной травмы Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии Минздрава России, член Ассоциации травматологов-ортопедов России, доктор медицинских наук, профессор.

Перелом на уровне плечевого пояса и плеча – это полное или частичное нарушение целостности ключицы, лопатки и плечевой кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета. В рамках настоящей клинической рекомендации рассматриваются только травматические изолированные закрытые и открытые переломы костей плечевого пояса и плеча одной верхней конечности, за исключением родовой травмы.

Общие причины травматических переломов на уровне плечевого пояса и плеча включают в себя падения с высоты, спортивные и автомобильные травмы, а также более редкие – огнестрельные ранения, а также родовую травму (не рассматривается в данной клинической рекомендации).

Общими механизмами переломов на уровне плечевого пояса и плеча могут быть прямое механическое воздействие (непосредственно удар, толчок, при отдаче ружейным прикладом в момент выстрела) или непрямое (при падении на плечо, локоть, вытянутую руку). Специфический механизм имеет перелом ключицы, возникающий у новорожденных в период изгнания при прохождении через естественные родовые пути (не рассматривается в данной клинической рекомендации).

Переломы ключицы (в том числе у детей) наиболее часто возникают в результате прямых механических воздействий; последние локализуются преимущественно на границе средней и латеральной трети, где кривизна кости выражена больше, а толщина меньше (этот участок наименее прочный). Реже у детей встречается эпифизеолиз, имитирующий вывих стернального или акромиального конца ключицы.

Переломы лопатки наиболее часто возникают при вывихов, уличных и производственных травмах, а также дорожно-транспортных происшествиях. В случаях прямого воздействия (падение на спину, сильный удар) возникают переломы углов, ости, тела лопатки; непрямого (падение с упором на кисть или на область локтевого сустава при отведенной конечности) – переломы шейки, клювовидного, акромиального отростков лопатки и суставной впадины.

Надбугорковые (внутрисуставные) переломы, а также переломы головки и анатомической шейки плечевой кости, как правило, возникают в результате прямого удара по наружной поверхности плечевого сустава, реже – при падении на локтевой сустав при отведенной верхней конечности, при этом головка плечевой кости сминается, а чаще раскалывается на несколько фрагментов. Иногда разрушению подвергается весь проксимальный эпиметафиз. Подбугорковые переломы и переломы хирургической шейки плеча возникают преимущественно от непрямого насилия, но возможны и при прямом механизме травмы. В зависимости от механизма травмы и смещения отломков различают аддукционные и абдукционные переломы. Аддукционные переломы являются результатом падения на согнутую и приведенную в локтевом суставе верхнюю конечность; абдукционные – на отведенную в локтевом суставе верхнюю конечность. Изолированные переломы бугорков плечевой кости в большинстве своём возникают при непрямом механизме травмы, частой разновидностью которых бывают отрывные переломы, последние почти всегда происходят со смещением отломков. У пациентов детского возраста основными вариантами переломов проксимального отдела плечевой кости являются эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы головки, а также переломы проксимального метафиза (хирургической шейки) плечевой кости.

Переломы тела плечевой кости у взрослых и детей возникают при прямом и косвенном воздействии. В первом случае – удар по плечу или плечом о твёрдый предмет, во втором – падение на кисть или локтевой

сустав отведённой верхней конечности, чрезмерное её вращение по оси.

Переломы дистального конца плечевой кости по механизму травмы бывают сгибательными и разгибательными. Сгибательные переломы возникают при падении на согнутую в локтевом суставе верхнюю конечность, разгибательные – на разогнутую в локтевом суставе верхнюю конечность. При переломах плечевой кости в месте образования локтевого сустава травмируются мышечки плеча (внутренний и наружный надмыщелки), головки мышечки плечевой кости, блока, самого мышечка в виде линейных Т- и Y-образных переломов. Механизм травмы не прямой: избыточное отклонение предплечья кнутри или кнаружи (отрывные переломы), – но может быть и прямым: удар в область локтевого сустава или падение на него. В детской возрастной группе характерен апофизеолиз медиального либо латерального надмыщелка плечевой кости, чрезмыщелковый перелом плечевой кости (линия перелома пересекает локтевую и венечные ямки), перелом головки мышечка плечевой кости (эпифизеолиз и остеоэпифизеолиз).

Эпидемиология заболевания или состояния. Переломы ключицы составляют 5% нарушений целостности всех костей скелета и чаще встречаются у молодых людей. Переломы лопатки составляют 1–2% всех повреждений костей скелета. Переломы плечевой кости составляют около 5% переломов скелета, чаще локализуются в проксимальном отделе, возникая преимущественно у пациентов старше 65 лет. Внутрисуставные переломы проксимального конца плечевой кости встречаются редко (до 0,1%). Подбугорковые переломы и переломы хирургической шейки встречаются очень часто у пациентов пожилого возраста и составляют 50% всех переломов плечевой кости. Переломы диафиза и нижней трети составляют 13% и 8% всех переломов плечевой кости соответственно.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

В данной клинической рекомендации представлена информация по перелому на уровне плечевого пояса и плеча:

- S42.0 Перелом ключицы
- S42.1 Перелом лопатки
- S42.2 Перелом верхнего конца плечевой кости
- S42.3 Перелом тела (диафиза) плечевой кости
- S42.4 Перелом нижнего конца плечевой кости
- S42.7 Множественные переломы ключицы, лопатки и плечевой кости
- S42.8 Перелом других частей плечевого пояса и плеча
- S42.9 Перелом неуточнённой части плечевого пояса.

Не подлежат кодированию вышеприведёнными кодами и не рассматриваются в настоящей клинической рекомендации патологические переломы на уровне плечевого пояса и плеча (M80.-, M83-M85 и др.), родовая травма скелета (P13.-), сочетанная и множественная травма, в том числе перелом на уровне плечевого пояса и плеча обеих верхних конечностей (T00-T07), последствия перелома на уровне плечевого

пояса и плеча (T92.-, T79.-), а также следующие травмы верхней конечности на уровне плечевого пояса и плеча:

- вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов верхней конечности на уровне плечевого пояса и плеча (S43.-);
- травма нервов, кровеносных сосудов, сухожилий и мышц верхней конечности на уровне плечевого пояса и плеча (S44.-, S45.-, S46.-);
- травма нервов и полные и неполные отрывы верхней конечности на уровне плечевого пояса и плеча (S57.-, S58.-);
- другие и неуточнённые травмы верхней конечности на уровне плечевого пояса и плеча (S49.-, T10, T11.-, T14).

Клиническая картина. Пациент предъявляет жалобы на интенсивную боль в месте перелома, ограничение движений в смежных суставах. Пациент принимает характерно вынужденное положение, поддерживает верхнюю конечность под локоть на стороне повреждения. Из анамнеза отмечается факт травмы, механизм которой может быть как прямым (падение на бок или удар), так и непрямым (падение с опорой на кисть или локоть). Вслед за травмой появляются боль и нарушение функции верхней конечности. Объективно можно выявить сглаженность контуров за счёт отёка мягких тканей, болезненность при пальпации. Возникает ограничение пассивных и активных движений в смежных суставах. У новорождённых может наблюдаться феномен псевдопаралича – отсутствие активных движений конечности при интактных рефлексах. «Абсолютные признаки перелома» на уровне плечевого пояса и плеча: изменение длины верхней конечности, костная крепитация, патологическая подвижность в проекции повреждённого отдела плечевого пояса и плеча; при открытом переломе возможно визуальное или пальпаторное определение костных отломков в ране.

Для переломов ключицы характерно отведение и приподнимание верхней конечности из-за боли. При осмотре в области перелома сравнительно часто определяется выраженная деформация (припухлость, кровоизлияние, выступание костных отломков). Верхняя конечность вместе с плечевым суставом ротирована внутрь, опущена вниз и смещена вперёд. Надплечье на стороне повреждения укорочено, надключичная ямка сглажена.

Переломы тела, ости и углов лопатки сопровождаются болью, симптомом «треугольной подушки». Пальпаторно иногда удаётся выявить деформацию, патологическую подвижность, крепитацию. Функция конечности страдает умеренно. Перелом суставной впадины лопатки проявляется болью, гемартрозом, резким нарушением функции плечевого сустава. При переломе шейки лопатки со смещением отломков плечевой сустав опускается кпереди и книзу, контуры его изменяются. Акромион излишне выстоит под кожей, а клювовидный отросток уходит назад. Под акромионом образуется некоторое западение. Движения в плечевом суставе возможны, но резко ограничены из-за боли. При пальпации выявляют болезненность, иногда крепитацию в зоне шейки лопатки, особенно если одновременно проводят попытку пассивных движений. Перелом акромиона и клювовидного отростка характеризуется припухлостью в месте

травмы, наличием кровоподтёка, локальной болезненностью и костным хрустом при пальпации. Движения в плечевом суставе ограничены из-за боли в местах переломов.

При надбугорковых переломах, переломах головки и анатомической шейки плеча плечевой сустав увеличен в размерах из-за отёка и гемартроза, контуры его сглажены, активные движения резко ограничены, особенно в сторону отведения, пассивные движения возможны, но болезненны. Надавливание на головку плечевой кости вызывает боль. Положительный симптом осевой нагрузки – давление на локтевой сустав снизу вверх – вызывает боль в плечевом сочленении. Отличительным признаком надбугорковых переломов служит абсолютная невозможность активного отведения плеча, так как исчезает опора о суставную поверхность лопатки. При подбугорковых переломах и переломах хирургической шейки внешне плечевой сустав не изменён. При абдукционных переломах со смещением отломков образуется западение на месте углообразной деформации, симулирующее вывих плеча. При пальпации выявляют боль в месте перелома, иногда у худых людей можно прощупать костные отломки. Активные движения в плечевом суставе крайне ограничены, пассивные возможны, но резко болезненны. Отмечают положительный симптом осевой нагрузки. Ротационные движения плечевой кости совершаются изолированно от её головки. При изолированных переломах бугорков плечевой кости проксимальный отдел плеча отёчен, иногда виден кровоподтёк, определяется резкая болезненность в проекции бугорков, активные движения ограничены – затруднены ротация и отведения, пассивные движения возможны, но болезненны.

При переломах тела плечевой кости характерны деформация и укорочение конечности, патологическая подвижность, крепитация, снижение звукопроводимости кости, положительный симптом осевой нагрузки (боль в проекции перелома при осевой нагрузке на верхнюю конечность).

При надмыщелковых переломах при попытке пассивных и активных движений возможна крепитация. Локтевой сустав деформирован, значительно отёчен. Треугольник и линия Гюнтера сохранены. Нарушен признак Маркса. При переломах плечевой кости в месте образования локтевого сустава беспокоит боль в месте травмы, определяется припухлость, кровоподтёк. При пальпации выявляют подвижный костный фрагмент, крепитацию, нарушение внешних контуров сустава. Определяются ограничение ротационных движений предплечья и сгибание кисти при переломе внутреннего надмыщелка и разгибание кисти при травме наружного надмыщелка плечевой кости. При переломах головки мышечка и блока плечевой кости определяются боль и ограничение функции локтевого сустава, гемартроз и значительный отёк сочленения, положительный симптом осевой нагрузки. При линейных (краевых), Т- и Y-образных переломах мышечка плечевой кости отмечаются боль, потеря функции конечности, значительный отёк и деформация локтевого сустава. Нарушены, а в некоторых случаях и не определяются треугольник и линия Гюнтера, признак Маркса.

(Окончание следует.)

Эта ежегодная конференция, организуемая Российским научно-исследовательским нейрохирургическим институтом им. А.Л.Поленова (РНИНХИ), всегда проходит в апреле, когда пробуждается не только природа. Как обычно, трёхдневная программа была насыщена – пленарные и секционные заседания, Российско-белорусский конгресс, «круглые столы», пленумы правления Ассоциации нейрохирургов России и Ассоциации детских нейрохирургов, мастер-класс, симпозиум. Первая половина каждого дня была отдана пленарным докладам, а в послеобеденное время шла работа по секциям. Как и в прошлом году (см. «МГ» № 17 от 05.05.2021) мероприятия прошли в гибридном формате (зарегистрировались на месте 879 человек, и 138 участвовали дистанционно). В работе конференции принимали участие специалисты из многих регионов России, а также Армении, Белоруссии, Казахстана, Таджикистана и Узбекистана.

Великие учителя

В прошлом году отмечалось 150-летие Андрея Поленова (1871-1947). Поэтому конференция открылась докладом профессора Натальи Ивановой (РНИНХИ), посвящённым юбилейной дате. «Подобно тому, как каждая семья пытается сохранить память о своих предках, мы тоже должны помнить предшественников в выбранной нами специальности», – сказала Наталья Евгеньевна. А.Поленов принадлежал к дворянскому роду. Родился в Симбирске, учился в той же гимназии, что и Владимир Ульянов, вместе с будущим наркомом здравоохранения Николаем Семашко. В советский период это сыграло решающую роль в его карьере. В 1921 г. он организует нейрохирургическую клинику в возглавляемом им Физио-хирургическом институте в Петрограде. Начав как общий хирург, он становится травматологом и автором первого учебника по травматологии, а в начале 1930-х годов сосредотачивается на нейрохирургии. В 1935 г. создаёт первую в СССР кафедру нейрохирургии в ленинградском ГИДУВе, и тогда же вместе со своими помощниками и единомышленниками издаёт первое советское руководство по этой специальности («Краткий курс хирургической невропатологии»). После разгрома в 1937 г. Института хирургической невропатологии (директор Института Макс Скобло был репрессирован как троцкист и отправлен на Колыму) Андрей Львович объединяет свою клинику с этим учреждением. Так в 1938 г. возникает Ленинградский нейрохирургический институт, ныне носящий его имя. «Лебединой песней» А.Поленова стал созданный в соавторстве с А.Бондарчуком нейрохирургический атлас, отмеченный Сталинской премией I степени.

В нынешнем году исполняется 130 лет со дня рождения директора НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко АМН СССР (ныне НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко – НМИЦН) академик АМН СССР Бориса Егорова (1892-1972). Как отметил в своём докладе профессор Леонид Лихтерман (НМИЦН), родившийся в семье охотничьего купца Б.Егоров был крепким хозяйственником. За годы своего директорства (с 1947 по 1964 г.) он сумел построить новый корпус и дом для сотрудников. «Егоров подбирал сотрудников для своего института подобно Павлу Третьякову, собравшего великолепную коллекцию картин для своей галереи», – отметил докладчик. Он приютил несколько видных учёных-евреев, уволенных из других учреждений, таких как основоположник количественной нейроанатомии

профессор Самуил Блинков и создатель учения о строении и функциях мозговых оболочек член-корреспондент АМН СССР Михаил Барон. Институт стал клинической базой для основоположника нейропсихологии академика АПН СССР Александра Лурии и одного из создателей нейропсихиатрии профессора Александра Шмарьяна. Во время так называемого дела врачей Борис Григорьевич сопротивлялся увольнению евреев, а после смерти Сталина восстановил их на работе. Егоровские питомцы

больной, тем предпочтительнее клипирование», – утверждает Владимир Викторович. Предлагаются птериональный и трансункальный доступы к аневризму. Для улучшения результатов лечения сложных аневризм рекомендуется предоперационное моделирование. За 10 лет прооперировано 346 сложных аневризм, летальность составила 12%.

Второй доклад академика был посвящён хирургии эпилепсии. Был показан слайд с изображением морского конька (гиппокам-

вследствие постинсультной атрофии или полимикрогирии) – гемисферотомия. Шестимесячный катанез прослежен у 19 детей. В 14 случаях отмечена полная свобода от припадков, но, как известно, со временем эффективность хирургического лечения снижается. Запланированными осложнениями являлись парез руки после лобэктомии и гемипарез после гемисферотомии. В последнем случае родители предпочли гемипарез некупируемому эпилептическому припадку.

дикально удалить (например, при глиомах хиазмы), у детей показана химиотерапия, а лучевая является резервным методом.

Выступление Евгения Фёдорова (НМИЦ им. В.А.Алмазова) касалось особенностей роста опухолей головного мозга у детей после хирургических и адьювантных методов лечения (ретроспективное исследование по данным МРТ). Оно продемонстрировало возможности определения объёма злокачественных глиом (HGG) при помощи виртуального 3D-моделирования.

Деловые встречи

Логистика нейрознаний

В Санкт-Петербурге состоялись XXI «Поленовские чтения»



(Слева направо) Ж.Семёнова, Н.Иванова и С.Горелышев

стали прославленными нейрохирургами, в том числе президент НМИЦН академик РАН Александр Коновалов.

Накануне конференции пришло печальное известие о кончине другого егоровского питомца – члена-корреспондента РАН Юрия Филатова, многие годы возглавлявшего сосудистое отделение. Директор НМИЦН член-корреспондент РАН Дмитрий Усачёв начал своё выступление – о современных технологиях в нейрохирургии – с предложения почтить его память минутой молчания. Среди новых технологий он отметил флуоресцентную навигацию при удалении мозговых опухолей, интраоперационное пробуждение при локализации опухолей в речевых зонах, нейромониторинг вызванных потенциалов при патологии ствола мозга, операции на брахиоцефальных артериях, трансанзальные и трансоральные доступы к опухолям основания черепа, эндоскопическое лечение скафоцефалии, стереолитографию для пластики дефектов черепа и т.д. В 2018 г. в центре создана лаборатория информатики и искусственного интеллекта. В 2020 г. открыта лаборатория молекулярно-клеточной нейрогенетики, изучающая аптамеры. В начале нынешнего года установлен интраоперационный магнитно-резонансный томограф.

Запланированные осложнения

Главный нейрохирург Минздрава России академик РАН Владимир Крылов (МГМСУ им. А.И.Евдокимова) сделал два пленарных доклада. Первый был посвящён микрохирургии сложных аневризм сосудов головного мозга. Как известно, существует два способа хирургического лечения аневризм – открытый (клипирование) и эндоскопический (с помощью спиралей и стентов). «Чем моложе

па) на решётке Аничкова моста в Санкт-Петербурге. Гиппокамп головного мозга является самой частой мишенью для хирургических вмешательств при фармакорезистентных эпилептиках. Распространённость эпилепсии в РФ составляет 30-40 случаев на 100 тыс. населения, что составляет около полумиллиона человек. Согласно расчётам, у нас должно ежегодно оперироваться 3,6 тыс. больных эпилепсией, а оперируется немногим более 600, причём 85% вмешательств производится в федеральных учреждениях. Докладчик изложил основные положения проекта «Хирургия эпилепсии». Совместно с неврологами опубликованы клинические рекомендации, согласно которым отделение, где занимаются хирургией эпилепсии должно обслуживать население 5 млн человек и выполнять 100-120 операций ежегодно. Главным «директором» мультидисциплинарной эпилептологической бригады является невролог. Должна быть палата для видео-ЭЭГ мониторинга. К сожалению, неврологи неохотно направляют больных нейрохирургам, а последние забывают о том, что операция – это лишь фрагмент решения проблемы, включающий реабилитацию. Ни в Москве, ни в Санкт-Петербурге маршрутизация больных резистентной эпилепсией не налажена.

Кандидат медицинских наук Дмитрий Копачев (Научный центр неврологии, Москва) поделился опытом лечения фармакорезистентной эпилепсии у детей во время «круглого стола» по детской нейрохирургии. За прошедший год им прооперировано 26 детей. Критериями отбора были фокальные припадки, не поддающиеся медикаментозному лечению и наличие очага на МРТ (как правило, вследствие фокальной корковой дисплазии). В большинстве случаев проводилась височная лобэктомия, а при множественных очагах

Лучше меньше, да лучше

Традиционно одной из основных тем «Чтений» является нейроонкология. Профессор Дмитрий Гуляев (НМИЦ им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург) посвятил свой пленарный доклад лечению глиобластом, названных «абсолютно летальным заболеванием». За последние десятилетия явного прогресса в результатах его лечения не было (средняя продолжительность жизни таких больных составляет около года, а пятилетняя выживаемость – 5%). Полностью удалить опухоль зачастую невозможно, а «частичная резекция не улучшает выживаемость пациентов с глиобластомой по сравнению с биопсией». Вопреки устоявшимся взглядам на глиобластома как биологическую проблему, докладчик считает её хирургической, стремясь к максимально возможному удалению опухоли. Целью лечения он считает увеличение безрецидивного периода и повышение качества жизни. Для этого в послеоперационном периоде применяются лучевая терапия и вентрикулоперитонеальное шунтирование. Доклад завершился цитатой американского изобретателя Стива Возняка: «Я верю в важность качества жизни, а не её продолжительности. Прожить счастливую жизнь гораздо важнее, чем долгую».

Примерно треть операций при глиобластомах являются повторными (вследствие рецидива опухоли). Место повторной хирургии глиобластом рассматривалось в докладе профессора Леонида Кравца (Нижегород) на секционном заседании по нейроонкологии. Принятый в 2005 г. протокол лечения глиобластом включает лучевую и химиотерапию. По мнению докладчика, повторные вмешательства открывают новые возможности местной противоопухолевой терапии, включая фотодинамическую терапию (ФДТ).

Влияет ли молекулярная генетика на выбор тактики хирургического лечения опухолей ЦНС? Отвечая на этот вопрос, профессор Сергей Горелышев (НМИЦН) в качестве примера привёл медуллобластому. Если после операции остаётся фрагмент опухоли объёмом менее 1,5 см³, это не влияет на прогноз, но если опухоль радикально не удалена (например, при инфильтрации ствола мозга), то исходы зависят от молекулярной подгруппы медуллобластомы. При эпидемиомах выживаемость зависит от радикальности удаления опухоли, у каждого четвёртого ребёнка возникает послеоперационный неврологический дефицит. При глиомах высокой степени злокачественности (HGG) тактика лечения определяется мутациями. Поэтому рутинная биопсия показана для всех типов глиом, включая глиомы ствола. При глиомах низкой степени злокачественности (LGG), которые невозможно ра-

Для глиом высокой степени злокачественности характерен резко экспоненциальный тип кинетической кривой роста. Если рост опухоли по критериям МакДональда превышает 25%, необходимо менять тактику лечения.

Порядок из хаоса

Геномным механизмам заболеваний ЦНС был посвящён пленарный доклад доктора биологических наук профессора РАН Ивана Юрова (НЦПЗ, Москва), прозвучавший в режиме онлайн. Геномика стала модным термином. Необходимо различать виртуальный и реальный геномы. Геномика отличается от постгеномики подобно тому, как рыба отличается от рыбного промысла. Сейчас наблюдается переход от поиска генов-кандидатов того или иного заболевания (геномная нестабильность) к процессам-кандидатам. Треть клеток эмбрионального мозга человека являются аномальными и должны погибнуть. Если этого не происходит, то развиваются нервно-психические заболевания (мозаицизм приводит к аутизму, геномная нестабильность – к нейродегенерации). Старение объясняется накоплением в онтогенезе клеток с изменённым геномом. Хорошая новость заключается в возможности регуляции уровня нестабильности генома, названное докладчиком сопротивлением хаосу. Клеточная популяция с геномной нестабильностью является хаотической системой. Доклад завершился призывом создавать конкурентоспособные отечественные аналоги международных баз данных, доступ к которым теперь ограничен, наладить перемещение знаний (т.е. интеллектуальную логистику), так чтобы практический врач знал, куда направить полученные от большого данные.

Проблемы логистики также рассматривались на «круглом столе» по нейрореабилитации в нейрохирургии. Главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России профессор Галина Иванова (Москва) ознакомила аудиторию с фундаментальной программой «Оптимальная для здоровья медицинская реабилитация». Вышеупомянутая профессор Иванова рассказала о реабилитации после хирургического лечения эпилепсии, а кандидат медицинских наук Андрей Суворов (Федеральный центр мозга и нейротехнологий ФМБА (ФЦМН), Москва) – об управлении толерантностью у лиц пожилого возраста.

Вопросы геронтопсихиатрии затрагивались в пленарном докладе директора НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева профессора Николая Незнамова. В частности, говорилось о сложности дифференциальной диагностики депрессии и деменции, коморбидности эпилепсии и аффективных расстройств и психорганическом синдроме, а также о

низкой комплаентности не только больных, но и тех, кто за ними ухаживает. Более трети ухаживающих являются пожилыми, а 12% сами имеют признаки деменции. Обычно пленарные доклады не предполагают вопросов и дискуссии, но в данном случае состоялся диспут с участием сопредседателя (академика РАН В.Крылова) и доктора медицинских наук Олега Зайцева (НМИЦН), где были затронуты вопросы качества жизни оперированных больных и отношение психиатров к нейрохирургии. Подробнее эти проблемы рассматривались во время «круглого стола» «Нейропсихиатрия в системе нейронаук», где автор этих строк представил эволюцию взглядов на этические проблемы нейрохирургии середины XX века по настоящее время. В связи с появлением новых мини-инвазивных операций (стереотаксис, нейростимуляция, радиохирургия), с одной стороны, и появлением этической экспертизы (информированное согласие, этические комитеты, конфликт интересов и т.д.), с другой – не прекращается дискуссия о целях и пределах нейрохирургии. В частности, обсуждаются вопросы юридического регулирования подобных операций, особенно при агрессивном поведении, наркомании, как альтернативы тюремного заключения, и т.д. Особый интерес вызывают возможности таких вмешательств для немедицинских целей. К сожалению, отечественные психиатры мало информированы о возможностях нейрохирургии и, подобно неврологам, не проявляют желания сотрудничать с нейрохирургами.

Подробный рассказ обо всех мероприятиях не представляется возможным. Тем не менее не могу не отметить выступление Виджея Джафарова (ФЦМН), посвященное применению транскраниального фокусированного ультразвука под контролем МРТ (ФУЗ-МРТ) – инвазивного, таргетного, безопасно, управляемого и эффективного метода амбулаторного лечения двигательных расстройств. С ноября 2021 г. пролечено 17 больных с болезнью Паркинсона, торсионной дистонией и эссенциальным тремором. При треморе проводилась деструкция ядра VIM контралатерального таламуса, при торсионной дистонии – ядра VO. Ультразвук воздействовал 10-40 секунд под контролем МРТ-термографии. В качестве осложнений отмечены гемипарез и рвота. В одном случае отмечался прозопарез, который регрессировал в течение месяца. При неэффективности процедуры осуществлялась радиочастотная таламотомия. Впрочем, назвать ФУЗ-МРТ хирургическим методом можно лишь метафорически. Как и в случае «радиохирургии», речь идёт о маркетинговом ходе производителя аппаратуры.

По просьбе корреспондента «МГ» профессор Наталья Иванова подвела итоги нынешних «Поленовских чтений»:

«В этом году мы попробовали принципиально новый формат программы, когда главное внимание было уделено пленарным заседаниям, а также мультидисциплинарным проблемам нейроонкологии и функциональной нейрохирургии. Впервые в рамках конференции состоялся Российско-белорусский конгресс, на который наши коллеги привезли доклады по всем аспектам нейрохирургии. Мы оставили в программе форматы «круглых столов» и небольших секций, что позволило обсудить большое число насущных проблем. Больше, чем в прошлом году, звучали фундаментальные науки: состоялся симпозиум по молекулярной онкологии и геномной нестабильности, секции по аддитивным технологиям и искусственному интеллекту в нейрохирургии. Последняя собрала полную аудиторию, которая не расходилась до позднего вечера. Традиционно были секции по сосудистой нейрохирургии, нейрореабилитации, детской нейрохирургии и т.д. Организационные аспекты обсуж-

дались на пленумах правления Ассоциации нейрохирургов России и Ассоциации детских нейрохирургов и совещании главных детских нейрохирургов. Рассматривались вопросы оснащения нейрохирургических отделений и их кадровый состав. Точки зрения по этим вопросам разные. К консенсусу пока не пришли. В новом формате состоялись доклады молодых учёных. Вместо выделенных в отдельную секцию, мы поставили эти доклады в секционные заседания соответствующей тематики. В роли жюри, осуществлявшего балльную оценку докладов, были модераторы секций, которые являются лидерами по данным проблемам. В каждой секции были свои призы. Общая оценка складывалась из актуальности проблемы, формата презентации и качества ответов на вопросы».

Хирургия боли

Среди участников «Поленовских чтений» был и главный нейрохирург Центрального федерального округа, заведующий кафедрой нейрохирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), профессор Олег Древал, поделившийся своими впечатлениями о нынешней конференции.

– Я был на «Поленовских чтениях» не менее 10 раз, – сказал Олег Николаевич. – Качество презентаций существенно выросло. Мой доклад был посвящён патогенетическому обоснованию хирургического лечения нейрогенных болевых синдромов. Занимаюсь этой проблемой почти 40 лет, начиная с набора материала для докторской диссертации под руководством Эдуарда Канделя. Проблема болевых синдромов очень сложная. Их не пощупаешь. Это не опухоль, которую можно убрать. А начинали мы с самого простого, без учёта патогенетической сущности самого синдрома. Подход был симптоматическим: если одна операция не помогла устранить боль, то пробовали следующую и т.д. На это уходило много времени, больной продолжал мучиться, терял надежду на выздоровление. Хронический болевой синдром – серьёзная патология, которая влияет на функциональную активность и качество жизни. По мере накопления материала и изучения мировой литературы мы сделали, как мне кажется, очень правильный ход, усовершенствовав патогенетическую классификацию болевых синдромов. Они, как известно, подразделяются на нейрогенные, соматогенные и психогенные. С последними двумя всё понятно – там надо подходить индивидуально с учётом конкретного синдрома. А вот нейрогенные болевые синдромы требовали какого-то другого подхода. На основании фактического материала мы выделили три основных вида: компрессионные, деафферентационные и смешанные болевые синдромы. Для каждого из них существует патогенетически обоснованный метод нейрохирургического лечения. Так, в первом случае необходима декомпрессия. Самая распространённая нейрохирургическая операция – удаление грыжи межпозвоночного диска – является декомпрессией корешка спинного мозга. Микровазкулярная декомпрессия применяется при невралгии тройничного нерва. Туннельные neuropatii – тоже компрессионный синдром. При деафферентационном болевом синдроме образуется, по терминологии академика Крыжановского, генератор патологически усиленного возбуждения, который необходимо разрушить. При смешанных формах имеются как компрессионный, так и деафферентационный компоненты. Например, опухоль периферического нерва часть волокон разрушает (деафферентация), а часть сдавливает (компрессия). Конечно, сложно выявить ведущий компонент, но первым этапом при этих

формах является нейромодуляция, то есть хроническая электрическая стимуляция нервных структур, которая позволяет подавить ту патологическую импульсацию, которая существует в этой зоне. Если это не помогает, то нужно использовать деструктивные методы лечения. Патогенетический подход позволяет сразу же выбрать эффективную операцию. Это прекращает страдания больных и позволяет избежать рецидива болевых синдромов.

– Какие доклады на конференции показались вам наиболее интересными?

– Прозвучало много докладов по хирургии эпилепсии. Подход правильный. Те операции, которые делаются, давно известны. Но сама организация противосудорожной службы совершенно новая и требует серьёзных вложений. Нужна соответствующая аппаратура и условия для выявления тех форм эпилепсии, которые требуют хирургического вмешательства. Но зная академика РАН Владимира Крылова как очень активного человека и прекрасного организатора, уверен в успехе предлагаемой им программы. Помните курируемую им программу по лечению артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций? Сейчас эти операции делают во всех регионах нашей страны. Являясь главным нейрохирургом Центрального федерального округа, знаю это не понаслышке. Думаю, с проблемой хирургии эпилепсии он тоже справится. Также есть Федеральная программа по онкологии, включающая нейроонкологию. Сейчас проводятся различные организационные усилия, позволяющие достичь консенсуса по вопросам, где этих больных можно оперировать, где проводить морфологическую и молекулярную диагностику, которая позволила бы подобрать адекватную химиотерапию и лучевую терапию.

– Назовите основные проблемы оказания нейрохирургической помощи в опекаемом вами округе?

– Проблемы есть в каждом федеральном округе. Они часто связаны с обеспеченностью аппаратурой, с морфологической идентификацией удаляемых тканей, с наличием отделений нейроанатомии, с доступностью на местах химио- и лучевой терапии.

– С 2000 г. вы возглавляете кафедру нейрохирургии РМАНПО. Какие проблемы последипломного образования вы видите?

– Основная проблема в том, что далеко не все нейрохирурги, выпускаемые учебными учреждениями, соответствуют принятым в мире стандартам. Есть ребята, которые мечтали о нейрохирургии и занимаются только ею. К сожалению, такие встречаются не всегда. Насколько мне известно, в отдельных медицинских вузах сокращаются отведённые под нейрохирургию часы. Студент, решивший посвятить себя нейрохирургии, должен делать осознанный выбор, поскольку это одна из самых сложных медицинских специальностей. Когда я учился, у нас было две недели нейрохирургии на 5-м курсе и неделя на 6-м. Тоже не очень много. Ещё я ходил на кружок и знал, чего хочу.

– Наверное, за два года ординатуры чему-то можно научиться?

– Два года обучения – крайне малый срок. Его надо увеличить вдвое, а лучше – втрое. В США и Западной Европе обучение в нейрохирургической резидентуре в среднем составляет 6 лет. За это время резидент должен развивать свои знания и чему-то практически научиться: вести больных, ассистировать на операциях, уметь какие-то операции выполнять самостоятельно. Конечно, есть те, кто становятся хорошими нейрохирургами, несмотря на сжатые сроки обучения в ординатуре.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Санкт-Петербург – Москва.

Выводы

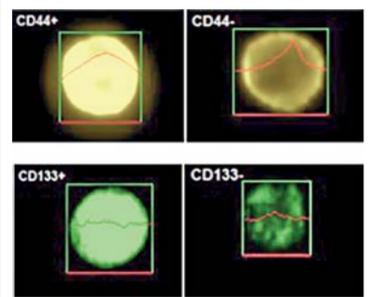
Учёные выявили виновников рецидивов у больных раком лёгких

В Московском физико-техническом институте исследовали устойчивость опухолевых стволовых клеток немелкоклеточного рака лёгкого к лучевой терапии. При воздействии ионизирующего излучения эти клетки на время уходят в «спячку», а при наступлении благоприятных условий возобновляют активное деление и, таким образом, приводят к рецидивам. Работа была выполнена при поддержке Российского научного фонда, результаты опубликованы в ведущем научном журнале International Journal of Molecular Sciences.

На немелкоклеточный рак лёгкого приходится почти 85% всех случаев рака лёгкого, при этом пятилетняя выживаемость составляет всего около 8%. Стандартным методом лечения неоперабельных больных с этим заболеванием является лучевая терапия. Однако несмотря на довольно большие

говорит старший научный сотрудник лаборатории разработки инновационных лекарственных средств и агротехнологий МФТИ Маргарита Пустовалова.

Ранее было известно, что опухолевые стволовые клетки обладают высокой способностью восстанавливать повреждения ДНК и избегать клеточной гибели. Оказалось, что эти клетки также обладают способностью в стрессовой для себя ситуации уходить в особое спящее состояние. В этом состоянии они переживают те дозы радиации, которые убивают обычные клетки. А при наступлении благоприятного периода «просыпаются» и дают популяцию многоядерных клеток, которые затем делятся, давая новые дочерние раковые (в том числе стволовые) клетки и провоцируя таким образом рецидив болезни. Подобные популяции гигантских многоядерных опухолевых клеток обнаруживаются практически во всех опухолях. Кроме того, обнаружилось, что раковые стволовые клетки ведут себя по-разному в ответ на облучение. «Мы сравнили две клеточные линии, которые в частности различаются по статусу транскрипционного фактора, белка p53. Этот белок, часто называемый «стражем генома», кодируется в клетке геном-онкосупрессором TP53, принадлежащим к семейству антионкогенов. Антионкогены в организме контролируют и предотвращают накопление клеток с аномальными изменениями генома, способствующими их злокачественной трансформации. Ген p53 запускает транскрипцию группы генов и активируется при накоплении повреждённого ДНК. Когда какие-то мутации возникают в гене TP53, или если такой ген в клетке вообще отсутствует, то клетка приобретает злокачественные характеристики», – поясняет С.Леонов.



Раковые стволовые клетки (слева) несут на своей поверхности специфические маркеры (например, CD44+ и CD133+), которые позволяют выделять их из общей популяции клеток. При окрашивании антителами, мечеными флуорохромами, эти клетки дают более яркое свечение по сравнению с теми клетками, которые таких маркеров не имеют

дозы облучения и комбинацию с другими видами терапии, через некоторое время у пациентов может наступить рецидив.

Опухоль обладает гетерогенностью, то есть состоит из разных клеток. Среди них есть так называемые раковые стволовые, обладающие сходными характеристиками с нормальными стволовыми. По предположению учёных, именно они обладают повышенной устойчивостью к лучевой терапии и способностью выживать в самых неблагоприятных условиях. Научная группа под руководством руководителя лаборатории разработки инновационных лекарственных средств и агротехнологий Сергея Леонова взялась проверить, действительно ли эти клетки обладают такими свойствами.

«Известно, что внутри опухоли есть популяция опухолевых стволовых клеток, которые обладают аномальной устойчивостью к радиотерапии и в последствии могут давать метастазы и приводить к рецидивам онкозаболеваний. Также известно, что такие клетки несут на своей поверхности определённые маркеры. Мы по ним выявили нужные нам стволовые клетки и воздействовали на них ионизирующим излучением», –

Биофизики извлекли раковые стволовые клетки из общей массы опухолевых клеток и разделили их по принципу наличия гена TP53. Оказалось, что при наличии такого гена клетки на время уходят в «спящее» состояние, а в отсутствие его клетки практически сразу начинают делиться.

«Наше исследование говорит о необходимости персонализированной терапии пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого. Нужно проверять, какой статус TP53 в клетках у конкретного пациента. И уже в связи с этим назначать терапию. Поскольку в зависимости от наличия или отсутствия p53 клетка может включать разные механизмы выживания», – добавила М.Пустовалова.

Учёные считают, что раковые стволовые клетки являются основной возможных рецидивов после лучевой терапии, поэтому лечение должно быть направлено не просто на уничтожение общей массы опухоли, но и проводиться с учётом особенностей её стволовых клеток. В том числе, необходимо выявлять в таких клетках наличие или отсутствие p53.

Андрей ДЫМОВ.

Фото
Маргариты ПУСТОВАЛОВОЙ.

Долгие десятилетия, касающиеся многих сфер и отраслей, в обиходе бытует утверждение: «Новое – это хорошо забытое старое». И в сотый раз можно услышать в адрес этого высказывания высокомерные упрёки в банальности и примитивности. К сожалению, похожие ассоциации могут возникнуть и при упоминании слова «наставничество». Это слово и впрямь кажется неким анахронизмом, в лучшем случае – ровесником индустриализации и коллективизации, если кто ещё помнит значение этих понятий.

Но, как это ни парадоксально, наставничество сегодня снова становится новым понятием и новым явлением. Это не только явление, но и целая мировоззренческая система. Наставников, мудрецов и учёных всегда почитали и уважали. «Я видел дальше других, потому что стоял на плечах гигантов», – сказал Исаак Ньютон, предельно точно выразив при этом мысль о том, что без накопления и передачи опыта развитие человеческой цивилизации невозможно.

В СССР система наставничества зародилась в 20–30-е годы прошлого века. В стране выстраивалась система передачи опыта и знаний не только в ходе обучения в образовательных учреждениях, но и на производстве. Её расцвет пришёлся на 70-е годы.

Однако вместе с распадом Советского Союза была утрачена и хорошо организованная система наставничества. Несколько десятилетий это явление было практически предано полному забвению на всех уровнях. Сегодня радует, что эта тема встала на повестку дня с новой силой. Роль наставничества в современной России велика. Это поможет формировать профессионалов во всех сферах.

Свою точку зрения высказал и Президент РФ Владимир Владимирович Путин: «Считаю необходимым подумать, как нам возродить институт наставничества. Многие из тех, кто сегодня успешно трудится на производстве, уже проходили эту школу». Позднее, на встрече с участниками Всероссийского форума «Наставник», глава государства резюмировал: «Любой профессионал всегда мечтает о том, чтобы дело, которому он посвятил всю свою жизнь, оказалось в будущем в надёжных руках. Думаю, что в этом как раз и сама суть наставничества».

В феврале 2018 г. Указом Президента РФ был учреждён знак отличия «За наставничество», которым награждаются лучшие наставники молодёжи из числа работников промышленности и сельского хозяйства, учителей, преподавателей, врачей, работников культуры, других сфер и отраслей. Через месяц знаком отличия «За наставничество» № 001 был награждён автор этих строк. Вручил его сам глава государства, сказав: «В России учреждена новая государственная награда – знак отличия «За наставничество». Мне очень приятно отметить, что за номером один он вручается ректору Самарского государственного медицинского университета академику РАН Геннадию Котельникову. Он – выдающийся врач, настоящий учитель, наставник, воспитал целую плеяду замечательных врачей и учёных».

Эти слова Президент РФ произнёс в Санкт-Петербурге во время посещения Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, где глава государства встречался с представителями медицинского сообщества, образовательных учреждений и врачебных ассоциаций России.

Без наставника – никуда

Сегодня наставничество является, как это ни звучало необычно, технологией для достижения целей национальных проектов «Образование» и «Здравоохранение». И подчеркну ещё раз, что весь мой жизненный и профессиональный опыт позволяет считать эти отрасли практически неразделимыми.

В Самарском ГМУ, которому я посвятил всю свою жизнь, наставничество всегда было в чести. В на-

стоящее время оно приобретает ещё более важное значение – и не только в нашем вузе, но и в целом в здравоохранении и образовании. Ведь сегодня, по сути, во всех сферах и отраслях, в науке катастрофически не хватает профессионалов, мастеров своего дела. И именно наставничество поможет решить эту проблему. Нужно только

Учителя с большой буквы

В подтверждение сказанному приведу наиболее яркие примеры наставничества и наставников с большой буквы – людей, которым я обязан всем, чего достиг. В своё время я тоже был наставляемым. Когда учился в аспирантуре, моим наставником была Маргарита Бабкова. Она не являлась

поездку по маршруту Рим – Москва – Куйбышев – Москва – Рим он совершил для меня за свой счёт.

Позже, уже в постсоветской действительности, когда я избирался в члены-корреспонденты Российской академии медицинских наук, Виктор Константинович сам позвонил, опять за свои деньги приехал из Риги на заседание и убедительно

докторов и 57 кандидатов медицинских наук. Искренне скажу, что это в меня вложил мой учитель. Сейчас кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии университета носит имя А.Краснова.

Моя благодарность моим учителям-наставникам – безмерна и безгранична. Чем и как я могу им отплатить? С огромным вниманием

Акценты

Роль наставничества велика

Без накопления и передачи опыта развитие человеческой цивилизации невозможно



Академики Г.Котельников, А.Краснов, В.Калнберз

избегать формализма, а из богатого наставничества прошлого брать всё лучшее и подходить к этому творчески.

В некоторых профессиях без наставника вообще невозможно стать мастером своего дела. К ним относится и профессия врача. В хирургии, например, без наставника стать хорошим специалистом невозможно.

Допустим, поступил в отделение молодой хирург. Кто его должен учить и направлять? Конечно же, более опытный врач. И ему, как врачу-наставнику, можно снизить нагрузку, например, сократить больных, чтобы у него оставалось время для молодого коллеги. То же самое касается профессий педиатра, стоматолога, психиатра...

Практическая подготовка всегда была и будет важнейшим и неотъемлемым составным компонентом любого образования, особенно образования медицинского. При этом во всей проводимой работе по наставничеству в полной мере применим (и более того – необходим!) главный лозунг: «Учить, лечить и заниматься наукой». Кроме того, здесь также открываются большие перспективы и для воспитательной работы. Ведь наставничество – это не только помощь в профессиональном росте, но и форма воспитания.

Но дело в том, что наставником может стать далеко не каждый человек, каким бы опытным специалистом он ни был. Наставник – это человек, имеющий не только высокую профессиональную подготовку, но и призвание педагога. Нельзя быть наставником по обязанности. Успеха достигает только тот, кто берётся за дело по доброй воле, кто может вложить в молодого специалиста не только опыт и знания, но и душу. Ещё нужно обладать педагогическим тактом, хорошо понимать личную ответственность за обучение молодёжи, да много ещё чего нужно...

Отсюда вывод. Учитель – это не только тот, кто учит, но обязательно тот, у кого хотят учиться, кого выбирают себе в учителя. К тому же во все времена бытовала, бесспорно, справедливая точка зрения: «Есть наставник – и есть наставляемый. Есть и обоюдная польза от наставничества – и наставнику, и наставляемому».

И в целом наставничество – это осознание того, что наставник влияет не просто на одного молодого специалиста, а в целом на будущее всей отрасли – медицины, образования, науки. Наставник-учитель передаёт эстафету из настоящего в будущее.

моим научным руководителем, но была хорошим врачом, хирургом, заведовала отделением ортопедии, будучи доцентом. Маргарита Ивановна сделала для меня очень много, была настоящим учителем. Шестой курс института я окончил у неё в группе и через 2 недели пришёл на кафедру в то же отделение, где она работала. Первые операции выполнил под её руководством – такое нельзя забыть!

В конце 70-х – начале 80-х годов прошлого века, я был сперва председателем студенческого профкома, потом секретарём комитета комсомола института, одновременно работал на кафедре и в отделении. На работу приходил к 8 часам на обход, а в 8:45 – уже в операционной. Оперировал много и каждый день... Под руководством Маргариты Ивановны осваивал аппарат Илизарова для лечения переломов костей, тогда он только-только внедрялся. Как она считала, у меня получалось хорошо. Я прооперировал около 400 больных. Моя кандидатская диссертация была напрямую связана с этими операциями и посвящена применению аппарата Илизарова для удлинения костей голени. Результаты научного исследования имели важное практическое значение, поскольку позволили решить проблему укорочения конечностей у больных после перенесённого полиомелита. Я счастлив, что она была в моей жизни, и была не только учителем-наставником, но и настоящим другом.

Глубоко благодарен судьбе и за то, что был знаком с выдающимся советским врачом и учёным, который повлиял на развитие моей личности, героя Социалистического Труда, депутата Верховного Совета СССР, лауреата Государственной премии СССР, академика РАН Виктора Калнберза. Он стал для меня самым ярким примером служения профессии, олицетворением лучших человеческих качеств.

Мы познакомились с ним на международном симпозиуме в Риге: он – директор института, я – молодой аспирант. Тем не менее, после короткого разговора он согласился стать оппонентом на защите моей кандидатской диссертации. Навсегда остался в памяти эпизод, значение которого я в полной мере оценил только много лет спустя, когда у меня самого появились многочисленные ученики, аспиранты и докторанты. Виктор Константинович прилетел на мою защиту из Италии, где он в то время оперировал по приглашению Минздрава Италии. Частную

выступил на нём. Это была важная для меня поддержка, а с его стороны – поступок настоящего человека. Я подарил ему свои золотые часы. Они сейчас – в музее Калнберза на его родине...

Но, главным учителем-наставником в моей жизни стал выдающийся советский и российский травматолог-ортопед, академик РАН, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Государственной премии и премии Правительства РФ Александр Краснов. Его знали не только в России, но и далеко за рубежом – он вернул здоровье тысячам людей. Александр Фёдорович обладал величайшей трудоспособностью, всегда был устремлён в будущее, умел радоваться успехам учеников. Именно он определил мой жизненный путь как врача и учёного.

Впервые я пришёл к нему в кабинет студентом 4-го курса. Сколько лет прошло, но помню ту встречу до мельчайших подробностей! Меня тогда избрали председателем профкома студентов Куйбышевского медицинского института и пригласили к ректору. Александр Фёдорович приветливо назвал меня по имени-отчеству и сказал, что будем работать вместе. Так и произошло: мы с ним до самой его смерти шли по жизни рядом друг с другом. Со студенческой скамьи он относился ко мне уважительно, как и ко всем окружающим. Это – отличительная черта его характера.

Ещё одна черта – забота о людях. Не единожды я испытал это и на самом себе. В те годы мне предложили должность заведующего травматологическим отделением самой крупной в стране медсанчасти ВАЗа в Тольятти. Сразу предложили приличную зарплату и, что самое важное, квартиру в новом доме. Жили мы втроем – с женой и сыном на съёмной квартире, денег не хватало, предложение было заманчивое.

Пришёл к Александру Фёдоровичу, объяснил ситуацию. Он встал из-за стола, пошёл по кабинету, потом сказал: «От Тольятти вам надо отказываться. Это не ваш жизненный путь. Вам надо учиться в аспирантуре, квартиру мы вам дадим». Через три недели меня вызвали в местком института и предложили изолированную однокомнатную квартиру. Надо ли говорить, как мы с женой радовались!..

Впоследствии Александр Фёдорович пригласил меня работать в приёмную комиссию, я стал заместителем декана лечебного факультета, секретарем парткома института. Я горжусь тем, что именно под его руководством защитил свои кандидатскую и докторскую диссертации.

В этом году Самарскому ГМУ исполняется 103 года. И 52 года, больше половины всей истории вуза, его возглавлял учитель и ученик: 31 год – А.Краснов, 21 год – автор этих строк. Александр Фёдорович стал ректором, когда в вузе был только один факультет. При нём институт стал многофакультетным, были построены три общежития. Им было создано новое научное направление, основана крупная научно-педагогическая школа, написаны и опубликованы уникальные научные труды, под его руководством защищены десятки кандидатских и докторских диссертаций.

Горжусь тем, что тоже подготовил немало учеников. Под моим руководством защитили диссертации 26

слежу за судьбой, делами и успехами детей и внуков Александра Фёдоровича и Маргариты Ивановны, помогаю им, чем могу. Езжу по памятным датам на кладбище...

В то же время прекрасно понимаю и отчётливо осознаю, что первыми моими наставниками в жизни были, конечно же, родители – Пётр Александрович и Мария Ивановна. Они поддержали моё решение поступить в медицинский институт. Научили меня главному – умению трудиться, уважать старших, любить людей. Эти качества, привитые в детстве, помогают мне всю жизнь.

Веление времени

Все мои жизненные наставники честно и до конца делали своё дело. И думаю, это не прозвучит слишком высреченно, если скажу, что всю свою жизнь всей душой болел и болею за наставничество, за его внедрение и развитие везде, где это поможет делу.

Всю эту большую работу мы с коллегами последовательно и настойчиво продолжаем в Самарском ГМУ. По распоряжению нового ректора университета профессора РАН Александра Колсанова создан Совет по наставничеству университета, который я возглавил. В его работе активно участвуют практически все основные подразделения вуза – Институт профессионального образования и Центр развития кадрового потенциала, управление кадров и профсоюзный комитет, члены школы молодого преподавателя и наставники-добровольцы... Не могу не назвать имена моих коллег, наиболее преданных делу наставничества. Это – заслуженный врач РФ и почётный профессор вуза Ольга Линёва, проректор по учебной работе Елена Авдеева, заведующий кафедрой Дмитрий Печуров...

Дополнительную уверенность нам придаёт тот факт, что в стране (после долгого перерыва!) начало свою работу официально зарегистрированное Всероссийское общественное движение «Наставники России». Его цели – развитие наставничества в сферах образования, культуры, здравоохранения, спорта, патриотического воспитания, формирование кадрового резерва профессиональных отраслей. Важно не превратить важное начинание в рядовое мероприятие. Думаю, всем нам это по силам.

Губернатор Самарской области Дмитрий Азаров на праздновании Дня российской науки сказал: «Достигнуть стоящих перед регионом задач невозможно без формирования эффективной системы выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодёжи. Институт наставничества нам нужно развивать».

Движение наставничества имеет почти 100-летнюю историю. Но, безусловно, ему уготовано и большое будущее. Развитие движения наставничества – веление времени. И нам надо делать всё для того, чтобы шагать в ногу с ним.

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ,
председатель Самарской Губернской
Думы, президент Самарского ГМУ,
председатель Совета ректоров вузов
Самарской области,
академик РАН,
лауреат Государственной
премии РФ,
трижды лауреат премии
Правительства РФ.

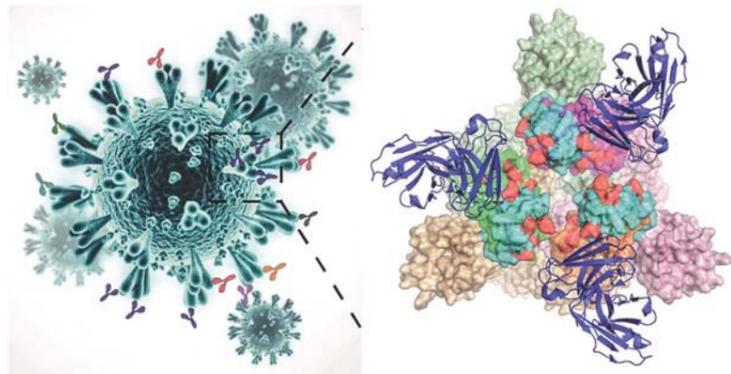
Исследования

Вирус-маркет

Nature поместил сообщение о публикации трёх отчётов китайских специалистов из Центра по контролю заболеваемости, которые пока ещё не прошли строгого разбора со стороны критиков – профессионалов в области вирусологии и геномики. Чуть ранее в этом же издании была помещена фотография главного входа уханьского рынка Хуанань («Южного Хуа»), на котором продавалось всё что угодно, в том числе ентовидные собаки, покупаемые для еды.

работников, через 3 недели после введения первой дозы, затем через месяц и полгода после второй, что и позволило чётко выявить временную тенденцию развития антительного ответа. С одной стороны, результат неутешительный, поскольку последний против омикрона угасал и становился в 23 раза менее эффективным, с другой стороны, авторы настоятельно призывают вакцинироваться, так как у вакцинированных иммунитет «падал» лишь в 3-4 раза.

Опасность и повышенная контагиозность – способность пере-



Слева вирус со спайками и Y-образными антителами, справа разноцветный спайк и синие бета-структуры трёх антител

Животное *Nyctereutes procyonoides* распространено на севере Китая и у нас в Уссурийском крае. Китайские авторы во многом повторили исследование группы экспертов ВОЗ, которые опубликовали свои результаты в марте 2021 г., категорически отвергнув лабораторное происхождение вируса. Авторы одного из последних отчётов проверили 188 животных 18 видов, а также сделали более тысячи смывов с рыночных прилавков, что позволило выявить «эпицентр» вспышки, связанной с инфицированным енотом и волной распространения вируса вокруг рынка, а затем и в городе...

В том же номере журнала, вышедшем в конце февраля, было опубликовано 4 статьи, касающиеся разных аспектов «ухода» изпод иммунного надзора варианта омикрон, на который практически не действуют антитела. Речь идёт о нейтрализующих антителах, синтезируемых в организме человека после его вакцинации. К ним можно добавить две статьи вирусологов из Университета штата Огайо, которые выявили быстрое «угасание» антительного ответа. Важность их работы связана с тем, что они обследовали специфическую группу из 48 медицинских работников, постоянно сталкивающихся с большим количеством обращавшихся за помощью. Авторы брали кровь до вакцинации

даваться при разного рода контактах – омикронного варианта связана с быстрым и эффективным его проникновением в клетки слизистой (слизистого эпителия) носовой полости. Из них вирус по отросткам обонятельных нейронов попадает в нейроны обонятельной луковицы, лежащей на основании лобных долей. Вполне возможно, что препятствие на пути распространения омикрона станут вакцины интраназального применения, за применение которых можно только ратовать. «Нечувствительность» омикронного варианта коронавируса к действиям нейтрализующих антител связана с мутациями в гене, отвечающем за синтез спайков, или белковых шпикет. Именно они вступают в контакт – связываются – с протеиновым рецептором клетки ACE, представляющим собой энзим конверсии ангиотензина. После образования контакта двух белков клетка «утаскивает» вирус в цитоплазму, где он и размножается. Остаётся непонятным, зачем клетки впускают в себя вирусы, которые зачастую их убивают, хотя клеточная смерть, как, например, в случае ВИЧ-инфицирования, может наступать и не сразу. Выявление всех молекулярных деталей вирусной инфекции необходимо для создания эффективных и нетоксичных для клеток лекарств.

В ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ» по программе «Земский доктор\Земский фельдшер» требуются следующие специалисты:

№ п/п	Наименование медицинской организации (адрес)	Наименование структурного подразделения (адрес)	Наименование должности	Количество ставок	Сумма по программе
1.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Марковская участковая больница, Иркутская область, Усть-Кутский р-н, п. Верхнемарково, ул. Солнечная, 1А	Врач общей практики (семейный врач)	1	2 млн руб.
2.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Нийская врачебная амбулатория, Иркутская область, Усть-Кутский р-н, п. Ния, ул. Тбилисская, 1	Терапевт	1	2 млн руб.
3.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Звёзднинская врачебная амбулатория, Иркутская область, Усть-Кутский р-н, п. Звёздный ул. Горбунова, 5	Терапевт	1	2 млн руб.
4.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Офтальмолог	1	1 млн руб.
5.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Педиатрическое отделение детской поликлиники Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Педиатр участковый	1	1 млн руб.
6.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Хирург	1	1 млн руб.
7.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Отделение скорой медицинской помощи, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Фельдшер скорой медицинской помощи	1	500 тыс. руб.
8.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Женская консультация, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Высоцкого, 22	Акушер-гинеколог	1	1 млн руб.
9.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Терапевтическое отделение поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Терапевт участковый	1	1 млн руб.
10.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Терапевтическое отделение поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Инфекционист	1	1 млн руб.
11.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Поликлиника, Терапевтическое отделение поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Врач функциональной диагностики	1	1 млн руб.
12.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Отделение первичной специализированной 14.медико-санитарной помощи поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Невролог	1	1 млн руб.
13.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	Оториноларинголог	1	1 млн руб.
14.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Казаркинский фельдшерско-акушерский пункт, Иркутская область, Усть-Кутский р-н, с. Казарки, Бамовская, 12	Заведующая фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер	1	1 млн руб.

Социальные гарантии:

- денежная компенсация за наем жилого помещения 15 тыс. руб. в месяц для врачей-специалистов за счёт бюджета УКМО;
- выплата подъемных трём молодым специалистам (с высшим медицинским образованием) в размере 300 тыс. руб. (по 100 тыс. руб. каждый год) каждому за счёт бюджета УКМО;
- социальная выплата на приобретение жилья специалистам с высшим образованием в размере 300 тыс. руб. за счёт бюджета УКМО;
- предоставление служебных квартир по ходатайству в адрес администрации УКМО с учётом очередности.

Адрес:

– юридический/фактический: 666781, Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Высоцкого, 22.

– телефон/факс 8 (395-65) 5-84-88

– адрес эл. почты: ukcrbid@irmail.ru

Главный врач: **Александр Енговатых**

Отдел кадров: **8 (39565)5-79-02**

Начальник отдела кадров: **Мария Михайлова**

адрес эл. почты: **kadr57902@yandex.ru**

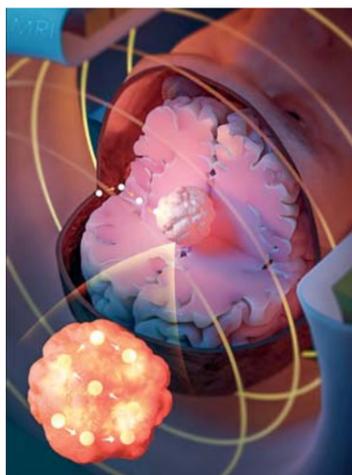
Взгляд

MPT-тераностик

Новый тераностический подход, получивший название MINIMA (Minimally INvasive IMage-guided Ablation) предложен в Университетском колледже Лондона, где MPT «приспособили» для подведения к опухоли терапевтических наночастиц. Авторы разработки уверены, что их метод «выжигания» опухоли признан минимизировать хорошо известную токсичность современных методов лечения внутримозговых опухолей, откуда и название подхода с использованием модифицированного MPT.

Сначала специалисты получали стандартное MPT-изображение (MRI) для выявления локализации опухолевого процесса.

После этого в мозг вводились (непосредственно или с током крови) «термосемена» в виде железосодержащих, или ферро-



Опухоль мозга, исследуемого с помощью MPT (жёлтым показаны магнитные силовые линии)

магнитных наночастиц, которые можно подвести к опухоли и «инфильтрировать» в неё. Навигацию наночастиц с разрешением 0,3 мм после определения инвазивного пути осуществляли с помощью включения дополнительного навигационного контура MPT. После «введения» частиц термосемей в опухоль исследователи включали контур генерации переменного магнитного поля, которое нагревало железосодержащие наночастицы, благодаря чему достигалась абляция опухолевого образования.

Учёные подчёркивают, что наночастицы можно двигать в разных направлениях, постепенно прогревая весь объём разрастания. Тем самым тераностический метод MINIMA позволяет получить изображение, а также осуществить навигацию терапевтических наночастиц и провести необходимую терапию. В конце лечения MPT используется также и для выведения из мозга гипертермических ферромагнитных наночастиц. Новый метод был успешно опробован как на культурах клеток, так и на модели опухоли.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Advanced Science, bioRxiv, Nature, Science.

Исследование Института экономических исследований RWI Leibniz в Эссене (Германия) чётко доказывает связь между употреблением алкоголя среди молодёжи и ростом криминальных преступлений. Эксперты сделали удивительные выводы.

По законодательству страны молодёжь может употреблять вино и пиво с 16 лет. Согласно результатам исследования, употребление алкоголя подростками с этого возраста возрастает на 20%, как только они получают право легально покупать вино и пиво. А дальше количество потребляемого алкоголя увеличивается на 35%. А повышение концентрации алкоголя в крови выше критического значения влияет на поведение подростков, и они совершают первые преступления.

Как поясняет Фабиан Дехос из института экономических исследований, молодёжь в возрасте 16 лет под воздействием алкоголя очень часто впервые нарушают закон. Он утверждает, что «участие в уголовных преступлениях в состоянии опьянения в этом возрасте возрастает на 15,7%». Для выяснения связи между преступлениями и употреблением алкоголя среди молодёжи Дехос объединил данные подробных репрезентативных опросов подростков об их алкогольном поведении с данными статистики преступности. Изучив материалы, исследователи пришли к такому выводу. Среди самых частых преступлений являются лёгкие и серьёзные телесные повреждения, кражи и вандализм. При этом уголовные преступления чаще всего совершают парни, хотя не редки они и среди девушек. Исследователи считают, что повышение минимального возраста для употребления алкоголя с 16 до 18 лет может замедлить преступность среди молодёжи.

В стране действует широкий свод правил, касающихся продажи и публичного потребления алкоголя, табака. В некоторых федеральных землях дополнительно приняты ограничительные меры.

Существует целый ряд ограничений, призванных уменьшить

А как у них?

Разрешено всё, что не запрещено



употребление спиртных напитков. Пить и курить в Германии можно в строго определенных местах. В отличие от Швеции, где алкоголь продается исключительно в государственной сети магазинов, в Германии крепкие напитки можно купить в обычных супермаркетах.

В торговых автоматах предусмотрена защита от доступа детей и подростков. Это может быть сканирование чипа банковских карт, либо автомат должен стоять в месте, доступном только для взрослых. Пить пиво и вино в общественных местах можно с 14 лет в присутствии и с согласия родителей (опекунов). До 14 лет пить алкоголь категорически не разрешено ни при каких условиях. За продажу алкоголя лицам, не достигшим установленного возраста, можно «заработать» штраф до 50 тыс. евро. Сумма зависит от законов конкретной федеральной земли.

По сравнению, например, со Швецией в Германии очень мало ограничений на употребление алкоголя в общественных местах. В пабах и барах пить разрешается. Но появляться на улице с бутылкой виски в руках строго запрещено. Полицейские имеют право провести проверку на содержание алкоголя в крови у человека,

который ведёт себя неадекватно. В Гамбурге и Кельне за банку пива в автобусе последует штраф 40 евро. Для водителей, которые преодолели испытательный срок, действует норма в 0,5‰. Превышение лимита влечёт штраф до 1,5 тыс. евро. Показатель 1,1‰ может оставить водителя без прав. Велосипедисты получают такие же штрафы, как и автомобилисты, если показатель достигнет 0,16‰.

В каждом заведении, где продаётся алкоголь, в качестве альтернативы должны быть в продаже безалкогольные напитки по более низкой стоимости, чем самый бюджетный алкоголь, стоящий на прилавке. Если человек проработал более 5 лет на одном предприятии и стал алкоголиком, его довольно дорогостоящее лечение оплачивает работодатель.

Во всех точках продажи алкоголя в пределах видимости покупателей должно быть размещено уведомление об ограничениях, прописанных в Законе о защите молодёжи.

Долгое время в Германии не было никаких запретов в отношении курильщиков. Первый закон был принят в семидесятые годы – тогда запретили рекламу табачных изделий на радио и телевидении. Позже запрет распространился

на печатные и электронные СМИ. Производители табачных изделий потеряли право быть спонсорами теле- и радиопрограмм, любых массовых мероприятий.

В 2007 г. принят Федеральный закон о защите от курения, который устанавливает запрет на курение в федеральных учреждениях и общественном транспорте, определяет порядок наложения штрафных санкций. Суммы штрафов зависят от обстоятельств совершения административного правонарушения и могут составлять до тысячи евро.

В соответствии с Постановлением о рабочем месте, работодатели обязаны создать условия для защиты некурящих сотрудников от угроз, которые несёт табачный дым.

В Германии, чтобы купить сигареты, нужно иметь при себе персональный паспорт (Personalausweis), быть гражданином Германии или иметь визу. Документ прокатывается через ридер, автомат удостоверяется, что покупателю уже есть 18 лет. Затем надо внести деньги и выбрать нужную пачку.

Самые суровые антитабачные ограничения существуют в Баварии. Абсолютный запрет на курение в заведениях общественного питания введён в Северном Рейне-Вестфалии, Баварии и Сааре. В некоторых регионах по этому поводу есть послабления. В берлинских ресторанах для курильщиков предусмотрены подсобные помещения. В Гамбурге свободно чувствуют себя курильщики в барах площадью до 75 м², где реализуются исключительно напитки.

По всей территории Евросоюза запрещены и сигареты с ментолом. Считается, что ментол и другие ароматы придают процессу курения дополнительную привлекательность. Курить можно в тех местах, которые не прописаны в законах конкретной земли. Не запрещено курить в квартире и на балконе, если соседи не против.

В барах, кинотеатрах, на вокзалах надо искать специально отведённые места. Внутри автомобиля, даже если он собственный, можно курить, если водитель не занимается пассажироперевозками. В Германии реклама табачных изделий будет запрещена полностью. Под запрет попадают любые флаеры и плакаты с табачной рекламой. Производители смогут презентовать свою продукцию в очень ограниченных случаях.

Стране понадобилось 6 лет бурных дискуссий, чтобы прийти к такому решению. В мае 2020 г. законопроект одобрен Бундестагом. Закон, призванный оградить общество от пагубного влияния табачных изделий, будет реализовываться поэтапно.

В 2023 г. вступят в действие ограничения в отношении систем нагревания табака, к 2024 г. на территории Германии будут запрещены электронные сигареты. Планируется закон, согласно которому нельзя демонстрировать рекламу табака на киносеансах, разрешённых к просмотру подросткам младше 18 лет.

Результаты статистического исследования Федерального центра по пропаганде здорового образа жизни свидетельствуют о том, что количество курильщиков в Германии неуклонно сокращается, 72% молодых людей младше 18 лет никогда не пробовали курить. В Европе не только Германия идёт по пути строгих ограничений в отношении табакокурения. Такой же политики придерживаются все страны Евросоюза. В Финляндии несовершеннолетние могут угодить за курение за решётку, в Великобритании есть запрет на курение на футбольных стадионах. В Греции, где курение в общественных местах запрещено с 2010 г., штрафы курильщикам за злостные нарушения достигают 10 тыс. евро.

Юлия ИНИНА.

По материалам WAZ.

Бывает и такое

На сегодняшний день случаи, когда врач сам становится пациентом, редко попадают в поле зрения исследователей. Тем не менее, эта проблема существует и представляет определённый интерес. Как показывают результаты исследований, медработникам, оказавшимся «по ту сторону терапии» порой бывает трудно примерить на себя роль больного, а их коллеги, соответственно, испытывают сложности с лечением таких подопечных.

Врач в болезни

Медицинские работники ничем не отличаются от остальных людей. Порой они тоже болеют и вынуждены обращаться за профессиональной помощью к своим коллегам. Однако, несмотря на то, казалось бы, чёткое распределение ролей, нельзя игнорировать тот факт, что, оказавшись на месте пациента, врач может пытаться использовать свои профессиональные знания, опыт, отношения и заявлять собственную позицию.

Как выяснилось в ходе исследований, хотя большинство врачей и рекомендуют своим пациентам ежегодное обследование, до 70% медиков не проходят его сами. Значительная часть из них занимается самолечением и имеет проблемы с выполнением терапевтических рекомендаций. Так, более 90% американских врачей принимают лекарства, которые они

Между нами, докторами

сами себе назначили (в основном антибиотики, противоаллергические препараты, контрацептивы и седативные средства), и многие из них не пользуются услугами общественного здравоохранения. Аналогичные результаты были получены в Великобритании. Исследователи выяснили, что подавляющее большинство британских врачей лечат себя сами, причём среди врачей общей практики это происходит чаще, чем среди специалистов, особенно если это касается психических заболеваний, ВИЧ-инфекции или инфекций, передающихся половым путём.

Помимо этого, эксперты выделяют ещё один аспект – врачи не всегда могут объективно оценить своё заболевание. Хотя профессиональные знания и помогают классифицировать симптомы и принять решение о необходимой помощи, приверженность к самодиагностике, наблюдаемая среди врачей ещё во время учёбы, оказывает им, что называется, «медвежий услугу». С одной стороны, может включиться «катастрофическое мышление», когда человек, обладая профессиональными знаниями о симптомах серьёзных заболеваний, отождествляет с ними собственное состояние. С другой – это, наоборот, может привести, к игнорированию симптомов и, как следствие, са-

мой болезни. К тому же, выбирая «партнёров по терапии» среди своих коллег по цеху, они зачастую ожидают индивидуального подхода и особого отношения, например, увеличения времени приёма или консультаций в нерабочее время, а также нередко проявляют определённую жёсткость при обсуждении лечебного процесса.

Дело в том, что человеку, в силу профессии привыкшему доминировать и брать на себя ответственность, нелегко поменять менталитет и передать «бразды правления» в чужие руки. Как следствие, специфические особенности работы влияют на взаимодействие «врач-пациент» и делают социальные отношения между ними асимметричными.

И в здравии

«Лечащая сторона» тоже сталкивается с определёнными трудностями.

Доверие к квалификации пациента приводит к снижению качества медицинской помощи. Когда врач допускает, что коллега-пациент знает о своём диагнозе и методах терапии столько же или даже больше, чем он сам, может возникнуть искушение пустить процесс лечения «на самотёк».

Медицинское обслуживание определяется коллегиальными и

личными взаимоотношениями, размывая границы между врачом и больным.

Отмечается, что в случае необходимости врачи более охотно консультируются со своими коллегами кулуарно, к тому же многие из них предпочитают независимому специалисту своих друзей-медиков или родственников с медицинским образованием. Однако, считают эксперты, излишек личной информации также способен затруднить терапию.

На самом деле, чтобы разрешить проблему надо всегда помнить о том, что врач не должен относиться к пациенту-коллеге иначе, чем к обычному больному. В противном случае результаты терапии могут быть не только неэффективными, но и контрпродуктивными. Лечение должно быть сосредоточено строго на характере заболевания, а не на профессии пациента. Этот факт надо просто принять как данность, причём обеим сторонам.

Будьте здоровы, доктор

Несмотря на то, что ситуация, когда врач становится пациентом своего коллеги является не совсем стандартной, обе стороны могут остаться в выигрыше, если отнесутся к ней внимательно и учтут все «подводные камни» и бонусы.

На сегодняшний день проблема «болеющих врачей» находится в

фокусе внимания государственных органов здравоохранения. Эксперты Британского генерального медицинского совета предлагают заболевшему медицинскому работнику проконсультироваться со своим квалифицированным коллегой и следовать всем его рекомендациям, как в целях устранения потенциального риска для собственного здоровья, так и для устранения рисков для своих больных. Тем не менее, в целях гарантии получения независимой и объективной медицинской помощи такому пациенту не рекомендуется обращаться к врачу в случае, если последний является членом его семьи.

Аналогичные рекомендации были также приняты медицинскими организациями других стран. Так, например, в Норвегии этот вопрос решается в рамках программы «Врачи для врачей», организованной Норвежской медицинской ассоциацией. В качестве наставников привлекаются врачи общей практики, прошедшие специальную подготовку по обращению с врачами как с пациентами.

По мнению экспертов, возможно уже настало время обратить внимание на то, чтобы медицинские учебные заведения начали рассматривать эти вопросы с целью научить будущих врачей правильно действовать в этой ситуации.

Илья ДУГИН.

По материалам Family Medicine, Current Psychiatry.

К числу уникальных, но во многом непознанных учёных ушедшего XX века можно смело отнести выдающегося топографо-анатома СССР, профессора Калининского медицинского института, доктора медицинских наук Юрия Золотко – автора первого в СССР и ставшего хрестоматийным «Атласа топографической анатомии человека». На его атласах выросли тысячи врачей нашей страны и многих государств зарубежья. Но его жизненный путь и история создания этого феноменального научного труда до сих пор остаются практически не известными не только для широкой аудитории, но и для тех, кто сегодня работает в стенах его родного учебного заведения...

Юрий Леонидович родился в октябре 1923 г. в Ярославле. В 1931 г. он поступил в школу, но через 2 года переехал с родителями в Ташкент, в июне 1941 г. с отличием там окончил школу, сразу же был призван на службу и направлен на обучение в знаменитое Фрунзенское пехотное училище. Участвовал в боевых действиях в составе Юго-Западного фронта, был командиром батареи 528-го миномётного полка. В августе 1943 г. Ю.Золотко был тяжело ранен и направлен в госпиталь на стационарное лечение, после чего снова возвратился на поля сражений. За доблестную службу был награждён Орденом Отечественной войны II степени и медалями «За освобождение Белграда» и «За победу над Германией». В 1947 г. поступил на первый курс Ленинградского государственного стоматологического института.

Именно во время обучения в институте особенно ярко проявились его способности к художественному творчеству. Он всегда неплохо рисовал, ещё в школьные годы интересовался живописью, пытался копировать репродукции известных мастеров, делал много карандашных набросков. Годы войны вынужденно прервали это увлечение, но в студенческое время художественный интерес разгорелся с новой силой. Здесь Ю.Золотко впервые применил свой талант в контексте будущей профессии – чтобы лучше разбираться и запоминать учебный материал, он стал зарисовывать препараты с натуры, дополнять своими иллюстрациями рукописные лекции, фиксировать все нестандартные случаи графическими набросками на бумаге. Эту необычную привычку сразу же оценили педагоги, которые посоветовали ему увлечься анатомией. Особый художественный взгляд на человеческое тело, живой интерес к постижению тайн строения организма, проснувшаяся тяга к мануальной деятельности в анатомическом зале только подкрепили советы учителей – Юрий Леонидович решает связать свою судьбу с анатомической наукой и после окончания обучения остаётся работать на кафедре оперативной хирургии ЛГСМИ в должности старшего лаборанта.

Работая на кафедре, он много и увлечённо занимался оформительской работой, создаёт огромный архив оригинальных наглядных пособий, тематических стендов, обучающих иллюстрированных таблиц. Вскоре Юрий Леонидович решает самостоятельно заняться научной деятельностью и приступает к диссертационному исследованию, посвящённому вариантной анатомии сосудов лица. Над диссертацией молодой анатом работал увлечённо, продуктивно, много препарировал, подготовил ряд интереснейших экспонатов для анатомического музея. Ну и, конечно, много рисовал! Кандидатская диссертация содержала множество оригинальных рисунков и схем, и, по сути, стала своеобразной прелюдией к большой и серьёзной работе, которая увековечила имя её автора в истории отечественной медицины.

В 1954 г. по решению Правительства СССР Ленинградский стоматологический институт был переведён в город Калинин, став Калининским государственным медицинским институтом. Часть педагогического коллектива отправилась вслед за своим вузом в надежде на новые перспективы – на базе нового учреждения открывался, помимо стоматологического, ещё и лечебный факультет. Юрий Леонидович был среди них. Его перевели в Калинин на должность ассистента кафедры топографической анатомии.

Уже в 1956 г., через два года после переезда в Калинин (ЛГСМИ)

высокопоставленного «благословения» Ю.Золотко приступил к многолетней и кропотливой работе над первым в СССР атласом топографической анатомии человека, определившим в последствии всю его профессиональную судьбу.

Работа над первым томом атласа заняла у Ю.Золотко целых 8 лет (1956–1963). В него вошли материалы по разделу «Голова и шея». Уникальность этой работы заключается в первую очередь в том, что весь процесс подготовки издания от начала и до конца осуществлял лично Юрий Леонидович. Он самостоятельно готовил препараты, их послойно препарировал, произ-

лектив – помимо учёных-анатомов, которые занимались подготовкой препаратов, а также описательной частью атласа, всегда привлекалось несколько профессиональных художников, создавались специальные фотолaborатории для фиксации иллюстративных материалов на плёнку и фотобумагу.

Ю.Золотко в 1964 г. издал в одиночку подготовленный первый том атласа на 215 страницах широкоформатной альбомной печати, тиражом 10 тыс. экземпляров. Ему удалось после детального препарирования тканей на бальзамированном трупном материале точно изобразить в цвете и передать

В это время он активно работает над третьим томом атласа, посвящённом топографической анатомии верхних и нижних конечностей. По-прежнему корпит над препаратами, рисунками и все этапы подготовки материала производит самостоятельно. Лишь изредка, в силу новых забот и обязанностей, профессор разрешает включиться в процесс своим аспирантам – молодым анатомам-ассистентам Владимиру Калиниченко, Римме Михайловой и Елене Хоткевич, которые активно работают над своими кандидатскими диссертациями под руководством профессоров И.Кудрина и Ю.Золотко.

Кроме этого Юрий Леонидович активно публикует в научной печати свои статьи. До наших дней дошли уникальные артефакты – черновики некоторых журнальных статей, одна из которых посвящена изучению вариантной анатомии подъязычной артерии.

Обращает внимание методология сбора материала и фиксация результатов. В частности, для журнальной статьи Ю.Золотко выполнено и проанализировано 174 анатомических препарата, описаны особенности хода артерии, её положение относительно нижней челюсти, язычного нерва и подъязычной железы. Результаты занесены в рукописные таблицы и графические схемы, для которых придуман собственный, лаконичный символичный шифр обозначения. На пожелтевших листах сгруппировано множество стрелок, уголков, цифр, линий и чёрточек, сочетание которых полностью отражает особенности вариантной анатомии каждого препарата. Кроме того, материал сопровождается собственными зарисовками, а также подробные расшифровки графических элементов. Всё это свидетельствует о высочайшем организационном и методологическом уровне проведения Ю.Золотко научных исследований, об авторском творческом подходе в работе с материалом, а также о масштабности изучения материала – 174 препарата могли бы сегодня стать основой полноценной кандидатской диссертации.

К концу 1972 г. подготовка третьего тома атласа к изданию была полностью завершена. На этот раз он содержал 296 страниц с 206 рисунками, среди которых были не только цветные иллюстрации, но и фотографии макропрепаратов, которые выполнил Ю.Золотко с применением новых авторских коррозионных материалов. Собрав все материалы нового тома атласа воедино, профессор вместе с супругой Валентиной Степановной 29 декабря 1972 г. отправляется в Москву. В столичном издательстве «Медицина» его рукопись ждали с нетерпением. Юрий Леонидович уложился в отведённые ему сроки и сдал драгоценный материал в печать. В этот же день супруги Золотко отправились домой в Калинин, однако вернуться из Москвы им, увы, уже не было суждено – произошла автомобильная катастрофа, в результате которой супруги трагически погибли...

Так печально и трагично оборвалась жизнь выдающегося топографо-анатома СССР, самобытного художника и учёного, разносторонне талантливого профессора Юрия Золотко. После себя он оставил богатое научное наследие – первый в истории СССР трёхтомный «Атлас топографической анатомии человека» (третий том вышел в печать в 1976 г.), серию оригинальных научных публикаций, массу черновиков и рисунков, которые сегодня являются предметом изучения для новых поколений будущих медиков.

Максим СТРАХОВ,
кандидат медицинских наук,
член Союза журналистов России,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Далёкое-близкое

Наука, ставшая искусством

К 100-летию автора первого в СССР «Атласа топографической анатомии человека» профессора Ю.Золотко



Ю.Золотко (второй слева) с сотрудниками кафедры анатомии КГМИ. В центре – профессор И.Кудрин

стал КГМИ), ассистент кафедры топографической анатомии Ю.Золотко с успехом защитил кандидатскую диссертацию на тему «Артериальное кровоснабжение поверхностных мягких тканей лица». Об этом важном эпизоде в его жизни сохранились опубликованные воспоминания его институтских коллег В.Градовой и М.Петухова: «Члены учёного совета Первого Ленинградского медицинского института с интересом рассматривали диссертационную работу, представленную (...) ассистентом кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Калининского медицинского института Ю.Л.Золотко. Их поразила не только глубина разработки темы диссертации (...), но и особенно иллюстрации к ней. Членам учёного совета раньше случалось видеть хорошо иллюстрированные работы, но там рисунки выполнял кто-нибудь из профессиональных художников (...). Как правило, они не всегда были точны с анатомической точки зрения, а потому и не столь ценны. Эти же были выполнены самим автором, человеком, хорошо знающим анатомию, и не шли с теми, прежними, ни в какое сравнение».

Юрий Леонидович вспоминал, что основоположник советской гемотрансфузиологии, академик Филатов настоятельно посоветовал молодому и талантливому учёному продолжить начатую работу и непременно заняться созданием авторского иллюстрированного атласа. Эту идею живо поддержал заведующий кафедрой нормальной анатомии КГМИ профессор Иван Кудрин, высоко оценивая перспективы молодого ассистента. После такого

послойное строение различных анатомических областей тела человека. В нём представлено 179 полноцветных иллюстраций (среди них – 12 эксклюзивных схем вариантной анатомии и 10 фотографий). Таких precedентов в СССР до этого момента не было.

Работу Ю.Золотко высоко оценили в профессиональном сообществе анатомов. Атлас произвёл настоящий фурор в научном медицинском мире и сразу же стал настольной книгой не только для студентов-медиков и анатомов, но и для практикующих хирургов и прежде всего стоматологов. Наивысшая оценка изданного труда последовала от главного топографо-анатома СССР член-корреспондента АМН Георгия Островерхова – он предложил Ю.Золотко представить к защите изданный I том атласа в качестве готовой докторской диссертации, а сам вызвался выступить в качестве официального оппонента. Так, 21 февраля 1966 г., во втором Московском государственном медицинском институте им. Н.И.Пирогова прошла защита докторской диссертации Юрия Леонидовича. На заседании совета председательствовал знаменитый профессор Валентин Маят, официальными оппонентами были профессор Б.Огнев, Г.Островерхов и И.Крупачев.

К этому моменту Юрий Леонидович уже приступил к подготовке II тома своего атласа (раздел «Грудь, живот, таз»), который вышел в научной печати в том же издательстве в 1967 г. На этот раз объём издания составил 272 страницы, которые вместили 182 оригинальные иллюстрации. В сравнении с предыдущим изданием, второй том содержит ещё больше схематически изображённых иллюстраций вариантной анатомии строения сосудистой и нервной систем анатомических локусов, которые автор определил в результате проведённых им серий тематических препарировок и впервые описал в научной литературе.

После защиты докторской диссертации, в сентябре 1966 г. Ю.Золотко переходит на работу на кафедру нормальной анатомии КГМИ, где получает должность доцента, а вскоре профессора кафедры. В сентябре 1972 г. он избран заведующим кафедрой нормальной анатомии КГМИ. Важно уточнить, что на эту должность претендовало сразу пятеро кандидатов, но несмотря на такую конкуренцию, большинство голосующих профессоров отдали предпочтение именно Ю.Золотко.

