

# Медицинская

22 июня 2022 г.  
среда  
№ 24 (8042)

# Газета®

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

Генетики о профилактике наследственных патологий.  
Стр. 4

Нужен ли врачу «коллега» с искусственным интеллектом.  
Стр. 5

Государство поступает правильно, если опирается на  
выводы учёных.  
Стр. 7

## События

# Доктора в погонах

## Медики, которые готовы к подвигу постоянно



Та ситуация, когда можно сформулировать мысль двояко и обе формулировки будут верными: армия российских военных врачей пополнилась, и российская армия пополнилась врачами. Численность пополнения – более 1200 докторов и медицинских сестёр в погонах, это выпускники специалитета и ординатуры 2022 г. Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Минобороны. Накануне Дня медицинского работника они принесли клятву врача и получили дипломы из рук заместителя министра обороны РФ Тимура Иванова и начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны Дмитрия Тришкина.

Вручение документов проходило в торжественной обстановке на фоне знамён и под звуки оркестра, а сами новоиспечённые специалисты были в военной форме. Нельзя не отметить, что по красоте и величественности цере-

монии, по отточенности движений всех участников и эмоциональному воздействию на зрителей всё напоминало военный парад.

Как подчёркивают в Министерстве обороны, среди выпускников – врачи и медсёстры, местом службы которых станут все роды войск Вооружённых сил РФ и силовые ведомства. Разумеется, часть молодых специалистов придёт и в гражданскую систему здравоохранения. Здесь следует добавить, что пополнение ожидают в армиях, и не только России, но и других государств, поскольку в ВМА обучаются также граждане из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова – уникальное учреждение в отечественной системе медицинского образования не только потому, что оно старейшее (в 2022 г. академии исполнится 224 года), и не только потому, что это головная научно-исследовательская организация по проблемам военной медицины и одна из самых крупных клинических баз Вооружённых сил РФ.

ВМА уникальна в прямом смысле слова: это единственное оставшееся в стране образовательное учреждение, где ведётся подготовка военных медиков. Все остальные институты и кафедры системы Минобрнауки и Минздрава были сокращены несколько лет назад в пылу образовательной «реформы».

Ошибочность такого решения была прогнозируема изначально и стала абсолютно очевидна сегодня, во время специальной военной операции, которую проводит Россия в Украине. Знания и навыки военно-полевой медицины очень оказались нужны гражданским врачам, которые работают в зоне военных действий и в прифронтовых госпиталях. И вряд ли кто-то поспорит с тем, что получать такие знания и умения лучше заранее, во время учёбы на специальных кафедрах, а не в боевых условиях. В этом смысле выпускники ВМА им. С.М.Кирова – поистине бесценный ресурс российской медицины.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## В центре внимания

# К достойной зарплате

Накануне Дня медицинского работника Президент России Владимир Путин принял участие в видеоконференции по случаю открытия в ряде регионов страны новых объектов здравоохранения. Среди начавших работу учреждений – онкологические диспансеры в Улан-Удэ и Волгограде, инфекционные больницы в Белгороде и Оренбурге, корпус медицинской реабилитации Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах, поликлиники в Новосибирске и после капитального ремонта в Санкт-Петербурге и Ярославле, а также одиннадцать новых фельдшерско-акушерских пунктов в Свердловской и Челябинской областях.

Глава государства заявил о необходимости продумать, каким образом можно модернизировать систему оплаты труда медицинских работников. Но помимо этого важного вопроса, он отметил, что рекомендации по модернизации медицинских учреждений в годы пандемии дали хороший результат по всей стране. При этом он призвал уделять больше внимания развитию направления медицинской реабилитации.

«Мы с Татьяной Алексеевной (Голиковой) уже много раз говорили о модернизации системы оплаты труда в отрасли. К этому надо подходить очень аккуратно, внимательно, но я думаю, что нужно выстраивать соответствующим образом», – сказал Президент.

Во время трансляции церемонии открытия фельдшерско-акушер-

ского пункта в посёлке Половинный Свердловской области В.Путин общался с фельдшером Валентиной Синичкиной. Она рассказала главе государства, что уже 33 года работает в ФАПе посёлка и знает каждого жителя в лицо. Российский лидер поинтересовался заработной платой своей собеседницы. На что она ответила, что получает около 30 тыс. руб. в месяц. В.Путин был удивлён скромным доходом. «30 тыс. – это, так прямо скажем, мало за 30 лет работы», – сказал он.

Судя по этой реплике, заработная плата медицинских работников может серьёзно вырасти. Главное, чтобы она значительно опережала инфляцию, которая неизбежна в нынешней экономической ситуации.

Андрей ДЫМОВ.

## АКЦЕНТЫ

### Геннадий ПОНОМАРЕНКО

Директор Федерального научно-центра реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ:

«Реабилитация сегодня выступает одной из ведущих и приоритетных задач не только медицины и социальной защиты, но и общества в целом».



Стр. 12-13

## Новости

## Шумомер как свидетель

В год 100-летия создания санитарно-эпидемиологической службы России состоялась Первая всероссийская олимпиада по гигиене студентов высших медицинских учебных заведений, посвящённая этому событию. Организаторы мероприятия подошли креативно, задействовав в его проведении два города и привлекая в помощь орудие труда будущих гигиенистов.

Проходила олимпиада в два этапа: соревнование команд медицинских вузов страны и личное первенство в финале олимпиады. В первом отборочном туре, который состоялся на базе Самарского государственного медицинского университета, приняли участие 13 команд, свыше 70 студентов медицинских вузов из многих субъектов РФ.

Сначала участники представляли «визитные карточки» вуза и команды. Затем доложили научно-исследовательские проекты «Гигиена – основа профилактического направления в медицине», затрагивающие такие проблемы, как гигиенические аспекты сбора и переработки вторичного сырья; анализ воздушной среды; токсикология, нормирование и перспективы исследования наночастиц, их влияние на здоровье человека; осведомлённость подрастающего поколения о проблеме ВИЧ-инфекции; гигиеническая оценка условий обучения школьников. Потом прошли индивидуальное тестирование, после чего соревновались в решении ситуационных задач, демонстрируя владение профессиональными компетенциями.

Судейская коллегия отборочного тура олимпиады единогласно присудила первое командное место студентам Самарского ГМУ. Призёры отборочного тура (Казанский ГМУ, Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, Приволжский исследовательский медицинский университет, Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова) получили право участия в финале, собравшем всех в Москве в Институте общественного здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана Сеченовского университета.

В формате научного стендапа на тему: «Гигиена в современном мире: научность, доказательность, доступность» представители команд-финалистов выступили по актуальным вопросам гигиены, посвящённым проблемам правильного питания, физической активности в повседневной жизни, рациональной организации труда и отдыха, влиянию потепления климата на здоровье. Их сообщения оценивала не только судейская коллегия, включая ведущих гигиенистов страны (члена-корреспондента РАН Владислава Кучму, профессоров Юрия Елисеева и Алексея Королева, главного специалиста Минздрава России по гигиене детей и подростков Ольгу Милушкину, заместителя директора ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора, члена-корреспондента РАН Оксану Синицыну и др.), но и многочисленные студенты, заполнившие вместительную аудиторию университета, оценкой которых стали аплодисменты участникам, измеряемые шумомером.

Главный приз – «Бюст Гигиене» и диплом I степени вручён победителю олимпиады, студенту 6-го курса института им. Ф.Ф.Эрисмана Богдану Королёву (капитан команды). Финалисты получили дипломы II и III степени и возможность публикации в ведущих отечественных журналах, а также участия во Всероссийской конференции молодых учёных и специалистов Роспотребнадзора, победитель же олимпиады – ещё и в работе XIII Всероссийского съезда гигиенистов, токсикологов и санитарных врачей.

Можно сказать, цель олимпиады, которую ставили её организаторы, оправдалась. Мероприятие способствовало повышению уровня знаний и умений студентов медико-профилактических факультетов, а также поиску талантливой молодёжи для научно-педагогической деятельности.

Валентина ЗУЕВА.

## Быстрее, выше, сильнее!

После двухлетнего перерыва состоялась традиционная спартакиада работников здравоохранения Ставрополя. В период пандемии COVID-19 все силы и резервы сферы здравоохранения края были брошены на борьбу с новым вирусом и удержание качества медицинской помощи по другим заболеваниям. Поэтому многие привычные и традиционные явления, такие как отдых в кругу семьи и друзей, хобби и даже спорт, были непозволительной роскошью для врачей, фельдшеров, медсестёр. Такой же «роскошью» была и спартакиада работников здравоохранения, которая не проводилась в крае 2 года.

В 2022 г. эпидемия отступила, и было решено вновь вернуть главные спортивные состязания медиков. Они прошли в 73-й раз в Кисловодске. Участниками спартакиады стали команды от 27 медицинских организаций края. Традиционно сильнейших определяли по 8 соревновательным дисциплинам, включающим стрельбу из пневматического оружия, перетягивание каната, волейбол, настольный теннис, дартс, эстафету, шахматы и прыжки в длину с места. Также оценивались творческие таланты в конкурсе художественной самодеятельности и практические навыки в конкурсе «Оказание медицинской помощи пострадавшим при неотложных состояниях». По итогам всех этапов победителем признана команда Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1.

– Эта спартакиада стала для больницы юбилейной. На протяжении 15 лет мы участвуем в соревнованиях. Из них 7 раз становились победителями, 8 раз занимали призовые места, – говорит заведующий 15-м отделением больницы Валерий Козлов. – Секрет нашего успеха – непрерывная, упорная подготовка в течение всего года и внутренняя сплочённость команды. Лучшими в творческом конкурсе стали представители краевой детской клинической больницы.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

## Деловые встречи

Перепрыгнуть  
через три ступени

Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко поставила в пример инновационную команду НМИЦ им. В.А.Алмазова

«Алмазов» в особом представлении российскому медицинскому сообществу и пациентам не нуждается: НМИЦ входит в число крупнейших научно-лечебных учреждений страны, участвует в реализации программ научного центра мирового уровня «Центр персонализированной медицины», программы стратегического академического партнёрства «Приоритет 2030» в рамках кластера «Трансляционная медицина», занимается разработкой и внедрением технологий искусственного интеллекта применительно к здравоохранению.

Только в центре персонализированной медицины выполняется сегодня 27 проектов, функционируют 32 новых научных подразделения 12 лабораторий, разрабатывается 2 вакцины, 6 лекарственных препаратов, более 10 систем принятых врачебных решений. Добиваться впечатляющих результатов Алмазовскому центру помогают, в том числе, решения его Попечительского совета, созданного 9 лет назад. Очередное заседание попечителей в канун Дня медицинского работника провела в Санкт-Петербурге председатель Совета Федерации Федерального Собрания РФ Валентина Матвиенко, открыв его тёплым поздравлением в адрес российских медиков.

С докладом на тему: «Центр Алмазова и современные вызовы в области здоровья нации» перед членами Попечительского совета выступил генеральный директор центра академик РАН Евгений Шляхто. Он отчитался перед ними о выполнении поручений и предложений совета, заплани-



рованных к завершению в 2022-2023 гг. и подробно остановился на перспективных проектах, в числе которых, например, начавшееся сотрудничество с ПАО «Сбербанк» по созданию центра для интеграции разработок в области цифрового здравоохранения и искусственного интеллекта в экосистему продуктов для здравоохранительной отрасли. В мероприятии участвовали заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова, председатель правления Сбербанка Герман Греф, генеральный директор Мариинского театра Валерий Гергиев. В своём выступлении Т.Семёнова подчеркнула, прежде всего роль самого коллектива, насчитывающего более тысячи человек, в выдающихся достижениях Алмазовского центра. «Мы с вами видим производимую буквально за короткое время трансформацию НИИ в огромный мировой уровень медицинский и образовательный центр, который не просто раз-

рабатывает новые технологии и на высочайшем уровне оказывает медицинскую помощь, но и подхватывает идеи, детально их прорабатывает и практически реализует», – сказала она.

Черту под заседанием подвела его председатель В.Матвиенко: «Если каждый на своём месте, кто бы чем ни занимался, будет настроен на высокую планку, у нас всё получится. Только проывными вещами мы можем реально обеспечить эффективное развитие страны. Надо создать условия для того, чтобы перепрыгнуть через две-три ступени». Как считает спикер верхней палаты российского парламента, пример «Алмазова», открытого для всего нового, – показатель и поучителен.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

## Душевное дело

Маленьким пациентам подарили  
«Коробки храбрости»...

Студенты Пятигорского медицинского колледжа провели благотворительную акцию для маленьких пациентов детской городской больницы Пятигорска.

Будущие медики подготовили для малышей интерактивный праздник, который пришёл прямо в больничные отделения: эстафеты, конкурсы, игры, призы. Все участники – ребята и их мамы, медики отделений и сами студенты получили большой заряд положительных эмоций. Каждый маленький пациент получил в подарок «Коробку храбрости», в которой находится всё то, что может подбодрить и порадовать ребёнка перед проведением очередной серьёзной процедуры.

– Храбрец не тот, кто не боится, а тот, кто преодолел страх, и по-



Праздник в разгаре

мочь в этом призвана наша «Коробка храбрости»! С машинками и куклами поход в процедурный кабинет уже не покажется таким

страшным, – отметили будущие медики.

Роман НАЗАРОВ.

Пятигорск.

Проекты

## Требования к успеваемости

Министерство образования и науки РФ планирует ужесточить условия обучения в вузах в рамках целевого приёма. В соглашениях о целевом обучении могут быть установлены требования к успеваемости студента, при недостижении которых договор может быть расторгнут. Соответствующие изменения предусматривает проект поправок в постановление Правительства РФ № 1681 от 13.10.2020.

«Требования к успеваемости устанавливаются в отношении дисциплин, модулей, практик, при освоении которых формируются компетенции, обеспечивающие выпускнику способность осуществлять профессиональную деятельность. Перечень указанных дисциплин, модулей, практик и критерии выполнения требований к успеваемости устанавливаются заказчиком и указываются в договоре о целевом обучении», – уточняется в документе.

Решение о неисполнении гражданином требований к успеваемости принимается заказчиком по результатам не менее двух промежуточных аттестаций. В случае расторжения договора о целевом обучении гражданин несёт ответственность за неисполнение обязательств согласно закону.

Уточняется также, что в качестве альтернативного варианта наказания за неисполнение требований к успеваемости может рассматриваться сокращение мер поддержки материального характера. При этом заказчика предполагается обязать содействовать студенту в повышении успеваемости, в том числе предоставляя средства на оплату дополнительных образовательных услуг.

Как известно, с 1 января 2021 г. в России вступило в силу новое положение о целевом обучении в вузах и колледжах с обязательной последующей отработкой в течение 3 лет. В случае отказа от трудоустройства организации должны возмещать бюджету расходы на обучение студента. Последний в свою очередь обязан выплатить штраф в размере расходов федерального бюджета на обучение, если он был отчислен из образовательной организации или расторг трудовой договор раньше срока.

В 2021 г. в регионах в рамках целевого набора в вузах были открыты 30,7 тыс. мест. Из них 18,8 тыс. – по программам специалитета и 11,8 тыс. – по направлениям ординатуры. По результатам приёмной кампании были зачислены только 22,2 тыс. абитуриентов (14,8 тыс. – специалитет, 7,3 тыс. – ординатура), недобор составил 27,8%.

Вячеслав ДАШКОВ.

Деньги

Постановлением Правительства РФ № 1056 от 09.06.2022 приостановлено действие правил, обязывающих власти субъектов возвращать в федеральный бюджет средства при недостижении целевых результатов перечисленных в нём программ. Финансовая ответственность органов здравоохранения за ненадлежащее расходование денег на софинансирование пяти региональных программ оказания медицинской помощи отменена до 1 января 2024 г.

## Федеральный «возврат» приостановлен

Мораторий на возврат финансирования введён для программы по оказанию медицинской деятельности по трансплантации и донорству органов. До 1 января 2024 г. приостановлено действие п. 12 и 13 постановления Правительства РФ № 1733 от 29.12.2018, регламентирующего порядок возврата в федеральный бюджет средств в случае невыполнения регионом целевых результатов по программе.

Аналогичные меры приняты для подпрограммы развития первичной медицинской помощи в малонаселённых территориях с численностью населения до 100 человек, предусматривающей приобретение передвижных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи жителям таких территорий. Действие пп. 12 и 13 постановления Правительства РФ № 1734 от 29.12.2018, устанавливающего правила предоставления межбюджетных трансфертов на указанную программу, также приостановлено.

Отмена финансовой ответственности предусмотрена для программ совместного финансирования оснащения оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений (постановление Правительства РФ № 1771 от 30.12.2018), а также переоснащения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкозаболеваниями (постановление № 1772 от 30.12.2018).

Документ также позволит до 2024 г. сохранить финансирование, направленное в соответствии с постановлением Правительства РФ № 1306 от 29.08.2020 на приобретение медицинских изделий и проведение капитального ремонта зданий медицинских организаций. Порядок возврата выделенных на указанную программу средств в случае их неэффективного использования также приостановлен.

Григорий МАТВЕЕВ.

Официально

## Упрощённая регистрация

Росздравнадзор представил приказ № 4282 от 19.05.2022 об утверждении регламента работы Межведомственной комиссии по включению медицинских изделий в перечень, разрешающий их упрощённую регистрацию.

Под льготную процедуру попадут изделия с риском дефектуры на российском рынке, сведения о дефиците которых появились по результатам мониторинга регулятора или по сообщениям иных ведомств, изделия с ценой поставки ниже среднерыночной, определяемой по ценам с 1 марта 2022 г., а также «иные медицинские изделия» – на усмотрение комиссии. Состав межведомственного органа, который формирует профильный список, будет утверждать Росздравнадзор.

Правила определены в Положении о межведомственной комиссии по формированию перечня медицинских изделий, подпадающих под упрощённую регистрацию по постановлению Правительства РФ № 552 от 01.04.2022.

Приказ предполагает три причины включения медицинских изделий в перечень. Основной фактор – риск дефектуры на российском рынке по данным, полученным в ходе мониторинга Росздравнадзора или от иных органов власти в ходе межведомственного взаимодействия.

Вторая причина – в связи с заявкой уполномоченного лица по поставке медицинских изделий по цене ниже среднерыночной, исходя из цен контрактов, заключённых после 1 марта 2022 г. Для этого производителю или уполномоченному лицу будет необходимо подать в Национальный институт качества Росздравнадзора пакет документов, включающих подтверждение полномочий уполномоченного лица, обоснование о включении изделий в перечень, а также фотографию и справку с описанием принципов работы изделия. «Иные медицинские изделия» смогут попасть в перечень только в случае единогласного голосования комиссии. Состав комиссии будет утверждаться приказом Росздравнадзора, в него смогут войти по одному представителю федеральных Минздрава, Минфина, Минэкономразвития и Минпромторга, а также Федеральной налоговой службы, Федеральной таможенной службы, Федеральной антимонопольной службы и самого Росздравнадзора по должности не ниже заместителя начальника департамента, а также по одному представителю от иных органов и организаций – «при необходимости».

Как известно, в начале апреля нынешнего года Правительство РФ ввело упрощённый порядок регистрации медицинских изделий сроком до 1 сентября 2023 г. с опцией получения бессрочного досье, а также упростило порядок замены сырья и комплектующих в зарегистрированной медтехнике.

Медицинские изделия низкого класса потенциального риска, за исключением стерильных, можно будет регистрировать в уведомительном порядке – при условии предоставления их для испытаний в течение 5 рабочих дней в подведомственный Росздравнадзору институт, а также подачи пакета документов в течение 150 дней. Под упрощённую схему смогут попасть изделия из ограниченного списка, содержание которого определит межведомственная комиссия. По состоянию на середину мая 2022 г. перечень профильных изделий не утверждён.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Статистика

## Медиков становится больше

В государственной системе здравоохранения задействовано 654 тыс. врачей и почти 1,5 млн специалистов со средним медицинским образованием. Такие данные привела заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова на VII Всероссийском форуме обучающихся медицине и фармации в Калужской области. Обеспечение притока кадров, по её словам, происходит благодаря системе высшего медицинского образования. То есть, по данным Семёновой, за 2,5 года удалось обучить дополнительно без малого 100 тыс. новых специалистов.

Наиболее свежие данные Росстата по итогам 2019 г. содержат информацию о 565 162 врачах и работниках медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, обеспечивающих предоставление ме-

дицинских услуг. При этом, по сведениям того же Росстата, в 2018 г. в государственной медицине было занято 592 421 врач, плюс ещё 80 929 – в негосударственной. Как официальной статистике удалось в сумме этих двух чисел получить 703 748 специалистов, неизвест-

но. Численность среднего мед- и фармперсонала Росстат оценивал на конец 2019 г. в 1 314 265 человек.

Сам федеральный Минздрав, что характерно, в материалах прошлогодней коллегии сообщал, что, по оперативным данным за 12 месяцев 2020 г., показатель укомплектованности амбулаторных медицинских организаций врачами составил 80,6, средними медицинскими работниками – 89,2. Показатель «Обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, на 10 тыс. населения» равнялся 37,98. А укомплектованность врачебными кадрами службы

скорой медицинской помощи составила в 2020 г. 69,3% при коэффициенте совместительства 1,42. Данных о численности врачей и средних медработников ведомство не приводило.

При этом, как следует из того же отчёта, за период 2015–2020 гг. в общие объёмы контрольных цифр приёма по медицинским и фармацевтическим программам высшего образования – программам специалитета выросли на 11,9%, контингент обучающихся увеличился на 16,9%. В 2020 г. на обучение по этим программам поступили 63 072 человека, из них за счёт средств федерального бюджета – 27 764 (44%).

Вячеслав ДАШКОВ.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

### Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на [podpiska.pochta.ru](http://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](mailto:mg.podpiska@mail.ru); [mg-podpiska@mail.ru](mailto:mg-podpiska@mail.ru).

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

**Расширение программы неонатального скрининга, широкое внедрение селективного скрининга, в том числе и в рамках профилактических осмотров в субъектах РФ, расширение возможностей молекулярно-генетического тестирования на наследственные орфанные болезни – такие вопросы рассматривают сегодня в медико-генетической службе России. Но главную свою задачу её специалисты видят в профилактике наследственных патологий, потому что, как известно, проще предотвратить состояние, чем потом бороться за жизнь и здоровье пациента.**

### Система станет трёхуровневой

Главная новость, прозвучавшая на прошедшем в июне IV Всероссийском научно-практическом конгрессе с международным участием «Орфанные болезни», это начало структурных изменений в службе, которые коснутся не только специалистов, оказывающих помощь, но и их пациентов. Как рассказал главный врач Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова Сергей Воронин, ежегодно врачи-генетики получают 14 тыс. пациентов с орфанными болезнями, 5% новорождённых имеют наследственные или врождённые заболевания, из которых 0,5% хромосомные, 1% – орфанные наследственные, 3,5% – врождённые пороки развития. Известно более 6,5 тыс. наследственных заболеваний, 40% ранней детской смертности обусловлены именно ими и врождёнными пороками развития. Поэтому вопросы профилактики должны стоять во главе угла, и в этом смысле невозможно переоценить значение службы, убеждён специалист.

Подготовленная новая структура медико-генетической службы предусматривает, что система оказания этого вида помощи станет трёхуровневой. Будут действовать медико-генетические консультации (центры) ЗБ-уровня – это федеральные медико-генетические центры (МГНЦ им. Н.П.Бочкова, НИИ медицинской генетики Томского НИМЦ) и федеральные медицинские центры (НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта, НИИЦ им. В.А.Алмазова и др.). Они будут оказывать широкий спектр молекулярно-генетических, цитогенетических и генетико-биохимических диагностических исследований. На медико-генетические консультации (центры) ЗА-уровня возложено оказание помощи в центрах расширенного неонатального скрининга в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Республике Башкортостан, Свердловской, Иркутской, Ростовской областях. Будут действовать ещё медико-генетические консультации (центры) 2-го уровня и 1-го уровня (медико-генетические кабинеты). В последние будут вести приём врачи-генетики и работать цитогенетические лаборатории.

На сегодняшний день такой стройности служба не обладает. В ходе недавно начатой работы по аудиту её руководители увидели, что работа на местах разрушена, и на отдельных территориях иногда остаётся лишь один медико-генетический кабинет, где принимает врач-генетик, а лаборатории погружены в общие лаборатории. «И встаёт вопрос, как оценивать, идентифицировать данную службу? Вопрос очень неоднозначный», – говорит С.Воронин. Также бывают ситуации, когда внешне служба выглядит хорошо, но при ближайшем рассмотрении выясняется, что в ней нет каких-то полагающихся элементов, например, в силу организационных моментов отсутствует возможность цитогенетических исследований. Формально такая служба может

относиться ко 2-му уровню, но в ней отсутствует необходимая цитогенетическая лаборатория. «На самом деле есть целый клубок проблем, но мы постараемся их решить», – заверил С.Воронин.

Основные виды деятельности медико-генетической службы – это медико-генетическое консультирование (в 78 субъектах), комбинированный пренатальный скрининг (68), неонатальный скрининг на 5 наследственных болезней обмена (71), ДНК-диагностика (29). Эти виды деятельности регламентированы целым рядом документов, которые однако в немалой степени уже устарели, посетовал эксперт. И если до сих пор руководствовались основны-

одной ставке, и нет никакого потенциала развития. Это абсолютно неправильно!»

Начать реформирование планируют с медико-генетического консультирования. Оно включает определение диагноза наследственного или врождённого заболевания, расчёт риска повторения заболевания в семье, определение наиболее эффективного способа профилактики заболевания в конкретной семье, психологическую помощь пациенту и членам его семьи в адаптации к диагнозу и риску. Почему именно этот раздел деятельности особо заботит руководство? Как пояснил С.Воронин, на сегодняшний день из более 420 тыс. медико-генети-

отметил С.Воронин. «Но при проведении аудита, оказалось, что многие регионы не контролируют качество лабораторной деятельности. Это, правда, единичные случаи. В следующем году неонатальный скрининг будет расширен с 5 до 36 заболеваний, и к этому нужно быть готовым», – напомнил он коллегам.

Во многих регионах пренатальная диагностика уже передана в ведение акушерской службы. «Насколько это правильно, мы можем дискутировать, но в ряде случаев это было абсолютно оправданно – когда все находится в одних руках, когда пациент может получить полный пакет услуг. К сожалению, в ряде случаев нарушается меж-

субъектам, которые не готовы, подтягиваться к тем высоким стандартам, которые есть в передовых регионах»

### Диагностика по новым технологиям

Орфанными болезнями страдают около 350 млн человек в мире, это 3,5-5,9% населения, что эквивалентно распространённости диабета 2-го типа, 75% проявляются в детском возрасте. Подходы к терапии созданы лишь для 350 (5%) редких болезней. Среднее время для точной диагностики редкого заболевания составляет около 4-5 лет, 80%

## Тенденции

# Генетика структурных изменений

Они коснутся не только специалистов, но и пациентов



ми приказами Минздрава России № 316 «О дальнейшем развитии медико-генетической службы» и № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врождёнными и (или) наследственными заболеваниями», то сейчас на смену им идёт новый порядок оказания медицинской помощи, который вступит в силу с 1 сентября. Он определяет в том числе и запуск расширенного неонатального скрининга, который внедрят в 2023 г. и подготовку к которому надо активно начинать вести уже сейчас.

К сожалению, эти перемены застают службу не в лучшей форме: сказались последствия ряда действий органов управления здравоохранением или некоторых лечебных учреждений в отдельных регионах, которые привели к тому, что были нарушены межрегиональные связи и оказывалась помощь, не соответствующая той, что планировалась. «Мы видим разброс, зачастую консультативно-диагностический приём идёт в большом количестве регионов, но в то же время ДНК-диагностика или неонатальный скрининг есть не везде».

Кадровый вопрос не обошёл стороной и эту область медицины. Сегодня в стране работает 283 врача-генетики, это 65% укомплектованности от нормативов, 437 врачей-лабораторных генетиков (21%), 714 единиц среднего медицинского персонала (54%). Как сказал докладчик: «Наш кадровый потенциал таким штатным составом не может оказать тот объём медицинской помощи, который необходим. И, безусловно, наша приоритетная задача – расширение штатов и увеличение количества генетиков. Причём зачастую в некоторых регионах есть незанятые штаты, но есть и штаты, где при наличии потребности врачи-генетики сидят на

служебное взаимодействие, и мы теряем таких пациентов», – выразил своё отношение докладчик.

### Цифровизация процессов

И, конечно, неизбежно развитие информационных технологий, цифровизация процессов должна сократить потери времени. Будут создаваться регистры, реестры, базы данных семей с наследственной патологией по отдельным нозологиям. Нынешнюю же ситуацию С.Воронин описал так: «Часть субъектов ведёт регистры заболеваний, но когда мы начинаем их смотреть, то видим, что полноценного учёта, наблюдения таких пациентов не ведётся ни нашей службой, ни нашими смежниками. Это приводит к удлинению времени до момента диагностики, а в крайних случаях к инвалидизации и гибели пациентов». Необходимо разработать электронную медико-генетическую карту, создать модуль «Неонатальный скрининг», который нужен в первую очередь для того, чтобы, когда в стране в 2023 г. появятся 10 межрегиональных центров расширенного неонатального скрининга, вводились первичные данные о пациенте на уровне поликлиник, родильных домов. «Медико-генетическая консультация уйдёт на более высокий уровень и будет заниматься в первую очередь обследованиями либо в случае расширенного скрининга – передачей биологического материала новорождённого в межрегиональные центры или в референс-центр», – сказал докладчик. В идеале вся эта работа должна привести к формированию ВИМИС. «Генетика» – эта специализация заслуживает того, чтобы иметь отдельную собственную программу, уверены специалисты.

К сожалению, ответа на вопрос, когда будет осуществлено реформирование медико-генетической службы, не мог дать главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, директор Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова Сергей Куцев: «Состояние нашей службы не улучшается – по кадровому составу, по возможности, по оснащению. Каждый год говорим об этом, но это ответственность субъектов, а не федерального правительства, следовательно, у нас есть Санкт-Петербург, Уфа, Краснодар, Оренбург, Екатеринбург, где работают прекрасные медико-генетические консультации, поддерживаемые правительствами субъектов, и есть регионы, где до сих пор нет таких консультаций». Специалист выразил надежду, что вводимый со следующего года расширенный неонатальный скрининг, будучи федеральным проектом, контролируется правительством РФ, «так что волей-неволей придёт

таким болезням – наследственные. Каждый четвёртый человек в мире носитель по крайней мере одной мутации, приводящей к тяжёлому наследственному заболеванию. В среднем каждый человек является носителем 3 известных патогенных мутаций и до 11 генетических вариантов неизвестного значения. Такую статистику привела заведующая лабораторией наследственных болезней обмена веществ МГНЦ, председатель экспертного совета Всероссийского общества орфанных заболеваний Екатерина Захарова.

Что касается России, то, по её словам, страна в этой области движется в мировом тренде. В диагностике редких болезней появились новые технологии (мультиплексные тесты, микроколичество биоматериала, большая скорость анализа) и новые биомаркеры (метаболиты, ферменты, ДНК-маркеры). Как следствие, расширился массовый селективный скрининг, повысилась эффективность диагностики, выросло число пациентов с наследственными болезнями обмена, нуждающихся в терапии, описываются новые фенотипы.

Важной тенденцией Е.Захарова считает появление международных программ диагностики редких болезней. Подобные программы реализуются и в МГНЦ по направлениям: миопатия, спинальная мышечная атрофия, лизосомные болезни, нейрофиброматоз, наследственные болезни скелета, наследственные болезни с патологией зрения, наследственные болезни с патологией печени, наследственные болезни. «Это научные программы, направленные на то, чтобы у нас было меньше непоставленных диагнозов. Доступность современных технологий позволяет сократить длительное, тяжёлое и эмоционально сложное «путешествие» для пациентов и их семей», – отметила Е.Захарова.

С.Куцев напомнил, что ещё несколько лет назад у генетиков практически не было бесплатных программ: «Это тяжкими трудами моими и моих коллег ведутся длительные переговорные процессы со спонсорами, компаниями, фондами. Это наша регулярная работа по поиску средств для выполнения исследований. Перечень сейчас приличный, но, конечно, он всё не покрывает. Естественно, ничего бесплатного не бывает, и вы знаете, как дорого стоят наши исследования. Мы пока работаем на том, что успели закупить в прошлом и начале этого года. А какова будет стоимость реагентов, которые мы начнём закупать, мы ещё не знаем».

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».

**Одной ногой в будущем – так можно охарактеризовать точку, в которой сегодня находится российская система здравоохранения на пути цифровизации отрасли и внедрения медицинских технологий на основе искусственного интеллекта (ИИ). Движение в ту сторону уже идёт, но имеет ли оно смысл, с точки зрения самих врачей, нужно ли и вторую ногу в это будущее заносить? Насколько понятны медработникам значения слов «нейросети», «большие данные», «интерфейс», и главное – хотят ли они постигать всю эту премудрость, чтобы запустить на своём рабочем месте «коллегу» с искусственным интеллектом?**

### Подобный разуму, но не разум

В ноябре 2021 г. роль и место ИИ в сфере здравоохранения обсуждали на своей конференции организаторы диагностической службы. Эта область медицины одной из первых начала тестировать разного рода технологии на основе искусственного интеллекта. Уже тогда впервые прозвучали и одобрения, и сомнения по поводу участия нейросетей в лечебно-диагностическом процессе: да, но...

По мнению главного врача Ставропольского краевого диагностического центра Геннадия Хайта, искусственный интеллект позволяет повысить качество медицинской помощи при одновременном снижении расходов лечебных учреждений. В то же время эксперт предостерег от того, чтобы переоценивать значение ИИ. По его словам, до создания искусственного интеллекта, подобного человеческому разуму, ещё очень далеко: «И, может быть, этого никогда не произойдёт. Пока все нынешние системы ИИ направлены на выполнение только одной конкретной задачи».

Со своей стороны специалист по развитию лабораторной службы Дмитрий Фадин на том форуме выразился ещё более категорично: «В стране идёт цифровая трансформация медицины, но никто не знает, что это такое». Целостная картинка цифровизации здравоохранения не складывается. Возможно, она существует, но не презентуется ни медицинскому сообществу, ни пациентскому.

Спустя полгода разговор на столь важную тему продолжили в МГУ им. М.В.Ломоносова и уже в другом составе – программистов и клиницистов. При этом к числу уже обозначенных выше добавились ещё один не менее важный вопрос – каковы этические и юридические основы применения ИИ в медицине?

– Мы создаём технологии на основе искусственного интеллекта для того, чтобы обеспечить врачам поликлиник и стационаров быстроту принятия решений на рабочем месте. Но, с другой стороны, надо понимать, а кто в конечном счёте отвечает за результаты лечения – искусственный интеллект или врач, который ставит диагноз и принимает решения о тактике лечения на основе подсказок искусственного интеллекта? – сформулировал обеспокоенность медицинского сообщества руководитель Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В.Ломоносова академик РАН Армаис Камалов. Существует ли нормативно-правовая база применения технологий на основе искусственного интеллекта в медицине? Пока нет.

По мнению разработчиков, очевидные преимущества медицинских технологий, основанных на возможностях ИИ, в сравнении с «живым» врачом в том, что, во-первых, искусственные нейронные сети никогда не устают, во-вторых, не меняют своих выводов под давлением чьего-то авторитета, и в-третьих, они обладают точностью, которая постоянно повышается благодаря алгоритмам глубокого машинного обучения.

– Риск ошибок при принятии врачебных решений с помощью ИИ будет снижаться. Подсказка не помешает любому доктору, хотя принимать окончательное решение всё равно будет доктор, – полагает

эксперт в области биомедицинской инженерии профессор Владимирского государственного университета Людмила Сушкова.

Последнее уточнение принципиально важно. Чтобы идеи разработчиков подобных технологий оказывались не только оригинальными, но и целесообразными, необходимо взаимодействие IT-инженеров и врачебного сообщества от формулирования медицинской задачи до конечного продукта.

– Если же задачу по созданию медицинских технологий с использованием доверенного искусственного интеллекта переложить только на «айтишников», мы будем решать её таким образом, что обществу не понравится. Потому что в этом случае оптимальная безопасность и энергетическая эффективность медицинских технологий, основанных на ИИ, окажутся обеспечены тогда, когда мы все будем просто

больше персонифицированной, и вместо хирургического или медикаментозного воздействия станет возможным продлевать жизнь человека с помощью рекомендаций по здоровому образу жизни, – обрисовал перспективы применения ИИ в медицине А.Аветисян.

И вновь акцент на необходимости как можно скорее решить морально-этические и правовые вопросы применения технологий с ИИ в медицинских целях. По мнению специалиста, абсолютное доверие к использованию ИИ без каких-либо морально-этических ограничений кажется сомнительным.

### Ложка скепсиса в бочку восторгов

Решения с использованием ИИ уже сегодня помогают специалистам сразу в нескольких на-

## Острая тема

# Искусственный интеллект vs настоящего?

В отличие от «живого» врача ИИ никогда не устаёт и всегда доступен



«зачипованы», – пояснил директор Института системного программирования РАН академик РАН Арутюн Аветисян.

Не в качестве упрека, а исключительно чтобы показать важность и эффективность использования IT-технологий в медицине, в частности, в области распознавания изображений, академик отметил: не каждый выпускник медицинского вуза может правильно разметить томограмму и извлечь максимум правильной информации из полученного изображения, а при интерпретации результатов записи электрокардиографии зачастую консенсус между тремя врачами достичь очень сложно.

– Некий объективный оценщик в виде искусственного интеллекта в таких ситуациях просто необходим. Мы только в начале пути, закладываем сегодня основу для того, чтобы через 5-10 лет продуктивность работы врачей выросла в десятки раз, – рассуждает А.Аветисян.

При этом он делает важное уточнение: ИИ должен быть направлен не на то, чтобы заменить врача, а чтобы повысить эффективность его работы. В том числе, за счёт того, что здравоохранение, по оценке учёного, рано или поздно перейдёт в режим постоянного скрининга: носимые девайсы становятся нормой, и они уже скоро начнут не только считать шаги, но также записывать и передавать ЭКГ, а также проводить измерения других параметров состояния здоровья.

– Это огромный поток данных о конкретном человеке, которые сейчас не используются медициной, хотя на самом деле позволяют выявлять факторы риска заболеваний и уже начавшиеся неблагоприятные изменения в организме на ранних стадиях. ИИ, проанализировав данную информацию, может направить человека сообщение, что тому надо прийти к врачу. Таким образом, медицина будет всё

новые исходы медицинской помощи на тот момент выявлено не было.

Прошло 10 лет, накапливался арсенал технологий с использованием ИИ и опыт их применения, проведено ещё много исследований по оценке их эффективности. И что они показали? Есть ли какой-то научно-доказанный положительный результат от того, что медикам помогает ИИ?

Метаанализ 82 научных исследований, в которых изучались алгоритмы диагностики и лечения, построенные на глубоком машинном обучении, показал, что преимуществ этих алгоритмов нет. Более десятка исследований в разных странах оценивали применение ИИ при скрининге рака молочной железы. Итоги: в 94% случаев ИИ оказался хуже одного радиолога и в 100% – хуже двух радиологов. Иными словами, если двое радиологов достигли консенсуса при описании снимков,

По своей инициативе вместе с коллегами Я.Орлова впервые провела опрос российских врачей разных специальностей, разных возрастов, из разных регионов, чтобы выяснить, каковы их представления о медицинских системах с использованием ИИ, и каково их мнение о перспективах использования его систем в здравоохранении. Вывод в целом такой: российские доктора не очень хорошо знакомы с использованием ИИ в медицине, но при этом 85% согласны с тем, что у таких систем есть полезные приложения в данной сфере. При этом респонденты уверены: клинический опыт врача всё-таки более ценен, чем опыт любой системы с ИИ.

В отличие от своих зарубежных коллег наши медики не боятся, что ИИ может их заменить. В то же время, по мнению 76% участников опроса, в будущем врачи, которые смогут использовать в своей

работе технологии с ИИ, заменят тех врачей, которые не будут его использовать.

Какие основные преимущества ИИ обозначили российские врачи? В первую очередь, большое количество знаний и данных, которые могут предоставлять системы с ИИ, а также отсутствие у них риска эмоционального истощения и физической усталости, доступность в любое время суток. Половина российских врачей полагает, будто использование систем на основе ИИ способно уменьшить количество врачебных ошибок. В то же время многие считают, что ИИ поможет оптимизировать организационные процессы в системе здравоохранения.

Что беспокоит российских врачей в связи с использованием ИИ в медицине? По их мнению, ИИ недостаточно гибкий, его нельзя применять к каждому пациенту, трудно задействовать в спорных случаях, он не может быть использован в экстренных случаях, когда информация о пациенте сложно собрать в полевых условиях и занести её в машину, которая предложит алгоритм действий медиков. Кроме того, врачи говорят о низкой способности ИИ сочувствовать больному и учитывать его эмоциональное состояние. Не менее важный вопрос, который задавали участникам опроса, – кто будет нести ответственность за возможные юридические проблемы, возникшие в результате использования ИИ в медицине? Ответы распределились следующим образом: 60% российских врачей убеждены, что ответственность понесёт доктор, 30% – за всё отвечает компания, создавшая систему с ИИ, а 8% – сам пациент, который согласился следовать указаниям ИИ.

Главный и очевидный вывод из всего сказанного таков: даже когда врачи говорят, будто они неплохо понимают, что такое ИИ, это не совсем так. Поэтому необходимо формирование образовательных программ на уровне додипломного и последипломного обучения. Что же касается этического и юридического аспектов применения искусственного интеллекта в медицине, в дело давно пора включаться депутатам Госдумы, потому как в отличие от них Следственный комитет готов отреагировать на любое медицинское ЧП в любой момент. И совершенно очевидно, что «крайним» окажется не разработчик и не пациент, а именно врач, воспользовавшийся помощью ИИ.

– Если врачам что-то изначально не нужно или они предубеждены, сначала всё-таки стоит поработать с врачами, а потом тратить колоссальное количество средств и усилий на то, чтобы это нечто создать, – уверена руководитель отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М.В.Ломоносова доктор медицинских наук Яна Орлова.

Надо сказать, что отношение медработников к технологиям с использованием ИИ и за рубежом-то мало кого интересует: за последние годы проведено не более 10 таких социологических исследований. А в нашей стране до сих пор не было ни одного.

### Доверие. Оно есть или его нет?

**Сохранение и укрепление здоровья населения, снижение смертности, увеличение продолжительности жизни – кардинальные цели медицинской профилактики. Их достижение теснейшим образом связано с информированием и информационным сопровождением застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи. О том, какая работа ведётся в этом направлении в Дальневосточном федеральном округе (ДФО), рассказывает представитель фонда ОМС в округе и одновременно директор территориального фонда ОМС Республики Саха (Якутия) Александр Горохов.**

– К первостепенным задачам, стоящим перед профилактикой, относятся оценка состояния здоровья, выявление заболеваний на ранней стадии, качественное диспансерное наблюдение больных.

### Знакомьтесь, ДФО

Субъектами ДФО являются две республики – Бурятия и Саха (Якутия), четыре края – Забайкальский, Камчатский, Приморский и Хабаровский, Чукотский автономный округ и четыре области – Амурская, Еврейская автономная, Магаданская и Сахалинская. На территории ДФО проживают 8 016 977 застрахованных лиц. Профилактические мероприятия в округе осуществляют 282 медицинские организации, 13 страховых медицинских организаций. Количество страховых представителей исчисляется из соотношения один представитель на 10 тыс. застрахованных. Всего 764 сотрудника: 380 представителей 1-го уровня, 234 – 2-го и 150 – 3-го уровня.

### Аспекты информационного сопровождения

Информирование застрахованных лиц страховыми организациями осуществляется в двух формах – индивидуальной и публичной. В 2021 г. индивидуальное информирование проводилось посредством СМС-сообщений, телефонных звонков, писем. В ходе него застрахованные ставились в известность о прохождении диспансеризации, профилактических осмотров, углублённой диспансеризации, диспансерного наблюдения. Не прошедшие профмероприятия информировались повторно. Разъяснялась необходимость вакцинации против COVID-19. На этапах оказания медицинской помощи по обращениям граждан осуществлялось информационное сопровождение застрахованных лиц с помощью автоматизированной системы «ИСЗЛ». В индивидуальном порядке граждане получали консультации по горячей линии контакт-центров.

Публичное информирование подразумевало размещение информационных материалов по здоровому образу жизни, возможности пройти профмероприятия на стендах в медицинских организациях, на сайтах территориальных фондов и страховых медицинских организаций, в печатных изданиях СМИ, в памятках для граждан. Максимально задействовались возможности телевидения – демонстрировались информационные ролики, представители страховщиков и медицинских организаций выступали на радио. Информационные встречи с трудовыми коллективами проводились в формате личного общения и в онлайн-режиме.

В 2021 г. в ДФО эффективность информирования застрахованных

по углублённой диспансеризации составила 36,18%, по диспансерному наблюдению – 47,72%, по профосмотру – 36,62%, по диспансеризации – 37,04%.

### Три задачи – три составные части

Снижение смертности от хронических неинфекционных заболеваний требует решения трёх задач. Это, первое, повышение эффективности диспансерного

Перечень действий, призванных устранить вышеперечисленные проблемы, включает в себя декомпозицию плана профилактических мероприятий по структурным подразделениям медицинских организаций, приоритизацию списков подлежащих диспансеризации отдельных групп и углублённой диспансеризации. Сюда же следует отнести выделение групп по принципу стратификации риска преждевременной смерти, в том числе

ни возникающих вопросов при предоставлении медицинской помощи застрахованным лицам и реализации на практике принципа «пациентоориентированности» системы здравоохранения Республики Саха (Якутия). С 12 марта 2020 г. единый контакт-центр функционировал как республиканская горячая линия по вопросам распространения новой коронавирусной инфекции.

При оценке достижения показателей результативности де-

Имеет смысл установить отдельные тарифы на первый этап диспансеризации и профосмотров, включая диспансеризацию несовершеннолетних.

Стимулирование граждан в плане профилактики. На законодательном уровне надлежит закрепить ответственность граждан за сохранение своего здоровья и обязанность своевременно проходить профилактические мероприятия. Для лиц, проигнорировавших их прохождение,

### ОМС: реальность и перспективы

# На всех этапах помощи

## Именно так осуществляется информационное сопровождение застрахованных лиц в Дальневосточном федеральном округе



групп высокого риска на каждом участке, а также увеличение плана до уровня 2019 г. с включением «новых контингентов», то есть лиц, не посещавших медицинские организации три и более года.

В 10 субъектах ДФО из 11 задействованы мобильные медицинские бригады. Тарифным соглашением Амурской области, Республики Бурятия, Камчатского, Приморского, Хабаровского краёв, Республики Саха (Якутия), Магаданской области установлены повышающие коэффициенты при проведении профилактических мероприятий мобильными бригадами. Отдельные тарифы для них установлены в Еврейской автономной области, Забайкальском крае и Сахалинской области.

### Якутский результат

Республика Саха (Якутия) одной из первых осуществила объединение контакт-центра в сфере ОМС ТФОМС республики и Единого центра поддержки сопровождения пациентов республиканского Министерства здравоохранения. Это было сделано в целях координации деятельности по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах маршрутизации пациентов при получении медицинской помощи. Единый контакт-центр здравоохранения Республики Саха (Якутия) начал свою работу с 1 ноября 2017 г. по единому телефонному номеру 8-800-100-14-03 в круглосуточном режиме. При обращении в единый контакт-центр граждане могут получить ответы по всем вопросам, касающимся оказания медицинской помощи в рамках ОМС, льготного лекарственного обеспечения, направления больных на специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, по больничным листам и родовым сертификатам и т.д. Оказание консультативной помощи застрахованным лицам осуществляется по принципу «единого окна» на бесплатной основе. В других регионах застрахованным лицам и медицинскими организациями также предоставляются консультации, что позволяет расширить «географию» информационного сопровождения. Работа единого контакт-центра основана на оперативном реше-

тельности по итогам I квартала 2022 г. анализировалась работа 50 медицинских организаций республики. В первую группу (достижение показателя до 50%) вошли 39 медорганизаций. Сумма средств, выделенных на выплаты в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составила 259,9 млн руб. Все показатели результативности направлены в медорганизации для анализа и составления плана соответствующих мероприятий. По итогам II квартала также будут произведены расчёты показателей и стимулирующие выплаты.

### Есть и предложения

Их можно сгруппировать по четырём разделам.

Формирование списков граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям (проактивные действия). Такие списки целесообразно составлять на уровне ТФОМС с приоритетным включением групп пациентов с коморбидной патологией, «новых контингентов», не посещавших медицинские организации 2 года и более, а также лиц, не прошедших профилактические мероприятия 3 года и более.

Изменение маршрутизации. В субъектах ДФО необходима организация постоянно действующих мобильных бригад, в том числе на базе медицинских организаций, не имеющих прикрепления населения, для проведения профосмотров и первого этапа диспансеризации, включая профилактические мероприятия детям. Такие бригады должны действовать в малонаселённых пунктах, в районах Арктики, а также в коллективах по месту работы и учёбы граждан вне зависимости от прикрепления к медицинской организации. Целесообразно внедрение мобильного медицинского оборудования, например, импедансного маммографа вместо рентгеновского.

В городах с низкой обеспеченностью медицинскими работниками было бы правильным организовать постоянно действующие пункты профилактики с высокой пропускной способностью за счёт максимального привлечения среднего персонала для проведения профилактических мероприятий. Их результаты следует направлять посредством информационных систем в медицинские организации по месту прикрепления граждан для учёта, а при наличии показаний – для диспансерного наблюдения.

должны быть установлены ограничения по размеру выплат по листкам нетрудоспособности. Следует рассмотреть возможность внесения изменений в федеральное законодательство в части предоставления работодателю льгот по налогообложению в случае 100%-ного прохождения его работниками профмероприятий (диспансеризация отдельных групп взрослого населения, углублённая диспансеризация, профилактический осмотр).

Наша рекомендация профсоюзам – отслеживать своевременность прохождения работниками профилактических мероприятий и активно направлять на них работающих граждан.

Повышение качества профилактических мероприятий. В целях наиболее полного анализа причин смертности населения на федеральном уровне необходимо решить вопрос о передаче из органов ЗАГС в территориальные фонды вместе с персонализированными списками умерших данных их диагнозов по кодам МКБ-10 (причины смерти). При контроле углублённой диспансеризации желательнее оценивать наличие показаний и направление на медицинскую реабилитацию.

Следует ввести в практику тематические экспертизы качества медицинской помощи по случаям проведённых профилактических мероприятий лицам, умершим в течение 2 лет, а также лицам, у которых в последующем выявлены злокачественные новообразования на поздней стадии, возникли острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения. Здесь хотелось бы пояснить, что в силу высокой нагрузки на участковы врачей, имеет место низкий уровень выявления заболеваний в ходе профмероприятий, включая злокачественные новообразования. В рамках проведения профмероприятий количество впервые выявленных онкологических больных, за которых медицинские работники получили стимулирующие выплаты, по всем 11 субъектам ДФО составило в 2020 г. всего 3 человека, в 2021 – 4 (все в Республике Саха (Якутия)). И это при общем количестве лиц, прошедших профилактические мероприятия в 2020-2021 гг., 3 999 907 человек.

За надлежащее проведение профилактических мероприятий имеет смысл установить критерии для стимулирующих выплат медицинским работникам.

Подготовил  
Тимофей КОЗЛОВ,  
корр. «МГ».

Фото Александра ИЗОТОВА.

Одним из лауреатов Государственной премии РФ в области науки и технологий за 2021 г. стал руководитель отдела анализа эпидемиологии опухолей Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина член-корреспондент РАН Давид ЗАРИДЗЕ. Как сказано в Указе Президента России, учёным идентифицированы факторы окружающей среды и образа жизни, которые определяют уровень заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей и прочих хронических неинфекционных заболеваний. От себя добавим, что ценность подобных эпидемиологических исследований огромна: именно на основе полученных результатов должны строиться любые популяционные профилактические программы.

С одной стороны, можно удивляться тому, что никогда прежде Госпремию не вручали «всего лишь» за аналитику и прогнозы в области медицины. Но с другой, лучше порадоваться: наконец-то аналитика и прогнозы, выполненные настоящими экспертами с использованием настоящих научных инструментов и имеющее определяющее значение для формирования государственной политики в сфере охраны здоровья, получили столь высокую оценку.



– Давид Георгиевич, мы неоднократно рассказывали в «МГ» о разных исследованиях по эпидемиологии и профилактике рака, которыми занимается ваш научный коллектив. Каждое из них имеет в равной мере большое значение для системы здравоохранения и государства в целом: если опираться на аналитику и прогнозы учёных и принимать грамотные управленческие решения, можно существенно повлиять на динамику онкологической заболеваемости и показатель смертности от рака. А вы сами, оценивая свои профессиональные достижения, что бы поставили на первое место?

– Вы наверняка удивитесь, но я считаю самой результативной своей работой проект, который связан не с онкологической заболеваемостью, а с демографическими потерями страны из-за алкоголизма. По форме это такое же эпидемиологическое исследование, использовались те же методы анализа, подсчёта и составления прогнозных моделей, только суть его была иной. К слову, это именно та научная работа, за которую нас отметили Госпремией. Мы начали исследование в данной тематике 20 лет назад на пике демографического кризиса и сверхсмертности населения, которая, как мы доказали, была вызвана алкоголизацией в 1990-х и начале 2000-х годов.

Сначала вместе с коллегами провели своё исследование, сообщили о полученных результатах, которыми в 2008 г. воспользовалось Правительство России, а после оценили эффективность реализуемой Концепции государственной политики по снижению потребления алкоголя и ещё раз показали правильность изначальных выводов о причинно-следственной связи между уровнем потребления алкоголя в популяции и демографическими показателями.

– Так вот, оказывается, кому страна была обязана неожиданным введением разного рода ограничений на продажу и потребление алкоголя?

– Шутки-шутками, но в результате реализации антиалкогольной госполитики – как потом оказалось, первой успешной в истории нашей страны – сократилось потребление алкоголя на душу населения, снизилась смертность, выросла ожидаемая продолжительность жизни. И главное – удалось сохранить жизнь 3,5 млн россиян, причём, в основном молодым людям, которые теоретически могли умереть от опасного потребления алкоголя и не оставить потомства. То есть, без принятия ограничительных мер в отношении производства, реализации и потребления алкоголя Россия могла «недополучить» к этим 3,5 млн ещё несколько миллионов нерождённых человек, что усугубило бы и без того негативную демографическую ситуацию в стране.

По большому счёту, мы получили уникальный научный опыт, ведь аналогичных исследований ни в нашей стране, ни за рубежом никогда не выполнялось. Мы про-

## Авторитетное мнение

# Тот случай, когда прогнозы сбываются

## Государство поступает правильно, если опирается на выводы учёных

водили его в трёх городах, где в начале 2000-х годов были весьма заметные демографические проблемы – Барнауле, Бийске и Томске. Первым этапом ретроспективно изучили причины смерти мужчин трудоспособного возраста, опрашивая родственников этих людей, а также проанализировали результаты 25 тыс. аутопсий.

Вторым этапом было проспективное когортное исследование с участием 220 тыс. мужчин в возрасте 15-54 лет. Они ответили на вопросы анкеты, прошли медицинское обследование, и затем на протяжении двух десятков лет мы прослеживали их образ жизни, состояние здоровья и причины смерти.

Третьим этапом сравнили результаты ретроспективного и проспективного исследований, и они совпали абсолютно. Было статистически показано: основной причиной 59% смертей мужчин в возрасте 15-54 лет является опасное потребление алкоголя. Самое поразительное, что оказалось выявлено – значительная часть мужчин трудоспособного возраста умирали не просто от последствий хронической алкоголизации, а от того, что на момент гибели концентрация этанола в их крови была несовместимой с жизнью – 4,5 промилле и выше.

Начиная с 2005 г. мы стали публиковать результаты своего исследования как в отечественных, так и в зарубежных научных изданиях. Как раз в это время государство начало предпринимать первые шаги по контролю оборота алкоголя, а в 2008 г. уже официально приступили к разработке «Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.». При обсуждении проекта документа результаты нашего исследования были представлены министром здравоохранения и социального развития Татьяной Голиковой как аргумент в его поддержку.

– **Официально период действия концепции завершился в 2020 г. По вашей оценке, заложенные тем документом ориентиры и регламенты работают с такой же эффективностью, или вожжи уже отпущены, и всё возвращается на круги своя?**

– Вероятно, вы не в курсе, но реализация госполитики по снижению масштабов злоупотре-

бления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма завершилась в 2020 г., а была пролонгирована до 2030 г. Вице-премьер Т.Голикова сослалась на наше исследование и в этот раз.

– **Я действительно не в курсе, и удивлена: судя по тому, с какой скоростью плодятся вино-водочные магазины и пивные заведения, государство свернуло свои строгие меры.**

– Вопрос, в какой мере отпущены вожжи, мне тоже кажется уместным. Нынешний министр здравоохранения России М.Мурашко ещё в конце прошлого года сказал, что показатель потребления алкоголя на душу населения уже чуть-чуть пошёл вверх.

Одно из объяснений этому, которое я могу дать, – изменение режима работы и образа жизни многих россиян, вызванное пандемией. Люди вынуждены находиться дома и от нечего делать стали выпивать чаще и больше. А то, что торговые точки по реализации алкогольной продукции и пива открываются в больших количествах, в том числе, в жилых домах, то есть в шаговой доступности – это ошибочные действия, которые сведут все достижения предыдущих лет к нулю.

– **Парадокс: Президент отмечает Госпремией работу учёных, позволившую снизить алкоголизацию населения, а местные власти хотят пополнить доходы бюджета за счёт торговли алкоголем. Логика странная: чтобы усилить экономикой, надо пожертвовать здоровьем населения, и поэтому накопленные финансовые средства направить на спасение человеческих жизней. Какой-то дьявольский круговорот идей и решений.**

– Согласен. Тем не менее, я убеждён, что такого всплеска алкоголизации и такого роста смертности, как в 1900-х и начале 2000-х годов, в нашей стране уже не будет. Это была уникально трагичная ситуация, обусловленная серьёзными социально-экономическими проблемами в стране, что отражалось на уровне и образе жизни населения. В настоящее время таких проблем нет, уровень жизни населения стал заметно выше.

При этом надо отметить, что смертность в России, особенно среди мужчин, продолжает оставаться высокой в сравнении со странами Запада. Правда, теперь

она обусловлена в основном иными причинами. Так что Правительству и Минздраву ещё есть над чем работать.

– **Что касается эпидемиологии онкологических заболеваний: значение ваших исследований, касающихся роли курения в смертности от рака и вакцинопрофилактики опухолей, переоценить невозможно. Вы удовлетворены тем, как система здравоохранения использует ваши выводы и предложения?**

– Если говорить о вакцинации против вируса папилломы человека, конечно, недоволен. И не

Пандемия коронавирусной инфекции в очередной раз убедительно показала, что у нас в стране умеют делать отличные вакцины.

– **Давид Георгиевич, осмелюсь предположить, что получение Государственной премии не станет точкой в вашей научной работе.**

– Вы правы, я человек неутомимый. Сейчас проводим эпидемиологическое исследование о значении курения в онкологическом прогнозе. Наша гипотеза такова: отказ от курения после постановки онкологического диагноза улучшает прогноз заболевания. Нам уже удалось показать, что

большинство раком лёгкого, которые отказались от курения, живут на два года дольше тех, кто продолжает курить, при сопоставимых стадиях заболевания и объёме лечения. Такой, казалось бы, элементарный фактор повышения выживаемости онкологических больных, как выяснилось, имеет не меньшее значение, чем успех современной противоопухолевой терапии, включая иммунотерапию.

Готова к публикации статья по аналогичному эффекту у больных раком почки. Этиологически данная форма злокачественных новообразований в меньшей степени связана с курением, чем рак лёгкого, где курение практически в 100% случаев является причиной и пусковым механизмом. В то же время эффект отказа от курения после постановки диагноза «рак почки» такой же впечатляющий.

Мы намерены продолжать серию этих исследований. Следующее – курение и рак поджелудочной железы. Это заболевание с гораздо более плохим прогнозом в сравнении с теми же раком лёгкого и почки, поэтому здесь роль курения, возможно, даже более важна, как отягчающая прогноз для пациента.

И ещё мы взялись за изучение связи канцерогенных факторов с генетическими мутациями у конкретного человека. Уже обнаружили и сейчас анализируем любопытную находку: курение вызывает мутацию в гене VAP1, который является супрессором опухолевого роста. Мутация этого гена – очень плохой прогностический признак для рака почки.

– **Такая мутация возникает именно у курильщиков?**

– У тех, кто не курит, она тоже возникает, но курение повышает вероятность повреждений в гене VAP1. Цель нашей работы – изучить, как влияют на повреждение генов факторы внешней среды, в отношении которых доказано, что они вызывают появление опухолей.

Ну и, конечно, мы продолжим образовательные программы для врачей. Всё, что уже известно учёным об эпидемиологии рака в регионах, факторах риска развития онкологических заболеваний и их профилактике, должно быть известно и нашим коллегам из онкослужбы и первичного звена здравоохранения. Иначе зачем мы занимаемся научным поиском?

– **Мы опять упираемся в интересы экономики государства, который жалко денег на бесплатную вакцинацию подростков против вируса, приводящего к раку, или в дремучесть людскую?**

– Я думаю, даже самые «экономные» экономисты не могут не знать того очевидного факта, что лечить пациентов, страдающих раком, в тысячи раз дороже, чем вакцинировать население.

Конечно, зарубежные вакцины дорогие, однако есть основания надеяться уже в обозримом будущем получить отечественный вакцинный препарат против ВПЧ.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 22 (2334)

(Продолжение. Начало в № 23 от 17.06.2022.)

Срединная киста располагается по срединной линии шеи между слепым отверстием языка и перешейком щитовидной железы. Характерен медленный рост, имеет вид безболезненного округлого выпячивания, смещается при глотании только вверх, вслед за подъязычной костью, имеет гладкую поверхность, упруго эластическую консистенцию. Подвижность её ограничена из-за связи с телом подъязычной кости. Кожа над ней не изменена, подвижна.

Боковая киста шеи располагается впереди кивательной мышцы на уровне угла нижней челюсти. Проявляются чаще всего в юношеском возрасте. Имеет форму округлого образования, эластическую консистенцию, смещаемое.

Дермоидная киста может возникать под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области. Она определяется по ограниченному выпячиванию. Консистенция таких кист мягкая, форма округлая или продолговатая. С кожей кисты не спаяны, подвижны; оболочка кисты может быть соединена с надкостницей.

Киста больших слюнных желёз представляет собой ограниченную безболезненную припухлость в околоушно-жевательной или поднижнечелюстной областях мягкоэластичной консистенции. Кожа над кистой обычного цвета, собирается свободно в складку. Из протока железы выделяется неизменённая слюна.

Киста подъязычной слюнной железы (ранула) растёт медленно, не причиняя пациенту беспокойств. Иногда киста самостоятельно опорожняется в полость рта и затем медленно заполняется содержимым вновь. Ранулы могут локализоваться в средних и задних отделах подъязычной области. Представляет собой округлое образование, синюшно-прозрачного цвета, эластичное, безболезненное при пальпации.

Ретенционная киста малой слюнной железы – при осмотре обнаруживается округлое, полупрозрачное, иногда с голубоватым оттенком, образование, выступающее над поверхностью слизистой оболочки. Оно имеет эластическую консистенцию хорошо отграничено от окружающих тканей, подвижно, безболезненно.

При нагноении кист мягких тканей челюстно-лицевой области могут быть затруднены глотание, дыхание, движение языка, боли при повороте головы и пальпации образования. В результате разрушения стенки кисты гнойно-воспалительным процессом возможно образование свищевого хода с отделяемым.

**Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Критериями установки диагноза – киста – является выявление при помощи физикального и инструментального обследования, предпринятого в результате анализа жалоб пациента, кистозной полости в кости или мягких тканях и исключение другой патологии со схожей клинической картиной.

**Жалобы и анамнез.** Рекомендуются у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «киста челюсти» выявление жалоб на вздутие альвеолярного отростка (части), асимметрию лица, боль в области альвеолярного отростка, отёчность, припухлость окружающих тканей, затруднение носового дыхания, снижение чувствительности кожи нижней губы для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения. В начальной стадии развития, когда ещё нет внешне заметных деформаций альвеолярного отростка или тела челюсти, киста протекает бессимптомно.

При сборе анамнеза при кистах челюстей выясняют: была ли травма зуба, степень разрушения зубов кариесом, качество проведённого эндодонтического лечения, наличие ретенционных зубов. При распространении кисты от центральных резцов верхней челюсти в нижний носовой ход пациенты отмечают постоянную заложенность носа. А сдавление носослезного канала вызывает одностороннее спонтанное слезотечение.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «нагноившаяся киста челюсти» выявление жалоб на вздутие альвеолярного отростка, асимметрию лица,

боль в области альвеолярного отростка, отёчность, припухлость окружающих тканей, затруднение носового дыхания, снижение чувствительности кожи нижней губы, повышение температуры тела, озноб для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «дермоидная киста мягких тканей» выявление жалоб на асимметрию лица и шеи, наличие образования, эстетический дефект, нарушения подвижности языка, акта глотания, речи для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения.

В случае нагноения любых видов кист

## Кисты челюстно-лицевой области

ко всем этим объективным симптомам присоединяются покраснение, отёчность и инфильтрация окружающих тканей, а также жалобы больных на более или менее выраженную боль в области кисты и повышение температуры тела. Нагноение кист, возникающих в верхнечелюстную пазуху, сопровождается болями в верхней челюсти и односторонним отделяемым из носа.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «срединная киста шеи» выявление жалоб на боль или болезненность при глотании, болезненность в области языка, ощущение инородного тела при глотании, припухлость в передней области шеи для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «боковая киста шеи» выявление жалоб на асимметрию шеи, на наличие припухлости (иногда болезненной) в верхней трети боковой области шеи, односторонние боли или болезненность при глотании для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «нагноившаяся киста мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи» выявление жалоб на боли в области лица или шеи, асимметрию лица или шеи, отёчность, припухлость окружающих тканей, затруднение дыхания, повышение температуры тела, озноб для уточнения диагноза и определения тактики обследования и лечения.

В случае нагноения ко всем этим объективным симптомам присоединяются покраснение, отёчность и инфильтрация окружающих тканей, а также жалобы больных на более или менее выраженную боль в области кисты и повышение температуры тела. При воспалении срединных, боковых и дермоидных кист может развиваться дисфагия с расстройством речи.

**Физикальное обследование.** Рекомендуются при физикальном обследовании пациента с кистами челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи помимо обязательного общеклинического осмотра (цвет кожных покровов, слизистых, роговиц; тургор кожи; частота сердечных сокращений; частота дыхательных движений; пальпация живота и т.п.) проводить наружный осмотр лица и шеи, полости рта, поверхность и глубокую пальпацию регионарных лимфоузлов, для уточнения диагноза и определения тактики лечения пациента.

Общий осмотр подразумевает оценку общего физического состояния, роста и массы тела. При осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на внешний вид больного, конфигурацию лица и шеи, цвет кожи, наличие асимметрии и дефектов, состояние регионарных лимфатических узлов (размеры, консистенция, поверхность, подвижность, спаянность с кожей, наличие болезненных ощущений). После внешнего осмотра приступают к исследованию полости рта при этом выявляют сглаженность или выпячивание переходной складки свода преддверия полости рта или выпячивание на нёбе, округлой формы с довольно чёткими границами.

Появляющееся вздутие альвеолярного отростка нередко обуславливает асимметрию лица. Со временем появляется симптом «пергаментного хруста» (симптом Рунге – Дююитрена), при пальпации истончённой костной стенки кисты ощущается пружинистость стенки. Постепенно прогрессирующая атрофия кости приводит к появлению в костной стенке кисты «окна», над которыми остаются натянутыми лишь периост и слизистая оболочка. В результате этого появляется новый симптом – флюктуация (зыбление) содержимого кисты.

При больших размерах дермоидной кисты дна полости рта заметны нарушения подвижности языка, акта глотания, речи. Консистенция образования эластичная или тестоватая, поверхность гладкая, границы чёткие. При прикреплении кисты к подъязычной кости она проявляется в виде полушаровидного выпячивания в подподбородочной области. На шее врождённые дермоидные кисты локализуются между передним краем m.sternocleidomastoideus и задним брюшком m.digastricus. Дермоидные кисты околоушной области чаще залегают

при недостаточной информативности рентгенологического исследования (прицельной (внутриротовой) рентгенограммы, ортопантограммы, внеротовой рентгенограммы) выполнение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), либо мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с целью уточнения размеров и топографии кисты, состояния слизистой оболочки и костных стенок верхнечелюстной пазухи, полости носа.

Рекомендуется у пациентов с предполагаемым диагнозом «киста челюсти», при больших размерах кисты, выполнение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), либо мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с целью уточнения размеров и топографии кисты, состояния слизистой оболочки и костных стенок верхнечелюстной пазухи, полости носа.

Рекомендуется у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «киста мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи» выполнение ультразвукового исследования (УЗИ), а также проведение цитологического исследования микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсией, с целью уточнения

характера содержимого, размеров и топографии кисты.

Рекомендуется при недостаточной информативности ультразвукового исследования (УЗИ) у пациентов с предполагаемым диагнозом «киста мягких тканей», выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ), мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с целью уточнения распространения и топографии кисты.

**Иные диагностические исследования.** Рекомендуются у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «киста мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи» выполнение осмотра врача оториноларинголога с целью исключения ларингоцеле.

**Дифференциальную диагностику кист челюстей** проводят с амелобластомой, гемангиомой, миеломой, эозинофильной гранулёмой, центральной гигантоклеточной гранулёмой, гигантоклеточной опухолью, фиброзной дисплазией, мягкой одонтомой, хондромой, остеомой, кистой Стафне, саркомой, метастатической карциномой. Верифицировать диагноз помогает компьютерная томография, ангиография, трёхфазная сцинтиграфия мягких тканей и костей, цитологическое исследование микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии, трепанобиопсия опухолей наружных локализаций, лимфатических узлов под визуальным контролем, инцизионная биопсия с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала.

**Дифференциальную диагностику кист околоушной области** чаще проводят с кистами и опухолями околоушной слюнной железы и боковыми кистами шеи. Верифицировать диагноз помогает магнитно-резонансная томография, цитологическое исследование микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии.

**Дифференциальная диагностика дермоидных и эпидермоидных кист** проводят:

- с поражением лимфоузлов при туберкулезе. Имеются признаки клиники основного заболевания – поражения лёгких. Если в процесс вовлекаются регионарные лимфоузлы челюстно-лицевой области и шеи, то диагноз устанавливается путём цитологического исследования микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии, а также удалённого путём эксцизионной биопсии лимфатического узла, с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала. При первичной форме туберкулеза поражение лёгких может отсутствовать

- злокачественными опухолями ретикулоэндотелиальной системы (лимфо-, ретикулосаркомы). Характерен быстрый рост образований с множественным поражением лимфатических узлов, образованием отдалённых метастазов

- опухолевыми болезнями кровотока аппарата при отсутствии симптомов генерализованного поражения. Акцент делается на дифференцировку пункта на основании данных цитологического исследования микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии

- аденолимфомами слюнных желёз. Уточнить диагноз помогают сиалография,

магнитно-резонансная и компьютерная томографии. При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии в цитологическом исследовании микропрепарата удаётся увидеть клетки опухоли, которые отсутствуют в кисте

- боковыми и срединными кистами шеи. Пунктат дермоидных кист – атеромоподобный с хлопьями. В цитологическом исследовании микропрепарата выявляются кристаллы холестерина и слущенные эпителиальные клетки

- абсцедированными лимфоузлами. Макроскопически трудно отличить пунктат нагноившихся дермоидных и эпидермоидных кист от содержимого абсцедированного лимфоузла. Уточнить диагноз помогут анамнез заболевания, результат цитологического исследования микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии

- атеромами. Клинически дермоидные и эпидермоидные кисты весьма похожи на атеромы, но, в отличие от последних, не бывают спаянными с кожей.

**Дифференциальная диагностика боковых и срединных кист проводится:**

- с хроническими специфическими и неспецифическими лимфаденитами шеи. Уточнению диагноза поможет проведение объективного исследования, КТ, МРТ, проведение цитологического исследования микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсии;

- дермоидными кистами челюстно-лицевой области;

- опухолями слюнных желёз. Важными диагностическими моментами являются показатели контрастной сцинтиграфии, МРТ и КТ;

- каротидной гемодектомой. Уточнению диагноза поможет проведение КТ-ангиографии, МРТ, ангиографии;

- метастатическими опухолями шеи, бронхогенным раком, лимфо- и ретикулосаркомами, гемангиомами и лимфангиомами;
- боковые свищи шеи также дифференцируют от свищей, возникших в результате нагноения лимфатических узлов шеи.

Магнитно-резонансная томография, цисто-, фистулография, цитологическое исследование микропрепарата тонкоигольной аспирационной биопсией, трепанобиопсия опухолей наружных локализаций, лимфатических узлов под визуальным контролем с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала, инцизионная биопсия с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала позволяют уточнить диагноз.

**Дифференциальная диагностика атером**  
Атерому следует дифференцировать с эпидермоидной кистой, липомой, мягкой фибромой, хроническим лимфаденитом, фурункулом, ретенционной кистой. Патогномичным признаком атеромы, отличающим её от всех перечисленных патологических процессов, является наличие точечной втянутости кожи (кратера) в области выводного протока железы и спаянности кожи с оболочкой кисты в этом же месте.

**Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Основной метод лечения кист челюстно-лицевой области – хирургический. Оболочку кисты удаляют в пределах здоровых тканей, ориентируясь на их оболочку.

**Консервативное лечение (терапевтическая подготовка к хирургическому лечению).** Рекомендуется у зубов, вызвавших развитие корневой кисты пломбирование корневых каналов, а так же проведение резекции верхушек корней.

Пломбирование корневого канала необходимо до уровня резекции верхушки корня, не менее чем на 2/3 его длины, проводится до хирургического вмешательства. При визуализации корня в кисте при оперативном вмешательстве проводить резекцию верхушки корня уже запломбированного зуба.

Рекомендуется у зубов, прилежащих к кисте, при отсутствии реакции на ток при ЭОД, пломбирование корневых каналов.

**Методы хирургического лечения кист челюстей.** Критерии начала хирургического лечения:

1. Подписанное согласие пациента на лечение.

2. Отсутствие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, тяжёлых органических дисфункций.

Рекомендуется всем пациентам с диагнозом «кисты челюстно-лицевой области и шеи» проведение предоперационного выбора метода и техники анестезии в соответствии с объёмом оперативного лечения и учётом сопутствующей патологии, по показаниям проведение консультации анестезиолога-реаниматолога, для исключения возможных операционных осложнений.

Рекомендуется всем пациентам с диагнозом «нагноившаяся киста челюсти» проведение цистотомии для предупреждения распространения воспалительного процесса и осложнений.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста челюсти» при соблюдении ряда условий выбор оперативного вмешательства «цистэктомии», как наиболее оптимального.

При цистэктомии полностью вылушивают оболочку кисты. После резекции передней боковой стенки, в отличие от цистотомии, полностью вылушивают и удаляют всю кистозную оболочку вместе с её содержимым. Цистэктомия выполняется при кистах, оболочку которых можно удалить без опасности повреждения ближайших анатомических образований: соседних зубов, сосудисто-нервных пучков (нервов), стенок верхнечелюстной пазухи и полости носа.

При проведении цистэктомии возможно замещение дефекта при помощи остеопластических материалов.

При наличии дефекта нижней или верхней челюсти при цистэктомии возможно проведение костно-пластических операций. Выбор методики реабилитации зависит от величины дефекта.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста челюсти» выбор оперативного вмешательства в объёме «цистотомии» как наиболее оптимального. Цистотомия – оперативное вмешательство, целью которого является создание соустья между полостью кисты и ротовой полостью.

Основными показаниями к операции являются:

1. Киста, в полость которой проецируется 3 интактных зуба и более; на рентгенограмме у корневых последних не определяется периодонтальная щель;

2. Большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и нёбной пластинки;

3. Обширные кисты нижней челюсти с резким истончением (толщиной кости менее 0,5 см) основания челюсти, при этом частичное сохранение кистозной оболочки является одной из мер профилактики патологического перелома.

Эта операция рекомендуется при опасности повреждения нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка, а также в случаях врастания кисты в верхнечелюстную пазуху, полость носа.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста челюсти» проведение марсупиализации (двухэтапной операции), как метод выбора, для снижения травматичности вмешательства и снижения риска осложнений.

Метод марсупиализации основан на эффекте аппозиционного роста костной ткани после декомпрессии замкнутой полости. Кистозную полость промывают через фиксированную эластичную трубку, введённую через свищевой ход или лунку удалённого зуба, затем удаляют остатки оболочки кисты и иссекают свищевой ход. Принято считать, что восстановление костной ткани челюстей после цистотомии происходит посредством аппозиционного роста. После операции происходят ретракция оболочки кисты и сморщивание фиброзной капсулы. Длительность этого процесса зависит от величины дефекта и состояния организма больного. Затем необходимо выполнить полное удаление оболочки кисты и иссечь свищевой ход.

Рекомендуется пациентам с диагнозом киста челюсти проведение удаления зуба при невозможности его эндодонтического лечения/ретроградного пломбирования, а также других условиях, для профилактики дальнейшего рецидивирования.

Подлежат удалению во время органосохраняющих операциях следующие «причинные» зубы:

- все временные зубы;

- постоянные зубы, которые явились причиной появления кисты, в том случае, когда не может быть проведена резекция верхушек корней;

- постоянные зубы, корни которых более чем на 1/2 выступают в полость кисты;

- подвижность зуба и атрофия альвеолярного отростка в области его корней превышает II-III степень;

- коронковая часть зуба разрушена настолько, что её невозможно восстановить ортопедическими способами;

- значительное искривление корней зуба.

Рекомендуется пациентам с диагнозом киста челюсти с проникновением в верхнечелюстную пазуху проведение операции цисториносинустомии для улучшения результатов лечения и сокращения сроков реабилитации.

Проведение операции цисториносинустомии показано:

- при интрасинусальных кистах, верхний полюс которых отступает до верхнечелюстного синуса вверх на 1/3 его высоты и более, то есть при кистах среднего и большого размера;

- при интрасинусальных кистах малого размера с резким истончением костной перемычки между кистой и синусом из-за высокой вероятности возникновения перфорации дна синуса во время отслойки оболочки кисты.

**Методы хирургического лечения кист мягких тканей (общепринятые хирургические методы).** Критерии начала хирургического лечения:

1. Подписанное согласие пациента на лечение.

2. Отсутствие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, тяжёлых органических дисфункций.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «нагноившаяся киста мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи» проведение операции цистотомии или проведение пункции для эвакуации гнойного содержимого для снижения риска гнойно-воспалительных осложнений.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «срединная киста шеи» проведение операции удаления кисты (цистэктомии) с резекцией тела подъязычной кости для повышения эффективности лечения и снижения риска осложнений.

Лечение срединных кист шеи только хирургическое. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Выделение кисты проводят тупым инструментом, стремясь не повредить в ходе операции оболочку кисты. Разрез кожи при срединных кистах и свищах шеи – горизонтальный по ходу естественных кожных складок на уровне подъязычной кости. При рубцовом изменении области наружного свищевое отверстие горизонтальный разрез целесообразно дополнить эллипсоидным вокруг свищевое отверстие.

После отслойки кожных покровов по обе стороны от кисты или свищевое хода, на расстоянии не менее 2-3 см проводится выделение патологического образования до тела подъязычной кости. Последнюю клиновидно резецируют на расстоянии 0,5 см по обе стороны от свищевое хода. В целях иссечения тела подъязычной кости используют ножницы тупоконечные вертикально изогнутые или бормашину.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «боковая киста шеи» проведение операции удаления кисты (цистэктомии) для повышения эффективности лечения и снижения риска осложнений.

Лечение боковых кист шеи только хирургическое. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Разрез следует делать по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы или по верхней шейной складке. Первый разрез считается более безопасным, так как в этом направлении проходят крупные сосуды и вены, а второй разрез – более косметический. Операция завершается послойным ушиванием раны. В рану вводят выпускник из перчаточной резины, который удаляют на 2-3-и сутки после операции.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста подъязычной слюнной железы» проведение операции удаления кисты для повышения эффективности лечения и снижения риска осложнений.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста подъязычной слюнной железы» проведение операции марсупиализации или удаление кисты вместе с подъязычной слюнной железой (цистосиалоаденэктомией) для снижения риска рецидивов.

При значительном размере ранулы или при повреждении оболочки кисты во время оперативного вмешательства, удаление ее полностью не представляется возможным. Таким образом можно применить методику оперативного вмешательства – «марсупиализация». Производят иссечение «купола» кисты, сшивание стенки кисты и слизистой оболочки подъязычной области, фиксируют трунду в полость кисты. Так же возможно применение методики удаления кисты (цистэктомии) вместе с подъязычной слюнной железой.

**Малоинвазивные хирургические методы.** Критерии начала малоинвазивного лечения

1. Подписанное согласие пациента на лечение.

**Факторы высокого риска послеоперационной инфекции:**

Факторы риска		
Длительность операции > 2 ч	Наличие протезов (ортопедических, зубных)	Опухолевые заболевания в анамнезе
Возраст старше 65 лет	Сахарный диабет	Ожирение
Кожа, пораженная себореей	3 сопутствующих заболеваний и более	Истощение
Алкоголизм	Иммунодепрессия	Курение
Болезни печени	Трансплантация в анамнезе	Наличие очагов хронической инфекции

(Окончание следует.)

2. Отсутствие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, тяжёлых органических дисфункций.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «боковая киста шеи» при отсутствии свищевое хода, «дермоидная киста боковой области шеи» при наличии технического оборудования в стационаре проведение операции: эндоскопически ассистированное или робот-ассистированное удаление кисты для улучшения результатов лечения, снижения травматичности, сокращения сроков стационарного лечения и послеоперационной реабилитации.

Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Доступ через разрез в заушной и затылочной областях (ретроаурикулярный доступ RANI – retroauricular hairline incision, доступ по типу face-lift). В заушной области производится отслойка кожного лоскута, в боковой области шеи – «сублатизмальная» отслойка. Визуализируется наружная поверхность грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Диссекция, выделение и удаление оболочки кисты осуществляется под контролем эндоскопа (хирургического робота). Возможно проведение операции по удалению боковой кисты шеи через линейный разрез в волосистой части затылочной области с формированием «тоннельного» доступа. Диссекция, выделение и удаление оболочки кисты осуществляется под контролем эндоскопа (хирургического робота). Операция завершается ушиванием раны. В рану вводят вакуумный дренаж, который удаляют на 1-2-е сутки после операции.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста поднижнечелюстной слюнной железы» при наличии в стационаре технического оборудования проведение операции: эндоскопически ассистированное или робот-ассистированное удаление кисты (цистэктомия) или удаление кисты вместе с поднижнечелюстной слюнной железой (цистосиалоаденэктомия) для улучшения результатов лечения, снижения травматичности, сокращения сроков стационарного лечения и послеоперационной реабилитации.

Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Объём операции (цистэктомия или цистосиалоаденэктомия) зависит от размеров и локализации кисты. Может быть использован доступ через разрез в заушной и затылочной областях (ретроаурикулярный доступ RANI – retroauricular hairline incision, доступ по типу face – lift). Также может быть использован минимально инвазивный доступ через линейный разрез в волосистой части затылочной области с формированием «тоннельного» доступа. Диссекция, выделение и удаление оболочки кисты или слюнной железы осуществляется под контролем эндоскопа (хирургического робота). Операция завершается ушиванием раны. В рану вводят вакуумный дренаж, который удаляют на 1-2-е сутки после операции.

**Профилактика инфекционных раневых осложнений после хирургического лечения.** Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста челюсти и мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи» проведение периоперационной антибиотикопрофилактики для повышения эффективности лечения и снижения риска гнойно-воспалительных осложнений, а также обезболивающей и противовоспалительной терапии при наличии соответствующих показаний.

**Антибиотикопрофилактика.** Операционные раны классифицируются:

- чистые – операции удаления доброкачественных опухолей мягких тканей без рассечения слизистой оболочки полости рта железы, шейной лимфаденэктомии;

- условно чистые – при операциях в полости рта, ротоглотке, гортаноглотке, гортани, а также реконструктивных операциях;

- контаминированные – при операциях, которым предшествовало нарушение барьера слизистой оболочки верхних отделов аэродигестивного тракта (негнойное воспаление);

- грязные – при наличии гнойного воспаления.

При чистых операциях антибиотикопрофилактика проводится в случаях, при наличии у больного факторов риска инфекций области хирургического вмешательства.

**Успехи медицины в лечении болезней и травм очевидны. Они обусловлены новыми знаниями, современными технологиями и эффективными препаратами. Однако прогресс и наши достижения породили проблемы, которых ранее не было. Одна из главных – посттравматический вегетативный статус.**

### «Ни сына, ни могилы»

Конечно то, что было описано и изучено во второй половине XX века под названием «вегетативный статус», сопровождало, не имея ещё своего имени, человечество с момента появления Homo sapiens. Не могло не сопровождать, поскольку такой вид тяжёлой черепно-мозговой травмы, как падения с высоты, существовал всегда. Высокоскоростные средства передвижения, прежде всего автомобили, обусловили резкое учащение их с механизмами повреждения ускорения-замедления и ротационным.

В отличие от ударно-противоударной травмы, при которой утрачивают очаговые формы повреждений мозга, при травмах ускорения-замедления и ротационных преобладают диффузные аксональные церебральные повреждения. Они-то в тяжёлом варианте и проявляют себя клинически вегетативным статусом, отражающим разобщение коры мозга и подкорково-стволовых образований за счёт разрыва аксонов в нервных трактах.

Психика отсутствует, человек не осознаёт ни себя, ни окружающий мир, произвольных движений глаз и конечностей нет. Между тем работает ствол мозга, функционируют сердце, кишечник, другие внутренние органы – вегетативное состояние, при котором личность превращается в «овощ», образное, хотя и несправедливое сравнение.

Трагедия больных в хроническом вегетативном статусе усугубляется трагедией их семей и близких, а также трагедией невнимания и неготовности общества и нашего здравоохранения к оказанию им необходимой помощи, лечения, реабилитации.

### Статистика

Как много больных находится в длительном бессознательном состоянии? Их количество в нашей стране неизвестно, как и неизвестно, сколько таких пациентов в мире. Учёт строится лишь на сведениях отдельных исследовательских центров. Данные значительно колеблются: в США насчитывается 40-168 случаев вегетативного статуса на млн взрослого населения и 16-40 – на млн детского; в Северной Ирландии 23 – на млн; в Австрии 19 – на млн; в Израиле 4-5 – на млн; в Дании 1,3 – на млн взрослого населения. А сколько это в абсолютных цифрах? В США имеется 35 тыс. пациентов в хроническом вегетативном состоянии и ещё 280 тыс. – в состоянии минимального сознания. В других странах существенно меньше.

В одной из своих статей профессор Михаил Пирадов сообщил, что в реанимационных отделениях крупных клиник России до 25-30% коек может быть занято такими больными. А сколько их находится дома? По своей встречаемости вегетативный статус сравним с инфекционным эндокардитом (16-23 случаев на млн населения), болезнью Аддисона (10 случаев на млн), миастенией (60-120 – на млн). Конечно, вегетативный статус по частоте – это не инфаркт миокарда и не инсульт. Но уместно вспомнить распространённость в России главных его «доноров» – черепно-мозговую травму и инсульт. Поэтому количество пациентов с длительными бессознательными состояниями будет расти.

Назрела необходимость обратить внимание на категорию тяжелейших больных. Ведь это тысячи людей. И не только сами пациенты, но их близкие, которые вынуждены бросать работу, менять свою жизнь для того, чтобы ухаживать за ними.

Может быть подобные больные никому не нужны? На одном медицинском интернет-форуме врачи жаловались: «В нашем отделении одну больную тянем почти семь месяцев. А смысл? Натуральный овощ. Занято место тех многих больных, которым мы могли бы оказать эффективную помощь».

Но, чтобы ни говорили, решать проблему необходимо. Во-первых, мы не всё знаем об этом состоянии. Группа врачей из Медицинского центра в Кембридже (Великобритания) под руководством профессора А.Оуэна показала, что у 3 из 5 пациентов в вегетативном

состоянии минимального сознания коммуникации с больным, на улучшение его состояния и качества жизни. И надо сказать, что такая система хорошо работает. Около половины больных, поступивших в вегетативном состоянии через 4 месяца (максимальный срок пребывания в центре) выписываются с улучшением своего психического состояния.

В Бельгии построен специальный центр для реабилитации больных, перенёвших инсульт и тяжёлую черепно-мозговую травму. Его основной контингент – пациенты в хроническом вегетативном статусе и в состоянии минимального созна-

не истощена, цвет лица хороший. Можно восхищаться матерью, которая днём и ночью, забросив всё, самоотверженно ухаживает за дочерью. В условиях деревенской избы неграмотная крестьянка получила результат, сравнимый с таковым в лучших клиниках. И цена его – скудные пенсии, а не миллионные расходы. Неужели мы пойдём по такому пути: спасение утопающих – дело самих утопающих или, точнее, их родных?

Конечно, в России накапливается собственный опыт лечения больных с длительными бессознательными состояниями. В На-

продвижением в восстановлении психики и двигательной сферы пациентов.

На мой взгляд, главная причина в том, что именно саногенез этой чрезвычайно сложной патологии изучен недостаточно. Опыт показывает, что когда удаётся раскрыть саногенные механизмы болезни, то тогда коренным образом меняются лечебные мероприятия и их результаты.

Бесспорно, важны все слагаемые системного подхода к решению восстановительной задачи, но сердцевина – знание именно саногенеза патологии.

Мы располагаем возможностями точно знать динамику пластических процессов в мозге после диффузного аксонального повреждения. Если ранее о повреждении и восстановлении двигательных функций рассуждали по клиническим данным, то теперь благодаря изошрёпным методикам МРТ чётко видим, в каком состоянии находится тот или иной участок мозга, тот или иной тракт и можем объективно судить об его восстановлении либо гибели. Любые нейроанатомические ситуации ныне доступны контролю. Методы воздействия на репаративные процессы в мозге разнообразны и непрерывно развиваются. Всё более ранней становится нейрореабилитация. Внедрено в практику немало препаратов, доказательно улучшающих метаболизм и рост аксонов и дендритов, а стало быть, и межнейрональные связи.

Разрабатывается технология прицельной доставки необходимых «строительных» субстратов в повреждённые участки мозга. Идут исследования с использованием для реституции стволовых клеток. Развивается электронное протезирование функций.

Но, конечно, главная наша надежда на активацию и управление нейрогенезом в мозге. Тогда собственный нейрогенез пациента в полной мере будет использован для восстановления сознания и всех сфер психической деятельности при вегетативном статусе и близких к нему состояниях.

Сегодняшний уровень наших знаний и наших возможностей обосновывает целесообразность прогностического разделения пациентов в посттравматическом хроническом вегетативном статусе на 3 группы:

- пациенты, у которых выход из вегетативного состояния задерживают иные последствия черепно-мозговой травмы такие, например, как посттравматическая нормотензивная гидроцефалия. Устранение прелятствующей причины всегда необходимо, и порой наблюдаются разительные перемены;

- пациенты, находящиеся в вегетативном состоянии с реальными шансами не только выйти из него, но и достичь, по меньшей мере, уровня самообслуживания;

- пациенты, находящиеся в вегетативном состоянии, без значительных шансов, несмотря на интенсивную комплексную терапию, подняться выше минимального состояния сознания.

Важно разработать надёжные дифференцированные прогностические критерии по достижению максимально возможного уровня восстановления. Применительно к вегетативному статусу и близких к нему хронических нарушений сознания мы созрели для выработки концептуальных подходов к системным решениям этой глобальной проблемы. Вегетативный статус – современный вызов человечеству, вызов медицинский, гуманитарный, экономический, научный, технологический и, если хотите, философский. Чтобы справиться с этой сложнейшей задачей, необходимо объединить усилия учёных, здравоохранения и общества развитых и развивающихся стран.

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

**Национальный медицинский  
исследовательский центр  
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.**

## Проблемы и решения

# Святость жизни и качество жизни

## Необходим концептуальный подход к восстановительному лечению хронического вегетативного состояния

состоянии, по данным функциональной магнитно-резонансной томографии, активизировались те же зоны головного мозга, отвечающие за движения, что и у здоровых людей при выполнении устных заданий – представить себя идущим по собственному дому и играющим в теннис. Во-вторых, достаточно сложно составить прогноз о развитии заболевания в острую фазу для каждого конкретного больного. Здесь уместно вспомнить два нашумевших в прессе случая восстановления сознания у пациентов, находившихся 19 лет в вегетативном состоянии. В-третьих, где наша гуманность? Конечно, можно занять позицию, что такие больные отнимают койки и средства у более перспективных пациентов. Но есть ли у нас право лишать пострадавших в вегетативном состоянии медицинской помощи?

### Полезный чужой опыт

Как же организована помощь пациентам с длительными бессознательными состояниями в развитых странах. Существуют специальные программы реабилитации таких больных в США, Великобритании, Израиле, Германии, Дании, Франции, Австралии, Испании и некоторых других государствах. Мне довелось познакомиться с ними в Лондоне и Брюсселе.

Реабилитационная клиника для больных с поражением нервной системы в Лондоне имеет специальное отделение для лечения пациентов в вегетативном состоянии. Здесь они проходят обследование и лечение в течение нескольких месяцев с последующим применением разработанной программы реабилитации в домашних условиях. Специалисты нейрофизиологи, логопеды, психологи и психотерапевты, диетологи, врачи лечебной физкультуры, физиотерапевты, массажисты, кинезотерапевты, инженеры – это единая команда, все усилия которой направлены на восстановление утраченных функций, на реинтеграцию больного с выраженным повреждением нервной системы в семью и общество. Весь день распisan по минутам. Один специалист сменяет другого. Программа психостимуляции направлена на все возможные у человека сенсорные системы.

Изготовление индивидуального кресла, в котором пациенту будет удобно заниматься, устранение тризма, патологического напряжения мышц, минимальное время нахождения в положении лёжа и занятия, занятия, занятия. И всё это по индивидуальной программе, направленной на поиск путей

Планировка и оборудование центра чрезвычайно удобны для ухода и лечебных занятий. Просторные палаты, функциональные кровати с подходом с любой стороны, автоматические устройства для подъёма и опускания больных в ванну, бассейн. Ежедневное мытьё. Весь день пациенты находятся в движении на колясках. Вертикализация, как и водные процедуры, необходимый элемент нейрореабилитации. Постоянно включаются другие рецепторы – слуховые и световые раздражители – музыка, динамичные цветовые гаммы и т.п. В хорошо оборудованных залах проводится направленная аппаратная и мануальная лечебная физкультура. В специальных комнатах умело используют элементарные, но эффективные игры, едва больной становится способным участвовать в них. Пребывание пациентов длительно и оплачиваются государством.

При такой организации нейрореабилитации достигаются существенные клинические результаты. К сожалению, трудно предсказать прогноз у конкретного больного, но каждый из них имеет право на получение адекватной помощи для максимально возможного восстановления и реинтеграции в общество.

### Что делать?

Для решения проблемы ухода и лечения больных в вегетативном статусе нужна государственная поддержка. Ведь пациент и его родные очень часто оказываются один на один со своей трагедией. Их голоса не слышит ни общественность, ни власть. Многолетние страдания этих людей кажутся несущественными на фоне решения главных задач здравоохранения.

Вспоминается один из характерных случаев. В Воронежской областной больнице произвели гинекологическую операцию 40-летней женщине. Хирургическое вмешательство осложнилось массивной кровопотерей и наркозными накладками. В итоге – вследствие гипоксии мозга – развился вегетативный статус. Поддержали месяц в стационаре и, несмотря на протесты семьи, принудительно выписали домой – доставили на скорой в деревню к матери. Муж – бросил, дочь – отказалась, только старушка-мать пожалела дочку. Освоила кормление через зонд, уход за трахеостомой, катетерами, глазами, полостью рта. Дочка как была без сознания, так и осталась, но вот уже 5 лет все жизненно важные функции налажены, нет пролежней, гнилостных процессов,

циональном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко, в Российском научно-исследовательском нейрохирургическом институте им. А.Л.Поленова и в некоторых других учреждениях глубоко изучается хронический вегетативный статус, разрабатываются системы предупреждения и лечения его осложнений, методики нейрореабилитации.

В Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Екатеринбурге в общевойсковой клинической больнице на коммерческой основе принимают таких больных. Но этого, во-первых, мало, во-вторых, материально либо вообще (в большинстве случаев) недоступно, либо разорительно. Естественное правило коммерции особо тяжко бьёт по пациентам в вегетативном статусе, реабилитация которых требует многих месяцев и лет. Отметим, что вокруг родных больных в вегетативном статусе носится рой нейромощников, спекулирующих и наживающихся на безысходном горе, обещая за большие деньги «излечение».

То, что мы предлагаем, – не мажорщина. Во-первых, необходимо создание регистра таких больных. Где бы они ни находились – в больнице, реабилитационном центре, дома. Во-вторых, должна быть создана при Министерстве здравоохранения РФ рабочая группа, которая бы обладая экспертно-методическими функциями, могла объединить врачей, научных работников, управленцев, родственников больных, координировать усилия в этом направлении. В-третьих, необходима организация центров по лечению больных с длительными бессознательными состояниями.

Есть у нас уже первая «ласточка» в этом направлении. В Подмосковье под Солнечногорском создано специальное отделение Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитации, где предусмотрены все необходимые условия для изучения и восстановления больных с грубыми хроническими нарушениями сознания, даже веранда для выезда прямо в кровати из палаты на «солнышко».

Необходимо создание нейрореабилитационных центров для больных с длительными бессознательными состояниями, хотя бы по одному в каждом федеральном округе России.

### Перспектива прорыва

Сегодня не устранён разрыв между серьёзными успехами в изучении вегетативного статуса и сравнительно незначительным

**Лучший способ популяризации врачебной профессии – личный пример учителя, считает заведующий кафедрой инфекционных болезней, общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета Обнинского института атомной энергетики – филиала Национального исследовательского университета «МИФИ» доктор медицинских наук, профессор Владимир Петров. Если, общаясь с преподавателем, студенты-медики помимо глубокого знания предмета видят в этом человеке ещё и искреннюю преданность своей профессии, а также успешную карьерную траекторию, они, безусловно, задумаются об этой же врачебной специальности.**

В 1982 г. Владимир Петров окончил Волгоградский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт (ныне Волгоградский государственный медицинский университет), стал инфекционистом. И вот сорок лет спустя теперь уже профессор В.Петров и его однокурсники решили прочесть лекцию студентам выпускного курса ВолГМУ. Зачем?

Во-первых, чтобы дать будущим врачам максимально полные знания о патогенезе и лечении новой коронавирусной инфекции. Во-вторых, и в-главных, показать возросшее значение специальности «врач-инфекционист» в современной системе здравоохранения. Востребованность этих специалистов не просто заметно, а стремительно выросла именно в условиях пандемии COVID-19, которая длится уже третий год, и пока говорить о её завершении ВОЗ не видит оснований. А параллельно с COVID-19 человечество сегодня уже имеет дело с проявлениями целого ряда новых либо хорошо забытых старых инфекций, и риски очередных вспышек высоковероятны. Поэтому, считает В.Петров, выбор студентами-медиками именно этой врачебной специальности будет верным и абсолютно оправданным на многие десятилетия вперёд.

### Совпадения или судьба?

– Если я не ошибаюсь, выпуск на нашем курсе лечебного факультета составил 297 человек. Естественно, в сложные 1990-е годы часть сокурсников ушла из профессии, а из тех, кто по-прежнему работает в медицине, дескать стали докторами медицинских наук, профессорами, возглавляют профильные кафедры в вузах, в том числе, в родном Волгоградском медуниверситете. И мне подумалось, почему бы нам не отметить сорокалетие выпуска таким вот необычным и полезным событием – прочесть актовую лекцию силами тех, кто когда-то здесь учился, тем, кто учится здесь сейчас, и тем самым проложить мостик между поколениями студентов ВолГМУ. Или, как выразился один из участников нашего «квартета» профессор Сергей Недогода, прокатиться в «машине времени» на сорок лет назад, только теперь уже не мы, а наши потомки сидят в лекционном зале, а с кафедры обращаются к будущему поколению российских врачей не наши преподаватели, а мы сами, – рассказывает В.Петров.

По признанию моего собеседника, это событие сопро-

вождалось рядом совершенно удивительных совпадений. Актовую лекцию, прочесть которую должны были четыре выпускника Волгоградского мединститута 1982 г., организаторы назначили ровно на тот день, когда в 1976 г. Владимир Петров впервые переступил порог института, придя на День открытых дверей. И именно

вируса SARS-CoV-2 и вакцинации от него. Заведующий кафедрой теоретической биохимии ВолГМУ профессор Олег Островский выступил с докладом о биохимии коронавирусной инфекции и особенностях гемостаза при COVID-19. Профессор кафедры акушерства и гинекологии ВолГМУ Марина

им всем без исключения, какую бы врачебную специальность каждый из выпускников ни выбрал, – продолжает В.Петров.

Наконец, как уже сказано, главная цель подобной встречи выпускников разных поколений университета заключалась в том, чтобы показать возрастающее значение специально-

с пациентом и напрямую на КТ. Классическая советская-российская школа подготовки врачей – это клиническая школа: прежде всего сбор анамнеза, а уже затем высокотехнологичная диагностика. Сейчас молодые врачи сомневаются в возможности сбора анамнеза, считая, можно опираться только на результаты

### Ориентиры

# «Юноше, обдумывающему житьё...»

Актовая лекция «квартета» профессоров помогла студентам с выбором специальности



в этом зале первую актовую лекцию в истории института читал профессор Сергей Николаевич Касаткин, 120-летие со дня рождения которого отмечали как раз в эти дни. Первая встреча с этим выдающимся человеком запомнилась школьнику Володе Петрову на всю жизнь, потому что профессор Касаткин был не только директором Волгоградского мединститута в прошлом, но и известным учёным-анатомом в настоящем. Яркая личность и прекрасный оратор, он умел увлечь молодых людей столь сложным научным предметом.

– Для меня такое совпадение не просто удивительно, но и приятно. Нашему брату-профессору в лучшем случае раз в жизни выпадает чтение актовой лекции, и как правило, это бывает подведением итогов многолетней научной и клинической работы. А здесь мало того, что мы выступали в альма-матер, так ещё и в особый день, который в моей памяти связан с именем выдающегося профессора Касаткина, – отмечает В.Петров.

### Глубокий анализ, верное толкование

Профессора-выпускники 1982 г. составили свою мультисциплинарную лекцию для выпускников 2022 г. из четырёх частей, чтобы очертить все грани одной сложной проблемы.

Заведующий кафедрой инфекционных болезней Обнинского института атомной энергетики В.Петров рассказал об общих вопросах коронавирусной инфекции, особенностях эволюции

Селихова подробно остановилась на теме «COVID-19 и беременность». А заведующий кафедрой внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования ВолГМУ, проректор вуза профессор Сергей Недогода прекрасно изложил тему постковидного синдрома и постковидной реабилитации.

Чем в содержательном плане эта лекция отличалась от того, что могли почерпнуть студенты выпускного курса ВолГМУ о новой коронавирусной инфекции из множества других источников? Она отличалась глубоким анализом научной информации, полученной путём обобщения не только российского, но также международного исследовательского и клинического опыта.

– Сегодня каждый студент может дать фору преподавателю в поиске информации на просторах интернета. Однако верно интерпретировать собранный материал они вряд ли смогут, для этого действительно необходим большой опыт научной и практической работы в медицине. Кроме того, показав проблему коронавирусной инфекции с разных сторон, мы уделили внимание негативному вкладу данной инфекции не только в соматическое, но также психическое здоровье отдельного человека и популяции в целом, а также в социально-экономическую и демографическую ситуацию в мире. Одним словом, это было полное погружение в проблематику COVID-19 для завтрашних врачей разных профилей. Уверен, что информация, которую мы дали, будет полезна

«инфекционные болезни». В.Петров считает, что по степени напряжённости и эффективности работу российской медицинской науки, инфекционной службы и системы здравоохранения в целом за последние два года можно сравнить разве что с работой медиков в годы Великой Отечественной войны. Таким образом, и сама по себе пандемия, и прочитанная «квартетом» профессоров лекция стали для студентов университета мощнейшим профориентационным фактором.

### Сохранить человечность

Разговаривая о событии в Волгоградском медуниверситете, мы с моим собеседником незаметно подходим к едва ли не самой болезненной теме современного здравоохранения после кадрового дефицита – качеству вузовского образования. И дня не проходит, чтобы то тут, то там кто-то не сказал о недостаточной подготовленности молодых специалистов, которые приходят в медицину.

Сказываются и упразднение субординатуры с интернатом, которое не было компенсировано увеличением времени обучения в ординатуре, и формальное прохождение практик студентами-медиками в связи с отсутствием собственных клиник у абсолютного большинства медицинских вузов, и закрытие либо слияние ряда кафедр, и снижение престижа преподавательской деятельности, и многие другие «преобразования» со знаком минус. Мы так хотели подражать зарубежным образцам высшей школы, а в итоге не приобрели никаких преимуществ, зато лишились лучшего, что было у нас до того, как Россия внедрила Болонскую систему образования, от которой теперь, наконец-то решено отказаться.

– Надо признать, Болонская система образования существенно изменила траекторию подготовки специалистов. Советская концепция высшей медицинской школы была грамотно выстроена и показывала высокую эффективность. Поверьте, это не эмоциональная ностальгия, а объективная экспертная оценка человека, который учился в советской системе, а преподаёт – в «европейской». Посмотрите современные фильмы о медицине: с чего начинается каждый новый сюжет? С того, что к дверям госпиталя подъезжает «скорая», завозят каталку

лабораторных анализов и лучевой диагностики. Превратить врача в интерпретатора результатов анализов, в оператора хирургических роботов – непросто, а ошибка, – убеждён профессор.

Одно дело, когда пациент без сознания, и совсем другое – когда он способен разговаривать с доктором. Беседу врача с больным невозможно заменить никакими исследованиями, к тому же у человека должно сформироваться доверие к врачу, иначе ни точного диагноза, ни успеха в лечении не будет. Владимир Александрович подчёркивает, что нарастающая технократичность медицины убивает в профессии врача человечность, тогда как медицина исходно – прежде всего, наука о человеке и лишь потом – о его болезни.

Можно ли соблюсти баланс – чтобы и технологии развивались, и человечность сохранялась? Конечно можно, считает мой собеседник. Но для этого требуются дополнительные усилия именно от высшей школы. Задача преподавателей – научить будущего врача разговаривать с пациентом, а не только разбираться в показателях лабораторных, инструментальных и иных диагностик. Научить его любить пациента, профессию, учителей.

По признанию В.Петрова, умение беседовать с пациентами его прекрасно научили в родном Волгоградском мединституте. И, к слову, этот медицинский вуз – один из немногих в России представляет собой настоящий современный образовательный кластер. В его составе медицинский колледж, университет, научные институты, библиотека, университетские клиники, симуляционный центр и т.д. Подобная структура высшего учебного заведения, считает В.Петров, обеспечивает высокий уровень подготовки будущих врачей.

– Я очень горжусь тем, что мне довелось учиться в таком мощном вузе, затем заведовать здесь кафедрой детских инфекционных болезней, быть первым главным врачом университетской клиники вуза, а теперь получить приглашение прочесть актовую лекцию для студентов. Университет продолжает развиваться, и хотелось бы пожелать ректору университета профессору Владимиру Шакину и всей молодой команде руководителей вуза сохранять хорошие традиции, на которых держится авторитет учебного заведения, и достигать новых успехов, – говорит В.Петров.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

В формировании стратегии платформы медицинской реабилитации в России активно участвует Самарский медицинский университет «Реавиз». Недавно в стенах вуза прошла Межрегиональная научно-практическая конференция «Реабилитация – медико-социальная проблема XXI века», посвящённая правовым, организационным и медицинским аспектам реабилитологии. Как показывает практика, медицинская реабилитация сегодня очень активно развивается, актуальность и колоссальная значимость этого направления очевидна для здоровья и высокого качества жизни человека. Реанимировать пациента после тяжёлой травмы и инсульта можно, но без последующей медицинской реабилитации прогноз качества и продолжительности жизни не принесут желаемого результата.

Реформа в российском здравоохранении стартовала несколько лет назад. Ключевые ведомства Правительства РФ начали мероприятия, предполагающие коренную реформу этого сегмента медицины, до сих пор не избалованного вниманием государства. Среди концептуальных преобразований – придание реабилитации статуса отдельной медицинской специальности, разработка профстандарта для врача физической медицины и реабилитации и, наконец, превращение большинства санаториев в реабилитационные центры. Если эти замыслы осуществляются, в России будет создана система непрерывной реабилитации. Как сегодня выглядят промежуточные результаты реформы, какие регионы в лидерах и чей опыт может быть рекомендован к тиражированию, какие вызовы сегодня стоят в этой связи перед системой высшего профессионального медицинского образования – эти и другие вопросы стали предметом обсуждения на Самарской тематической научно-практической конференции. Её главные учредители – министерства социально-демографической и семейной политики и здравоохранения Самарской области, Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта Минтруда России и Российская ассоциация геронтологов и гериатров, Самарский ГМУ. Для Медицинского университета «Реавиз» реабилитация является одним из приоритетных направлений развития как в образовательной, научной, так и медицинской деятельности, что подчёркивается в названии вуза «Реавиз»: «Реабилитация. Врач и Здоровье».

Конференция объединила широкую аудиторию специалистов реабилитационной отрасли и была направлена на разработку инновационных организационных, методических и технологических подходов к её совершенствованию. В ней приняли участие более 300 специалистов, 200 из которых – в онлайн-формате из 14 городов России.

О происходящем во время конференции, докладах её участников, актуальных вопросах реабилитации, выводах и предложениях – в специальном материале «Медицинской газеты».

#### Нигде, кроме как в Самаре

Конференцию открыл ректор медицинского университета

#### Акценты

# Реабилитация — прогноз качества жизни

## И новые горизонты развития



Старт межрегиональной научно-практической конференции дали её организаторы: П.Золотарёв, Г.Пономаренко, О.Щербицкая, Н.Лысов

«Реавиз», доктор медицинских наук, профессор, академик РАМНТ Николай Лысов.

– Актуальность данной проблемы многократно возрастает не только в связи с мировой пандемией коронавируса и инфекции, но и в контексте новых вызовов, связанных со специальной операцией России в Украине. Не только наши бойцы, но и огромное число мирных жителей ДНР и ЛНР, пострадавших от восьмилетней войны, нуждаются в серьёзной реабилитации в специальных учреждениях, – подчеркнул академик. – Сегодня медицинская реабилитация является одним из приоритетных направлений развития российского здравоохранения. Последние нормативно-правовые акты в нашей стране направлены на внедрение комплекса мероприятий медико-социального характера, главная цель которых – предупреждение длительной и стойкой утраты трудоспособности, обеспечение эффективного восстановления здоровья. Всё это актуально для Самарской области, где проживает около 224 тыс. инвалидов, из которых 12 тыс. – дети. Несмотря на то, что последние пять лет их численность в регионе несколько уменьшилась, показатели заболеваемости населения остаются высокими. Онкологические заболевания, патологии сердечной и костно-мышечной систем, – именно эти болезни чаще всего приводят к инвалидности. Кроме того, сегодня это ещё и постковидный синдром. Всё это подчёркивает научную актуальность и практическую важность данной проблемы.

Медицинская реабилитация сегодня подразумевает использование принципов, которых раньше не было. Например, в медицинской реабилитации обязательно применение Международной классификации функционирования – и специалисты должны владеть этим инструментом. Также обязательно наличие мультидисциплинарной бригады, которая работает слаженно и умеет формулировать цели, задачи, что важно именно в этот момент пациенту, умеют выделить эту цель и достигать её различными методами и технологиями.

В ходе работы конференции обсуждались концептуальные вопросы реабилитации и абилитации инвалидов, ранней помощи детям и их семьям, актуальные вопросы развития этой системы, нормативного правового регулирования и кадрового обеспечения системы комплексной реабилитации, инновационные технологии протезно-ортопедической помощи. Рассматривались также проблемы выбора оптимального метода реабилитации и оценки полученных результатов у пациентов с различной патологией, прочитаны лекции в рамках непрерывного медицинского образования.

Реабилитация в России традиционно является составной частью национальной системы здравоохранения и социальной защиты населения. Современные мировые тенденции заставляют государство принимать решения по инновационному развитию потенциала социальной сферы и формированию современных подходов, способных решать медико-социальные задачи обеспечения

населения доступной и эффективной помощью. Научные доклады, актуальные выступления и дискуссии, прозвучавшие на конференции, позволят усилить существующие деловые научные связи, коллективно определить стратегию реабилитации в России, а также перспективные направления развития её медицинской, профессиональной и социальной составляющих.

#### В фарватере госзаказа

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта Министерства труда и социальной защиты РФ – давний деловой партнёр Медицинского университета «Реавиз». Директор центра, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ Геннадий Пономаренко подчеркнул значимость выбранной площадки и напомнил тот факт, что научный центр им. Г.А.Альбрехта был в числе тех, кто стоял у истоков создания в Самаре первого негосударственного медицинского вуза России, являющегося на сегодняшний день единственным негосударственным медвузом, который имеет государственную аккредитацию и лицензию, реализующий высшее и последипломное образование в Самаре, Москве, Санкт-Петербурге, Саратове уже почти 30 лет. Вуз хорошо известен в России не только выдающимися достижениями в области подготовки медицинских специалистов, но и впечатляющими результатами в развитии своих клиник и научных исследований в области геронтологии, гериатрии и реабилитации.

Сегодня ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта разрабатывает концептуальные и практические аспекты проблем инвалидности и инвалидов и является ведущим научным, клиническим и образовательным учреждением по реабилитации инвалидов в Российской Федерации. В нём осуществляются фундаментальные и прикладные разработки в области медико-социальной экспертизы и реабилитации, оказывается специализированная, ведётся подготовка научных и врачебных кадров в системе непрерывного медицинского образования, осуществляется сотрудничество с ВОЗ по проблемам инвалидности и реабилитации. А учитывая то, что в настоящее время государство нацелено на модернизацию всей системы этого направления, научные разработки центра стоит рассматривать как «пилоты» тематических госпрограмм. Так по словам директора Института протезирования и ортезирования ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта доктора медицинских наук Константина Щербины, реабилитационные программы активно разрабатываются как на федеральном, так и на региональном уровнях, причём сейчас срочно требуется разработка программ применительно к перенесённой ковидной инфекции. На реализацию данной целевой программы комплексной реабилитации пациентов до 2026 г. выделено из федерального бюджета 100 млрд руб.

#### Через тернии

Без нормотворчества и коррекции существующего законодательства становление реабилитации в России просто невозможно. Так, со стороны Минздрава России разработан алгоритм превращения реабилитации, которая долгое время значилась только профилем медпомощи, в отдельную специальность. Параллельно Союз реабилитологов России разработал профессиональные стандарты для врачей физической и реабилитационной медицины, логопеда, эрготерапевта, специалиста по физической реабилитации.

Одновременно Министерство труда актуализировало собственный профстандарт – для специалистов по реабилитационной работе в социальной сфере. Но межведомственное нормотворчество не всегда и везде стыкуется, что, в свою

очередь, порождает проблемы практикоприменения новейшего реабилитационного законодательства. Приказ Минздрава России «О порядке организации медицинской реабилитации взрослых» зарегистрирован Минюстом России в сентябре 2020 г. и вступил в силу с 1 января 2021 г., фактически отменив действовавший ранее приказ 1705н. Этот документ делит действующие медучреждения на четыре типа, регламентирует этапы и интенсивность реабилитационных мероприятий. Они должны оказываться расширенным контингентом реабилитационной команды врачей под каждого конкретного пациента. Координировать её работу, согласно новым правилам, должен не лечащий врач, а специалист по медицинской реабилитации. Эту специальность начали вводить в медвузах России в 2018 г., освоить её можно пока только в Москве, Санкт-Петербурге и Казани. Врачей указанной специализации пока в стране единицы.

Кто по закону нуждается в медицинской реабилитации? Существуют четыре опорных направления развития в медицинской реабилитологии. Это заболевания центральной и периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, а также соматические заболевания, куда включается и детская реабилитация, онкология и др. Это основные профили, при которых неокказание помощи в рамках медицинской реабилитации почти всегда даёт инвалидность.

Как считает Н.Лысов, для развития отечественной реабилитации прежде всего нужны кадры, готовые постоянно учиться и осваивать новые технологии, которые должны быть обеспечены соответствующим оборудованием. На сегодняшний день реабилитологов как таковых нет. В рамках этого направления работают врачи по профилю, получившие специальную подготовку и переподготовку в различных медицинских университетах. Вводится несколько новых специальностей. Практически готовы программы в восьми опорных вузах, которые начнут подготовку так называемых врачей физической и реабилитационной медицины. Это будет клиническая специальность, подготовка по которой после медицинского института составит ещё 4 года. Кроме того, вводится специальность «Эрготерапия».

### Постковидный синдром

На конференции о сердечно-лёгочной реабилитации у пациентов, перенёвших COVID-19, доложил директор Научно-исследовательского института атеросклероза и дислипидемий частного учреждения образовательной организации высшего образования Медицинский университет «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор Михаил Качковский, являющийся одним из авторов уникальной разработки и внедрения научной программы медицинской реабилитации и профилактики постковидного синдрома. Это результат исследований диагностики и лечения пациентов в многопрофильной клинике «Реавиз», где консультируют врачи и профессорско-преподавательский состав по 62 врачебным специальностям. Михаил Аркадьевич сам в 2020 г. пере-

нёс тяжёлую форму коронавирусной пневмонии, поэтому руководствовался при оценке клинической картины, эффективности лечения и последующей реабилитации личным опытом. Данная программа внедрена в практику работы этой клиники уже с апреля 2021 г.

Российская научная общест-венность высоко оценила научно-практическую конференцию. Министр здравоохранения Самарской области **Армен Бенян:**



– Сегодня реабилитация является главным инструментом увеличения продолжительности жизни, её качества. Площадка самарского Медицинского университета «Реавиз» для проведения столь важного форума выбрана потому, что он в партнёрстве с СамГМУ представляет собой хорошо интегрированную систему, в которой вопросы клинических дисциплин тесно связаны с актуальными вопросами реабилитации.

Министр социально-демографической и семейной политики Самарской области **Регина Воробьева:**

– Одной из эффективных мер защиты инвалидов является медико-социальная реабилитация. Самарская область – один из первых регионов, где на вооружение берётся передовой опыт. Многолетняя практика показала эффективность системного подхода в оказании реабилитационных и абилитационных услуг, межведомственной кооперации.

Заместитель министра здравоохранения Самарской области, доктор медицинских наук, профессор **Павел Золотарёв:**

– Более 2 лет практическое здравоохранение вместе с системой профессионального образования стоит на очень важных рубежах: помогает не только спасти жизни, но и приступить ко второму очень важному этапу – реабилитации. И всё это время Медицинский университет «Реавиз» непосредственно и активно участвует в данных процессах: тысячи студентов и ординаторов вышли в практическое здравоохранение, разработаны образовательные циклы для ковидных госпиталей, по которым прошли подготовку около 10 тыс. медработников, огромное количество защитных средств передано в лечебные учреждения, сотни студентов работают в специализированных колл-центрах... И вклад «Реавиза» очень сложно переоценить (более подробно см. «МГ» № 6 от 17.02.2021)! Сегодня на спад идёт пятая волна ковида, но, судя по всему, будет и шестая, и другие волны. И те пациенты, которые пережили это страшное заболевание, требуют совершенно иного подхода, – не столько экстренного, сколько реабилитационного. Поэтому реабилитационный подход станет главным в передовых практиках, которые Минздрав России с этого года начнёт ти-

ражировать в регионах, в том числе и в Самарской области.

### Расширить возможности

О том, какие задачи сегодня ставит государство перед отраслью и как врачи-реабилитологи могут расширить свои возможности и возможности пациентов с помощью инноваций, – обо всем этом рассказал **Г.Пономаренко.**



– Реабилитация сегодня выступает одной из ведущих и приоритетных задач не только медицины и социальной защиты, но и общества в целом. Это глобальный тренд. Так, ВОЗ провозгласил XXI век – веком реабилитации, – «здоровья для всех». Не случайно Президент РФ поставил Правительству задачу реализовать программу комплексной реабилитации пациентов до 2026 г. Это связано, с одной стороны, с нарастающим количеством людей, которые нуждаются в реабилитации, с другой – с последствиями пандемии коронавирусной инфекции. Сегодня на эти цели выделяется порядка 100 млрд руб. Кроме того, правительству дано поручение разработать такую же программу в регионах, причём по разным направлениям реабилитации. Поэтому конференция, которая проходила на площадке Медицинского университета «Реавиз», который сохранил свои лидерские позиции в реабилитологии даже в период ограничительных мер в связи с распространением COVID-19, активно участвуя в разработке новых восстановительно-реабилитационных технологий и реабилитационных программ для пациентов, которые перенесли коронавирусную инфекцию, – было своевременным и важным мероприятием.

Конечно же, одним из элементов этой программы является реабилитация инвалидов, причём комплексная. Она включает не только медицинский, но и социальный, и обучающий блоки, реализуемые в условиях так называемого реабилитационного треугольника: медицина, образование и общество. Мы, как учреждение Министерства труда и социальной защиты, занимаемся вопросами мониторинга в реализации этой программы, но, безусловно, как научное учреждение говорим и о перспективных направлениях. Так, речь идёт о таких, например, направлениях, как ранняя помощь. Это помощь детям, у которых уже априори имеются некоторые нарушения функций, поскольку родились с ними, и мы эти функции должны или восстановить, или сформировать заново. Есть направление, которое называется абилитация. Она связана с сопровождаемым проживанием инвалидов. Государством поставлена задача постепенно уйти от предыдущей модели пребывания

в домах инвалидов – в вариант с проживанием в специальных квартирах с сопровождаемым, где имеются более привычные бытовые условия, приближенные к нормальной жизни. Кроме того, одним из элементов данной программы реабилитации связан с ортезированием и протезированием. За последние 4 года нами разработаны принципиально новые технологии – от цифровых технологий протезирования, изготовления ортезов, протезов, корсетов, соответствующей ортопедической обуви, – до эстетической одежды. Эти технологии сегодня объединены единым блоком так называемого цифрового протезирования. С их помощью мы можем осуществлять действия в любой точке нашей страны. Пациент, допустим, с Камчатки присылает нам свои фотографии и соответствующие мерки. А мы с помощью 3D-принтера делаем нужное протезное изделие. Далее он приезжает уже на примерку, тем самым ускоряется процесс реабилитации.

Инновационные технологии в большей степени представлены роботизированными, информационными, дистантными. Особое внимание в реабилитации сейчас специалисты уделяют методам роботизированной механотерапии. Сформировалось новое интегральное направление. Я бы его назвал нейротравматология или нейроортопедия. На базе ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта создано первое нейроортопедическое отделение, в котором одновременно идёт воздействие на последствия различных сосудистых нарушений (в том числе после инсульта), в работе периферической нервной системы, и на поражение опорно-двигательного аппарата. Мы научились анализировать биомеханический профиль походки вплоть до мельчайших деталей и микросекундных интервалов задержки действия различных групп мышц, стимулировать отдельные. Производители уже приступили к изготовлению четвёртого поколения экзоскелетов – поколения с пространственным биоуправлением и коррекцией профиля походки. Это позволяет надеяться на то, что люди, которые ни разу не вставали с инвалидной коляски или с кровати, смогут свободно перемещаться. Это новый путь реабилитации. И развитие новых технологий, связанных с медицинскими изделиями, идёт по нескольким направлениям.

Первое включает в себя микропроцессорные информационные технологии, которые сочетаются с понятиями цифровой экономики и цифровой медицины. Второе – разработка многофункциональных аппаратов, которые интегрируют одновременно несколько лечебных физических факторов и их оптимальные комбинации и автоматически подстраиваются под конкретные патологии. Третье направление – биоуправляемые методы воздействия.

Сегодня всё оборудование должно соответствовать реализации принципа индивидуальности и персонализации. Биоуправление играет здесь решающую роль. Четвёртое – связано с появлением новых физических факторов и их различных сочетаний. Прочно вошли в арсенал и методы ударно-волновой терапии и криотерапии. Также появились аппараты, реализующие

высокоинтенсивную лазерную терапию, импульсную магнитотерапию, высокоимпульсную электротерапию и ряд других новых методов. Все эти аппараты позволяют по-новому воздействовать на повреждённые органы или ткани и добиваться лечебных эффектов.

Ещё добавлю, что реформа медицинской реабилитации в стране, идущая уже несколько лет, заставила претерпеть кардинальные изменения и в нормативно-правовой базе отрасли. Вышло два новых документа по организации медицинской реабилитации взрослых и детей и, конечно же, появились новые подходы, этапность, примерные стандарты оснащения центров, примерные штатные нормативы. В новом постановлении правительства о лицензировании медицинской реабилитации включена отдельным её элементом, становится сферой отдельных услуг. Считаю, это очень важно. Конечно, остаются и вопросы. Так, в связи с новым приказом Минздрава России «О порядке организации медицинской реабилитации взрослых» кардинально меняется система оказания помощи в реабилитационных центрах и больницах. В частности, новый приказ требует наличия в таких учреждениях мультидисциплинарной команды реабилитологов. А таких специалистов стали готовить в России только в 2018 г. Этот документ делит действующие медучреждения на четыре типа, регламентирует этапы и интенсивность реабилитационных мероприятий, предполагает, что оказываться они должны расширенным контингентом реабилитационной команды врачей под каждого конкретного пациента. Координировать её работу, согласно новым правилам, должен не лечащий врач, а специалист по медицинской реабилитации. Какие-то нормативные документы опережают ситуацию, какие-то за ними не успевают...

Сегодня у нас находится в отработке профессиональный стандарт по новой специальности «физическая медицинская реабилитация» для ординатуры. Это трёхлетний курс обучения, и для него надо будет создавать принципиально новые программы обучения, поскольку реабилитационный процесс сегодня проходит, повторюсь, в реабилитационной команде. Это врач физической реабилитационной медицины, врач-эрготерапевт, физический терапевт. И всех этих людей надо готовить уже сейчас. Врач в такой команде переходит от роли просто лечащего врача к роли врача-организатора, ему работать с командой, а это психологи, диетологи, логопеды, то есть специалисты с немедицинским образованием, ставить им задачи, контролировать, оценивать их эффективность. Это целый блок проблем, который подлечит решению. Все данные процессы мы соотносим, подводим к международным стандартам, то, что сейчас происходит во всей российской медицине. Ведь медицина сегодня вне рамок глобальных процессов уже неосуществима. Это её и новые горизонты развития.

Алексей ПИМШИН.



Единственным государственным деятелем – членом дома Романовых, который по своей собственной воле занимался медициной, был царь Пётр I. С детства он видел при дворе отца, Алексея Михайловича, голландского врача Захария фон-дер Гульста, пользовавшегося большим доверием царской семьи. Впоследствии Гульст сопровождал молодого Петра в его поездках. Штаб-лекарь Измайловского полка Г.Шульц свидетельствовал: «Ещё на двадцатом году своего возраста имел он короткое обхождение не только с господином Лефортом, своим тогдашним любимцем, но также и с господином Тирмондом, старым, весёлым и искусным хирургом, который всегда бывал при Его Величестве и часто просиживал с ним за полночь». Пётр сам выучился делать простейшие хирургические операции, умел весьма искусно перевязывать раны.

Большое впечатление на Петра произвела его поездка в Европу, где, осматривая страны и города, он уделял много внимания медицинским наукам. Определённое влияние на формирование его взглядов на медицину оказал голландский хирург, анатом и судебный медик Фредерик Рюйш. Первое их знакомство произошло в 1697 г., когда царь, находясь в Голландии, посетил дом учёного, где располагался его музей.

Сохранилось предание о том, что, когда Пётр был у Рюйша, дела хозяина потребовали его отсутствия и царь ненадолго остался в одиночестве. Пётр начал осматривать комнаты, и открыв одну из дверей, наткнулся на ребёнка, который, казалось, крепко спал. Царь пристально рассматривал очаровательно розовощёкое дитя, затем наклонился, поцеловал его, и лишь почувствовав, какое оно холодное, понял, что это один из экспонатов коллекции. Позже профессор Ф.Рюйш сопровождал Петра I во время экскурсии по ботаническому саду в Амстердаме, давая различные пояснения, рассказывая о лекарственных растениях. Вторая встреча с Рюйшем произошла у Петра в 1698 г. Пять месяцев Пётр посещал лекции профессора, ходил с ним в госпиталь, где наблюдал за больными, оперировал, учился изготавливать анатомические препараты. О серьёзности занятий можно судить хотя бы по тому, что ученик поселился в гостинице рядом с домом Рюйша и выстроил каменный коридор между своим жилищем и местом учёбы (Г.Пашиян и соавт., 1999).

После посещения Англии государь провёл ещё три недели в Голландии, занимаясь, среди прочих дел и микроскопией биологических препаратов с А. ван Левенгуком. В Лейдене он посетил профессора Германа Бурхааве, который вынашивал планы реформирования медицинского образования и развивал новые взгляды на медицину. Пётр был в его анатомическом театре и присутствовал вместе с учениками профессора при вскрытии трупа. Царь сразу по достоинству оценил масштаб личности Бурхааве, его огромный научный потенциал. С тех пор между ними установились добрые отношения. В 1717 г. государь снова посетил Бурхааве, который был уже ректором Лейденского университета, профессором медицины, ботаники и химии. Бурхааве оказал сильное влияние на российскую медицину. Он не принял предложение русского царя поселиться в Москве, но порекомендовал ему своего ученика и единомышленника Николая Бидлоо.

В те годы у Петра I появилась идея приобретения анатомических коллекций, но ни Рюйш, ни Бурхааве не спешили расстаться со своими сокровищами. Позже, в 1717 г., по указанию царя одна из многочисленных коллекций анатомических препаратов была приобретена для России, и состав

вила основу российского собрания редкостей – Санкт-Петербургской Кунсткамеры. Некоторые историки считали коллекцию Ф.Рюйша потерянной или погибшей. Однако она до сей поры является частью экспозиции в Кунсткамере, насчитывая около 900 препаратов. Ряд объектов коллекции хранятся в Военно-медицинской академии и в Казанском медицинском университете. Считается, что учёный открыл Петру I свой способ балзамирования. Но это не соответствует действительности. Ф.Рюйш никогда не публиковал полностью свою

Российский царь искусно рвал им зубы, да ещё платил за это по шиллингу, к большому удовольствию страждущих. До сих пор в Кунсткамере хранится мешочек с зубами, лично удалёнными Петром.

Вернувшись в Россию, Пётр I, считая себя опытным хирургом и зубным врачом, был готов оказать помощь любому нуждающемуся. К сожалению царя, придворные старались избегать его услуг, так как боялись осложнений и гнева венценосного лекаря. Даже близкие Петру люди, страдавшие от какого-либо недуга, требовавшего

в другом месте надлежало анатомизировать тело, или делать какую-нибудь хирургическую операцию, и когда только время позволяло, редко пропускал такой случай, чтоб не присутствовать при оном, и часто сам помогал операторам...». Фельтен свидетельствовал, что в карманах камзола государь носил две готвальны: одну – с математическими инструментами и другую – с хирургическими. В ней находились два ланцета и шнеппер для кровопускания, анатомический нож, клещи для удаления зубов, лопатка, ножницы, катетер.

приказ, оставшийся в Москве, постепенно превратившийся в орган управления здравоохранением населения прежней столицы. Руководство медициной в империи монарх возложил на Аптекарскую канцелярию, которую в 1725 г. преобразовали в Медицинскую канцелярию. Ей подчинили все медицинские учреждения страны, как ведомственные, так и частные. Государственные интересы в период правления Петра I сводились в первую очередь к обеспечению военных нужд. Поэтому все правовые положения, касающиеся организации здравоохранения, отражены в военных уставах Петра I, из которых видно, что он широко использовал медицинскую службу при административном и судебном расследовании различных проступков и преступлений.

## Создание воинского устава

Петровским архиатрам принадлежит ведущая роль в создании воинского устава, написанного весной 1716 г. «собственной рукою Государя» во время лечения в Данциге. Автор устава использовал книгу будущего архиатра И.Блюментроста «Практический трактат, ставящий лагерного врача блюстителем здравия в Московском войске» (1700). Это суждение основано на сопоставлении текстов устава и книги, написанной по царскому велению и ему посвящённой. Сам же процесс создания происходил в Данциге при участии Р.Эрскина, имевшего богатый опыт медицинского обеспечения войск.

Выдающийся документ, вышедший из-под пера Петра Великого, впервые в истории русской армии определил организацию в ней особой медицинской службы. Её составляли доктор и штаб-лекарь в каждой дивизии, полевой лекарь – в полку, фельдшер – в роте. В Уставе подчёркивалось, что лекари в полках обязаны «ротных фельдшеров не токмо для одного бритья солдатского употреблять, но и учить их лекарскому делу и чтоб со тщанием ходили за больными и ранеными». Регламентировалось и лекарственное обеспечение. Поскольку устав был принят для того, чтобы «всякий чин знал свою должность», он чётко, в деталях, определял обязанности каждого представителя военно-медицинской службы.

Общепризнанным в истории отечественной медицины является тот факт, что Воинский устав 1716 г. впервые предписал приглашать врачей для вскрытия трупов при подозрении на насильственную смерть. Однако законодательное предписание о приглашении врачей при разрешении судом вопросов, требующих специальных медицинских знаний, было впервые дано в 1714 г. Артикулом Воинским. Пётр I также придавал большое значение медицинскому осмотру в гражданских делах. Духовный суд при решении бракоразводных дел по причине болезни одного из супругов обязан был назначить врачебное освидетельствование. Синод в 1723 г. дал следующее распоряжение: «разлучающихся мужа или жену от брачного союза за болезнями отнюдь без синодального расследования не разводите и не постригайте – такмо исследовать о том обстоятельно и освидетельствовать болезни докторами, прислав свидетельство в синод...». Врачи приглашались на освидетельствование и в других случаях, например, при незаконном врачевании, нанесении увечий, установлении возраста, исследовании различных веществ и лекарственных составов, при половых преступлениях. Таким образом, разработанным Петром I законодательством было положено начало организации и судебно-медицинской службы.

**Юрий МОЛИН,**  
профессор,  
заслуженный врач России.

Санкт-Петербург.

## Страницы истории

# Царственный хирург

## К 350-летию со дня рождения Петра I

технологии и состав консервантов. По-видимому, в их состав входят этанол, скипидар, соединения мышьяка, чёрный перец и другие компоненты. Под впечатлениями, полученными от общения с Ф.Рюйшем, вернувшийся в Россию Пётр I организовал школу русских медиков, которая была открыта в Москве при Первом госпитале. Здесь же был создан анатомический музей, который уже в 1735 г. имел много анатомических препаратов, в том числе 6 скелетов собственного приготовления.

Император издал указ о сборе «монстров»: «панеже известно есть что как в человеческой природе так и в звериной и птичьей случается, что рождаются монстры, которые всегда собирать во всех государствах как диких животных». Указывалась и оплата за экспонаты. Препараты сохранялись в спирте, но к сожалению быстро приходили в негодность.

### Первый госпиталь

В 1707 г. в Москве начал работать первый отечественный госпиталь, при котором была школа и анатомический театр. Главный доктор госпиталя бывший лейб-медик царя Н.Бидлоо часто проводил вскрытия трупов во время занятий по анатомии и хирургии. Пётр любил следить за работой Бидлоо. По его приказу в госпиталь доставлялись трупы для анатомических целей. Царь отдал распоряжение о том, что если, в госпитале или же в другом месте надлежало анатомизировать тело или делать какую-либо хирургическую операцию, и время позволяло, то его необходимо было приглашать для участия и оказания помощи. С большим искусством он лично пускал больным кровь. Во время пребывания в Амстердаме Пётр сумел сделать несколько небольших операций на конечностях и ассистировать врачам при больших полостных операциях.

Для проведения операций царь привёз из Голландии набор хирургических инструментов.

Помимо анатомии и хирургии царь проявлял большой интерес к стоматологии. Знакомясь с достопримечательностями Амстердама, он со свитой посетил городской рынок, где был поражён умением одного цирюльника удалять большие зубы. И он попросил цирюльника продемонстрировать ему своё мастерство. Тот счёл для себя за честь преподать русскому царю несколько уроков. И вскоре Пётр уже не уступал в навыках своему учителю. В гостинице, где проживал Пётр, стали приходить голландцы, страдавшие зубной болью. Отказов больным не было.



хирургической помощи, приходили в трепет от мысли, что царь может узнать о болезни и, явившись с инструментами, предложить свои услуги.

Пётр продолжал верить в свои медицинские таланты, с удовольствием перевязывал раненых, следил во время военных походов за медицинским обеспечением армии.

С.Соловьев (1859) писал: «Пётр совершал разные ужасные опыты из любознательности или для удовлетворения минутной фантазии, не ставя ни во что жизнь или достоинство людей. Он выписывает великана, соединив его с огромного роста чухонкой, и велит обвенчать их, когда убеждается, что от них могут родиться дети, а если б это не удалось, то назначал её огромному гайдуку, надеясь, что от них может произойти порода рослых людей. Такой же опыт производит над карликом и карлицей, которая не может разрешиться от бремени и умирает в родах. Или, например, Пётр узнает, что жена купца Борете опасно больна водяной. Воображая себя отличным хирургом, он является в дом его и насильно делает операцию, хвастаясь искусством, с которым выпустил ей более двадцати фунтов воды. После этого он уезжает куда-то, а госпожа Борете в тот же день умирает. Её не смеют хоронить, потому что Пётр приказал ждать его для вскрытия трупа. Он возвращается, исполняет своё желание, потом провожает её гроб...».

Интерес Петра к медицине никогда не угасал. И.Фелтен, метрдотель царя, рассказывал академику Я.Штелину: «Любовь его к сей науке столь далеко простиралась, что он приказывал уведомлять его, если в госпитале или где-нибудь

организация застав и карантин, сжигание домов умерших от чумы со всем имуществом и живностью, были остановлены её эпидемии в Киевской и Азовской губерниях (1717), Старооскольской и Белгородской провинциях (1718).

### Курортное лечение в России

При Петре было организовано в России курортное лечение с использованием минеральных вод. Государь испытал их целебную силу на себе, проходя курсы лечения за границей, и потребовал, чтобы архиатры озачочены были поиском источников минеральных вод в России. Внимание к этому направлению в медицине выразилось в ряде монарших указов: «О приискании в России минеральных вод» (1717), «Подлинное дознание о действе марциальных конгезерских воды разными человеками...» (1718), «Указ Его Царского Величества на дохтурские правила» по употреблению лечительных вод (1719). Были открыты Марциальные воды в Карелии, терские тёплые воды на Северном Кавказе, олонечские конгезерские воды, полюстровские «железные» воды в Санкт-Петербурге. Все их виды, используемые медициной, император употреблял для собственного лечения, строго соблюдая «дохтурские правила» применения, поскольку понимал, что питье минеральной воды не по правилам вместо пользы может принести, как он писал, «трату здоровью».

Много усовершенствований претерпела организация медицинского обеспечения населения. В Санкт-Петербурге государь завёл Аптекарскую канцелярию, которая дополняла Аптекарский

В канун своего 90-летия профессор Владимир Бородулин опубликовал второй том по истории отечественной клиники внутренних болезней, посвящённый выдающимся советским терапевтам. Многих из них автор знал лично. Предлагаем читателям фрагменты интервью, данного корреспонденту «МГ» Болеславу Лихтерману по случаю выхода этой книги и предстоящего 23 июня юбилея.

– Владимир Иосифович, в 1950 г. вы поступили на лечебный факультет Первого Московского медицинского института (ныне Сеченовского университета). Почему вы выбрали медицину?

– А куда ещё было податься в 1950 г. беспартийному еврею? В других условиях я бы выбрал гуманитарную специальность. Я рос нормальным советским комсомольцем, был членом пленума райкома ВЛКСМ, поочередно руководил комсомольскими организациями двух школ. Из комсомола меня собирались исключить. Это сильно помогло мне прозреть. В институте ни о какой партийной карьере речи идти не могло.

– Ваша учеба пришлась на разгар так называемого дела врачей. Как вы это пережили?

– В конце 1952 г. я гулял с друзьями по Москве и обсуждал, что нам делать. Ходили слухи, что готовились публичные казни кремлёвских врачей и выселение всех евреев в концлагерь в Сибири. Мы собирались дожидаться лета и уходить в леса. Конечно, мы бы там не выжили. Смерть Сталина была для нас счастьем, мы воспринимали её как подарок судьбы. Когда я окончил институт (1956), это была другая страна, другая эпоха.

– Что вы понимаете под клиническим мышлением?

– Это главное качество, определяющее успех врачебной деятельности – на основе данных обследования больного, лабораторных и прочих дополнительных данных, а также врачебной интуиции и знакомства с литературой выстроить диагностическую гипотезу, чтобы потом, опираясь на наблюдение за больным, её принять или отвергнуть. Клиническое мышление дарят будущему специалисту учителя. Если он не прошёл этой школы и у него не сформировалось клиническое мышление, он сможет осуществлять ремесленные функции врача, но полноценным клиницистом не станет.

Предполагалось, что по окончании ординатуры я продолжу научную работу согласно рекомендации комиссии АМН СССР, в составе академиков А.Мясникова и Вовси, а также начальника управления кадров. Каково же было моё удивление, когда кадровичка, которая хорошо ко мне относилась, показала мне письмо из Минздрава о передаче меня в управление кадров МЗ СССР для распределения в Чечено-Ингушскую АССР. Оставить беспартийного еврея в Институте терапии в Минздраве возможным не сочли. Чтобы не потерять московскую прописку, я по блату получил место ординатора в окружной больнице Салехарда. Так я познакомился с жизнью Крайнего Севера. Обследовал уголовников в ДПЗ, летал по Ямало-Ненецкому национальному округу на самолётах санавиации, заведовал



## Владимир Бородулин

# «Я всегда ощущал себя космополитом»

терапевтическим отделением. Жизненные впечатления богатейшие, а с медициной было сложнее: выходя по своему отделению, я с ужасом думал, что диагноз понятен в лучшем случае у половины больных, а у остальных всё не так, как в учебнике, – тяжелейшая и разнообразнейшая краевая патология. Потом нас (а я был уже замглаврача по поликлинике) собрали три полковника спецслужбы и, предупредив о строжайшей секретности разговора, приказали всех больных с неясными диагнозами отправлять в областную больницу в Тюмень. На полярном Урале был ядерный взрыв и валом шла радиационная патология. В Москву я вернулся через 3 года с тяжёлым туберкулёзом, был оперирован, и с тех пор начался мой долгий путь по больницам. Пришлось менять профессию.

Мясников предложил место аспиранта, но мне надо было усиленно питаться и содержать себя. Недолго проработал в отделе истории медицины института Семашко у Бориса Петрова, где начал писать диссертацию о Г.Ланге. Потом перешёл ответственным секретарём журнала «Фельдшер и акушерка» в издательство «Медицина». Так я начал путь журналиста, редактора, издателя, энциклопедиста (в те годы такая профессия ещё существовала). Затем работал в книжной редакции терапевтической, справочной и переводной литературы. Одновременно защитил кандидатскую по клинической рентгенографии, выполненную в Институте хирургии, возглавляемом академиком Б.Петровским. Работа нашего коллектива во главе с Н.Палеевым получила Госпремию, но меня из списка награждённых Петровский вычеркнул. Наконец, в 1970 г. я перешёл в издательство «Советская энциклопедия», куда меня нехотя взяли старшим научным редактором и руководителем группы медицины только потому, что издательство опаздывало на полгода с подготовкой статьи «Медицина» для «Большой советской энциклопедии». Там я

медицины я выглядел явлением с другой планеты. Но он был одним из самых интересных людей в моей жизни. Через 5 лет я вернулся в родную БСЭ, которая стала Большой Российской энциклопедией, заместителем главного редактора. Как совместитель работал профессором кафедры истории медицины и культурологии в ММА им. И.М.Сеченова, затем – главным научным сотрудником Института истории медицины РАН. На книжном рынке как составитель и редактор выпускал медицинские справочники и энциклопедии – меня называли королём справочников. Первые реальные деньги я здесь и заработал.

– Что вы думаете о состоянии нашей истории медицины?

– Кого вы считаете своими учителями по истории медицины?

– Примером для подражания был для меня П.Заблудовский, но учился я у общих историков. Будучи уже немолодым человеком, ходил на их молодёжные школы. Многие дали мне общение с Арноном Гуревичем, который перенёс парижскую «Школу анналов» на российскую почву, Георгием Кнабе и Юрием Бессмертным, ставшим моим тестем. Одним из учителей является моя бывшая вторая жена Ольга Бессмертная, хотя я старше её более чем на 20 лет. Она сильный историк культуры, преподаёт в Высшей школе экономики.

– Как строится ваш рабочий день?

– Я хорошо работаю головой по вечерам и ночью. Встаю между 10 и 12 утра. За компьютер сажусь не ранее 2-3 часов пополудни. Набранный текст трижды перечитываю. Огромная часть нужного мне материала берётся из интернета, интернетную липу я вижу сразу. Ценными материалами снабжают мои помощники. Примерно 30% информации нахожу в домашней библиотеке.

– Есть ли у вас увлечения помимо науки?

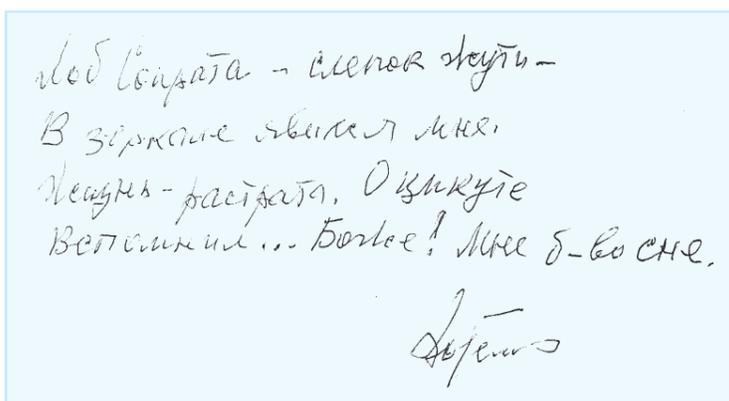
– В молодости я был меломаном. Любил живопись, но коллекционером, к счастью, никогда не был. Мои литературные вкусы сформировались в молодые годы. Это поэзия Цветаевой и Гумилева, поэзия Ахматовой, с возрастом присоединился Тютчев. С эпохи 1960-х идет мое увлечение бардами – Галlichem, Окуджавой и, с поправками, Высоцким. Из писателей-классиков мне ближе все-таки Чехов, из более поздних – Булгаков, Бабель, Домбровский, Фазиль Искандер, конечно, братья Стругацкие. Из современников – Дина Рубина, Людмила Улицкая, Дмитрий Быков, Евгений Водолазкин. Как видите, у меня банальный вкус московского интеллигента. Я всегда ощущал себя космополитом и европейцем. Русофобия и сионизм не смогла из меня сделать даже советская власть. К сожалению, нынешняя Европа поглупела. Судите по ее лидерам – вы не увидите фигур масштаба Де Голля, Черчилля или Аденауэра. Нидерланды превратились в публичный дом, где самые уважаемые люди – геи и наркоманы. Даже Китай и Индия на этом фоне смотрятся лучше. Сегодняшняя Европа недееспособна и не может себя защитить.

– С кем вы, мастера культуры?

– Я с пустышкой Серапионом (смеется. – Б.Л.). Отношу себя к очень немногочисленной «гнилой интеллигенции». Не все могут сравниться с Эйнштейном по гениальности, но можно разделять его взгляды. Я с ним полностью согласен в мироощущении.

– Наверное, любой человек не может не замечать украинские события. Как вы к ним относитесь?

– Терпеть не могу сегодняшнюю Украину, хотя ценю демократию, которая там есть. Украина – одна из самых коррумпированных стран Европы, худший вариант советского наследия, с русофобством, гонениями на русский язык и русскую культуру, а где-то и на русских. И вы хотите, чтобы я ей сочувствовал? Я сочувствую украинской интеллигенции, которая так же малочисленна и бессильна, как и российская. Но нормальный культурный человек не может принять решение острых проблем с помощью оружия.



ожил, почувствовав, что нахожусь на своём месте, начал овладевать энциклопедической спецификой.

– Вы не жалеете о своём уходе из клинической медицины?

– Нет. Во-первых, мне было тяжело. Во время дежурства ни секунды не спал, после дежурства и рабочего дня принимал пипольфен и отсыпался, однажды у меня были слуховые галлюцинации. Во-вторых, осознавал свою неполноценность, чувствуя себя недоучкой. Ответственный дежурный должен осмотреть всех сложных терапевтических больных и разобраться, в какое отделение их госпитализировать. Полагался только на своё клиническое мышление.

– Следующий этап вашей карьеры – работа в НПО «Медицинская энциклопедия». Как вы там оказались?

– Меня позвал туда Андрей Сточик своим заместителем. Я поставил, как мне казалось, невыполнимое условие – персональный оклад. Сточик его выполнил. Меня ждала адская работа. Наша дружба напоминала пачку невскрытых лезвий. Он бил исподтишка. Например, мои «Очерки по истории отечественной кардиологии» были выдвинуты на Премию им. А.Л.Мясникова. Чтобы не дать мне эту премию, конкурс отменили. Сточик не мог пережить успеха моих докладов. Они не привлекли бы особого внимания, если бы звучали в среде общих историков, а для историков

– В середине XX века группа врачей-идеологов во главе с Б.Петровым создала нарратив – как надо писать историю медицины. Тогда планировалось создать руководство с огромным разделом по советской медицине. В обнаруженном в архиве документе подробно сказано, кого считать «великим», кого – «выдающимся», а кого – «известным», в каком порядке перечислять отечественных и зарубежных авторов, о ком писать подробно, а кого никогда не упоминать. Преемником Петрова стал академик РАН Юрий Лисицын. Он, в отличие от Петрова, всё понимал, но ничего не хотел менять. Был ещё Павел Заблудовский, человек исключительной эрудиции, но школы он, к сожалению, не создал.

Следующий лидер – А.Сточик. На рубеже XXI века он отбросил всю методологию и методику историко-медицинских исследований по Петрову, и начал серию крупных, в том числе монографических, исследований по истории медицинского факультета Императорского Московского университета, высшего медицинского образования и становлению этапности клинического обучения, а позднее – по формированию научной медицины в ходе научных революций XVII-XIX веков. Однако прямо заявить о разрыве с традицией советской истории медицины Сточик не рискнул. Полностью покончить с нарративом Петрова предстояло следующему поколению историков медицины.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».

Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1583

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

