

Хирургическая служба в условиях войны и мира.

Стр. 6

Нужны ли общественным врачевым организациям дополнительные полномочия?

Стр. 7

Сестринская деятельность должна быть юридически обоснована.

Стр. 10-11

Работают мастера

Аномалия с осложнением

Хирурги накапливают опыт спасения новорождённых



Специалисты кемеровского НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний успешно прооперировали ребёнка с аномалией Эбштейна – редким и тяжёлым врождённым пороком сердца. У таких пациентов створки правого трёхстворчатого клапана исходят из стенок правого желудочка, а не из предсердно-желудочкового кольца, как должно быть, и смыкаются не полностью, из-за чего полость правого желудочка оказывается меньше нормы.

Но самое страшное заключалось в том, что открытый артериальный проток (ОАП), от работы которого зависит ток крови в малом круге кровообращения, мог закрыться. Если это произойдёт, наступит смерть. Поэтому необходимо было как можно скорее выполнить стентирование ОАП. Из-за технической сложности эти вмешательства проводятся далеко не во всех кардиохирургических центрах. В клинике НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний первую такую процедуру выполнили в 2021 г., и вот

судьба подарила хирургам возможность закрепить навык.

Малыш, у которого на шестой день после рождения был диагностирован врождённый порок сердца, поступил в кардиохирургическую клинику из перинатального центра Новокузнецка. Из-за гипоксии состояние пациента было уже угрожающим, поэтому вопрос о транспортировке его в другие кардиоцентры, где накоплен существенно больший опыт, даже не ставился, действовать нужно было немедленно. Причём процедура, на которую решились кузбасские кардиохирурги, стала лишь первым, но абсолютно необходимым этапом лечения маленького больного.

– Мы провели УЗИ и пришли к выводу, что единственный путь для данного типа гемодинамики – стентирование открытого артериального протока. Нам необходимо было завести через открытый артериальный проток тонкий проводник, а затем имплантировать стент, который будет поддерживать проходимость протока и нормальное кровообращение в лёгких, – поясняет заведующий лабораторией рентгеноэндоваскулярной и реконструктивной хирургии доктор медицинских наук Роман Тарасов.

По словам специалиста, операция относится к эндоваскулярным вмешательствам высокой степени сложности, она позволяет стабилизировать состояние малыша, даёт ему возможность подрасти, набрать вес и дожидаться оптимального времени для выполнения открытой радикальной кардиохирургической операции по устранению порока.

Анестезиологи-реаниматологи НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний также отработали на «отлично»: они обеспечили инвазивный мониторинг артериального и центрального венозного давления, а также задействовали методику fast-track для более быстрого восстановления нормальной активности пациента после операции. В итоге уже через 4 часа после вмешательства малыш начал дышать самостоятельно. Через сутки показатели гемодинамики полностью нормализовались, УЗИ показало, что открытый артериальный проток функционирует. Сейчас жизнь ребёнка вне опасности.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Кемерово.

Перемены

Аккредитация и материальная помощь

Правительство РФ установило перечень разрешительных режимов, подлежащих продлению в связи с призывом на военную службу по мобилизации, заключением контракта или добровольным участием в специальной военной операции. Об этом сообщает отдел нормативного регулирования Профсоюза работников здравоохранения РФ со ссылкой на Постановление Правительства № 1839 от 15 октября.

В перечень вошла аккредитация медицинских работников и фармацевтов, а также сертификация и аттестация для получения квалификационной категории. Срок действия разрешений для этих специалистов будет продлён на время прохождения военной службы и на следующие полгода после её завершения.

– Действие документов также автоматически продлится на 6 месяцев, если срок ранее пройденной аккредитации или сертификации закончится в первом полугодии после окончания несения военной службы. Специалистам не нужно будет проходить для этого оценку знаний, умений и какие-то другие процедуры. Мера направлена на сохранение гарантий мобилизованным, а также для их трудоустройства после завершения службы, – комментирует начальник отдела нормативного регулирования профсоюза Мария Шульгина.

Между тем российские профсоюзы не получали

обращений о нарушении трудовых прав мобилизованных в России, об этом заявил зампреда Федерации независимых профсоюзов РФ Александр Шершук.

Кроме того, профсоюзы помогают мобилизованным, выделяя материальную помощь.

«Мы считаем, что, если предприятие или организация имеют возможность, они должны помогать», – считает председатель Федерации независимых профсоюзов РФ Михаил Шмаков. Он отметил, что зачастую нужно помочь с устройством ребёнка в детский сад, с трудоустройством жён при необходимости, с покупкой военной амуниции.

«С моей точки зрения, эту частичную мобилизацию нужно рассматривать как тренировку, как стресс-тест, как отреагирует система. Все эти перекосы по мобилизации сейчас исправляются. Ведь это может быть не последняя мобилизация», – уточнил М.Шмаков.

Частичная мобилизация идёт в России с 21 сентября согласно указу Президента России. Будут призваны в общей сложности 300 тыс. человек, то есть примерно каждый 80-й находящийся в запасе и мобилизационном резерве, и в первую очередь те, у кого уже есть боевой опыт. Президент РФ Владимир Путин сообщал, что 222 тыс. граждан уже мобилизованы, и в течение 2 недель все мобилизационные мероприятия будут завершены.

Алексей ПИМШИН.

ОРИЕНТИРЫ

Анатолий ДОМНИКОВ

Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ, кандидат медицинских наук:

Вопросы предотвращения профвыгорания надо включить в обязательную программу профессионального образования.



Стр. 4-5

Новости

Медучреждения Херсонщины
работают штатно

В штатном режиме работают все медицинские учреждения Херсонской области, несмотря на военное положение, заявил министр здравоохранения региона Вадим Ильмиев.

Президент РФ Владимир Путин ввёл с 20 октября военное положение в Донецкой, Луганской народных республиках, Запорожской и Херсонской областях. В ряде регионов – режим повышенной готовности и средний уровень реагирования.

– Несмотря на военное положение и вынужденную эвакуацию населения, все медицинские учреждения региона работают в штатном режиме. Сотрудники нашего ведомства находятся в Херсоне на своих рабочих местах. Все врачи принимают пациентов. Скорая медицинская помощь работает также в штатном режиме, – заявил В.Ильмиев в обращении к жителям региона.

В Минздраве области сообщили, что 4 мирных жителя погибли и 13 получили ранения в результате обстрела Антоновского моста со стороны ВСУ. Бригады скорой помощи оказали пострадавшим экстренную медицинскую помощь. Пациенты госпитализированы в одно из лечебных учреждений Херсонской области. Врачи оказывают пострадавшим всю необходимую медицинскую помощь.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Херсонская область.

Первая тромбэкстракция в Братске

В региональном сосудистом центре Братской больницы № 2 впервые провели операцию тромбэкстракции – удалили тромб при инсульте.

Операция проводится в первые 6 часов после ишемического инсульта и считается одним из современных и эффективных методов лечения острого нарушения мозгового кровообращения, отметил руководитель регионального сосудистого центра Иркутской областной клинической больницы Иван Коробейников.

Оборудование для проведения таких операций в больнице закупили в этом году в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение».

– Внедрение операций тромбэкстракции позволит оказывать высокотехнологичную помощь пациентам с неврологической патологией, улучшить качество их жизни и снизить смертность пациентов с инсультом, количество случаев выхода на инвалидность, – говорит и.о. министра здравоохранения области Алексей Шелехов.

Сергей ФЁДОРОВ.

Иркутская область.

Новая методика
в Илизаровском центре

Врачи клиники патологии позвоночника и редких заболеваний НМИЦ травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова в Кургане начали применять методику удаления образований спинного мозга с помощью ультразвукового воздействия частотой свыше 20 000 Гц. При использовании аспиратора соседние здоровые ткани не повреждаются – образования удаляют, не затрагивая сосуды, артерии, вены и нервные образования. Новый аппарат позволяет сократить время операции на 1,5–2 часа.

Устройство работает на кавитационном разрушении живых клеток различных тканей, содержащих большое количество жидкости. Происходит это с помощью ультразвукового воздействия частотой свыше 20 000 Гц. При использовании аспиратора соседние здоровые ткани не повреждаются – образования удаляют, не затрагивая сосуды, артерии, вены и нервные образования. Новый аппарат позволяет сократить время операции на 1,5–2 часа.

Благодаря оборудованию хирурги уже помогли 2 пациенткам клиники. 41-летней пациентке из Алтайского края с обширной эпидуральной грыжей позвоночника нейрохирурги провели операцию в два этапа, один из которых был выполнен с использованием нового ультразвукового оборудования. Второй пациенткой, которой удачно провели удаление липомы спинного мозга, стала 12-летняя девочка из Москвы с пороком развития позвоночника.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Курган.

Москвичи увековечат имя
академика Чазова

Третью Черепковскую улицу в московском районе Кунцево переименуют – она получит новое название в честь известного кардиолога академика Евгения Чазова. За это высказалось большинство из 2,7 млн москвичей, которые в проекте «Активный гражданин» выбирали названия 7 станций метро, сквера и 4 улиц столицы. На этой улице находится Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии Минздрава России, который возглавлял академик.

Ранее имя основоположника кардиологической службы в нашей стране увековечили в его родном городе: в Нижнем Новгороде на фасаде школы, где учился Евгений Чазов, появилась мемориальная доска. С начала года НМИЦ кардиологии Минздрава России носит имя своего основоположника.

Известность и мировое признание академику принесло создание кардиологической службы страны с сетью научно-исследовательских институтов кардиологии. Он также организовал работу учреждений по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, инициировал строительство санаторных комплексов, центров реабилитации. Благодаря ему в стране появились специализированные кардиологические бригады «скорой помощи», были открыты кардиологические отделения, кабинеты в крупных клиниках, в поликлиниках и санаториях.

Юрий ДАНИЛОВ.

Москва.

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

Особый случай

Трагедия в Ейске

Пострадавшие получают всю необходимую помощь

Жители повреждённого дома, пострадавшие в результате падения военного самолёта в Ейске, получают необходимую медицинскую помощь. У них наблюдается положительная динамика.

Напомним, что 17 октября при тренировочном полёте упал сверхзвуковой истребитель-бомбардировщик Су-34, лётчики катапультировались. На месте падения во дворе жилого квартала загорелось топливо самолёта. Огонь распространился на жилую девятиэтажку. В результате пожара погибли 15 человек, пострадали 26.

На месте происшествия дежурили более 20 бригад скорой медицинской помощи из Ейского и близлежащих районов. Четверых пациентов с ожогами в тяжёлом состоянии вертолёт доставили в краснодарскую краевую больницу. Остальные были госпитализированы в Ейске. Медики оказывали всю необходимую экстренную помощь пострадавшим. Из Краснодара в Ейск приехало более 10 психологов.

Министр здравоохранения Михаил Мурашко и глава МЧС России Александр Куренков в этот же день вылетели в Ейск. Они вместе с губернатором Краснодарского края Вениамином Кондратьевым



посетили пострадавших в Ейской центральной районной больнице и получили от главного врача информацию об их состоянии. Для координации лечения пострадавших прибыл также главный врач Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Владимир Порханов

По словам министра, в Ейске сейчас под наблюдением специалистов находятся пациенты, в основном с отравлением продуктами горения и ожогами. Тяжёлых больных среди них нет.

На банковские счета жильцов дома, пострадавшего в результате падения самолёта, начала поступать материальная помощь в размере 10 тыс. руб., предусмотренная для всех прописанных в нём. Компенсации по 50 и 100 тыс. на каждого члена семьи получат при частичной или полной потере имущества. Также пострадавшим в зависимости от полученного вреда здоровью выплатят по 200 и 400 тыс., родственникам погибших – по 1 млн руб.

Кубанские власти заявили о возвращении в свои квартиры 547 жильцов. В 7 подъездах дома, не пострадавших от крушения самолёта, были возобновлены подача газа, электричества и воды, дом подключили к отоплению.

Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».

Краснодарский край.



Идеи

Прочти сообщение от экзосомы

Группа учёных Томского, Саратовского и Московского государственных университетов занимается разработкой новых инструментов и технологий диагностики с использованием методов оптической спектроскопии и машинного обучения. Один из таких проектов направлен на создание инновационного подхода к диагностике колоректального рака с использованием метода биофотоники. Ожидается, что это позволит существенно – до нескольких минут – сократить время, необходимое для выявления заболевания.

Почему именно данная форма злокачественных новообразований привлекла внимание исследователей? Как пояснили сами учёные, они опирались на информацию Всемирной организации здравоохранения, согласно которой, в структуре опухолей колоректальный рак занимает третье место по распространённости и второе – по смертности. Между тем, ранняя

диагностика этого заболевания затруднена, поэтому злокачественный процесс часто выявляется на третьей и четвёртой стадиях болезни.

Чтобы изменить статистику запущенности, необходимы принципиально новые диагностические подходы, в частности, использование биомаркёров, которые достоверно свидетельствовали бы о возникновении опухолевого процесса.

В ходе исследований учёные установили, что биомаркёром колоректального рака могут являться экзосомы – внеклеточные везикулы диаметром 30-100 нанометров, которые выделяются клетками тканей и органов в межклеточное пространство и, как выяснилось, сообщают важные сведения о здоровье тканей и органов. В частности, те экзосомы, которые продуцируются опухолевыми клетками, несут в себе специфическую информацию, и, если её вовремя «прочитать», можно отловить опухоль на ранних стадиях. Где прочесть? В крови или слюне пациента.

В качестве инструмента диагностики предлагается использовать

метод двухфотонной микроскопии. Биофотоника позволяет анализировать нанобъекты, к числу которых можно отнести и экзосомы.

Первым делом специалисты томского НИИ онкологии, также принимающие участие в данном научном проекте, провели сравнительный анализ экзосом, выделенных из крови пациентов с полипами кишечника, то есть доброкачественными образованиями, и колоректальным раком. Они смогли определить критерии, которые позволяют точно дифференцировать экзосомы, ассоциированные именно со злокачественным опухолевым процессом. Теперь необходимо сформировать собственную медицинскую технологию биофотонного выявления колоректального рака по «особым» экзосомам.

Авторы проекта считают, что простота диагностического метода позволит сделать его скрининговым и массово обследовать население на колоректальный рак.

Ирина БАЖЕНОВА.

Ситуация

Школьная кардиология

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко заявил, что если школьники старше 12 лет обучить комплексу действий по восстановлению и поддержанию сердечной деятельности, то это позволит сохранить многие жизни. Ранее вернуть в школьную программу старшеклассников начальную медицинскую подготовку предложили в Совете Федерации.

«Во многих случаях внезапная коронарная смерть наступает при свидетелях, и уметь провести простой комплекс мероприятий по восстановлению и поддержанию сердечной деятельности – первоочередная задача для обеспечения непрерывности «цепи выживания», – сказал М.Мурашко.

Медработники не всегда могут «моментально оказаться рядом с пострадавшим, когда счёт идёт на секунды и минуты», отметили в федеральном Минздраве. По данным ведомства, каждый год в России от внезапной остановки сердца умирают до 250 тыс. человек, и «часто в таких ситуациях именно родственники, дети и внуки оказываются рядом в первые минуты, когда можно спасти жизнь».

«Исследования показали, что если обучить школьника старше 12 лет и далее в период его обучения в школе под контролем учителей уделять не более двух часов в год поддержанию этого навыка (оказывать первую помощь при остановке сердца), это позволит реально сохранить многие жизни», – резюмировал глава Минздрава России.

В начале октября 2022 г. член Комитета Совета Федерации по федеративному устройству, региональной политике, местному самоуправлению и делам Севера Елена Шумилова предложила вернуть в школьную программу старшеклассников начальную медицинскую подготовку, чтобы дети умели делать искусственное дыхание, накладывать жгут и проводить другие манипуляции.

Законодатели настаивают на возвращении уроков по начальной медицинской подготовке в связи с участвующимися в школах случаями вооружённых нападений.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Опросы

«Бездоходная должность»

Уровень дохода специалиста с высшим медицинским образованием при работе на одну ставку в государственной организации составляет в среднем в России 30 156 руб. Такие данные были получены в ходе анкетирования 1,5 тыс. специалистов хирургической и терапевтических специальностей в 58 регионах в сентябре 2022 г., проведённого Всероссийским союзом пациентов.

Размер оклада в среднем по выборке составил 19 791 руб., у врачей хирургической специальности – 20 198. Меньше среднего оклады у врачей терапевтических специальностей (19 677). Суммарный уровень дохода в среднем составил 51 989 руб. («на руки») при коэффициенте совместительств 1,38.

Большая часть респондентов (75%) работают в одной медицинской организации. Больше половины опрошенных сообщили, что занимают 1,5 ставки и более (58,5%). Из них почти треть (30,2%), по их утверждению, работают на две и более ставок.

Как пояснил председатель Совета по развитию гражданского общества и правам человека Валерий Фадеев, Росстат учитывался о

средней зарплате врачей в первом полугодии в размере 95,4 тыс. руб. Но в эту сумму входят переработки и зарплаты руководителей. Плюс она включает налоги, без которых цифра автоматически уменьшается до 82 тыс.

По мнению В.Фадеева, нужно как можно скорее начать внедрение единой отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении, чтобы сгладить значимую дифференциацию в зарплатах медработников между регионами, которая сейчас может достигать 5-6 раз. При этом он отметил, что ситуация с бюджетом «непростая, хуже, чем была в прошлые годы».

Как в свою очередь сообщил сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов, отток специалистов из государственных учреждений в течение первых 3 лет после окончания ими вуза достигает 30%. При этом дефицит врачей оценивается в 40%, а в сельских районах до 60%. Неадекватные уровни нагрузки зарплата – одна из основных причин миграции кадров в частные клиники и другие сектора экономики, заявил эксперт.

Согласно обновлённому проекту программы «Развитие здравоохранения», общий дефицит медработников в 2022 г. составлял 84,7 тыс. человек, в том числе 26,5 тыс.

врачей. Основными его причинами названы отток кадров в частные клиники и сокращение стимулирующих выплат за борьбу с COVID-19.

В августе этого года федеральный Минздрав направил в регионы письмо с просьбой активизировать работу по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников для «повышения привлекательности работы в системе здравоохранения» и «в целях сохранения кадрового потенциала». Субъектам было рекомендовано установить долю окладной части в структуре зарплаты не ниже 55-60%, без учёта компенсационных выплат за работу в особых климатических условиях. Уточнялось, что рекомендации были даны в связи с отсрочкой пилотного проекта по внедрению новой системы оплаты труда медработников до 2025 г.

По данным проведённого в этом году экспертами Общероссийского народного фронта опроса, большинство (91%) из 16 тыс. медработников сообщили, что их зарплата не достигает 200% от средней по экономике региона. Есть свидетельства, что специалистам приходится работать на три ставки, 53% врачей занимают больше двух ставок.

Олег РОМАШОВ.

Тенденции

Сервис записи к врачу в России не могут наладить, чтобы он работал как часы, минимум с 2019 г. Очередную попытку исправить ситуацию предпринял Минздрав по поручению главы правительства, сообщил заместитель министра здравоохранения Павел Пугачёв на XXIII ежегодном международном конгрессе «Информационные технологии в медицине».

Оптимизировать процесс цифровизации

По его словам, эта функция кажется простой, но через неё становится понятно, насколько в регионе отлажена система маршрутизации, правильно ли оценивается загрузка ресурсов и управление кадровой обеспеченностью медицинских организаций.

«Проще всего сказать: у нас нет врачей. А вы проанализировали? Ряд регионов, перейдя полностью на цифру и на управление системой маршрутизации и расписанием врачей, поняли, что у них не хватает совсем не тех специалистов, о которых им рассказывали главные врачи. Не хватает не там и не в тех медицинских организациях, которые не соответствовали нормативам, а в тех точках, куда ходили люди и где выстраивались длинные очереди», – сказал замминистра.

По его словам, для анализа ситуации разработчики используют в том числе обратную связь, в частности, отзывы пациентов в интернете. Также П.Пугачёв отметил, что пока основной поток пациентов в России записывается к врачу через регистратуру. «Можно, конечно, рассказывать, что так бабушкам удобно, но это чёрная дыра, в которой мы с вами ничего не понимаем. Наша задача сделать это прозрачным и управляемым», – заявил он.

Цифровая трансформация – это не просто уход от бумаги с сохранением формата взаимодействия. Должны меняться процессы, что поможет повышать качество медицинской помощи и создавать сервисы как для врачей, так и для пациентов, резюмировал П.Пугачёв.

Вячеслав ДАШКОВ.

Криминал

Служебное мошенничество

Ленинский районный суд Оренбурга признал бывшего начальника областного Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) Андрея Громова виновным в мошенничестве с использованием своего служебного положения (два эпизода по ч. 3 ст. 159), а также в злоупотреблении должностными полномочиями (ч. 1 ст. 285). А.Громову назначили штраф в размере 750 тыс. руб. и на 2 года запретили заниматься финансово-хозяйственной деятельностью в государственных учреждениях. При вынесении приговора суд учёл время нахождения его под мерой пресечения во время следствия. Приговор в законную силу не вступил.

Первое уголовное дело (злоупотребление должностными полномочиями) в отношении А.Громова завели 1 декабря 2021 г. В региональном управлении Следственного комитета РФ выяснили, что с ноября 2020 по ноябрь 2021 г. «должностные лица из числа руководства Бюро СМЭ по Оренбургской области «из корыстной заинтересованности <...> умышленно создали условия для осуществления незаконной предпринимательской деятельности с аффилированным лицом на территории отдела судебно-медицинской экспертизы трупов». Информацию, какую именно «незаконную деятельность» организовал А.Громов, областное управление Следственного комитета раскрывать не стало.

Второе уголовное дело (мошенничество в крупном размере, совершённое с использованием служебного положения) возбуждено на следующий день – 2 декабря. «По версии следствия, обвиняемый, используя служебное положение и действуя в группе лиц, в период с марта 2021 по 29 ноября 2021 г. путём обмана совершил хищение денежных средств в крупном размере, принадлежащих Бюро судебно-медицинской экспертизы по Оренбургской области», – рассказали в Следственном управлении. Оба дела были соединены в одно производство.

С декабря 2021 г. до конца января 2022 г. А.Громов находился под стражей. В январе в отношении него возбуждено третье уголовное дело (о мошенничестве). По версии следствия, А.Громов ввёл в заблуждение Минздрав Оренбургской области о целях командировки в Москву. Указанные в командировочном удостоверении цели он не выполнил, а занимался личными делами, чем нанёс материальный ущерб ведомству.

В феврале 2022 г. его перевели под домашний арест, под которым он находился до 29 апреля. В мае 2022 г. Следственное управление СК РФ по Оренбургской области завершило расследование уголовного дела в отношении него. Тогда же А.Громов признал вину.

На пост начальника Бюро СМЭ Оренбургской области А.Громов был назначен в 2020 г. по результатам конкурса. Ранее он уже был руководителем бюро – с 2006 по 2010 г. Тогда его увольнение связывали с претензиями коллектива и прокуратуры, сам он эти обвинения отвергал.

Григорий МАТВЕЕВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (поглав номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

- Подписные издания**
- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2023 г.
 - ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессой

Избранные издания для бизнеса

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

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

Форум был организован Профсоюзом работников здравоохранения РФ. В течение двух дней более 200 профсоюзных активистов – преимущественно студентов-медиков и молодых специалистов до 35 лет из разных регионов России (в том числе ДНР и ЛНР) и пяти стран СНГ обсуждали три темы: профсоюзная преемственность, наставничество и предотвращение профессионального выгорания.

Советы по наставничеству

На открытии форума председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ кандидат медицинских наук Анатолий Домников призвал собравшихся «слушать и слушать разные практики» и подчеркнул важность заявленных тем для отечественного здравоохранения. Значимо то, что 2023 г. Президент РФ Владимир Путин объявил годом наставничества. По словам А. Домникова, практики наставничества в здравоохранении необходимо укреплять и расширять, поскольку это способствует ускорению профессионального становления специалистов и воспитанию корпоративной культуры. Во многих медицинских организациях созданы советы по наставничеству. Их опыт необходимо тиражировать в масштабах страны. Не менее важна тема форума о предотвращении профессионального выгорания, вопросы которого серьёзно обострились в связи с пандемией коронавируса. В числе других мер для профилактики профессионального выгорания профсоюзам совместно с социальными партнёрами нужно мотивировать медицинских работников к здоровому образу жизни.

Большое значение в решении кадровых вопросов отрасли здравоохранения придаёт темам форума Министерством здравоохранения РФ, что нашло отражение в приветствии министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко его участникам, которое зачитал А. Домников.

Вице-губернатор и министр здравоохранения Нижегородской области Давид Мелик-Гусейнов обратил внимание аудитории на кадровый голод в здравоохранении. Практикуется переманивание специалистов из депрессивных регионов в благополучные. Правила медицинской практики должны быть едиными, а разница в зарплате медработников – несущественной. «Наставничество – реальная система мотивации и перспектива профессионального роста. Оно должно быть всеобъемлющим», – считает министр. Эффективные практики по преодолению выгорания отсутствуют. Необходимо проанализировать кризисные ситуации в коллективе и прописать алгоритмы их преодоления. «Я по своей сути технократ. Что не написано, того не существует», – сказал он. Вопросы защиты прав и интересов медиков необходимо выносить на федеральный уровень. Здесь велика роль профсоюзов. По словам Д. Мелик-Гусейнова, «беззащитный человек боится, а страх убивает творчество».

Идея проведения форума возникла в студенческом профкоме Приволжского исследовательского медицинского университета. Проректор вуза по учебно-воспитательной работе Елена Богомолова говорила в своём приветствии о профсоюзной траектории от первого курса университета до завершения профессиональной деятельности и непрерывном наставничестве: студенты являются наставниками школьников, молодые специалисты – наставниками студентов, пожилые специалисты – наставниками молодых специалистов.

Профсоюзы здравоохранения стран СНГ объединяют более 3 млн медработников. От имени Белорусского профсоюза работников здравоохранения с приветствием выступил нейрохирург Виталий



А. Домников

Ориентиры

Молодым везде у нас дорога

В Нижнем Новгороде состоялся Всероссийский профсоюзный молодёжный форум «ПрофВзлёт»

Боярчик, призвавший к омоложению профкомов и поиску молодых лидеров. «Нам очень нужны совместные проекты со странами СНГ и инициативы на международном уровне», – отметил белорусский коллега.

Член Центрального совета профсоюзов Казахстана Динара Ахметова говорила о профсоюзах как важной части гражданского общества, которые должны не только заниматься вопросами повышения зарплаты медработников, но также оперативно реагировать на все нарушения прав своих членов, участвовать в подготовке коллективных договоров.

Необходима ротация

В РФ около 60% работников являются членами профсоюза, среди студентов и обучающихся отрасли профсоюзное членство выше 80%. Форум способствовал открытому разговору о способах повышения популярности Профсоюза работников здравоохранения РФ. Главный врач Нижегородского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Соломон Апоян видит большую роль в этом компетентных профсоюзных лидеров. «Профсоюзы должны укрепляться изнутри», – считает он. О профсоюзном лидерстве говорил и один из инициаторов форума, заместитель председателя профкома обучающихся, ординатор второго года обучения кафедры психиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета Николай Ерусланкин, который рассказал о проекте «Лидеры Нижегородской области». «Личный рост происходит через обучение других», – считает он.

Одна из спикеров площадки «Профсоюзная преемственность» – проректор и председатель студенческого профкома Нижегородского государственного архитектурно-строительного университета Татьяна Старова сравнила профсоюзные организации с мастодонтами и недвизжимым имуществом: «Есть председатели,

которые не слышали слово «ротация». В пандемию многие профсоюзные организации потеряли свою искусственность». Если профсоюз не защищает права и интересы сотрудников, то какой смысл платить профсоюзные взносы в размере 1% зарплаты? Как завоевать членов профсоюза? «Обучать людей жизни», – отвечает она. Задача профсоюза – развивать гармоничное сочетание трудовой и нетрудовой деятельности. Каждое поколение свободнее предыдущего, поэтому раз в три года должна меняться концепция, а ротация председателей профкома – не реже чем через 2 выборных срока, а в идеале – раз в 5 лет.

Председатель студенческого профкома Гродненского государственного медицинского университета (Беларусь) заведующая кафедрой нормальной анатомии кан-

района, врач-психиатр Краевого наркологического диспансера Вячеслав Гнездилов (Приморский край) и заместитель председателя профсоюза городской клинической больницы № 13 (Нижний Новгород) Мария Столбова поделились опытом участия профсоюзных организаций в распределении стимулирующих выплат и трудовой поддержки.

Полина Емельянова (Южно-Уральский ГМУ) рассказала о школе актива «Профсоюзный авангард», школе тьюторов и конкурсе «Студенческий лидер». Клинический ординатор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова Илья Половников отметил роль сильного коллективного договора в защите социально-экономических прав и гарантий обучающихся и работников университета.



Ф. Гаджиева



Д. Мелик-Гусейнов

дидат медицинских наук Фатима Гаджиева говорила о разных видах преемственности: межгосударственной, внутригосударственной, вертикальной и горизонтальной, добровольной и принудительной. Членами профсоюза являются 96% медработников республики. При Белорусском профсоюзе работников здравоохранения имеется Молодёжный совет. По традиции, все студенты университета вступают в профсоюз. Проводится акция «Здравствуй, первокурсник», создан профсоюзный медиапортал, активисты могут получить профсоюзную стипендию (которая в четыре раза выше обычной). В Беларуси сохранилась советская система обязательного распределения выпускников медицинских вузов (в противном случае выпускник должен оплатить полную стоимость обучения). Поступить в ординатуру или аспирантуру можно только через 2 года работы. Таким образом в республике решается проблема кадрового дефицита в сельской местности.

Заместитель председателя Думы Спасского муниципального

Главный врач Сосновской ЦРБ Нижегородской области Светлана Трифонова подробно рассказала о практике наставничества на примере участкового терапевта. С этой целью была специально разработана полугодовая программа.

Светя другим, не выгораю

Председатель республиканской организации Башкортостана Профсоюза здравоохранения РФ Рауль Халфин подробно остановился на роли профсоюзов в профилактике профессионального выгорания медицинских работников. Оценка обычной усталости на работе самим работником любой профессии, как «большая, сильная» – является простым, оперативным и легко выявляемым индикатором наличия процесса интенсивного профессионального выгорания, считает спикер. Он рассказал об опыте рескома в проведении опроса среди 2 тыс. медицинских работников Республики Башкортостан на тему усталости и мотивации к работе. Итоги опроса указали на основные причины выгорания на рабочем месте: объём, интенсивность и напряжённость труда, дефицит времени, а также эмоциональное напряжение, связанное с работой с людьми. «Результаты опроса позволили нам сделать чёткие выводы – на чём необходимо в первую очередь сконцентрировать наши усилия для предотвращения профессионального выгорания и сохранения кадров, а именно – планомерно и настойчиво вести работу по прочному внедрению первичной, вторичной и третичной профилактики профессионального выгорания, включающие в том числе: мониторинг нарушений трудовых прав, объединение в профсоюзы, коллективные переговоры с работодателями, развитие корпоративной культуры, предполагающей конструктивные взаимоотношения и систему социальной поддержки, мотивацию к здоровому образу жизни; психологическое консультирование, оптимизацию рабоче-

го графика и графика отпусков, поддержку мер, способствующих психоэмоциональной разгрузке и самореализации (спортивные и творческие мероприятия), командообразование; создание кабинетов психоэмоциональной разгрузки, условий для посещения групп психологической коррекции, для льготного санаторно-курортного оздоровления», – резюмировал своё выступление Р. Халфин.

Главный врач Нижегородской областной психоневрологической больницы № 3 Елена Тришкова перефразировала известный афоризм Николая ван Тульпа: «Светя другим, не сгореть самому». В больнице практикуется производственная гимнастика. Рекомендуются физическая нагрузка, чтобы «наши мысли-скакуны покинули голову». Для профилактики выгорания нужны достойная зарплата и оборудованное рабочее место. В каждом лечебном учреждении должен быть медицинский психолог и/или психотерапевт.

Психолог отделения медицинской реабилитации Самарского областного клинического диспансера Юлия Русских поделилась собственным опытом. Работа психолога с медперсоналом носит профилактический, обучающий и психокоррекционный характер. Задачами являются: повышение психологической грамотности; обучение навыкам эффективной коммуникации и обучение навыкам самостоятельной коррекции эмоциональных состояний. Тематику тренингов являются эмоциональные выгорание и коммуникативные навыки. Для утилизации эмоционального напряжения предлагается, во-первых, физическая активность и, во-вторых, уединение. При общении важны как вербальные, так и невербальные (мимика, жесты) навыки. Психокоррекционная работа строится по принципам экстренной психологической помощи.

«Сплотить команду – задача профсоюзной организации», – считает главный специалист по связям с общественностью и

информационной работе Челябинской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Ирина Штракбеин. Она призвала шире использовать советский опыт: хвалить отличившихся («Доски почёта»), устраивать творческие конкурсы по интересам, туры выходного дня для членов профсоюза и их семей. Для профилактики выгорания практикуется централизованная сдача норм ГТО, корпоративные игры, тренинги, танцевальные конкурсы (проект «Территория танца»).

Заместитель председателя Молодёжного совета Тверского обкома Профсоюза работников здравоохранения РФ Наталья Меденкова рассказала, что во время ковида главный врач одной из больниц установил в конференц-зале теннисные столы, и это помогло разрядить обстановку. По инициативе совета в августе прошёл первый туристический слёт медицинских работников с велопробегом, са-

профсоюз делает? Для чего он вообще нужен? Посещала много медицинских учреждений и спрашивала медработников, что они знают о профсоюзе. На что мне отвечали: за десятилетия работы никакой пользы от профсоюза не видели. И первое, что я сделала – инициировала создание 13 социальных программ республиканского уровня для решения жизненных проблем медработников и обеспечения достойных условий их труда. У нас сегодня эти программы работают. Затем я начала наращивать темпы в вопросах защиты достойных условий труда. Уже заключены соглашения с прокуратурой, трудовой инспекцией, Фондом социального страхования, Фондом ОМС. Усиливаем контроль за работой представителя первичной профсоюзной организации в комиссии, которая есть в каждом лечебном учреждении и занимается рассмотрением трудовых вопросов (компенсация, начисление стимулирующих выплат и т.д.).

У профсоюза есть много возможностей найти понимание и с работодателями, и с Минздравом, являющимися нашими социальными партнёрами. Многие зависят от руководителя территориальной организации Профсоюза здравоохранения РФ. Развивая профсоюзную деятельность в разных направлениях, мы можем помочь медицинским работникам во взаимоотношениях с руководителями медицинских организаций, оказать социальную и материальную поддержку, обеспечить достойные условия труда, наладить чёткое взаимодействие с работодателями и органами власти. Самая главная миссия профсоюзов – не доводить до конфликтов, решая все вопросы путём мирного урегулирования в рамках действующих законов. Многие главные врачи, особенно молодые, полагают, что их роль в лечебном учреждении – управлять финансовыми потоками и обеспечивать выполнение национальных проектов. На самом деле медицинский руководитель должен быть «отцом» команды, он, как командир на войне, должен первым идти в бой, – считает З.Бучаева.

В роли буфера

В беседе с корреспондентом «МГ» своё мнение высказал председатель Нижегородской областной организации профсоюза **Василий Приказнов**.

– Мы пришли к выводу, что если мы не будем заниматься такими проблемами, как юридическая помощь, защита медицинских работников в суде, помощь при хроническом стрессе и профессиональном выгорании и т.д., то рискуем потерять большую аудиторию. При системном подходе мы сможем достаточно глубоко погрузиться в эти вопросы, направить работника куда пойти, к кому обратиться, как действовать. Моя позиция в том, чтобы расширить диапазон наших действий. Например, ко мне обратилась врач из района. Когда она приехала работать, ей предоставили дом и машину, а землю предложили выкупить. Мы посмотрели законы, и обратились к администрации района по поводу неправомерности требования выкупа земли. Хотя земельное законодательство не входит в сферу нашей деятельности, мы не отвернулись, вникли и помогли, людям надо помогать во всех направлениях.

По просьбе корреспондента «МГ» итоги форума подвёл **Анатолий Домников**.

– Изначально идея проведения форума принадлежит молодёжному профактиву Нижегородской областной организации Профсоюза здравоохранения РФ, которым предполагалось собрать студентов медицинских вузов Приволжского федерального округа. Поддержав данную инициативу, ЦК профсоюза принял решение провести этот форум во всероссийском формате с приглашением наших коллег из стран СНГ и новых, присоеди-



В. Приказнов

нившихся к России Донецкой и Луганской народных республик. От каждого российского региона были приглашены по два представителя: один от студентов, а другой – от работающей молодёжи. Поддержать молодёжь также приехали некоторые председатели региональных профсоюзных организаций. В результате площадки форума собрали более 200 молодых профактивистов.

– **Проблемой профессионального выгорания занимаются психологи, психотерапевты и психиатры. Причём тут профсоюзы?**

– С темой профессионального выгорания сталкиваются не только врачи, но и студенты на последних курсах медицинских вузов, теряющих интерес к учёбе. Во время эпидемии студентов призвали в ковидные госпитали, что также способствовало профессиональному выгоранию. Первичные профсоюзные организации работают совместно с психологами, проводят тренинги для студентов и медицинского персонала. Кроме того, они занимаются профилактикой выгорания. Вот почему сегодня именно психологи работают в качестве модераторов на площадке «Предотвращение профессионального выгорания». Грамотно организованное наставничество позволяет предотвратить это, и тем самым решить проблему кадрового голода. В резолюцию форума внесено предложение Минздраву включить вопросы предотвращения профвыгорания в обязательную программу профессионального образования. А профсоюзы являются инициаторами и активно продвигают эти идеи, помогая внедрить их в практику.

– **Какие задачи стоят сегодня перед профсоюзами?**

– Профсоюз является буфером между работниками и работодателями. Накануне форума было подписано первое в Российской Федерации Соглашение по наставничеству между Профсоюзом работников здравоохранения РФ, Министерством здравоохранения Нижегородской области и Нижегородской областной организацией профсоюза. Мы обязательно продолжим работу в сторону системного внедрения и укрепления программы наставничества повсеместно во всех регионах страны, а также в вопросах предотвращения профессионального выгорания и улучшения кадровой ситуации в отрасли. Во все времена нашей главной задачей будет оставаться грамотная и полноценная защита прав медицинских работников.

– **Данный форум является разовым мероприятием?**

– Предполагается, что такие всероссийские, вернее – международные форумы будут периодически проходить в разных регионах. Этот полностью оправдал наши ожидания.



Боислав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Москва –
Нижний Новгород.

Современные технологии

«Цифра» в гуманитарном контексте

В Сибирском государственном медицинском университете (Томск) организовали лабораторию цифровой антропологии, которая будет заниматься изучением взаимодействия человека и цифровых медицинских технологий.

Как пояснила директор Института интегративного здравоохранения СибГМУ доктор философских наук Наталья Лукьянова, внедрение информационных технологий в медицину сегодня проходит очень активно под девизом повышения качества медицинской помощи и её доступности, а также снижения нагрузки на специалистов. Философы и социологи считают, что в данном процессе крайне важно получать обратную связь от населения, в интересах которого, якобы, вся эта масштабная цифровизация задумана. На языке науки задачи новой лаборатории формулируются так: «изучение перспектив и вызовов процесса цифровизации в системе здравоохранения в контексте социогуманитарных основ».

Сотрудники новой лаборатории уже приступили к изучению эволюции общественного мнения в отношении цифровых решений, внедряемых в медицинскую отрасль. Особе внимание – «удалённому» здравоохранению, то есть

применению телемедицинских технологий: как это воспринимают пациенты, вписывается ли дистанционная медицинская помощь в контекст социогуманистических основ этой сферы деятельности. Также оценивается уровень так называемой цифровой зрелости как пациентов, так и самих медработников и системы здравоохранения Томской области в целом.

– Цифровая грамотность населения существенно повысилась за последние 2 года, однако её уровень высок не во всех регионах страны, кроме того, он зависит от возраста и профессиональной деятельности человека. В связи с этим считаем актуальным создать инструментальный для расчёта индекса цифровой грамотности и апробировать его в различных лечебных учреждениях региона, – говорит Н.Лукьянова.

Помимо собственно научных антропологических исследований феномена цифрового здравоохранения в томском медуниверситете уже занимаются разработкой программ дополнительного профессионального образования по цифровому менеджменту в медицине, медицинской этике в цифровом обществе.

Елена СИБИРЦЕВА.

Томск.

Память

Благородная душа врача и человека

После тяжёлой и продолжительной болезни ушёл из жизни видный российский общественный деятель, учёный, клиницист и педагог, профессор кафедры факультетской терапии № 1 Сеченовского университета Александр Викторович НЕДОСТУП (1939-2022).

Вся его профессиональная жизнь тесно связана с факультетской терапевтической клиникой (ФТК) им. В.Н.Виноградова. Приход в клинику совпал с началом работы «коллагенного отделения» – первой в СССР кардиореанимации. Александр Викторович занимался проблемой нарушений ритма и проводимости сердца. В содружестве с А.Сыркиным и И.Маевской стал автором признанной впоследствии классической монографии «Электроимпульсное лечение аритмий сердца в терапевтической клинике» (1970). Многочисленные исследования легли в основу докторской диссертации, которая блестяще защищена в 1987 г., а также монографии «Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге XXI века» (1998).

Автор более 500 научных трудов, в том числе пяти монографий, соавтор учебника «Внутренние болезни для студентов медицинских вузов», он являлся членом диссертационного совета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, кардиологического и терапевтического обществ, Всероссийского научного общества аритмологов. Под его руководством защищено 12 кандидатских и 3 докторские диссертации.

Среди коллег и пациентов А.Недоступ пользовался репутацией прекрасного диагноста. Его всегда отличала активная гражданская и христианская позиция. С 1995 по 2020 г. Александр Викторович – председатель Московского общества православных врачей,



созданного по его инициативе, сопредседатель Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, председатель исполкома Общества православных врачей России им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого). На протяжении 20 лет проводил ежегодные секции по медицинской тематике («Православие и медицина») на образовательных Рождественских чтениях, являлся одним из организаторов съездов православных врачей России (с 2007 г.).

Александр Викторович – легенда Сеченовского университета, удостоенный медали «За заслуги перед Первым МГМУ им. И.М.Сеченова». Его учениками являются почти все нынешние сотрудники ФТК им. В.Н.Виноградова и множество других выпускников Первого Меда. Истинная интеллигентность, сила духа, художественная одарённость, искренняя доброжелательность, мудрость, порядочность и, главное, любовь к Богу и ближнему делали общение с Александром Викторовичем неценным и запоминающимся. Он навсегда остаётся образцом настоящего человека и врача с большой буквы!

По извечной российской привычке мы откладываем решение важных задач на «потом». А вот проблема сама собой урегулируется и отпадёт необходимость прилагать какие-либо усилия.

Политическое ускорение

Так случилось и с интенсивной подготовкой врачей по основам военно-полевой хирургии: то, что необходимо было сделать в экстренном порядке ещё 24 февраля 2022 г., через 8 месяцев после начала специальной военной операции в Украине только-только обретает черты «проекта», который стал получать некоторую поддержку государства. Ну и, согласно традиции, проект этот, скорее всего, будет долго и тщательно оформляться и потом согласовываться, а там, глядишь, наступит мир и необходимость в его реализации, якобы, отпадёт. Очень хотелось бы ошибиться, но именно такой сценарий высоко вероятен.

Самое же удивительное в этой истории то, что «волшебный пинк» для отрасли последовал не от Министерства здравоохранения, не от Совета ректоров медицинских вузов, а от ведущей политической партии страны. Назвать такую логику нормальной вряд ли можно. Но, с другой стороны, после столь выразительного политического напутствия ни одно ведомство и ни один чиновник уже не смогут положить список важных дел под сукно.

На площадке партии в Государственной думе 13 октября прошла встреча представителей Минобороны, Минздрава и Минпромторга, а также Российского общества хирургов (РОХ). Именно последнее уже много месяцев пробивает идею по немедленному совершенствованию системы подготовки врачей по военно-полевой хирургии в нынешних условиях.

Много важных инициатив прозвучало в ходе этой встречи. В частности, предложение временно вывести из-под действия закона о госзакупках приобретение медицинских изделий для обеспечения армейских подразделений и госпиталей Минздрава и Минобороны. Это существенно сократит сроки проведения закупочных процедур. Также обговорили необходимость изменить состав армейских аптек, эффективно обучать мобилизованных военнослужащих навыкам оказания первой медицинской помощи, разработать новые рекомендации по оказанию медицинской помощи как для военврачей, хирургов гражданских стационаров прифронтовой зоны, так и для военнослужащих.

Что касается РОХ, эта общественная организация выразила готовность помочь Министерству здравоохранения РФ организовать систему подготовки и переподготовки врачей по военно-полевой хирургии. Ранее, не дожидаясь отставки регулятора, РОХ вместе со специалистами Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова уже провело несколько видеоконференций и мастер-классов по оказанию

помощи при минно-взрывной травме, а также организовало специализированный информационный портал для врачей, которые хотят восполнить пробелы в знаниях по военно-полевой хирургии.

С третьего раза

На самом деле эта история началась даже не 8 месяцев назад, а гораздо раньше, лет 5 назад. Как пояснил генеральный секретарь Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, про-

готовке кадров. В то же время именно в этой части диалог у нас не складывается. Два письма РОХ об изменении правил обучения в ординатуре по хирургии, адресованные Минздраву России, так и остались без конструктивного ответа. Одно было направлено несколько лет назад, второе – уже после начала специальной военной операции, весной нынешнего года.

Вы спросите, при чём здесь ординатура, если сейчас надо экстренно заниматься подготовкой врачей по военно-полевой хирур-

Как только решение об отмене интернатуры вступило в силу, Российское общество хирургов и другие объединения врачей начали требовать восстановления данной ступени медицинского образования. Однако нас не хотят слышать. Наши предложения увеличить время обучения в ординатуре также получают отказ.

В итоге по настоянию Минздрава России мы имеем всего двухлетний план подготовки совершенно разношёрстных специалистов, не готовых оказать целую хи-

новым условиям ведения боевых действий.

Так готовы ли наши разношёрстные выпускники ординатур, не имеющие даже общей военно-учётной специальности, в полной мере быть полезными сейчас в военных госпиталях? А в прифронтовых гражданских стационарах, которых становится всё больше? Глубокое заблуждение думать, что после призыва «мирных» хирургов можно быстро переподготовить на базе военно-медицинских вузов. Во-первых, такой вуз в стране остался только один, а военные кафедры в гражданских медуниверситетах давным-давно упразднили. К тому же на переподготовку уйдёт время, которого у нас сейчас нет.

– Но это же не означает, что время ушло и уже не надо затевать интенсивное обучение по ВПХ?

– Конечно, не означает, хотя, повторюсь: это надо было начать делать ещё много лет назад. Странная позиция чиновников в этом вопросе невольно наводит на мысль о саботаже.

Сейчас нужно не только в срочном порядке подготовить максимальное число гражданских хирургов по основам военно-полевой хирургии в формате краткосрочных курсов, но также всерьёз заняться возвращением военных кафедр в медицинские университеты и радикальной реформой ординатуры по всем хирургическим специальностям. Предвижу тот же контраргумент от оппонентов: спецоперация на Донбассе закончится, и военные кафедры не будут нужны. На самом деле, даже если спецоперация закончится в скором времени, отголоски этих событий мы будем слышать ещё очень долго. Я имею в виду вероятность минно-взрывных поражений и их последствий на территориях нынешних боевых действий.

Что мы предлагаем конкретно, в очередной, третий раз обращаясь к Министерству здравоохранения, теперь уже публично? Считаем необходимым срочно принять решение об увеличении срока обучения в клинической ординатуре по всем специальностям хирургического профиля. На первом этапе проводить подготовку по оказанию экстренной помощи, включая хирургию повреждённых и военно-полевую хирургию. По завершении первого этапа подготовки следует присваивать соответствующую военно-учётную специальность, единую для хирургов. Никто потом нам не помешает по мере повышения квалификации присвоить и более специализированную.

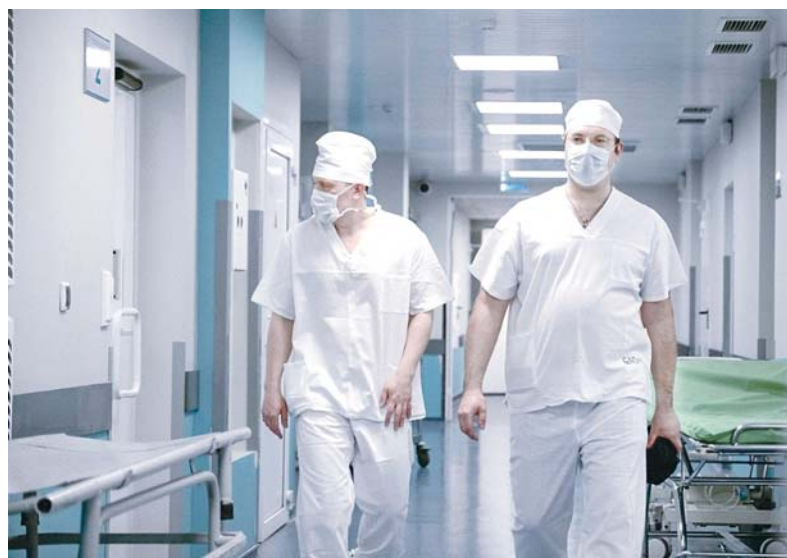
Хочется верить, что мнение врачебного сообщества, от имени которого мы пытаемся наладить диалог с регулятором отрасли, будет, наконец, услышано. Просто отмалчиваться уже не получится.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Острая тема

Запрягаем долго. Быстро ли поедим?

Хирургическая служба в условиях войны и мира



фессор Андрей Фёдоров, профессиональное сообщество давно пытается убедить руководителей Минздрава России в том, что вся система подготовки хирургов в клинической ординатуре нуждается в пересмотре. «Война и мир» в хирургической практике всегда рядом, следовательно, знания по общей хирургии, включая военно-полевую, должны получать в ординатуре будущие хирурги всех профилей от абдоминальных, сосудистых и травматологов до онкологов и урологов.

– Андрей Владимирович, такое положение дел в принципе можно считать нормальным: врачи говорят, что система их подготовки явно хромает, а чиновники утверждают обратное и ничего менять не хотят?

– Разумеется, нельзя. Отсутствие диалога между врачебным сообществом и органами управления здравоохранением недопустимо, тем более, когда речь идёт о под-

готовки? Поясню. Итак, в системе образования были упразднены субординатура и интернатура – важные этапы в подготовке врачей хирургических специальностей. Там будущие хирурги всех профилей – общие, торакальные, сердечно-сосудистые, детские, урологи, травматологи-ортопеды, онкологи, нейрохирурги – изучали неотложную хирургию, гнойную, хирургию повреждённых, работу реанимации, работу в команде. С тех пор для подготовки хирургов остались только 2 года клинической ординатуры, в течение которых осваиваются исключительно навыки узкой специальности. Таким образом, в отличие от остального мира в России вся подготовка врача по такой сложной и высокорисковой специальности, как хирургия, занимает не 4-5 лет, а всего-навсего 2 года. А амбулаторного хирурга нас призывают готовить и того меньше – год! Это кто же у нас такой получится?

Уже тогда, несколько лет назад, мы настойчиво убеждали тех, от кого зависит принятие решений, что в случае военного конфликта страна столкнётся с резкой нехваткой хирургов, способных оказывать экстренную помощь раненым и гражданскому населению. Наша тревога не была принята во внимание. Сегодня, к сожалению, тот прогноз оправдался. Сначала российские гражданские врачи, которые первыми в качестве волонтеров побывали на Донбассе, признались: «Ребята, это хирургия, которую мы вообще не изучали, а если кто-то из старших поколений хирургов и изучал, то сегодня она совсем другая». То же самое подтвердили наши коллеги-хирурги из Донецка и Луганска: классические знания по военно-полевой медицине нуждаются в адаптации к

рургическую помощь. Для всех понимающих это – ни что иное, как издевательство над здравым смыслом, поскольку хирург любого профиля должен входить в специальность через блок экстренной хирургической помощи.

Кого же мы готовим? Примерно 1000 ежегодных выпускников ординатуры имеют навыки по общей хирургии, но не подготовлены в вопросах военно-полевой хирургии и не очень хорошо подготовлены по хирургии повреждённых. Выпускники других хирургических ординатур не получают вообще никакой общехирургической подготовки. В итоге мобилизационный резерв сократился, поскольку узкие специалисты хирургического профиля теперь не имеют сертификата общего хирурга и не могут привлекаться в случае необходимости по военно-учётной специальности «военно-полевая хирургия». Может, их призывают в рамках частичной мобилизации как фельдшеров и санитаров?

Уже тогда, несколько лет назад, мы настойчиво убеждали тех, от кого зависит принятие решений, что в случае военного конфликта страна столкнётся с резкой нехваткой хирургов, способных оказывать экстренную помощь раненым и гражданскому населению. Наша тревога не была принята во внимание. Сегодня, к сожалению, тот прогноз оправдался. Сначала российские гражданские врачи, которые первыми в качестве волонтеров побывали на Донбассе, признались: «Ребята, это хирургия, которую мы вообще не изучали, а если кто-то из старших поколений хирургов и изучал, то сегодня она совсем другая». То же самое подтвердили наши коллеги-хирурги из Донецка и Луганска: классические знания по военно-полевой медицине нуждаются в адаптации к



Преодоление

В Омске ангиохирурги Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России впервые в регионе выполнили операции при сложных нарушениях ритма сердца, в том числе при фибрилляции предсердий, с использованием системы электроанатомического картирования, обеспечивающего высокую точность и эффективность воздействия на очаг аритмии.

Лечение сложных форм нарушений ритма сердца – один из актуальных вопросов в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые, как известно, занимают первое место среди причин смертности россиян. Только в Омском области, по данным статистики, в результате внезапной смерти в год погибает около 800

Очаг аритмии: найти и обезвредить

человек, преимущественно это – люди трудоспособного возраста до 45 лет. В пятидесяти процентах случаев причиной внезапной смерти является нарушение сердечного ритма, поэтому лечению пациентов со сложными формами нарушений ритма сердца уделяется особое внимание.

– Вмешательства при нарушениях ритма сердца, в частности при фибрилляции предсердий, – это сложная процедура, которая выполняется в единичных центрах страны. В Западно-Сибирском медицинском центре есть все условия для оказания помощи таким пациентам: оснащённое современным медицинским обо-

рудованием отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, в котором могут выполняться высокотехнологичные эндоваскулярные операции; высококвалифицированные кардиологи и ангиохирурги; научные сотрудники кафедр Омского ГМУ, оказывающие консультативную помощь пациентам нашего центра, – отметил директор Западно-Сибирского медицинского центра, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Шутов.

Если раньше таких пациентов направляли для лечения в ведущие федеральные клиники страны, то теперь помощь стала

доступна в Западно-Сибирском медицинском центре. Одним из эффективных малоинвазивных методов лечения сложных нарушений ритма сердца, в том числе при мерцательной аритмии, является радиочастотная катетерная абляция. Система электроанатомического картирования сердца, при помощи которой создаётся навигационная карта (строится виртуальная 3D-карта), позволяет с высокой точностью находить очаги аритмии и устранять их. Операция в среднем длится около 1,5-2 часов, не требует наркоза и сопровождается быстрым восстановлением.

На сегодняшний день уже 10 пациентов центра прооперированы с использованием методики радиочастотной катетерной абляции. Операции проводятся по квотам высокотехнологичной медицинской помощи. Первые оперативные вмешательства хирурги отделения выполнили при поддержке сердечно-сосудистого хирурга отделения нарушений ритма сердца Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина кандидата медицинских наук Ильи Стенина ещё весной этого года.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

На фоне подготовки законопроекта, направленного на декриминализацию врачебной деятельности, роль общественных врачебных организаций вновь подчёркивается. Многие эксперты и в личных разговорах, и с трибун неоднократно высказывали мнение, что, когда речь идёт о случаях неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, в которых у врача явно не было злого умысла причинить вред пациенту, но пациент тем не менее считает доктора виноватым в неуспехе лечения, объективную и строгую оценку результатов работы врача должны давать не гражданские и тем более уголовные суды, а медицинские ассоциации. Принимая доктора в свои ряды, они тем самым подтверждают его профессиональный уровень, следовательно, они же должны иметь право выступать экспертами действий врача и исключать из своих рядов врачей за явный непрофессионализм, тем самым закрывая им возможность успешной карьеры.

В российских реалиях это пока выглядит как розовые фантазии, однако авторы таких идей ссылаются на зарубежный опыт. И коль скоро маховик запущен – работа над законопроектами, направленными на декриминализацию медицинской деятельности, уже завершается – почему бы не порассуждать о том, нужны ли в этой связи российским общественным врачебным организациям официально обозначенные дополнительные полномочия.

Президент Общества врачей России, ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН Олег ЯНУШЕВИЧ в беседе с корреспондентом «МГ» высказал своё мнение.



чей. Мы 4-6 раз в год проводим заседания президиума ОВР, куда входят руководители всех ассоциаций, обсуждаем единые для всего врачебного сообщества темы и задачи. Так что, являясь самостоятельными структурами со своим «образом жизни», ассоциации врачей в то же время вписаны в единую повестку общероссийского врачебного объединения.

– Что касается декриминализации медицинской деятельности: если действительно профессиональную деятельность врача выведут из-под действия Уголовного кодекса, закономерно встанет вопрос, кому как не врачебным ассоциациям быть экспертами случаев неблагоприятных исходов лечения? Кому как не им содействовать тому, чтобы все эффективные организационные решения и технологии, обеспе-

дицинских организаций напрямую, единолично давать им указания и ставить оценки, взяв на себя функции контроля и надзора – считаю, что это неправильно.

– Одна из крупных ассоциаций, которая входит в состав ОВР – Российское общество хирургов – выступало с инициативой узаконить право врачебных объединений проводить экспертизу по фактам неблагоприятных исходов лечения и представлять её результаты в суде. Разумеется, важным условием ставится объективность экспертных заключений, а не задача во что бы то ни стало помочь врачу скрыть свою ошибку. Полагаете ли вы, что такая функция за общественными врачебными организациями должна быть закреплена, равно как и создание третейских судов для досудебного раз-

– Олег Олегович, значение общественных врачебных объединений при каждом удобном случае декларируется всеми, включая не только представителей медицинского сообщества, но также органов исполнительной и законодательной властей. А полномочия врачебных ассоциаций в полной мере узаконены в нашей стране или требуется их дополнительное закрепление? Имеет ли голос общественных организаций врачей какой-то вес в государственной системе управления здравоохранением?

– Имеет, и весьма существенный. Уже давно и Министерство здравоохранения РФ, и Государственная Дума стали прислушиваться к мнению общественных врачебных объединений. Конечно, бесспорным лидером здесь остаётся Национальная медицинская палата во главе с уважаемым Леонидом Рошалём, которая в основном поднимает вопросы социально-политического характера, а также кадровые и финансовые, значимые для всего нашего профессионального сообщества. Что же касается специализированных ассоциаций стоматологов, офтальмологов, хирургов, терапевтов, онкологов и т.д., они выполняют не менее важные задачи, а именно, участвуют в разработке клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи по профилям. При этом я всегда считал и продолжаю на этом настаивать, что главная роль наших объединений – быть независимым экспертным сообществом, в котором заинтересованы и Минздрав, и Госдума, и контрольно-надзорные органы, то есть, все структуры, которые занимаются регулированием медицинской деятельности. В связи с этим роль общественных организаций точно не будет снижаться, напротив, она будет возрастать.

Что касается легитимизации наших полномочий, в целом и Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан», и Федеральный закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании» вполне чётко, на мой взгляд, определили требования к общественным организациям и их роль. В частности, в формировании территориальных программ госгарантий, а это важная работа. Права и обязанности общественных врачебных организаций на сегодняшний день достаточно закреплены и регламентированы в нормативных актах, но они неизбежно будут меняться по ходу изменения ситуации в отрасли.

А вот что должна представлять из себя общественная организация – вопрос открытый. У руководства Национальной медицинской палаты (НМП) один взгляд, здесь считают необходимым представлять интересы работников медицинской отрасли вообще. У руководства Общества врачей России другой взгляд. Мы изначально

Экспертный уровень

Не оппозиционеры, а компаньоны

Отношения врачебных объединений с властью: какие они?

ставили задачу объединить максимально большое число именно врачей разных специальностей. При этом во всех направлениях, где у нас нет противоречий, мы солидарно работаем с НМП, отстаивая интересы медработников в Общероссийском народном фронте, Госдуме, Правительстве России. Я воспринимаю это как нормальный демократический процесс.

– Если суммировать задачи общественных врачебных объединений, которые им сегодня государство разрешает решать, получается следующий список: защита социальных и профессиональных прав врачей, представление их законных интересов в государственных и общественных организациях; участие в общественной экспертизе научных разработок, клинических испытаниях, распространении новых методов лечения, оборудования, инструментария; разработка профстандартов; утверждение планов и программ подготовки в ординатуре; составление клинических рекомендаций. Считаете ли вы этот перечень полным, или в нём не хватает ещё каких-то полномочий?

– На сегодняшний день, по моему убеждению, общественным организациям надо думать не столько о количестве полномочий, сколько о качестве своей работы. Необходимо более тесно работать с врачебным сообществом, это изменило бы силу общественных организаций и, как следствие, весомость их политического запроса к исполнительной и законодательной властям.

Зачастую многие врачи, зная о существовании ассоциаций и, возможно, даже являясь членами таких объединений, фактически участия в их работе не принимают. Поэтому, я думаю, сейчас наиболее остро для всех общественных врачебных организаций стоят вопросы самоорганизации и оценки их роли: необходимо не просто формально именовать себя представителями интересов какой-то группы врачебного сообщества, а стать полноценными работающими объединениями с реальным членством. Во всяком случае, Общество врачей России

и близкая мне Стоматологическая ассоциация России такую задачу перед собой ставят.

– Но согласитесь, при всём многообразии предоставленных им функций каждое врачебное объединение – и два самых значимых общероссийских, и узкопрофильные – работают в рамках собственных представлений. Кто-то ограничивается только проведением образовательных мероприятий, кто-то делает упор на правовую защиту медиков. А если нет единообразия, можно ли заинтересовать врачей членством в таких объединениях?

– Сверхзадача у всех общественных организаций единая – сертификация специалистов и аккредитация. Это важный инструмент, позволяющий общественным организациям вовлекать всё больше и больше врачей в свои ряды. Но он не главный.

Не менее значимый, на мой взгляд, инструмент для общественной организации – быть полезной своим членам в плане их профессиональной и социальной защиты. В противном случае человек задаётся резонным вопросом: зачем вступать в общество, только чтобы раз в 5 лет подтверждать свой сертификат? Но ведь это, по большому счёту, не обязательно делать только через общество. А вот когда врачебная организация работает как социально-политическая платформа, которая защищает интересы врачей, активно участвует в принятии решений, касающихся отрасли, на федеральном и региональном уровнях, она станет по-настоящему востребована у медиков. В этом случае наши коллеги будут понимать, что врачебное объединение – это не просто клуб по интересам, который периодически собирает научные конференции и организует мастер-классы, а организация, которая тебе реально помогает во всех сложных профессиональных ситуациях.

Например, в состав Общества врачей России входят профессиональные организации по основным врачебным специальностям: терапия, хирургия, онкология, стоматология и др. В настоящее время ОВР представляет интересы более 375 тыс. российских вра-

чающие безопасность работы врача и безопасность пациента, были в лечебных учреждениях внедрены?

– Не совсем правильно напрямую связывать тему декриминализации и роль общественных организаций врачей. Сама по себе задача декриминализации крайне важна, и общественные организации медработников, в том числе, ОВР, которое я возглавляю, давно говорили о том, что следует вывести деятельность врача из сферы уголовной ответственности, не надо заводить уголовное дело по каждому случаю неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи. Необходимо признать: к сожалению, ни западная, ни российская современная медицина при всём их высоком потенциале не могут вылететь человека от всего, поэтому врач всегда будет зажат в прокрустовом ложе исполнения своего профессионального долга, с одной стороны, и страха за результат лечения больного. Поэтому изменения в федеральное законодательство, позволяющие вывести врача из-под домокловых мечей уголовного преследования по любому поводу, можно только приветствовать.

В то же время работа по профилактике инцидентов, связанных с оказанием медицинской помощи, и контроль работы лечебных учреждений в данном направлении – прерогатива прежде всего государственных контрольно-надзорных организаций и органов управления здравоохранением, с которыми общественные организации врачей действуют исключительно совместно. При этом мы должны работать в рамках таких проверок не как контролёры, а исключительно как эксперты, почувствуйте разницу: качество оказания медицинской помощи оценивается сквозь призму выполнения врачом клинических рекомендаций, а их разработкой занимаются именно общественные врачебные организации. Но следить за тем, чтобы клинические рекомендации были обязательно внедрены в практику каждой медицинской организации, и врачи ими руководствовались, не наша задача.

Вмешиваться общественным организациям в деятельность ме-

решения конфликтов «врач-пациент»?

– Это вопрос очень деликатный, требующий тонких решений. Объясню свою позицию не как врач, не как президент ОВР, а как гражданин. Мы не должны забывать, что государство призвано защищать право человека на жизнь и разбираться в причинах его смерти, которая наступила в результате чьих-то действий. В том числе, действий врача. И здесь нам нельзя перебирать со своими правами, потому что у врачебных организаций всегда возникает естественное желание защитить своего коллегу. Но мы должны понимать, что такое же право на защиту имеют пострадавший пациент или его родственники, у которых за спиной нет общественной организации, а иногда нет и средств на адвоката. Поэтому мы должны всё-таки занимать государеву позицию, и экспертизы должны быть независимые. В противном случае не всегда результаты будут прозрачными, вот что меня беспокоит.

Точно так же я за третейский суд в медицине подобно тому, как такие суды работают в других сферах деятельности. Но если прописывать существование медицинского третейского суда в законодательстве, необходимо тщательно детализировать каждое положение закона, и разработать такую законодательную норму следует в кооперации с общественными объединениями врачей, общественными объединениями юристов и адвокатов, пациентских сообществ.

– Как должны строиться отношения между общественными врачебными объединениями и Минздравом России? Очевидно, что общественные объединения создаются не для того, чтобы исходно быть в жёсткой оппозиции регулятору, и всё же какое-то дистанцирование, наверное, должно быть.

– Мы с министерством однозначно нужны и полезны друг другу. Жёсткая оппозиционность государству со стороны общественных организаций была бы неконструктивной позицией, если мы хотим добиваться решения важных для врачей задач.

Елена СИБИРЦЕВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (2352)

(Окончание. Начало в № 41 от 19.10.2022.)

В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность стандартной тройной терапии:

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПН (удвоенной по сравнению со стандартной).

2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПН и кларитромицином до 14 дней. В настоящее время отмечено, что только такая продолжительность обеспечивает сопоставимую эффективность стандартной тройной терапии с эффективностью других схем.

3. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приёма лекарственных средств.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырёхкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней.

Кадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешенным показаниям.

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H.pylori* к антибиотикам.

Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтверждённым язвенным кровотечением с целью его остановки в рамках других мероприятий по достижению гемостаза рекомендуется внутривенное введение ингибиторов протонного насоса.

Остановке язвенных кровотечений и снижению риска развития повторных кровотечений способствует применение ИПН. При этом одновременно болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата (в дозе 8 мг в час) в течение 72 часов. Согласно одному из последних метаанализов, внутривенное применение ИПН способствует значительному снижению риска повторных кровотечений (ОШ 2,24, 95% ДИ: 1,02 – 4,90). После перевода пациента на пероральный приём препаратов проводится эрадикационная терапия.

Хирургическое лечение. Пациентов с осложнёнными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью оперативного лечения в стационар хирургического профиля.

Пациентов, страдающих осложнённым течением язвенной болезни, как правило, необходимо госпитализировать в стационар в экстренном порядке. Лечение язвенного кровотечения целесообразно начинать в отделении интенсивной терапии. Главной задачей лечения в отделении интенсивной терапии является стабилизация состояния пациента – восполнение объёма циркулирующей крови, борьба с проявлениями гиповолемического шока, адекватное обезболивание, лечение декомпенсированных сопутствующих заболеваний и синдрома системной воспалительной реакции, после чего могут быть применены хирургический и/или эндоскопический методы лечения. Важно отметить, что при язвенном кровотечении риск смерти коморбидного пациента прямо коррелирует с количеством сопутствующих заболеваний. Это, в свою очередь требует от врача очень большой внимательности при работе с коморбидными пациентами и анализа всех факторов риска развития осложнений язвенной болезни до момента их реализации.

Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации.

Пациентам с язвенным кровотечением повторную эзофагогастродуоденоскопию с

целью динамического контроля источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить только при рецидиве кровотечения и в случае высокого риска его развития.

Ряд исследований подтверждают, что выполнение лечебной эндоскопии для остановки язвенного кровотечения достоверно снижают смертность, необходимость хирургического вмешательства, риск рецидива кровотечения, а также время продолжающегося кровотечения в сравнении с

фармакотерапией. По данным литературы, эндоскопическая остановка кровотечения является «золотым стандартом» в лечении пациентов с язвенными кровотечениями. Своевременное и правильное эндоскопическое пособие позволяет достичь устойчивого гемостаза в 89-92% случаев. Оценка язвенного кровотечения производится по классификации Forrest. Наиболее эффективным эндоскопическим способом остановки кровотечения являются клипирование кровотокающего сосуда и аргонеплазменная коагуляция. Другие методы эндоскопической остановки кровотечения, такие как электрокоагуляция, обкалывание язвы, нанесение плёнообразующих препаратов, использование полисахаридной гемостатической системы должны использоваться в комбинации с основными методами.

По данным систематического обзора V.Elmunzer с соавт., факторами риска рецидива кровотечения являются: большой размер язвы (более 1 см в диаметре), расположение язвы на малой кривизне желудка и на задней стенке двенадцатиперстной кишки, а также нестабильная гемодинамика – снижение артериального давления во время кровотечения с последующим повышением на фоне восполнения объёма циркулирующей крови. Также важно отметить, что приём антикоагулянтов и дезагрегантов существенно повышает риск развития язвенного кровотечения, в том числе повторного, равно как и резкое повышение артериального давления (например, как реакция на боль или вследствие пропущенной дозы антигипертензивного препарата). Выполнение повторной ЭГДС у пациентов с низким риском рецидива кровотечения не влияет на частоту рецидивов кровотечения и экономически нецелесообразно.

Пациентам с язвенным кровотечением экстренное хирургическое вмешательство с целью верификации источника кровотечения и его остановки рекомендуется проводить при неэффективности эндоскопического гемостаза в максимально ранние сроки.

Хирургическое лечение пациентов с язвенным кровотечением показано в тех случаях, когда нет возможности контролировать его эндоскопически (при продолжающемся кровотечении или при его рецидиве). Несвоевременное хирургическое лечение ухудшает прогноз пациента и увеличивает риск летального исхода. Операция необходима для достижения надёжного гемостаза и снижения риска рецидива кровотечения. Объём предполагаемой операции зависит от состояния пациента, но важно помнить, что хирургическое вмешательство должно носить максимально щадящий характер. У пациентов с высоким риском хирургического вмешательства предпочтительно выполнение рентгеноэндоваскулярной селективной ангиографии с последующей окклюзией кровотокающего сосуда. Согласно зарубежным рекомендациям, наиболее предпочтительным является выполнение гастрономии (пилородуоденотомии) с прошиванием кровотокающего сосуда и ушиванием язвенного дефекта, однако этот метод уступает по своей надёжности резекционных операциями. Наилучший результат при лечении рефрактерных осложнённых язв отмечен при сочетании резекции желудка с наложением гастроэнтероанастомоза и ваготомией, однако в зарубежной литературе ваготомия рассматривается как сложная, ограниченно применимая опция, для полноценного признания которой должны быть проведены исследования высокого уровня

доказательности. Российское научное хирургическое сообщество рекомендует выполнение ваготомии, ограничивая при этом показания к её проведению.

Резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни необходимо выполнять по Б-II в модификации Гофмейстера – Финстерера. При этом виде резекции желудка щелочное содержимое двенадцатиперстной кишки попадает в культю желудка и ощелачивает содержимое, что предупреждает развитие рецидива язвы в культе и в гастроэнтероанастомозе. При резекции желудка по Ру ощелачивания не происходит и вероятность рецидива язвы значительно выше.

Пациентам с перфорацией язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки рекомендуется проведение экстренной операции с целью ликвидации перфорационного отверстия.

Перфорация язвы – это распространённое осложнение, которое неизбежно ведёт к раз-

Язвенная болезнь

витию перитонита и имеет высокую летальность среди пациентов, достигающую 30%. Наиболее высокая летальность наблюдается среди пожилых пациентов, а наибольшая смертность отмечена в группе пациентов с поздней госпитализацией (больше 24 часов от развития данного осложнения). Лапаротомный доступ не имеет преимуществ перед лапароскопическим. Предпочтительным является выполнение лапароскопического вмешательства – ушивание перфорационного отверстия с санацией и дренированием брюшной полости. Однако клиническая картина течения столь грозного осложнения может быть очень разнообразной, и эксперты признают, что объём операции зависит прежде всего от состояния пациента. В отечественных клинических рекомендациях по лечению перфоративной язвы более подробно рассмотрены варианты хирургического лечения.

Пациентам с язвенной болезнью после хирургического лечения рекомендуется выполнение диагностических исследований, направленных на выявление *H.pylori* и проведение эрадикационной и поддерживающей терапии, с целью предупреждения рецидивов ЯБ и её осложнений.

Выполненный этап хирургического лечения не снижает риска развития нового витка хирургических осложнений язвенной болезни, прежде всего кровотечений, поэтому важно продолжить курс консервативного лечения заболевания до полного излечения пациента.

Пациентам с пилородуоденальным стенозом с целью его устранения рекомендуется проведение эндоскопической баллонной дилатации. При её неэффективности рекомендуется проведение пилоропластики и дренирующих операций.

Показания к хирургическому лечению пациентов с пилородуоденальным стенозом определяются степенью его компенсации, а также состоянием пациентов. Эндоскопическая баллонная дилатация возможна только у пациентов с субкомпенсированным стенозом и с локализацией рубца по передней стенке двенадцатиперстной кишки. Данное эндоскопическое пособие часто носит временный успех и сопровождается высокой частотой рецидивирования стеноза.

Реабилитация

Пациентам с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии с целью её сохранения рекомендуется санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента.

Пациентам с язвенной болезнью через 2-3 месяца после стихания обострения рекомендуется санаторно-курортное лечение продолжительностью 14-21 день.

Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питьё щелочных минеральных вод.

Профилактика

Всем лицам с наличием инфекции *H.pylori* при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики ЯБ и её обострений.

Подтверждение ведущей роли инфекции *H.pylori* в развитии язвенной болезни сделало проведение эрадикационной терапии основным методом профилактики данного заболевания.

Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения.

Организация оказания медицинской помощи

Показаниями к плановой госпитализации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки служат резко выраженная клиническая картина заболевания с упорным (более 7 дней) болевым синдромом, наличие в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка, обострение язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе, язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями.

Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением язвенной болезни должна составлять 21 день.

Показаниями к экстренной госпитализации является наличие признаков желудочного кровотечения (мелена, рвота с кровью), перфорации и пенетрации язвы.

Пациенты с неосложнённым течением обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки подлежат лечению в амбулаторных условиях.

Пациентам с обострением язвенной болезни оказывается специализированная медицинская помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Особенности течения ЯБ у отдельных групп пациентов 6.1.1

Особенности течения ЯБ при беременности. Течение ЯБ при беременности в целом мало отличается от такового у небеременных женщин. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов ЭГДС и ультразвукового исследования. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки беременным противопоказано.

В диагностически неясных случаях, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз антрального отдела желудка, рак) ЭГДС в силу своей безопасности для плода может быть проведена при любом сроке беременности. Для исключения оккультного кровотечения проводятся исследование кала на скрытую кровь, общий (клинический) анализ крови.

Дифференциальный диагноз обострения язвенной болезни затруднён, его необходимо проводить с эрозивным гастродуоденитом, панкреатитом, заболеваниями желчевыводящих путей, острым аппендицитом и ранним токсикозом – рвотой. Стенозирующая язва антрального отдела желудка может имитировать чрезмерную рвоту беременных. Для раннего токсикоза характерны мучительная, почти постоянная тошнота, усиливающаяся на различные запахи, слюнотечение. При этом рвота бывает независимо от еды, особенно по утрам, боль в животе, как правило, отсутствует. Кровотечение, обусловленное язвенной болезнью, необходимо дифференцировать с эрозивным гастритом, синдромом Маллори – Вейсса, кровотечением из дыхательных путей, раком желудка.

Беременность оказывает благоприятное влияние на течение язвенной болезни: у 75-80% женщин отмечается ремиссия заболевания, и оно не оказывает заметного влияния на её исход. Однако у некоторых пациенток может произойти обострение. Чаще это наблюдается в I триместре беременности (14,8%), III (10,2%), за 2-4 недели до срока родов или раннем послеродовом периоде). Неосложнённая язвенная болезнь не оказывает отрицательного влияния на развитие плода.

Лечение включает соблюдение общепринятых «режимных» мероприятий и диеты; приём в обычных терапевтических дозах невоспалительных антацидов (например, коллоидного фосфата алюминия и адсорбентов в виде диоктаэдрического смектита). При отсутствии эффекта назначаются H2-блокаторы.

При выраженных болях, обусловленных моторными нарушениями, возможно назна-

чение спазмолитиков (дротаверин по 40 мг 3-4 раза в день). Препараты висмута беременным противопоказаны. Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* у беременных не проводится.

Особенности течения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста. В развитии гастродуоденальных язв у пациентов пожилого возраста – помимо инфекции НР и кислотно-пептического фактора – могут также играть роль атеросклеротические изменения сосудов желудка, некоторые фоновые заболевания (например, хронические неспецифические заболевания лёгких), снижающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, приём лекарственных

препаратов (в первую очередь, НПВП), обладающих ульцерогенным действием.

Гастродуоденальные язвы у пациентов пожилого и старческого возраста локализируются преимущественно в желудке (по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе), имеют иногда очень большие размеры, часто протекают со стёртой и неопределённой клинической симптоматикой, отличаются склонностью к развитию осложнений (прежде всего, желудочно-кишечных кровотечений). При обнаружении у пожилых пациентов язв в желудке важное значение имеет проведение дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака желудка.

Гастродуоденальные язвы у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются медленным рубцеванием. При проведении медикаментозной терапии следует соблюдать осторожность, учитывая более высокий риск развития побочных эффектов у пожилых пациентов по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.

Актуальность: 2022

Владимир ИВАШКИН,
президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАН, дважды лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, в области образования, заслуженный врач РФ.

Михаил КОРОЛЁВ,
председатель Российского эндоскопического общества, член Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, профессор.

Татьяна ЛАПИНА,
член Российской гастроэнтерологической ассоциации, кандидат медицинских наук, доцент, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники.

Игорь МАЕВ,
академик РАН, член Российской гастроэнтерологической ассоциации, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ.

Астигматизм (от греческого *a* – отрицание и *stigma* – точка) – это сочетание в одном глазу двух или более значений рефракции. Астигматизм не является самостоятельным видом клинической рефракции глаза, а представляет собой меру несферичности оптической системы глаза.

Правильный астигматизм – это астигматизм при котором преломляющая сила оптической системы глаза различна, но неизменна в двух перпендикулярных меридианах (сечениях), вследствие чего пучок параллельных лучей света, исходящих из любой точки пространства и падающих на глаз, собирается не в фокусную точку, а в фигуру, имеющую две фокальные линии – переднюю и заднюю, находящиеся на оптической оси. Эти линии вместе с находящимися между ними кругом наименьшего светорассеяния и фигурами горизонтального и вертикального овалов составляют так называемый коноид Штурма.

Неправильный астигматизм – это астигматизм, при котором преломляющая сила меняется в пределах меридиана, а пучок параллельных лучей света, падающих на глаз, не образует на оптической оси фигур линии, круга или овала. Неправильный астигматизм формируется вследствие заболеваний глаз, деформирующих форму его оптических поверхностей: при кератоконусе, кератоглобусе, рубцах роговицы различного генеза, дистрофических изменений роговицы, лентиконусе, подвывихе хрусталика и прочих состояниях.

Неправильный астигматизм требует особого подхода к коррекции и лечению и в данных клинических рекомендациях не рассматривается.

Этиология и патогенез. Астигматизм, чаще является врождённым состоянием и обусловлен формой глазных преломляющих поверхностей (форма передней и задней поверхностей роговицы, хрусталика, неравномерность их кривизны, соотношение преломляющей силы к оптической оси глаза, форма заднего полюса глаза), формирующей неравномерность рефракции главных меридианов глаза.

Формирование правильного приобретённого астигматизма связано с неравномерным ростом глаза либо с изменением взаимоотношений оптических элементов глаза. Кроме того, правильный и неправильный астигматизм глаза может формироваться вследствие: кератоконуса, кератоглобуса, дистрофических изменений роговицы, подвывиха хрусталика, рубцов роговицы различного генеза, хирургических вмешательств на роговице (в том числе рефракционных), катарактальной хирургии и иных хирургических вмешательств на глазу, заболеваний век и прочих причин.

Эпидемиология. Астигматизм – весьма распространённое нарушение рефракции. В разных странах астигматизм в 0,5 дптр и более встречается у 9,8-27,2% детей и у 11,4-67,97% взрослых. Такой разброс в показателях распространённости астигматизма в разных странах обусловлен, вероятно, доступностью или недоступностью надёжных способов диагностики астигматизма, а также трудностями в диагностике этого состояния у детей. В Европе частота распространённости астигматизма в 0,5 дптр и более у детей составляет 12,9%, у взрослых 39,7-67,97%. В целом частота распространения астигматизма более 0,5 дптр составляет 32,2-67,97%, более 1,0 дптр – 15,6-22,5%, более 2,0 дптр – 4,2-5,4%, более 3,0 дптр – 1,6%.

Классификация. Общепринятая классификация астигматизма поддерживается большинством специалистов в области коррекции зрения.

По сочетанию рефракций в главных меридианах (положению фокальных линий коноида Штурма относительно сетчатки) различают 5 видов астигматизма:

- сложный гиперметропический
- простой гиперметропический
- смешанный
- простой миопический
- сложный миопический.

АСТИГМАТИЗМ

По взаимному расположению главных меридианов различают 3 типа астигматизма:

- прямой – меридиан с более сильным преломлением расположен вертикально или в секторе ± 300 от вертикали
- обратный – меридиан с более сильным преломлением расположен горизонтально или в секторе ± 300 от горизонтали;
- с косыми осями – оба меридиана лежат в секторах от 300 до 500 и от 1200 до 1500 по шкале ТАБО.

По разнице в величине астигматизма и направлению главных меридианов различают астигматизм:

- изометропический;
- анизометропический.

По регулярности рефракции в пределах меридиана астигматизма различают астигматизм:

- правильный;
- неправильный.

(Данные клинические рекомендации рассматривают только правильный астигматизм.)

По форме преломляющих поверхностей глаза различают астигматизм:

- Общий.
- Роговичный.
- Хрусталиковый.
- Роговично-хрусталиковый.

Внутренний (особо выделяется некоторыми авторами).

По степени (величине) астигматизма: степень астигматизма определяется разницей в рефракции слабого и сильного меридианов, выражается в диоптриях (дптр) и не имеет знака.

Клиническая картина. Жалобы пациентов сводятся к ухудшению остроты зрения вдаль и вблизи, искажению видимого пространства, монокулярному двоению или полиплопии, трудностям фокусировки, зрительному утомлению, головным болям, связанным со зрительной нагрузкой, снижению зрения вдаль в тёмное время суток.

При объективном исследовании рефракции выявляется астигматизм.

При исследовании остроты зрения выявляется снижение некорригированной остроты зрения, при этом в зависимости от вида и типа астигматизма пациент может правильно называть только горизонтально или вертикально ориентированные оплотипы и ошибочно называть другие. Приставление к глазу стигматических линз может несколько повышать остроту зрения, но она всегда оказывается ниже, чем острота зрения, достигнутая с помощью астигматической коррекции (цилиндрической линзы или комбинации стигматической и цилиндрической линз). При приставлении к глазу цилиндрической линзы или комбинации стигматической и цилиндрической линз острота зрения повышается до 1,0 и выше. В случаях, когда астигматическая коррекция не повышает остроту зрения до нормальных значений, говорят о рефракционной амблиопии, индуцированной астигматизмом.

У большинства пациентов с астигматизмом бинокулярные функции сохранены. Изменений со стороны переднего отрезка глаза не выявляется. Среды прозрачны. На глазном дне специфических изменений не обнаруживается.

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

Критерии установления астигматизма: значения астигматизма 0,75 дптр и более и случаи, когда при астигматизме меньших значений коррекция цилиндром повышает остроту зрения по сравнению с любой сферой.

Рекомендуется приём (осмотр, консультация) офтальмолога – первичный – детей и взрослых с признаками астигматизма

или подозрением на наличие астигматизма с целью диагностики астигматизма и сопутствующих функциональных нарушений.

Рекомендуется приём (осмотр, консультация) офтальмолога – повторный – детей и взрослых с астигматизмом с целью оценки динамики астигматизма и сопутствующих функциональных нарушений.

Жалобы и анамнез. Рекомендуется при сборе анамнеза и жалоб при патологии глаза оценивать жалобы на снижение остроты зрения вдаль и вблизи, искажение видимого пространства, монокулярное двоение или полиплопию, трудности фокусировки, зрительное утомление, головные боли, связанные со зрительной нагрузкой, вытянутые ореолы вокруг источников света, более заметные в тёмное время суток с целью оценки степени влияния астигматизма на зрительные функции и качество жизни у взрослых пациентов с астигматизмом и у детей, начиная с возраста, когда ребёнок способен формулировать жалобы.

Рекомендуется при сборе анамнеза и жалоб при патологии глаза особое внимание уделять возрасту, в котором впервые выявлен астигматизм, прежней коррекции, удовлетворённостью коррекцией и её переносимости, режиму использования прежней коррекции у пациентов с астигматизмом с целью оценки потенциальной эффективности назначаемой впервые или изменённой коррекции.

При оценке анамнеза заболевания особое внимание следует уделять возрасту в котором впервые назначена астигматическая коррекция и когда назначена последняя коррекция. Оценку прежней коррекции следует проводить с помощью диоптриметра. Оценку динамики рефракции и астигматического компонента следует проводить по данным предыдущих исследований или по ранее выписанной коррекции (очкам). Оценка динамики рефракции со слов пациента при астигматизме мало информативна. При оценке анамнеза жизни особое внимание следует уделять особенностям и условиям зрительной деятельности пациента, ожиданию пациента от коррекции, её доступности.

Физикальное обследование при астигматизме не проводится.

Лабораторные диагностические исследования при астигматизме не проводятся.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется проведение визометрии без коррекции у взрослых пациентов с астигматизмом и детей с астигматизмом, начиная с возраста, когда ребёнок способен называть оплотипы, с целью оценки выраженности нарушения остроты зрения вследствие астигматизма.

Рекомендуется проведение визометрии в имеющихся очках или контактных линзах у взрослых пациентов с астигматизмом и детей с астигматизмом, начиная с возраста, когда ребёнок способен называть оплотипы, с целью оценки и мониторинга влияния имеющейся коррекции на остроту зрения.

Визометрию у детей до 3 лет выполняют ориентировочно – определяют, есть ли у ребёнка предметное зрение. Более точное измерение возможно по тесту предпочтительного зрения, методами регистрации оптокинетического нистагама и зрительных вызванных потенциалов.

Визометрию у детей 3 лет и старше выполняют по таблицам с 3 лет по таблице детских силуэтных картинок, с 5 – по кольцам Ландольта или тестам «Е». Такие результаты наиболее точны.

У взрослых остроту зрения исследуют по кольцам Ландольта или тестам «Е». Исследование остроты зрения по буквам и цифрам при астигматизме наименее точны.

За величину остроты зрения принимают тот ряд таблицы, в котором правильно распознаны все знаки.

Рекомендуется рефрактометрия в естественных условиях путём определения рефракции с помощью набора пробных линз, авторефрактометрии с узким зрачком и/или скиаскопии у детей и взрослых с астигматизмом и рефрактометрия в условиях циклоплегии с помощью авторефрактометрии, скиаскопии и/или субъективного определения рефракции с помощью набора пробных линз у детей с астигматизмом с целью выявления астигматизма, определения его вида, типа, величины и мониторинга астигматизма.

Объективное исследование проводят с помощью авторефрактометров и/или скиаскопически. У детей исследование проводят в естественных условиях и после циклоплегии. У взрослых возможно проведение исследования только в естественных условиях, к циклоплегии прибегают в случаях, когда исследование в естественных условиях даёт неочевидные результаты.

Субъективное исследование рефракции проводят у детей старше 3 лет и у взрослых. Выбирают цилиндрическую линзу или комбинацию стигматической и цилиндрической линз, с которой достигается максимальная острота зрения.

Рекомендуется использовать авторефрактометрию или авторефрактокератометрию в качестве основного метода объективного исследования рефракции и диагностики астигматизма у детей и взрослых с целью выявления астигматизма, объективного определения его величины, направления главных меридианов при астигматизме и мониторинга.

Автоматическая рефракто- и кераторефрактометрия – надёжный метод диагностики астигматизма. Метод позволяет исследовать астигматизм быстро и точно у взрослых и детей старше 3 лет при узком и широком зрачке. У детей старше года исследование возможно с использованием ручной модификации авторефрактометра, у детей до года может быть использован педиатрический дистанционный авторефрактометр. Последний даёт наиболее точные результаты. Данные авторефрактометрии не являются готовым рецептом на очки или контактные линзы – требуется уточнение субъективными методами.

Рекомендуется использовать офтальмометрию (кератометрию) у детей и взрослых с астигматизмом аберро дополнительного метода исследования с целью оценки роговичного астигматизма и ориентировочного суждения об общем астигматизме глаза.

Наибольшее значение офтальмометрия (кератометрия) имеет при подборе контактных линз или при решении вопроса о хирургическом исправлении астигматизма. Метод может иметь вспомогательное значение при оценке общего астигматизма глаза. Хотя значения роговичного и общего астигматизма глаза чаще не совпадают и жесткой зависимости между этими показателями нет, можно придерживаться следующего правила: если при кератометрии выявляется прямой роговичный астигматизм до 1,0 дптр, цилиндрическая коррекция, как правило, не требуется. При прямом роговичном астигматизме 1,25 дптр и выше, а также при обратном и косом роговичном астигматизме любой величины с большой долей вероятности потребуются астигматическая коррекция.

Рекомендуется использовать скиаскопию (ретиноскопию) в качестве метода объективной оценки астигматизма у детей и взрослых в случаях, когда авторефрактометрия невозможна в силу возраста или иных причин.

Скиаскопия (ретиноскопия) с использованием плоского зеркала офтальмоскопа ручного зеркального или с помощью электрического офтальмоскопа является надёжным методом оценки рефракции, однако обладает низкой точностью в диагностике астигматизма, в особенности его главных меридианов. Более точные результаты дают модификации скиаскопии: цилиндроскиаскопия и штрих-скиаскопия. В зарубежной литературе эти методы, как правило, называют ретиноскопией.

(Продолжение следует.)

Среди большого количества профессиональных общественных объединений Ассоциация медицинских сестёр России (РАМС) одна из немногих, кто реально внёс весомый вклад в развитие своей профессии.

Отмечая 30-летие, РАМС собрала в Санкт-Петербурге более 800 единомышленников из 53 регионов России, а также из Белоруссии, Киргизии, Казахстана. В зале присутствовали и медсёстры Донецкой, Луганской народных республик, Запорожской области – люди беспримерного профессионального подвига, специалисты, с которыми давно и продуктивно сотрудничает российская ассоциация.

Были поздравления, воспоминания, приветственные речи, награждения, но прежде всего, была напряжённая работа. Ведь круглая дата – повод подвести итоги, оглянувшись на пройденный путь, и наметить планы действий, устремляясь в будущее. Чему и был посвящён V Всероссийский конгресс представителей сестринского дела.

В нашей стране трудятся более 1,2 млн специалистов со средним медицинским образованием. Их подготовка ведётся по 10 специальностям в 410 образовательных организациях. А в 17 вузах готовят бакалавров сестринского дела. Это – огромная армия, способная существенно влиять на здоровье и качество жизни россиян. Три десятилетия назад, нацелившись на развитие и процветание своей профессии, передовые лидеры сестринского дела объединились в Ассоциацию медицинских сестёр. Как отметил министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко в видеоприветствии участникам конгресса, РАМС стала за это время значимой общественной силой. Энтузиасты смогли привлечь в свои ряды десятки тысяч специалистов и провести огромную работу по совершенствованию сестринской практики. Активно взаимодействуя с Минздравом России, РАМС добивалась создания новых регламентирующих документов, выступала и выступает за укрепление роли сестринского персонала в системе здравоохранения, поддерживает медицинских сестёр в их стремлении к развитию, получению новых навыков и знаний, направленных на совершенствование практики, освоение современных технологий.

– Роль медсестёр в медицине трудно переоценить. Именно они проводят с пациентом наибольшее

количество времени и являются важными участниками оказания медицинской помощи, – сказал глава Минздрава. – Мы понимаем, что успех любых клинических инноваций в медицине принципиально возможен только в тесной кооперации врачей и медицинских сестёр.

По словам министра, для повышения профессиональной привлекательности среднего звена здравоохранения важно переосмыслить его роль в клинической практике с учётом отечественного и зарубежного опыта. Ведь уже сегодня специалисты со средним медицинским образованием блестяще выполняют многие функции, которые раньше относились к сугубо врачебным. Одним из примеров является работа школ для

пациентов с сахарным диабетом, функционирующих практически во всех регионах страны. Аналогичные школы, по мнению М.Мурашко, должны быть и для пациентов с артериальной гипертензией, и для беременных женщин, и во многих других ситуациях, требующих обучения групп пациентов.

– Специалисты сестринского дела сегодня готовы к более высокой профессиональной ответственности, – заявил министр. – Работа в этом направлении позволит также укрепить кадровый потенциал среднего звена здравоохранения. Здесь потребуются взвешенное партнёрство образовательных организаций и профессионального сообщества. Я рассчитываю на активную помощь РАМС в этой

работе. Мы ждём от Ассоциации медицинских сестёр России конкретных предложений по введению новых направлений работы, моделей оказания помощи, новых принципов профессионального образования – по сути, новой «дорожной карты» развития сестринского дела в России.

Участники конгресса восприняли слова министра вдохновенно, как

необходимо чётко сформулировать границы полномочий каждой сестринской должности. Сложные и многоплановые задачи совершенствования профессии в современном здравоохранении, как и было поручено министром здравоохранения, должны быть сформулированы в подробной, утверждённой на федеральном уровне, «дорожной карте» развития сестринского дела, считает президент РАМС Валентина Саркисова, возглавляющая её все 30 лет, с момента создания.

Открывая конгресс, она сказала:

– Мы стали другими. Начинали путь неумелыми, неуверенными в своих силах, а сегодня вы – высокопрофессиональные медицинские сёстры, занимаетесь научной ра-

ботника (медсестра, акушерка, фельдшер) – уменьшение на 10%. Поэтому ключевая задача сегодняшнего дня – не снижая качество подготовки, нарастить число специалистов в отрасли.

– Нами в разы увеличены контрольные цифры приёма на программы среднего профессионального образования, но сталкиваемся с тем, что достаточно большое количество студентов колледжей бросают обучение, не доучившись до конца. Одна из причин – низкая профориентационная направленность при выборе профессии, – полагает Т.Семёнова.

Надо сказать, профессиональное образование в последнее время претерпевает серьёзные изменения, неоднозначно встречаемые

Елена Кулик, старшая медицинская сестра отделения ультразвуковой диагностики инфекционной клинической больницы № 2 Департамента здравоохранения Москвы:

Приехала на конгресс в индивидуальном порядке, хотя состою в Региональной организации медицинских сестёр Москвы уже много лет, интересуюсь её работой, подписана на канал, участвую в разных вебинарах, которые проводит РАМС. Считаю, что надо учиться постоянно. С удовольствием общаюсь с коллегами на конгрессе, делюсь опытом. У нас очень хорошая скорпомощная больница, где есть всё. Кроме того, на её базе находится Московский городской ВИЧ-центр. Раз в месяц в больнице проходит сестринская конференция, в рамках которой функционирует школа медсестёр, где мы делаем доклады, показываем презентации, рассказываем, где были, что видели. По возвращении домой надеюсь тоже поделиться увиденным и услышанным на конгрессе. Мне задало в душу выступление коллег из Карелии на секции «Практика», буквально крик души главной медсестры по поводу оказания медицинской и социальной помощи бездомным. Это – проблема многих стационаров. Очень понравилась организация конгресса. Столько единомышленников собралось! Правда, когда слушаю некоторые доклады, говорю себе: «Мне это хорошо знакомо.»

Думаю, что многие проекты РАМС сильно опережали время. Например, ещё в начале 2000-х годов мы говорили об открытой реанимации (медсёстры реализовывали эти проекты у себя в клиниках), фактически за 15 лет до того, как такой подход был признан и принят на уровне государства.

РАМС поддерживает и распространяет передовые сестринские практики, реализуемые специалистами всех регионов России, но по-прежнему такие инициативы не легализованы в правовом поле, оставаясь, по сути, экспериментом, делом отдельных медицинских организаций, учреждений. Настало время правового подкрепления сестринской деятельности.

Сестринская работа должна быть юридически обоснована и конкретизирована, – настаивает Т. Дружинина, – любые изменения (самостоятельные приёмы, взятие на себя отдельных врачебных обязанностей, внедрение новых технологий, операций и даже новых профессий, которые появляются) должны быть закреплены юридически. Очень хочется, чтобы всё, что делается для нас законодателем (выпускаются документы, законы, инструкции) в обязательном порядке согласовывалось с профессиональной ассоциацией. Мы должны в этом суперактивно участвовать.

– Сегодня без профессиональных ассоциаций, без внутренней мотивации ничего не может сдвинуться с места, – отметила в своём докладе заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова, подчеркнув, что средний медицинский персонал является базовой опорой здравоохранения. Однако численность его дефицитна, и динамика имеет отрицательное значение. Обеспеченность на 10 тыс. населения на начало года составляет 83,9 средних медра-

сестринским сообществом. Резкое сокращение на год нормативных сроков обучения по всем программам вызывает вопросы. Но ответы на них, как сказала заместитель министра, лежат в ступенчатости подготовки специалистов, один из компонентов которой – практико-ориентированность.

– Мы должны понимать, для чего и на какое рабочее место учим человека, – заявила Т.Семёнова. – Базовую подготовку можно дать более профессионально ориентированную за более короткий срок. Следующей ступенью будет углублённое профессиональное образование по узким специальностям. В построении такой системы, включающей возможность доступной и понятной траектории изменения специальности, также важен вклад профессиональной ассоциации.

Сегодня в Белгородской области и Севастополе реализуется пилотный проект, позволяющий проанализировать объёмы оказания медицинской помощи и понять возможности перераспределения полномочий в профессиональной среде: какие функции можно передать от врача среднему медицинскому персоналу, а среднего медицинского персонала – вспомогательному. Задача за 1-2 года построить чёткую модель, при которой новая система оплаты труда была бы гармонизирована с результативностью деятельности.

Одним из шагов повышения качества образования Т.Семёнова считает создание основных образовательных программ профессионального образования, единых для всей территории страны.

– Нужно готовить молодых специалистов должного качества, приводить их в отрасль и делать всё, чтобы они оставались в ней, а также, чтобы не уходили из

Акценты

Сестринское дело

Тридцать лет во имя профессии



работе. Мы ждём от Ассоциации медицинских сестёр России конкретных предложений по введению новых направлений работы, моделей оказания помощи, новых принципов профессионального образования – по сути, новой «дорожной карты» развития сестринского дела в России.

Участники конгресса восприняли слова министра вдохновенно, как

ботой, проводите исследования, многие из вас получили высшее образование, оказались прекрасными управленцами.

Всего этого удалось достигнуть во многом благодаря РАМС. Уже тогда, в сложные 90-е годы, её лидеры понимали, что надо поднимать престиж профессии, что медицинским сёстрам нужны новые профессиональные горизонты. Поэтому РАМС ставила задачи перед Министерством здравоохранения страны об увеличении сроков среднего профессионального образования, об открытии факультетов ВСО. В любой больнице сестринского персонала всегда больше, чем врачебного. И руководить такой армией должен грамотный специалист.

– Ещё в 1998 г. мы начали говорить, что сестринская профессия – это самостоятельная профессия, мы – не только помощники врача. У нас одинаковые цели, но пути разные. Здесь – уход, там – клиника, лечение, диагностика, – вспоминает В.Саркисова.

С самого момента основания по сегодняшний день, как отметила президент Кемеровской профессиональной ассоциации медицинских сестёр Тамара Дружинина, РАМС верна принципам защиты интересов и прав сестринской профессии, готова открыто заявлять о своей позиции. Среди основных достижений РАМС – создание профессиональных стандартов сестринской практики, разработка алгоритмов манипуляций, написание и продвижение Этического кодекса медицинской сестры России, активная работа по развитию системы непрерывного профессионального развития, поддержка высшего профессионального образования по специальности «сестринское дело», преподавательской и научной работы медицинских сестёр. Эти действия позволяют формировать новый взгляд на профессию.

Евгения Гульчеева, преподаватель Новочеркасского медицинского колледжа (Ростовская область):

Организация конгресса – на высшем уровне. Очень рада здесь присутствовать. Эмоциональной и красочной была церемония открытия, яркими выступлениями на пленарном заседании, полезными сообщениями на секциях, в частности по образованию. Я – член ассоциации с 1997 г., и это оказало существенное влияние на мою профессиональную деятельность. Начала трудовой путь с сестринской работы в палате интенсивной терапии, выросла до главной медицинской сестры объединения поликлиник (Новочеркасск), главного специалиста Управления здравоохранения. Проработав 47 лет в практическом здравоохранении, в прошлом году сменила сферу деятельности на преподавательскую. Сейчас учу студентов. Рассказываю им об ассоциации. Считаю, что это очень важно. Ассоциация даёт широкие возможности пополнять багаж знаний в системе непрерывного медицинского образования, втягивает коллег в свою орбиту. А её конгрессы богаты живым общением.

руководство к действию. Обсуждение было бурным. Совершенствование системы образования, непрерывной профессиональной подготовки, нормативно-правовой и методической базы, улучшение управления сестринской деятельностью, развитие научной составляющей – все эти вопросы нашли отражение в ходе многочисленных заседаний форума.

Медсестра разнопланова. У неё может быть двухлетнее образование, а может быть высшее (бакалавриат или магистратура). Для того, чтобы профессиональный потенциал медицинских сестёр всех уровней был реализован в полной мере, а заработная плата соответствовала сложности и значимости выполняемой работы,

количество времени и являются важными участниками оказания медицинской помощи, – сказал глава Минздрава. – Мы понимаем, что успех любых клинических инноваций в медицине принципиально возможен только в тесной кооперации врачей и медицинских сестёр.

По словам министра, для повышения профессиональной привлекательности среднего звена здравоохранения важно переосмыслить его роль в клинической практике с учётом отечественного и зарубежного опыта. Ведь уже сегодня специалисты со средним медицинским образованием блестяще выполняют многие функции, которые раньше относились к сугубо врачебным. Одним из примеров является работа школ для

Людмила Воронкова, заведующая отделением повышения квалификации Йошкар-Олинского медицинского колледжа (Республика Марий Эл):

Состою в РАМС 22 года. С тех пор, как окончила факультет высшего сестринского образования Чувашского университета, пришла преподавателем в училище повышения квалификации в Йошкар-Оле. Директор тогда, собрав коллектив, рассказал, что в республике существует ассоциация, и предложил вступить в неё. И началась интересная жизнь с поездками на конференции, с открытием для себя массы полезного и нужного. Так как у нас медсёстры повышают квалификацию, то мы стараемся быть в курсе всего происходящего и информировать их обо всём, что узнаём. В этот раз посетила не только образовательную секцию, но и секцию, посвящённую лечению. Конгрессы, подобные нынешнему, – это всегда обмен опытом. Поскольку наш колледж – единственное такого рода учреждение на всю республику, то интересно услышать, как обстоят дела у других.

профессии те, кто в ней работает, необходимо повышать уровень квалификации всех медработников и решать вопросы, связанные с социальными гарантиями, – ориентировала участников конгресса заместитель министра, выразив благодарность РАМС за активное сотрудничество, в том числе за создание сестринского сегмента на портале непрерывного медицинского образования. По её словам, несколько лет назад на нём по среднему профессиональному образованию не было ни образовательных мероприятий, ни программ повышения квалификации, а сейчас по всем специальностям есть возможность выбора и формирования персональной образовательной траектории.

Главный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России Яна Габоян посвятила своё выступление стратегическим перспективам развития профессии.

– Сегодня мы активно анализируем функционал специалиста, чтобы предоставить возможность врачам заниматься клинической, лечебной работой, а медицинским сёстрам соответственно больше заниматься профилактикой, пациентами, – сказала она. В своём выступлении Яна Сергеевна сформулировала критерии, в соответствии с которыми полномочия могут быть делегированы медицинским сёстрам.

По её словам, значительный ряд трудовых функций, таких как обработка информации, заполнение различных карт, осуществление коммуникаций с пациентами (звонки, вызовы, информирование о приёмах и т.д.) можно передать медицинским регистраторам. Также специалисты, не имеющие медицинского образования, вполне могут помогать врачу, среднему медицинскому персоналу в проведении ограниченного круга простых медицинских услуг (например, определение антропометрических данных, измерение температуры). Предлагается ввести в первичное звено должность младшей медицинской сестры. А чтобы реформы реализовывались на деле, необходимо внести соответствующие изменения в нормативные правовые акты: в первую очередь в Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи, профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал» и приказ об утверждении номенклатуры должностей.

– Большие перспективы мы видим в том, чтобы максимально передать от врачей сёстрам профилактическую работу, – поделилась Я.Габоян – Здесь лидирующая роль должна принадлежать специалистам сестринского дела, в том числе получившим высшее образование на уровне бакалавриата. Они могут взять на себя профилактические осмотры, проведение школ здоровья для пациентов, наблюдение за хронически больными. Нужно только освободить для этого время, которое появится в результате делегирования части функций специалистам с немедицинским образованием.

Предметом обсуждения стал пилотный проект одной из поликлиник «Доврачебный приём на дому пациентов с неосложнённым течением инфекционных заболеваний». Пандемия показала, что такая форма расширения сестринской

возможно на бегу сформировать профессиональный стержень, вырастить профессиональный интеллект и приверженность профессии. Это воспитывается. Нам с вами нужно максимально включаться во все эти процессы.

Ещё одну причину того, почему медсёстры не остаются в профессии, Ю.Агапова видит в невозможности применять на практике в полном объёме профессиональные компетенции, которыми специалисты овладевают на этапе обучения.

– У нас и акушерка, и медицинская сестра не стали равноправными участниками оказания медицинской помощи. Увы, объём

инфекции медсестры, безусловно, доказали свой профессионализм и умение брать на себя ответственность. Однако этот период не только продемонстрировал, на что они способны, но и выявил изъяны в системе образования, кадровом обеспечении, подтвердил назревшую необходимость в поддержке профессии, инвестициях.

– Наша задача как единого общероссийского сообщества, являющегося движущей силой сестринского дела, самим определить, кто мы такие и какими мы должны и можем быть, – полагает Т.Дружинина.

Она предложила создать манифест медицинской сестры, в котором обозначить границы компетенций, описать перспективы развития образования и формирования медсестры как личности в профессии. По словам Т.Дружининой, манифест должен стать выражением мнения общественной организации по поводу дальнейшей деятельности.

На конгрессе прозвучало много упрёков в адрес системы образования. Переход от трёхлетнего обучения к двухлетнему оказался достаточно болезненным. Но решение принято и теперь, по словам исполнительного директора РАМС Валерия Самойленко, бесполезно рассуждать, плохо это или хорошо, надо думать о том, как в этой си-



практики имеет право на существование. Медсёстры могут взять эту задачу на себя.

– Нужно укреплять систему наставничества, подготовки студентов именно в медицинских организациях. Мы недорабатываем в данном отношении. Собираясь в кругу практиков, часто говорим о том, что получаем не готовых специалистов. Но давайте себе зададим вопрос «А что мы делаем для того, чтобы получать готовых специалистов?» – мотивировала коллег Я.Габоян. – Мы, практики, должны активно взаимодействовать с образовательными организациями и давать им чёткий запрос, чего хотим от выпускников. И, конечно, нужна стратегия («дорожная карта», понятная нам всем программа), как и куда мы движемся дальше. Будет правильным, если нашу судьбу мы с вами будем решать вместе.

С этим согласна директор РАМС по профессиональному развитию Юлия Агапова. Студенты разочаровываются в выборе отчасти потому, что им не уделяется должного внимания.

– На первой же практике мы проходим мимо них, – констатировала она. – Не потому что мы равнодушные, а потому что в бесконечной гонке у нас нет времени, сил и возможности остановиться, взять их за руку, попросить застегнуть халат, поправить волосы, решить вопрос с маникюром и погрузиться вместе с нами в лечебный процесс. Становление будущего коллеги зависит только от нас. Мы в ответе за тех, кто придёт нам на смену. Если

реализации профессиональных компетенций на рабочем месте зачастую зависит не от уровня подготовки, и даже не от того, что написано в профессиональном стандарте, а от традиций учреждения: разрешили или не разрешили, – утверждает она.

Да, медицинский специалист сестринского звена по закону несёт ответственность. Но при этом, вменив ответственность, его не наделили полномочиями, позволяющими эту ответственность реализовать. Откройте любые клинические рекомендации, например, по анафилактическому шоку. Там в качестве целевой аудитории обозначены все врачи-специалисты, но нет медицинской сестры, нет фельдшера! Между тем, большая часть анафилактических шоков случается именно при использовании лекарственных средств.

По признанию Ю.Агаповой, после того, как вышел профессиональный стандарт «Управление сестринской деятельностью» желание получить высшее образование среди её коллег, к сожалению, пропало. Нет мотивации, стимула. Высшее образование не обязательно для карьерного роста и развития. Главной медицинской сестрой можно быть и без него. После окончания вуза не изменяются профессиональные границы, не расширится зона ответственности.

– Мы с вами о себе же не позаботились, не очертили, что хотим друг от друга как от профессионалов. Мы все очень разные, у нас кроме специальности есть профили и направления работы.

Людмила Миронова, врач-методист отдела организационно-методической и профилактической работы Архангельской областной клинической больницы:

Первый раз попала на подобный конгресс 5 лет назад. Увидела, огромное количество единомышленников, которые хотят продвигать сестринскую профессию. Узнала столько нового, что загорелась передовыми идеями! Захотелось стать участником преобразований, двигаться вперёд. Я возглавила региональную секцию «Сестринское дело в первичном здравоохранении». Вошла в состав одноимённой специализированной секции РАМС. За этот период чего только ни попробовали! Пять лет назад я здесь была впечатлена опытом коллег из Карелии. Познакомилась с ними, в итоге они провели обучение и теперь у себя в регионе мы внедрили их технологии. Приятно, что все здесь делятся опытом, обмениваются мнениями. Я просто в восторге. Вечером собираемся с земляками, обсуждаем услышанное, распределяемся, кто какую секцию посетит. Впитываем каждое слово.

сегодня мы с вами не вложимся в систему профессионального образования, то через 7 лет к нам скорее всего никто не придёт. Сейчас фактически не происходит замещение одного поколения медицинских сестёр другим.

Ю.Агапова подчеркнула важность воспитания молодёжи:

– Можно натаскать, научить выполнять манипуляции, но не-

возможно всех причислять под одну гребёнку, – считает она.

Как многократно отмечалось на конгрессе, перед РАМС стоит задача способствовать формированию специалистов сестринского дела, соответствующих современным требованиям, очертив границы профессиональных компетенций.

В условиях огромных нагрузок в пандемию новой коронавирусной

ситуации не допустить дальнейшего снижения качества профессиональной подготовки. По мнению первого декана факультета ВСО Сеченовского университета Галины Перфильевой, сегодняшний день надо воспринимать не как кризис в образовании, а как очередной период сложности, который, конечно же, сестринское сообщество преодолеет.

Поэтому РАМС запускает проект, который позволит очертить, с одной стороны, границы сестринских компетенций, с другой, требования профессионального сообщества к системе профессионального образования, определить, что сегодня должна уметь медицинская сестра.

Освещая международную деятельность РАМС, Н.Серебрянникова напомнила о ряде совместных с зарубежными коллегами проектов, оказавших серьёзное влияние на развитие сестринского дела в России.

А сегодня миру есть чему поучиться у нас. Например, фтизиатрическая секция РАМС подарила ему прекрасный инструмент для самостоятельной, расширенной сестринской практики – «Справочник по профилактике побочных эффектов лечения туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью». Российские сёстры демонстрировали успехи и в других областях медицины. А в 2020 г. РАМС уже смогла повлиять на политическую ситуацию, приняв участие в разработке Глобальных стратегических руководств по укреплению сестринского и акушерского дела, а позднее и Европейской

«дорожной карты» по внедрению глобальных рекомендаций в Европейском регионе ВОЗ.

Кстати, зарубежные коллеги не обошли вниманием нынешнее масштабное мероприятие российских сестёр. От Международного совета медицинских сестёр участником конгресса приветствовал исполнительный директор Ховард Каттон, приславший видеообращение.

Мерви Йокинен, которая возглавила Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций, приняв эстафету от Валентины Саркисовой, назвала президента РАМС сильным лидером и отметила, что и в России, и в Европе профессия сталкивается с одними и теми же проблемами.

А президент ассоциации медсестёр Китая Синьюань Ву подчеркнула весомый вклад РАМС в развитие профессии на глобальном уровне.

С юбилейной датой РАМС поздравили представители российских властных и общественных структур: первый заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Андрей Сарана, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Владимир Беспяткин, который отметил тесное многолетнее сотрудничество РАМС с профсоюзом по вопросам защиты прав и интересов работников среднего звена, заместитель

Татьяна Шульдешова, главная медицинская сестра областной больницы № 9 Департамента здравоохранения Тюменской области (село Вагай):

Конгресс – то место, где можно похвалиться своими успехами. А в итоге выходит: каждый что-то получает друг от друга, чтобы потом, приехав к себе домой, сказать: «Вот, смотрите, какие вы молодцы! Давайте у себя также сделаем!» Для меня созвучным оказался доклад на секции «Лидерство» главной медицинской сестры из Кермеровской области, которая рассказывала об организации работы сестринской службы внутри учреждения (речь шла о ФАПах). Замечательно, что все люди стремятся к совершенствованию. У меня в подчинении 38 ФАПов, где кадровая проблема обостряется: возрастные специалисты хотят уйти на заслуженный отдых, а молодёжь, к сожалению, не стремится ехать в отдалённые территории, хотя на ФАПах внедрены цифровые технологии, электронные карты, поэтому все ощущают себя как единое целое. Я не в первый раз на таких конгрессах, всегда привозишь отсюда что-то новое и стараешься внедрить у себя в области. У нас уже многое сделано, регион – активный участник ряда пилотных проектов. Тем не менее, такие встречи обогащают. Очень полезным был доклад по метрологии, по проверке медицинского оборудования. Два года назад пандемия прервала проведение масштабных мероприятий, подобных этому, зато сейчас нас приехало 62 человека. Были избраны не просто медсёстры, а те, кто действительно продвигает в своих организациях сестринские идеи, активно участвует в жизни РАМС, ведёт такие проекты, как «Нет раку груди!», «Гипертония, стоп». Всем этим занимаются сёстры.

председателя правительства Ленинградской области по социальным вопросам Николай Емельянов.

– Каждый день даёт новые поводы восхищаться работой медицинских сестёр, вашим умением быть незаметными и столь незаменимыми, – сказал, обращаясь к залу, главный специалист по торакальной хирургии Минздрава России, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, профессор Пётр Яблонский. – Я снимаю шляпу перед вашим профессионализмом, тем «клеем», который вы рождаете в лечебном процессе. Из всего этого складывается мироощущение полноты медицины, потому мы – птица о двух крыльях, и они, эти крылья, абсолютно равнозначны.

Секционные заседания конгресса были построены вокруг основных ролей медицинской сестры на практике – профилактика, диагностика, лечение, реабилитация – и нацелены на продвижение профессии по стратегическим направлениям, сформулированным «дорожной картой» развития сестринского и акушерского дела – образование, лидерство, рабочие места, практика. Работая вместе, участники конгресса делились лучшими региональными практиками, опытом управленческих решений на пути к переменам, и, понимая, насколько велик потенциал профессии, внесли собственные предложения в программу её развития.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

По данным Минздрава, в России в 2021 г. было 3,7 млн онкобольных. Более чем 556 тыс. россиян диагноз был поставлен впервые. Своевременное и качественное диспансерное наблюдение – важное условие для контроля за состоянием таких пациентов.

Вместе с тем, эксперты страховых медицинских организаций отмечают, что пока от 45 до 70% пациентов с первой и второй стадией злокачественных новообразований не проходят диспансерное наблюдение в полном объеме. «Именно на первых стадиях заболевания, после оперативного вмешательства, крайне важно диспансерное наблюдение. Но многим пациентам, перенёвшим операцию, психологически сложно вновь посещать онколога, многие из них после удаления опухоли полагают себя излечившимися и не уделяют должного внимания регулярным обследованиям. А это может привести к несвоевременному позднему выявлению рецидива или метастазирования, а следовательно, к позднему началу химио- и таргетной терапии, что снижает эффективность лечения и может иметь необратимые последствия для здоровья», – подчеркивает заместитель руководителя рабочей группы Всероссийского союза страховщиков по организации ОМС Елена Третьякова.

О том, как сегодня организовано этот вид медицинской помощи, на что может рассчитывать пациент, на какие самые частые нарушения он должен обратить внимание, рассказывают эксперты ОМС. В принципе, все это должны прекрасно знать практикующие врачи. Но реальность не всегда совпадает с представлениями страховщиков и, к сожалению, нормативными актами. Но к этому, конечно, надо стремиться. Итак, как должно в идеале осуществляться диспансерное наблюдение.

Как организовано наблюдение

Регламентирует диспансерное наблюдение за онкологическими больными приказ Минздрава № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». Согласно документу, пациент должен быть поставлен на диспансерный учёт у онколога по месту жительства в течение 3 рабочих дней от постановки диагноза.

Само диспансерное наблюдение организуется в центре амбулаторной онкологической помощи, либо в первичном онкологическом кабинете медицинской организации, онкологическом

диспансере или в других медицинских организациях, которые оказывают онкологическую помощь. Пациент должен находиться под наблюдением у профильного специалиста, то есть онколога, а не терапевта.

Приказом также устанавливается частота прохождения обследований. В течение первого года от постановки онкологического диагноза, пациента приглашают на обследование один раз в три месяца, второго года – один раз в полгода, а затем один раз в

непосредственно сам диспансерный приём онкологом состоит из обязательных пунктов.

Во-первых, врач проводит оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований.

Во-вторых, во время приёма врач устанавливает или уточняет диагноз заболевания.

В-третьих, во время приёма врач оценивает насколько эффективно проведённое ранее

региона, где проходили диспансерное наблюдение на срок от 6 месяцев, то необходимо уведомить об этом онколога не менее, чем за 2 недели до даты отъезда. Тогда в течение 7 рабочих дней с даты получения информации, врач прекратит диспансерное наблюдение и подготовит выписку из медицинской документации пациента. Эта выписка должна быть передана пациенту в течение 3 рабочих дней с даты прекращения диспансерного наблюдения, для того, чтобы он смог

рассказывает Алексей Старченко, советник страховой медицинской организации «Капитал-МС», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, доктор медицинских наук, профессор.

Также он отмечает, что информированное согласие на диспансерное наблюдение, как правило, отсутствует в документации. «К его получению нельзя относиться формально. Для успешного диспансерного наблюдения необходимо информировать пациента о

ОМС: реальность и перспективы

Диспансерное наблюдение под контролем

Пошаговая инструкция от экспертов обязательного медицинского страхования

год. Такой порядок сохраняется, если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного.

«Диспансерное наблюдение бесплатно по программе ОМС. Оно устанавливается пожизненно для всех пациентов с подтверждённым онкологическим диагнозом. Исключение составляют пациенты с базально-клеточным раком кожи, которым было проведено радикальное лечение. Эти пациенты снимаются с диспансерного наблюдения через 5 лет, если заболевание не возобновляется. Однако если возникает рецидив, то и за пациентами с этой патологией устанавливается пожизненное диспансерное наблюдение», – отмечает Е.Третьякова.

Важный момент – диспансерное наблюдение организуется при наличии информированного добровольного согласия. Пациент или его законный представитель могут оформить письменный отказ от диспансерного наблюдения, но врач обязан разъяснить ему все риски и возможные последствия данного решения.

Что включает в себя диспансерный приём

«План диспансерного наблюдения разрабатывается врачом онкологом для каждого пациента индивидуально. Сведения об этом должны быть занесены в медицинскую документацию пациента. И врач обязан проинформировать пациента о порядке, объёме и периодичности диспансерного наблюдения», – подчёркивает Е.Третьякова.

лечение. Для этого необходимо организовать обследование пациента и при необходимости провести коррекцию лечения. В случае прогрессирования заболевания врач должен направить пациента в медицинское учреждение, которое оказывает специализированную помощь по онкологии.

В-четвертых, на приёме врач проводит краткое профилактическое консультирование. Он должен объяснить пациентам, у которых высок риск развития угрожающего жизни состояния или осложнений, как им действовать, если болезнь обострилась, разъяснить необходимость своевременного вызова скорой медицинской помощи.

В-пятых, во время диспансерного приёма происходит назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Если пациент не может посещать медицинскую организацию самостоятельно из-за тяжести заболевания, то онколог, осуществляющий диспансерное наблюдение, должен организовать наблюдение на дому.

При смене места жительства

Если вы меняете место жительства или выезжаете за пределы

предоставить её в медицинскую организацию по новому месту жительства.

Под контролем страховщиков

Поскольку диспансерное наблюдение регламентировано различными нормативными актами, это позволяет страховым медицинским организациям в системе ОМС отслеживать правильность и качество этого медицинского вмешательства. Представители СМО контролируют медицинские организации, проводят экспертизу качества медицинской помощи онкологическим больным. И, как свидетельствует статистика, достаточно часто выявляются различные дефекты и нарушения прав пациентов с онкозаболеваниями. Среди них: отсутствие информированного добровольного согласия с указанием запланированного результата и возможных последствий нарушений со стороны пациента; перекладывание диспансерного наблюдения с онколога на терапевта; отсутствие в медицинской карте пациента протокола решения об установлении диспансерного наблюдения; отсутствие в документации оценки состояния пациента, назначения и оценки лабораторных и инструментальных исследований и др.

«Мы проводили исследования в нескольких регионах и выяснили, что 79% пациентов с ЗНО состоят на наблюдении не у онколога, а у терапевта. Это катастрофа, так как пациенты не получают адекватного обследования», –

факторах риска, об имеющихся заболеваниях, о рисках осложнений, мерах по профилактике», – считает эксперт.

В апреле 2022 г. страховая медицинская организация «Капитал-МС» проводила телефонный опрос – анкетирование пациентов с онкозаболеваниями, и у 8% опрошенных отсутствовала возможность посещать онколога самостоятельно, для 38% из них не было организовано наблюдение на дому. Кроме того, эксперты СМО в том же месяце провели экспертизу по амбулаторным картам застрахованных лиц и установили, что в 25% случаев нарушаются права пациентов на установленную периодичность диспансерных приёмов и объём исследований.

«Сам пациент не всегда знает свои права, а иногда даже если знают, то у них нет желания и сил их отстаивать. И это наша работа – своими силами восстановить нарушенные права пациентов, обеспечить им качественное лечение. Поэтому, если вам отказывают в исследованиях, не могут организовать наблюдение на дому в случае необходимости, не информируют о том, какой объём обследований полагается, в любом спорном случае – обращайтесь в свою страховую компанию. Страховой представитель всегда окажет помощь и сделает всё возможное для восстановления прав пациента», – подчёркивает советник генерального директора «Капитал-МС» Михаил Пушков.

Алексей ПИМШИН.

Пресс-конференции

Международный день психического здоровья, в тридцатый раз отмечаемый по инициативе Всемирной федерации психического здоровья и Всемирной организации здравоохранения, в этом году проходил в России под лозунгом «Никаких стен!». К этой дате в Москве состоялась пресс-конференция генерального директора НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Светланы Шпорт и заместителя директора по научной работе Московского НИИ психиатрии Романа Ахапкина.

В 2021 г. за помощью в государственные психиатрические учреждения обращалось 3 млн

Психиатрия без стен

900 тыс. человек, а в психоневрологических диспансерах (ПНД) наблюдается 1 млн 400 тыс. россиян. Согласно статистике, количество лиц с психическими заболеваниями снижается. Отчасти это может быть связано с тем, что граждане обращаются в частные кабинеты и учреждения, и, таким образом, официальной статистикой не учитываются. Основной задачей было названо преодоление стигматизации психиатрической службы.

За последние годы Минздрав России утвердил более 20 клини-

ческих рекомендаций и стандартов по психиатрии. Происходит реформирование психиатрической службы. С первого марта 2023 г. вступит в действие новый порядок оказания психиатрической помощи. Предполагается открытие психологических и психотерапевтических кабинетов в амбулаторном звене, возможность переименования ПНД в центры психического здоровья. Одновременно вводится новый порядок диспансерного наблюдения при психических расстройствах. Обсуждаются вопросы

взаимодействия с Минпросом России. Готовится пилотная программа с целью поиска критериев выявления групп риска для направления школьников на консультацию психолога и психиатра.

В связи с резонансными преступлениями, совершенными лицами с психическими расстройствами, прозвучал вопрос о возможной ответственности психиатров, не сумевших эти преступления предотвратить. В ответ была приведена статистика, согласно которой менее 1% лиц с психическими расстройствами

совершает правонарушения, причём лишь 20-30% от этого числа связаны с агрессивными действиями.

Серьёзной проблемой является дефицит психотерапевтов – в госучреждениях насчитывается всего 1250 таких специалистов. Они уходят в частный сектор. Для преодоления кадрового дефицита вводится ступенчатая модель получения образования в ординатуре по психиатрии. В течение первого года ординатор получает знания и навыки по всем разделам психиатрии, а более узкая специализация происходит на втором году обучения.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Москва.

Золотой оттенок в перспективе

Сибирский государственный медицинский университет получил международный серебряный сертификат программы «Здоровый кампус». Таким образом, коллектив вуза вошёл в число 43 университетов мира, которые стали обладателями специального сертификата Международной федерации студенческого спорта по программе «Здоровый кампус». Среди них вузы из Испании, Бельгии, Португалии, Швейцарии, Китая и других стран. Сертификация подтверждает, что СибГМУ соответствует стандартам и политике этой влиятельной федерации.

Программа «Здоровый кампус» разработана Международной федерацией студенческого спорта – FISU и направлена на улучшение благополучия и приобщения к здоровому образу жизни обучающихся и сотрудников. Проект доступен для всех университетов мира, в рамках которого поднимаются важные аспекты ЗОЖ – правильное питание, занятия спортом.

Для того, чтобы получить сертификат, университетам необходимо реализовать продвижение принципов здорового образа жизни среди сотрудников и обучающихся. Эксперты оценивают вузы по 100 критериям в 7 направлениях: физическая активность и спорт; питание; профилактика болезней; психическое и социальное здоровье; рискованное поведение; окружающая среда, устойчивость и социальная ответственность; управление здоровым кампусом.

Для СибГМУ это второй сертификат, первый был получен в 2021 г. и имел бронзовый статус. Полученная в 2022 г. серебряная сертификация говорит о том, что томичи поднялись на уровень выше. А решение задачи – побуждать обучающихся и сотрудников вести здоровый образ жизни, предоставляя им доступ и возможности в области физической активности, здоровья и питания, сделав это частью повседневной жизни кампуса, – продолжается. Значит, «Здоровый кампус» будет у СибГМУ в перспективе и с золотым оттенком.

Дальнейшее развитие сотрудничества

В Курском государственном медицинском университете состоялась встреча ректора вуза профессора Виктора Лазаренко с членами делегации Республики Узбекистан советником премьер-министра – заведующим Департаментом по вопросам защиты прав и поддержки граждан Узбекистана, работающим за рубежом, Мехриддином Хайриддиновым, Чрезвычайным и Полномочным Послом Республики Узбекистан в Российской Федерации Ботиржомом Асадовым и первым секретарём Посольства Республики Узбекистан в России Фатхуллой Абдурахмановым.

Убедившись, что обстановка в регионе на сегодняшний день стабильно спокойная, представители дипломатических миссий обсудили с ректором вопросы успеваемости и безопасности студентов КГМУ, их дальнейшего пребывания и проживания в Курске, а также сохранения очного формата обучения иностранных студентов в университете (сейчас здесь обучается 220 студентов граждан Узбекистана). Затем по инициативе ректора КГМУ была организована встреча делегации с этими студентами.

В процессе беседы представители посольства ответили на интересующие студентов вопросы, касающиеся их пребывания и обучения в России, подробно разъяснили ситуацию, связан-

ную с сегодняшней обстановкой в регионе, а также обсудили перспективы дальнейшего взаимодействия.

Также делегация посольства Узбекистана в РФ встретила заместителем губернатора Виктором Карамышевым.

Стороны обсудили безопасность узбекских граждан, находящихся в Курской области, а также перспективы развития двусторонних отношений между Курской областью и регионами Республики Узбекистан.

Гостям была проведена экскурсия по анатомическому театру вуза.

переподготовки «Цифровые технологии в здравоохранении» для студентов старших курсов вуза. Старт программе был дан в сентябре 2022 г.

От Казанского ГМУ в церемонии подписания документа также принимали участие заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения Анас Гильманов, заведующий кафедрой общей гигиены Алексей Шулаев, заведующий кафедрой медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой Рустам Гиматдинов, заведующий научно-исследовательской лабораторией

сбережения, совершенствование оказания медицинской помощи на фоне COVID-19, вопросы современной концепции выхаживания недоношенных детей, возможности и перспективы вакцинопрофилактики, а также новейшие подходы к лечению самых распространённых заболеваний у детей и подростков, таких как артериальная гипертензия, ожирение и метаболический синдром.

Конференция проводилась в гибридном формате, сочетая очное присутствие учёных и практиков здравоохранения с выступлениями специалистов в

месторождение алмазов им. М.В.Ломоносова.

Студенты узнали историю его открытия, имена архангельских геологов-первооткрывателей, увидели, как добывают алмазы из недр земли в настоящее время. Юношей и девушек из Индии познакомили со всеми технологическими этапами добычи алмазов: дробление, измельчение, рентгенолюминесцентная сепарация. Они убедились, что гармоничное взаимодействие человека с природой без нанесения ей вреда – основополагающее правило в работе коллектива промышленного предприятия АО «Севералмаз».

Поездка удалась благодаря хлопотам организатора мероприятия директора музейного комплекса СГМУ Анны Андреевой.

В медицинских вузах страны

Расширить границы знаний



Подписание соглашения: Р.Туишев и А.Созинов (справа)

Интеграция научного потенциала

В Казанском государственном медицинском университете ректор вуза профессор Алексей Созинов и директор Диспетчерского центра Минздрава Республики Татарстан Ростислав Туишев подписали соглашение о совместной работе по интеграции научного потенциала и развитию искусственного интеллекта в системе здравоохранения.

В планах Казанского ГМУ и диспетчерского центра – реализация образовательных программ среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, в том числе практическая подготовка и организация стажировок обучающихся, а также разработка и внедрение научных инноваций, образовательных методик в сферу науки и образования.

– Это важная работа, которая ведётся по программе «Приоритет-2030». Цифровая трансформация, в том числе в системе здравоохранения, определена руководством страны как важнейшая стратегическая цель развития государства, – отметил А.Созинов.

Перед подписанием договора о сотрудничестве Р.Туишев представил презентацию «Радиологический Data-центр (RdC) – Управляющая компания ресурсами цифровой радиологии Республики Татарстан».

В свою очередь, проректор – директор департамента цифровой трансформации университета Денис Зуев рассказал о программе профессиональной

«Интеллектуальные технологии в медицине» Ольга Бахарева.

Особое внимание

Научно-практическая конференция «Дни педиатрии на

режиме онлайн, что позволило расширить географию и количество участников: 986 зарегистрировавшихся из 6 стран и 18 городов из регионов России.

Подводя итоги мероприятия, президент Смоленского областного регионального отделения Союза педиатров России доктор медицинских наук Людмила Козлова сказала:

– Сегодня вопросы здоровья, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, инновационные технологии в медицине составляют неотъемлемую сторону здравоохранения. На протяжении многих лет именно заболевания сердечно-сосудистой системы доминируют среди причин смертности взрослого населения, и эта ситуация изменится, если будет понимание, что нельзя решить проблему заболеваемости и инвалидизации взрослых, не решив задачи раннего выявления, лечения и профилактики кардиологической патологии в детстве.

В мероприятии приняли участие член Совета Федерации Федерального собрания РФ детский



Студенты на экскурсии в «Севералмаз»

Смоленской земле» состоялась в городе-герое. Мероприятие проводилось совместно с III научно-практической конференцией «Медико-социальные аспекты охраны материнства и детства». В форуме участвовали не только педиатры, но и представители других сфер здравоохранения.

В течение 2 дней на базе Смоленского государственного медицинского университета активно обсуждались проблемы современной педиатрии, в частности, развитие стратегии здоровьес-

хирург Владимир Круглый и президент Союза педиатров России Лейла Намазова-Баранова.

«Севералмаз» теперь знают и в Индии

Студенты из Индии, обучающиеся на международном факультете врача общей практики в Северном государственном медицинском университете (Архангельск), посетили крупнейшее в Европейской части России

Монета в память об учителе

В Волгоградском государственном медицинском университете прошёл вечер памяти, посвящённый 100-летию основателя региональной школы акушеро-гинекологов, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Александра Жаркина.



Профессору А.А.Жаркину 100 лет

Портрет профессора А.Жаркина

Встреча началась с просмотра фильма-биографии А.Жаркина. Затем своими воспоминаниями о нём поделились проректор по научной работе университета, доктор медицинских наук, профессор Михаил Стаценко, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования вуза, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Людмила Ткаченко, заведующий кафедрой оперативной хирургии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ Александр Воробьев, профессор, доктор медицинских наук Маргарита Андреева, доцент, кандидат медицинских наук Людмила Егина, заслуженный врач РФ Татьяна Воропаева, главный врач перинатального центра №2 главный акушер-гинеколог Комитета здравоохранения Волгоградской области Татьяна Воровская.

Профессор А.Жаркин имел многочисленных иностранных учеников. Один из них, доктор Зиад Калье из Сирии, рассказал, что его коллеги-соотечественники восхищаются уровнем профессиональной подготовки, которым обладают выпускники Волгоградской школы акушеро-гинекологов.

Заслуженный художник России Владислав Коваль тепло и благодарно вспоминал минуты творческого общения с Александром Фёдоровичем, образ которого он изобразил на портрете. И ещё он сообщил, что заканчивает работу над специальной юбилейной монетой в честь А.Жаркина.

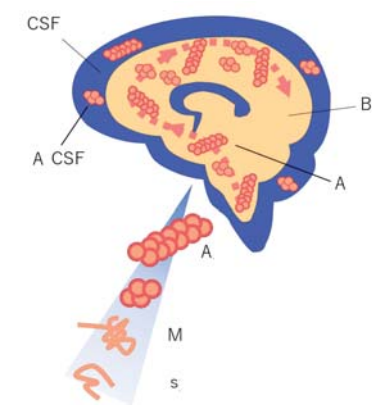
Подготовил Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Взгляд

Опухоли и еда

Нейроактивные вещества (нейромедиаторы или трансмиттеры) действуют на нейроны через посредство белковых рецепторов, участвующих в связи нервных клеток посредством синапсов. Их функционал поддерживается с помощью упомянутых выше астроцитов, которые к тому же формируют гематоэнцефалический барьер (ГЭБ).

Недавно в Университете штата Джорджия С.Киров и его коллеги выяснили, что астроциты защищают мозг от гипоксии после травмы, не допуская в норме его отека. А М.Шохирев вместе с сотрудниками Института биологических исследований Солка в Ла-Хойа написали в приложении Nature, что мутантные астроциты секретируют белок, нарушающий развитие нейронов в различных моделях НДЗ, в том числе синдрома Дауна, и хрупкой хромосомы X (Fragile X). Белок астроцитов блокирует протеин инсулиноподобного ростового фактора (IGF), который необходим для развития нервных клеток, в том числе и скорлупы (putamen). Её нейроны гибнут от действия мутантного белка синуклеина, название которого указывает на его роль в работе синапсов. В Институте квантовой науки японского города Чика сумели получить высококонтрастные изображения синуклеиновых агрегатов в putamen мозга трёх больных с системной атрофией MSA (JMD).



Накопление агрегатов (A) синуклеина (S) в мозге (B) и спинной спинно-мозговой жидкости (CSF), M – неправильно «сложенный» синуклеин (Misfolded)

В Каролинском институте Стокгольма выключили один из генов развития нейронов Чёрной субстанции, синтезирующих дофамин. Оказалось, что при этом страдают и нервные клетки ствола мозга, синтезирующие серотонин (SA). Выявленная связь объясняет расстройства, связанные с едой. Известно, что дофамин активирует клетки прилегающего ядра (NA – Nucleus Accumbens). В Пенсильванском университете Филадельфии выявили роль клеток NA в стремлении голодного поест (food craving – NM). Нейробиологи Стэнфорда в журнале PNAS показали наличие в NA петли импульсивности – loop of impulsivity, – определяющей поведение мышей и людей в поис-

ках пищевого «вознаграждения». Вполне возможно, что нарушения в этой петле определяет пищевое поведение тучных людей, которые не могут сдерживаться (точно также, как и игроки в азартные игры).

Поиски причин развития того же паркинсонизма привели учёных Пенсильванского университета к необходимости секвенирования геномов людей, страдающих этим НДЗ. Неожиданно для себя они выявили участия в этом виде нейропатологии гена, отвечающего за синтез белка, мутант которого определяет развитие нематастатической меланомы, взаимодействующего с синуклеином. А в Институте нейронаук Сингапура написали в SS об участии в развитии паркинсонизма предшественника бета-амилоида (APP – Amyloid Precursor Protein). Цитоплазматический домен APP взаимодействует с одной из киназ. Мутантная киназа, в которой заменена одна из аминокислот, нарушает распределение в нейронах, вырабатывающих дофамин, митохондрий, которые синтезируют АТФ, способствует накоплению синуклеина и снижению активности фермента дофаминового синтеза. «Исправлению» нервных клеток, полученных от пациентов, способствовал ита-напрасед (Itanaprased), который блокирует аномальную киназу. Авторы считают, что их результаты будут способствовать «продвижению» блокатора в терапевтическую практику.

Выводы

Быть в огне, да не обжечься

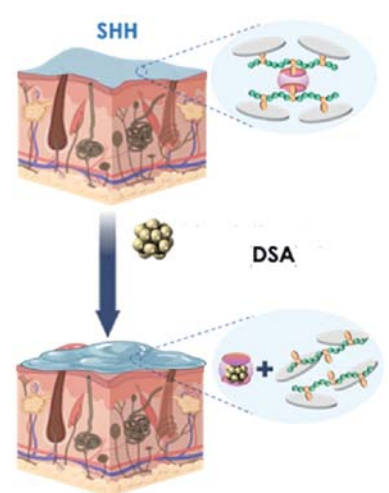
В романе «Чужое лицо» японский писатель К.Абэ представил миру героя с келоидными рубцами после ожога, представлявшими, согласно определению, фиброзную гиперплазию. Вынужден был скрывать под слоем грима ожоги лица и отважный танкист Михаил Шуйдин, 30 лет бывший партнёром Юрия Никулина на арене цирка.

Люди всегда страдали в пожарах, вследствие чего получали обезображивающие их ожоги, после которых оставались не только малоэстетичные шрамы и рубцы, но и контрактуры, нарушающие подвижность суставов. Проблему частично решают операции по пересадке кожи – своей, которая остаётся навсегда, и чужой, кусочки которой «отваливаются» через пару недель. Мало помогают зачастую усилия косметологов и хирургов, занимающихся пластическими операциями. Связано это с тем, что с первых минут ожоговой травмы предпринимаются меры, которые зачастую только усугубляют ситуацию на клеточном уровне. Не способствуют «сохранению лица» и методы последующего лечения, в ходе которого применяются токсичные и чрезмерно «реактивные» химические «примочки», а также не спасающие положения антибиотиков.

Перечисленные проблемы, по крайней мере частично, призвана решить новая разработка специалистов Массачусетского госпиталя общего профиля в Бостоне, а также расположенных рядом с ним Гарварда и Университета Тафтса в городе Медфорде. Незадолго до

них учёные Южного университета науки и технологий опубликовали большой обзор недавних достижений в области создания полимерных гидрогелей для «покрытия» и лечения ран, что крайне актуально в мире, в котором всё шире и масштабнее идёт автомобилизация с её высоким уровнем ДТП и травматизации, включая и ожоги. В Бостоне и его окрестностях создан первый растворимый в течение минут «по требованию» (on demand) гибридный гидрогель (SHH), который прекрасно биосовместим с тканями человека, повреждёнными в результате термического воздействия, и к тому же хорошо в течение минуты самовосстанавливается при возникновении дефектов и порывов его волокнистой структуры, что достигается его супрамолекулярной структурой.

SHH имеет высокую механическую прочность (более 5-килопаскаль), растворяясь за 4-6 минут. Оценку биосовместимости проводили на культурах человеческих клеток и по ходу мониторинга трансплантатов у мышей. В состав нового гидрогеля для максимально быстрого применения при ожогах входит нетоксичный гидрохлорид амантадина, который распадается в ходе супрамолекулярных взаимодействий с полимерными волокнами SHH, переплетающимися друг с другом. Его «гибрид» составляется за какие-то 15 секунд, после чего может накладываться непосредственно на зону ожогового поражения, защищая фибробласты и кератиноциты кожи (дающие коллагеновые волокна и клетки ороговевающего эпителия) от



Сверху структура гидрогеля, внизу – после добавления способствующего его растворению агента DSA

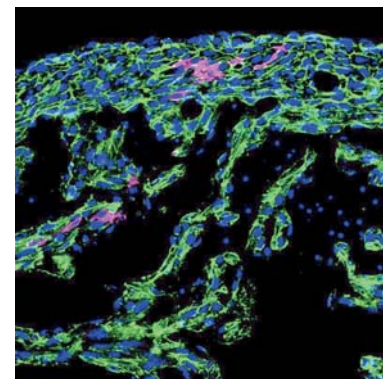
внешнего воздействия. На мышах была проверена миграция клеток иммунного воспаления и стимулирующих их белковых цитокинов (подстёгивающих «кинетику» иммунных лимфоцитов), которая не развивается под слоем наложенного гидрогеля. Он также резко снижает ощущение порождающей произвольные реакции и движения боли, что крайне важно при лечении.

Авторы обращают внимание на возможность быстрого появления их продукта на потребительском рынке и в аптеках, не требуя при этом высоких расходов на коммерциализацию. Их статья называется «Супрамолекулярные гибридные гидрогели, растворимые on demand, самовосстанавливающиеся и биосовместимые при лечении ожогов».

Гипотезы

Защита клеток

Клетки организма пребывают в довольно агрессивной среде, поэтому вынуждены активно защищаться от внешних и внутренних воздействий. Речь, например, идёт о программе апоптоза, или запрограммированной в геноме клеточной смерти, в результате чего клетки эпидермиса или слизистых постоянно отмирают, превращаясь в первом случае в ороговевшие чешуйки. Замена клеток осуществляется благодаря сохраняющимся с эмбрионального развития «долгоиграющим» стволовым клеткам. Одним из таких примеров является репарация стенок желудочков сердца, наличие которой у мышечных зародышей давно показали в Калифорнийском технологическом институте Лос-Анджелеса.



Зелёные клетки сердечного желудочка и сверху красные (фиолетовые) стволовые Physorg

Способствует предупреждению заболеваний сердца и окситоцин, который считается нейропептидом... любви (FCD). Неожиданную роль окситоцина, вырабатываемого клетками лежащего в глубине мозга гипоталамуса, выявили в Мичиганском государственном университете Ист-Лэнсинга, показав, что пептидная цепочка аминокислот способствует переходу клеток эпителия в мезенхимные, свойства которых сходны с зародышевыми. Анализ РНК показал, что окситоцин активирует белок трансформирующего фактора роста, действие которого в свою очередь «включает» клетки эпикардия, слой которого покрывает сердце снаружи. А в Уппсальском университете обратили внимание на древесных лягушек (Hyla orientalis), обитающих в зоне отчуждения Чернобыльской АЭС, где они испытывают воздействие на кожу спины повышенной радиации. Это приводит к повышенному синтезу из аминокислоты тирозина тёмного пигмента меланина, определяющего потемнение кожи при загаре. Шведы полагают, что меланин нейтрализует образующиеся в клетках под действием радиации свободные радикалы, повреждающие ДНК.

Нуждаются в защите и клетки зародыша, которые наполовину чужеродны геному матери. Уничтожение эмбриона сдерживается Т-регулирующими лимфоцитами (Treg), в норме препятствующие развитию аутоиммунных реакций (нарушение подобного «сдерживания» приводит к сахарному диабету 1-го типа и рассеянному склерозу, не говоря о ревматоидном артрите). Функция Т-регуляторов преодолевается трансплантацией, после которой врачи вынуждены прописывать реципиентам иммунодепрессанты, на фоне приёма которых люди очень боятся банальной простуды. Упомянутый рассеянный склероз есть результат разрушения защитной оболочки нервных отростков, которая необходима для быстрой передачи импульсов. Под мощной защитой пребывают и сами нейроны, которые в силу своей высокой чувствительности к разного рода воздействиям не контактируют напрямую с сосудами, стенки которых и «промежуточные» клетки

белого вещества – глии, образуют гематоэнцефалический барьер.

Его нарушение под воздействием химиотерапии глиальных опухолей мозга приводит к нарушению когнитивных функций. Нарушение отмечается у 50% людей, принимающих паклитаксел, нарушающий формирование микротрубочек веретена клеточного деления, и цисплатин, содержащий платину. В Университете Джорджа Вашингтона выяснили, что последний нарушает взаимодействие одного из мозговых веществ (SP – сфингозин-фосфат) с его белковым рецептором неспецифического, или врождённого иммунитета на поверхности астроцитов. В норме взаимодействие SP и белка контролирует состояние митохондрий, вырабатывающих энергию, нехватка которых ведёт к развитию нейровоспаления, сопровождающегося нейропатическими болями. Интересно, что два антагониста мозгового протеина, одобренного для лечения рассеянного склероза, подавляют не только нейровоспаление и болевые ощущения, но и рост опухоли и её метастазирование.

Неудивительно, что опухоли также активно используют защитные механизмы, останавливая движение иммунных лимфоцитов и их атаку на изменённые клетки. Известно, что на передней линии обороны иммунной защиты выступают мечниковские макрофаги, остановку которых в опухолевом микроокружении (TME – Tumor MicroEnviron) показали в клинике Медицинского центра Маунт-Синай. Выяснилось, что клетки сарком «используют» для этого белковый фактор инфильтрации фагов (MIF), представляющий собой цитокин, регулирующий кинетику иммунных клеток и способный вызывать штурм-шок, ставший печально известным в пандемию ковида. Природу противодействия иммунным клеткам показали в Гарварде, где выделили онкометаболит IDH (изоцитрат-гидроксиацетат), нарушающий обмен веществ в Т-лимфоцитах. Авторы выяснили, что лактатдегидрогеназа является мишенью действия IDH, в результате чего снижается выработка энергии и, как следствие, цитотоксичность Т-клеток из-за нехватки вырабатываемого интерферона. Полученные в лаборатории результаты были подтверждены при исследовании биопсий мозговых глиом, полученных из клиник.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Reports, eLife, Frontiers of Cell Development, J Clinical Investigation, J Experimental Medicine, Evolutionary Applications, J Movement Disorders, Nature, Nature Medicine, Nature Neuro Science, PNAS, Science, Science Advances, Bioengineering, Bioactive Materials.

Недавно исполнилось 205 лет со дня рождения писателя, поэта и драматурга и 160 лет со времени опубликования самого знаменитого романа «Князь Серебряный» Алексея Толстого.

Что же касается вынесённого в заголовок названия шуточнo-го цикла стихов, героем которых является домашний доктор А.Кривский, то о них знают, пожалуй, лишь большие знатоки творчества литератора. Я же свои детские годы провёл неподалёку от бывшей дворянской усадьбы графа, расположенной в селе Красный Рог нынешнего Почепского района Брянской области. И под влиянием местного учителя, просто влюблённого в творчество Алексея Константиновича, выучил наизусть многие его стихотворения. А потому, будучи студентом журфака Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, прочитал в тогдашней Ленинской библиотеке подшивку журнала «Вестник Европы». До сих пор помню начало одного из «Медицинских стихотворений»: «О врач, скажи, твоя мечта / Теперь какую слышит повесть?»

К слову, домашний врач немало помогал писателю в его литературном творчестве. Например, при создании пьесы «Смерть Иоанна Грозного» он, как считают литературоведы, самостоятельно написал несколько сцен. Потому как вряд ли сам Алексей Константинович, совсем не сведущий в медицине, смог бы настолько точно изобразить муки умирающего царя.

Как известно, премьера пьесы состоялась 12 января 1867 г. в Александринском театре. Мне удалось в своё время прочитать и театральную хронику, которая назвала постановку «главным событием сезона...».

Ну что же, что было, то было. Это теперь, к сожалению, мало кто хорошо знаком с творчеством писателя. Во всяком случае, в Брянском парке им. А.К.Толстого, где установлен единственный в

Имена и судьбы

«Медицинские стихотворения» графа

Он не был признан при жизни, но оценён потомками



однако хорошо сохранился прекрасный парк. В неплохом состоянии находился и деревнянский флигель, в котором до последних дней работал писатель.

И как трудно представить себе, скажем, И.Тургенева без Спасского Лутовинова, так и А.К.Толстого без Красного Рога. Тем более, что именно здесь большое влияние на мальчика оказывал его дядя Алексей Перовский. Это он под псевдонимом Антоний Погорельский посвятил племяннику известную сказку «Чёрная курица, или подземные жители».

Журналистская судьба свела меня в своё время с известным исследователем творчества А.К.Толстого Григорием Стафеевым, который рассказал мне, что в детские годы будущий писатель вёл дневник, в котором показал неплохие для его возраста познания в древнеримской и средневековой истории.

Летом 1836 г. дядя умер на руках племянника, оставив его наследником огромного состояния. Не стеснённый отныне в средствах, Алексей Константинович стал много путешествовать по миру. Именно в тот период он познакомился с Гейне, Шиллером, Гёфманом. Под влиянием этих известных писателей он и создал свою первую фантастическую повесть «Упырь», о которой очень тепло отзывался В.Белинский. «Эта небольшая книжка... носит в себе все признаки ещё слыш-

ком молодого, но тем не менее замечательного литературного дарования...», – отметил критик. А потом...

Потом в русскую литературу буквально ворвался знаменитый Козьма Прутков. Авторами этой великолепной мистификации были братья Жемчужниковы и их двоюродный брат Алексей Константинович. Правда, это творческое семейное содружество просуществовало совсем недолго. А для ушедшего на военную службу А.Толстого начался совсем новый период его жизни.

В одном из писем И.Бунину А.Жемчужников так рассказал о создании этой литературной маски: «Мы каждый день совместно сочиняли по какой-нибудь глупости, приписав их нашему камердинеру Кузьме...»

Зачисленный в стрелковый полк императорской фамилии (детские годы будущий писатель провёл вместе с наследником престола) Алексей Константинович отправился к месту службы. По закону подлости, именно в этой местности свирепствовала эпидемия тифа. Прежде чем свалиться в липком бреду, комбат написал домой: «У нас нет госпиталя. Больные размещены по избам, ... умирают лицом к лицу...».

Когда же граф очнулся, он увидел над собой лицо Софьи Андреевны. Да-да, той самой незнакомки, которую он когда-то встретил на придворном балу.

Она отказалась снять маску. Но взяла визитную карточку графа. И той же ночью было написано стихотворение, от «которого не отказался бы и сам Пушкин...» Всем, наверно, известны эти бессмертные строки: «Средь шумного бала, случайно, в тревоге мирской суеты...».

Так в жизнь великого поэта вошла его муза... К слову, в текущем году исполняется 130 лет со дня смерти Софьи Андреевны. И, бывая в Красном Роге, я непременно подхожу к приземистому каменному склепу с куполом, увенчанным крестом. Жена пережила супруга на 17 лет и умерла в далёком Лиссабоне. Однако, согласно её желанию, прах перевезли в Красный Рог и похоронили рядом с мужем у стен церкви Успения Пресвятой Богородицы. Названная поэтом при жизни «Сестрой моей души», она после его кончины так и не снимала траурных одежд.

На склепе две надписи: «Граф А.К.Толстой и графиня С.А.Толстая».

«Коль любить, так без рассудку...» – написал он ей при жизни. И нынче могила супругов в Красном Роге поистине является памятником кристально-чистой любви, похожей на которую не было, пожалуй, в истории русской литературы.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Перемены

«Журавлик» обновился

В детском краеком санатории «Журавлик», расположенном в Невинномысске, капитально обновили физиотерапевтический кабинет.

Строители провели ремонт системы отопления и вентиляции, заменили электрические сети и освещение, провели отделку помещения. Так же была обустроена новая сеть заземления. Все работы выполнены в строгом соответствии с отраслевым стандартом, разработанным для кабинетов физиотерапии. Санаторий специализируется на лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей от 5 до 14 лет. Ежегодно здесь оздоравливают ребят со всего Ставрополя, применяя передовые методы лечения. В структуре санатория имеется санаторное отделение, диагностические и лечебные кабинеты, плавательный бассейн и сауна.

Лечебный комплекс санатория включает: щадяще-тренирующую режим, диетическое питание, медикаментозное лечение, питьё минеральной воды, преформированные физические факторы, массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию. В бальнеотерапии санатория используются лечебная грязь озера



В физиокабинете ингаляции проводит медсестра Елена Андрущенко

Тамбукан; хвойные, хлоридные натриевые, йодобромные ванны.

– Поскольку физиопроцедуры являются основным из того что мы предлагаем нашим пациентам, начать ремонт решили именно с физиокабинета. Притом, что финансировался ремонт из краевого бюджета, не остались в стороне и спонсоры: так, местные энергетики построили на территории санатория две спортивно-игро-

вые площадки с современным оборудованием. В обновлённых условиях лечение проходит в приятной атмосфере, в том числе и с эстетической точки зрения, что тоже положительно влияет на эффективность проводимых процедур, – отметила главный врач санатория Виктория Пшеничная.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Книжная полка

Библиотека биоэтики

На 35-й Московской международной книжной ярмарке состоялась презентация 10-томной «Библиотеки биоэтики», выпущенной при поддержке Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, Российской академии наук и вице-президента межправительственного комитета ЮНЕСКО по биоэтике, председателя Российского комитета по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО академика РАН Александра Чучалина.

Как отмечал, выступая на презентации, А.Чучалин, данный проект возник несколько лет назад. Общаясь с коллегами в рамках ЮНЕСКО, он осознал, «что в нашей стране не хватает импульса этического образования». Отвечая на этические вызовы, такие как редактирование генома, суррогатное материнство, искусственный интеллект и т.д., академик решил создать библиотеку по биоэтике, рассчитанную на студентов-медиков, преподавателей и врачей. Она состоит из трёх частей. Первая часть – общая. Это собрание правовых документов – от «Нюрнбергского кодекса», провозгласившего принцип информированного согласия испытуемого на проведе-

ние медицинских экспериментов, до «Клятвы врача Российской Федерации», а также том напутствий «Русские врачи – врачам». Вторая часть посвящена философским основам биоэтики. Сюда входят «Лекции по этике» Эммануила Канта с предисловиями врио директора Института философии РАН академика РАН Абдусалама Гусейнова, «Медицина и философия: введение в XXI столетие» И.Иоханссона и Н.Линё, «О назначении человека. Самопознание» Николая Бердяева. Третья часть – специальная, нацеленная на этическую подготовку к общению с больными. Она включает следующие тома: «Нравственные основы медицины» Авиценны (Ибн Сины), «Страстотерпец врач Е.С.Боткин», «Записки врача» В.Вересаева, «Я полюбил страдание» В.Войно-Ясенецкого и «Сердце хирурга» Ф.Углова.

Он адаптировал программу ЮНЕСКО по биоэтике для российских медицинских вузов. По мнению А.Чучалина, она должна быть сквозной (с 1-го по 6-й курсы) и включать последипломное образование: «Обучение врача, в том числе этическое, заканчивается с его смертью». Сорок вузов страны уже получили полный комплект «Библиотеки биоэтики».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

ТОМ

Монолог на заданную тему

За что мы любим афоризмы? За свежестъ взгляда? За точность мысли? Тонкий юмор? Игру смысловых оттенков? Парадоксальность утверждений? Нетривиальность угла зрения? Спартанскую краткость?

За всё вместе в одной фразе. За способность пробуждать наш разум, подобно тому, как зимой в горах неосторожный крик восхищённого туриста пробуждает ревущую лавину из миллиардов дотоле дремотных снежинок, покоившихся в безмолвии. С последующим нашим непременно тайным восторгом в адрес автора: «Ай да Пушкин! Ай да сукин сын!»

Мысль афориста, ограниченная его талантом, нередко становится литературной классикой, невзирая на запредельную сжатость формы. Звучит затем в речах и цитируется в текстах. Так крохотный бриллиант в королевской короне привносит свою толику блеска в симфонию вселенского разума. Афоризм – это изысканный десерт. Лакомый литературный деликатес в сравнении с рутинным комплексным обедом будничного канцелярита.

Недавно полистал на досуге сборник изречений Станислава Ежи Леца «Непричёсанные мысли». Поразила гениальность, на мой вкус, наблюдению: «Как жаль, что в рай приходится ехать катафалком». Вот же писатель! Пустил по бумажному склону крохотный камушек философской самоиронии, вас и зацепило, потащило за собой... И уже не отвяжется от собственных мыслей на заданную тему. В извечной попытке разума, как поэтически заметил Пастернак, «Во всём мне хочется дойти до самой сути. В работе, в поисках пути, в сердечной смуте. До сущности протекших дней, до их причины, до оснований, до корней, до сердцевины...»

Есть предложение. Кому неприятен из каких-либо соображений разговор о постулате Леца, отойдите в сторонку. Кто готов без



мистических страхов и суеверий возражать или соглашаться, милости просим. Но не сетуйте потом, что вас не предупреждали.

Если бы в гробу можно было смотреть телевизор, смерть была бы довольно сносным времяпровождением. Конечно же, речь все не о технической возможности оснащения домовины этим чудом цивилизации как таковой. Клади же наши тёмные, но прагматичные предки в усыпальницы материально выдающихся соплеменников, покинувших сей бренный мир, всякую всячину вплоть до их любимых лошадок. Зачастую даже упряжками. Но, как показывают археологические раскопки, никто из владельцев этих конюшен не умчался из могилы с ветерком на горячем скакуне. Хотя, кто знает, может быть, и пытался.

По слухам, и поныне водятся люди, комплекующие, по мере финансовых возможностей, углы свои последнего пристанища различными, как теперь говорят, гаджетами. В том числе и телевизионными приёмниками. Которые даже подключены к наземным антеннам и запитаны на электричество. В целом это понятно – многим

не по нутру скука, особенно на отдыхе. И не указ им факты археологических изысканий. Мало ли что материалисты втюхивают. Зато все мировые религии уж в чём в чём, а тут едины: есть загробная жизнь, есть! А буддизм ещё и реинкарнацию сулит. И кто из оппонированных сторон прав – никто, кроме нас самих, в положенный срок, достоверно не узнает.

Вообще, вопросец, конечно, скользкий. Кавалерийским наскоком его не возьмёшь. Наукой тоже не осилишь. Только эмпирически. С чем, разумеется, никому торопиться не следует. Чего бы нам в тумане догадок, гипотез и проповедей ни мнилось в этом запредельном далеке, спешить утолять любопытство не стоит. Что-то, а личная экскурсия за грань обеспечена каждому с гарантией.

Но даже отталкиваясь от постулата бессмертия души, лично я уже давно себе честно признался: прелесть физического существования мне будет остро не хватать. Простейших восторгов бытия. Прикипел, понимаете ли, всеми пятью органами чувств и всей бестелесной душой к общению с материей. Вот уж с чем, а с

этим у меня полная, категоричная и бесповоротная ясность. Чего не скажешь о понимании бессмертности души. По крайней мере, в тех толкованиях, которые до меня доходили.

К примеру, более или менее внятно, с моей точки зрения, трактуются, выражаясь математическим языком, экстремумы. Ад и рай, грех и святость. В одном случае предстоит пасть ниже грязи, в другом – взлететь в небеса обетованные. А как быть с такими, как я? Кто серединка на половинку, ни два ни полтора, не так чтобы грешник, но и до выставочного экземпляра праведника не дотягивает. Которых на планете абсолютное и подавляющее большинство. Не уголовник, не мздоимец, не серийный лжец, не психопат, не альфонс, хоть и ценитель женской красоты. Не пропойца, не политик, не подвижник духа, не волонтер-энтузиаст, не филантроп и не миссионер, не... замучаешься перечислять. Обыватель, словом.

С осторожной надеждой хотелось бы предположить, что таким душам предназначен, как говорят авиаторы, нижний эшелон. Не то чтобы стратосфера, но и не тартарары. Под облаками, но над Землёй. Аккурат, высота птичьего полёта. Откуда и столь милая сердцу травка виднеется, и ароматы разноцветья с ветерком доносятся, и речушки с озёрами голубыми зеркалами поблёскивают, и поля с перелесками взор ласкают, и воздух прохладцей пьянит... Вот ведь – литературные штампы, а в контексте как трогают! До слёз, наивных и сладких. Перечислял бы и перечислял...

Но не из одних только пасторалей с идиллиями материальный мир соткан. У каждого свой реестр, и не малый, разномастных к нему претензий. Так что же? Со всей этой желчью – в безвременную вечность? Тогда справедливо ль быть душе бессмертной? Если связь с самым приятным, дорогим и любимым утрачивается, а что взамен?

Комфортная позиция стороннего холодного наблюдателя? Обозревателя из космических высот того, как вне возможности твоего влияния идёт прахом всё, что составляло смысл твоей тепловатой жизни, или, по крайней мере, таким смыслом считалось? Тоскливое, по-моему, занятие. И не слишком ли дорогая плата за бессмертие души?

«Упокой, господи, душу раба твоего...» – одна из популярнейших молитв, наверное, всех религий. Но если там, наверху, душа находится свой покой, то бишь – бесчувственность и безразличие, то может ли эта эманация считаться душой? И возникает вопрос ещё более любопытный, можно даже сказать – щекотливый, нежели вопрос о смысле жизни. В чём смысл бессмертия души? Такого бессмертия. Такого души.

Не знаток я учений и верований, ох, не знаток. Немодный ныне атеист до последнего волоса. Но толерантный, не воинствующий. С полным пониманием права каждого грезить о своей картине мира, с богом ли, без... Более того, со многим в Писании согласный. Кто ж при здоровой живой душе и крепком рассудке возразит против «не убий», «почитай отца и мать своих», «не делай другим того, чего не хочешь, чтобы делали тебе»... Двумя руками – за!

Поэтому мне ближе более оптимистичная античность с её крылатыми афоризмами. Где даже memento mori – помни о смерти, звучит, как дорожи жизнью. А carpe diem в адаптированном переводе означает – радуйтесь дню. Каждому. Единственному и неповторимому. И уже только поэтому – бесценному. Здесь и сейчас. День за днём, день за днём... Впрочем, дальнейший разговор на эту тему неизбежно приводит к тиражированию банальностей, чем запросто можно испортить хорошие отношения с читателем. А не хотелось бы. Остаётся, следовательно, пожелать всем долгих лет жизни. И взять на заметку, в дополнение к мудрости древних, совет ещё одного автора МГ, современного афориста Виктора Коняхина: «Надейтесь до последнего рецепта!».

Юрий КУБАНИН,
психотерапевт.

Новосибирск.

Истор. область, Турция			Солнечно	Захват грузов	СКАНВОРД										Коровья антилопа			Зачаток гриба	Есенин, стих.
Ослинник	... бело-бока	Изотретиноин				"Венгерские танцы"				Действие	"... и капуста"	Телега, Сев. Кавказ		Внушает страх	Сухая старица				
		Торж. званый обед	Публич. сообщение	Англ. изобретатель	Холодно (ант.)	Галоген	"... для двоих"	Фантазия	Рос. композитор		Знамя								
Селегилин	Каемка				Мясо, рис			Анадырь						"Граф ... Россини"					
		Рим. богиня плодородия			Госпожа	Эстакада			Насекомое		Рос. крейсер								
Знак препи- нания	Эме		Родст- венник ракиши			Шерст- ткань	Душа у нанай- цев		Хохлова	Граммона			Так как (стар.)						
	Реаль- ность	Увелич. стекло		Доми- ника			Самолет												
Спутник Сатурна			Город, Коми			Румын. живо- писец													
Автор Валерий Шаршуков	Нака- нуне	Пролом			Стре- петова														
										С Ы Р А Б А Я Н И С Т Б Е А Т А У Л Б К А Б А Р Е И А Т А Р П Е П С И Д И Н Р Л Р О М С К Р Л Е Т Ь И Р Г А Л И Ф Е О Х Е Д А У Ж Е О Е Ш Л Я П А Р К А Ф А Е И Л А Р И С Б А М А К О Л Ш Т Ы Б Б М И Н О А Р К А И О Т К А Т У В Ы У Р И Н А Д Е Л А Х И Л Л К У Л А К А А Н Ч А Р О С А А Д А				Ответы на сканворд, опубликованный в № 41 от 19.10.2022.					

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. 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, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

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 3010181040000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 2657. Тираж 13 940 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.