

Медицинская

9 ноября 2022 г.
среда
№ 44 (8062)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Новые подходы в оказании экстренной медицинской помощи в больнице им. В.В.Вересаева.

Стр. 5

Многие НМИЦ мечтают о создании федерального проекта как катализатора, который перестроит систему.

Стр. 6

Идеология, направленная на максимально раннее воздействие на заболевание, необходима.

Стр. 10

Инициатива

Медицинский десант: из Якутии в ДНР



Бригада врачей из Якутии под руководством главного врача Якутской республиканской офтальмологической клинической больницы Ивана Луцкана приступила к работе в центральной городской больнице города Кировское Донецкой Народной Республики.

В составе «медицинского десанта» 10 специалистов: неврологи, УЗИ-специалисты, офтальмологи, кардиологи и рентгенолаборанты. Врачи оказывают медицинскую помощь жителям региона и военнослужащим. Главный врач Кировской ЦРБ Константин Касс рассказал, что очередь к якутским специалистам пациенты занимают с 5 утра.

По словам И.Луцкана, якутские медики работают по 12–14 часов, принимая около 50 человек в день. Нередко пациенты приезжают даже из соседних городов. С начала работы врачи помогли более 300 жителям ДНР, оказав им необходимую консультативную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь.

Якутские офтальмологи проводят операцию в Кировском

«Надо отметить, что наши специалисты искренне желали приехать и помочь жителям ДНР. Особенно здесь ждали офтальмохирургов, потому что продолжительное время в регионе не было врачей соответствующей специальности», – говорит И.Луцкан. При этом он отмечает, что основной целью приезда якутских медиков является оперирование пациентов.

Ранее катаракту в ДНР оперировали только в частных клиниках, причём стоимость такой операции составляла около 50 тыс. руб. за один глаз. Сейчас их якутские специалисты делают бесплатно.

«Вклад наших коллег в здоровье жителей города неоценим! У нас нет окулиста с января. Чтобы просто проверить зрение, нужно было ехать в соседние города. Сейчас люди выходят с операций и плачут от счастья», – делится К.Касс.

Якутские специалисты привезли около 1,5 тонн современного медицинского оборудования, предназначенного заменить изношенную и морально устаревшую аппаратуру в

Кировской ЦРБ. Кроме того, участниками «десанта» предусмотрено и обучение врачей из ДНР.

«Наши коллеги-кардиологи будут проводить мастер-классы для врачей Кировской городской больницы, поскольку в ближайшее время здесь начнется переход на российские стандарты здравоохранения», – отметил И.Луцкан.

Добавим: с просьбой об отправке медиков в ДНР к главе Якутии Айсену Николаеву обратился председатель правительства ДНР Виталий Хоценко. Шефство над Кировским Якутия взяла в мае, в июне было подписано соглашение о сотрудничестве между двумя республиками. Якутяне помогают в восстановлении инфраструктуры города и его подготовке к зиме. Планируется, что Республика Саха (Якутия) будет оказывать помощь Кировскому как минимум в течение трёх ближайших лет.

Елена ОСТАПОВА.

Республика Саха (Якутия) – Донецкая Народная Республика.

Официально

«Дорожная карта» по борьбе с гепатитом С

В России утверждён план мероприятий по борьбе с гепатитом С до 2030 г. Планируется развивать систему оказания медицинской помощи пациентам с гепатитом С и совершенствовать механизмы оплаты такого лечения в рамках системы ОМС. Это предусмотрено планом мероприятий по борьбе с заболеванием. Документ утверждён распоряжением Правительства.

План рассчитан до 2030 г., но большая часть работы начнётся уже сейчас. Так, до конца года Минздрав России вместе с Федеральным фондом ОМС разработают для регионов рекомендации о способах оплаты медицинской помощи пациентам с гепатитом С за счёт средств ОМС. И уже в начале 2023 г. федеральные и региональные медицинские организации должны перейти на новые дифференцированные тарифы оплаты такого лечения в рамках обязательного медицинского страхования.

Также в начале 2023 г. для учёта пациентов с гепатитом С будет сформирован единый регистр. Это поможет чётко и оперативно оценивать объём финансовых ресурсов и лекарств, необходимых для пациентов. Содействие в развитии отечественного производства таких лекарств Минпромторг и Минздрав будут оказывать фармкомпаниям на регулярной основе.

Кроме того, Минздраву предстоит проанализировать лучшие практики лечения пациентов с гепатитом С в федеральных и региональных медицинских организациях, чтобы затем такие практики могли использоваться во всех клиниках страны.

Для повышения качества оказания медицинской помощи предусмотрено дополнительное обучение медиков, работающих с больными гепатитом С. Оно начнётся в 2023 г.

Алексей ПИМШИН.

Тенденции

С заботой об инвалидах

Региональным минздравам и медицинским организациям рекомендовано дублировать для инвалидов информацию по вопросам диагностики и лечения коронавирусной инфекции.

Все звуковые и зрительные информационные сообщения такого типа должны выполняться рельефно-точечным шрифтом Брайля для незрячих пациентов, также их необходимо адаптировать для глухонемых с помощью сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика.

Собственникам объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения рекомендуется согласовать с одним из местных

общественных объединений инвалидов меры для обеспечения доступа людей с ограниченными возможностями здоровья к медучреждению.

В случае, если здание невозможно полностью приспособить к потребностям инвалидов, одним из вариантов может стать предоставление необходимых медицинских услуг по месту жительства или в дистанционной форме. Если медучреждение расположено на арендуемой площади, клиникам рекомендовано дополнить соглашения с арендодателями и прописать в них исполнение собственником объекта «требований по обеспечению условий доступности для инвалидов».

Леонид ПОЛЯКОВ.

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Игорь ЗАТЕВАХИН

Президент Российского общества хирургов, академик РАН:

Разрушения, которые причинила системе здравоохранения, казалось бы, безобидная формулировка «медицинская услуга», огромны.



Стр. 7

Новости

Эвакуация пожилых
и маломобильных

В Херсонской области продолжается эвакуация. Бригады скорой помощи обеспечивают переправку пожилых и маломобильных жителей, сообщили в Минздраве региона.

Граждан, нуждающихся в лечении и медицинской помощи, при поддержке Минздрава России и Крыма доставляют в лечебные учреждения полуострова, где эвакуированные пациенты находятся под наблюдением российских медиков.

– От лица всех жителей региона хочу выразить благодарность волонтерам «Единой России», Минздраву России и Крыма за сплоченную работу и оказание помощи тем, кто так в ней нуждается. Ведь один, как известно, в поле не воин. А вместе – мы сила! – отметил министр здравоохранения Херсонской области Вадим Ильмиев.

Юрий ДАНИЛОВ.

Херсонская область.

Спецтранспорт уже в пути

Губернатор Красноярского края Александр Усс вручил ключи от автомобилей руководителям медучреждений края. Новый спецавтотранспорт отправится для оказания медицинской помощи жителям Канского, Курагинского, Назаровского районов и Красноярска.

За счёт средств краевого бюджета по губернаторской программе «Защита и забота» приобрели 50 автомобилей «Лада Гранта». Все они пополнят парк лечебных учреждений столицы края. Ещё 6 машин – 2 микроавтобуса и 4 УАЗа – поступили в регион благодаря программе «Модернизация первичного звена» Национального проекта «Здравоохранение». Средства на их покупку выделили из федерального бюджета.

– В этом году система здравоохранения края получает рекордное число автомобилей – 183 единицы. Это и машины скорой помощи, и легковые, автобусы и другой специализированный транспорт. Обновлению парка больниц и поликлиник мы уделяем особое внимание. На протяжении последних лет количество приобретаемой техники стабильно растёт. Автопарк лечебных учреждений Красноярска давно так существенно не обновлялся, как в этом году, – заявил А.Усс.

Сергей ФЁДОРОВ.

Красноярский край.

Сотрудничество в сфере обращения
медицинской продукции

В грозном состоянии заседание межправительственной комиссии по экономическому сотрудничеству между Российской Федерацией и Исламской Республикой Иран под председательством вице-премьера Александра Новака при поддержке главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова.

В ходе заседания комиссии между министерствами здравоохранения двух стран подписан меморандум по развитию двустороннего сотрудничества в области научного и информационно-методического обеспечения в сфере регулирования обращения медицинской продукции.

Меморандум стал итогом напряжённой работы двух стран в укреплении сотрудничества по линии здравоохранения и длительной работы по знакомству представителей России и Ирана с регуляторными системами обеих стран, сообщили в Минздраве России.

Со стороны России проводились учебные семинары для представителей Минздрава Ирана и индустрии по регуляторным требованиям. Одновременно с этим российская делегация индустрии и регуляторов в июне посетила Иран, где детально ознакомилась с деятельностью фармацевтической промышленности, производителей медицинских изделий, регуляторных органов.

– Подписанный меморандум создаёт эффективные инструменты сотрудничества между регуляторными органами как на уровне их руководства, так и на экспертном уровне, предусматривает информационный обмен по случаям фальсификации медицинских изделий, осуществление консультативной поддержки экспертными организациями участников рынка до подачи досье медицинских изделий и препаратов на регистрацию. Меморандум будет способствовать расширению присутствия российских и иранских производителей на рынках обеих стран. – отметил заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Резервный фонд для оплаты труда

Для выполнения целевых показателей Майских указов по оплате труда работников сферы здравоохранения в 2022 г. федеральное Правительство направит деньги из резервного фонда. Минэкономразвития России в свою очередь прогнозирует, что в течение года среднемесячная зарплата в стране увеличится на 11,5%.

Так, кабмин направит регионам в 2022 г. для сохранения целевых значений соотношения средней зарплаты отдельных категорий работников медицинских организаций, установленных Майскими указами Президента РФ, дополнительно около 58,5 млрд руб. Об этом сообщил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин. Выделение этих средств ранее анонсировал Минздрав России. Отмечалось, что сумма была определена исходя из прогноза социально-экономического развития страны на 2023 г. и плановый период 2024 и 2025 гг.

Как пояснил М.Мишустин, по прогнозу Минэкономразвития, в течение года среднемесячная зарплата в России увеличится на 11,5%. Сохранить планку в 200% от средней зарплаты для врачей и 100% для среднего медперсонала помогут резервные средства.

Олег РОМАШОВ.

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

Ориентиры

Клинические исследования
как доступ к инновациям

Москва поддерживает их проведение на своей лечебной базе

Постановлением московского правительства от 20 сентября текущего года реализована комплексная поддержка городских властей проведения клинических исследований новых лекарственных препаратов на базе медицинских учреждений города. Это решение прокомментировал Сергей Зырянов, главный специалист по клиническим исследованиям Департамента здравоохранения Москвы.

Москва всегда была привлекательна для проведения клинических исследований, отметил он. Очевидно, что это не просто регистрационный процесс, а процесс обеспечения доступа пациентов к инновационным технологиям в максимально ранние сроки. Город обладает большим фондом медицинских организаций, необходимым набором оборудования, что всегда очень привлекало фармацевтические компании в качестве баз для проведения клинических исследований. За последние 10 лет они проведены почти в 1700 медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения. Сейчас этих организаций, способных делать



качественную работу, достаточно много, как минимум 60.

К подобным организациям есть определённые требования, которые правительство Москвы готово поддерживать. В первую очередь это наличие специальных разрешений и документов. Если организация соответствует всем необходимым критериям и требованиям, то она может подать заявку на оказание поддержки при

проведении клинических исследований через специальный сайт. Этот портал создан для общения фармацевтической индустрии с государственной структурой, правительством Москвы, Департаментом здравоохранения, Московским центром инновационных технологий в здравоохранении как лицом, представляющим Департамент здравоохранения.

Возможны организационные меры поддержки и возмещение финансовых затрат на проведение клинических исследований в городских медицинских организациях. Под организационными мерами имеется в виду помощь в деятельности медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения, который готов сопровождать их юридически, обеспечивать оборудованием, помогать с набором пациентов и добровольцев и т.д.

Финансовая поддержка – более редкий случай, подразумевающий некие значимые проекты. Финансовые гранты могут достигать 50% от общего бюджета клинического исследования в городской медицинской организации. Есть специальная процедура одобрения заявки. Требуется мнение компетентных людей, главных специалистов департамента, принимающих решение на клиническом комитете. Это многоходовая процедура, но тем не менее она вполне понятна, прозрачна и для заявителя всегда очевидна. Информация о проводимой экспертизе доступна в личном кабинете заявителя.

На сайте <https://trials.medtech.moscow/> существует инструкция по заполнению заявки на получение поддержки при проведении клинического исследования. Если у компаний, желающих их провести в Москве, появляются вопросы, они могут обратиться к этой инструкции либо задать вопрос технической поддержке. «Москва понимает необходимость сохранения рынка клинических исследований, значимость этого проекта и готова поддерживать производителей любых форм собственности и любой принадлежности», – подытожил С.Зырянов.

Подготовил
Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Москва.



Опыт

Спасти беременную с тяжёлой патологией

Специалисты родильного отделения Самарской городской больницы № 10 спасли жизнь беременной женщины с сильным кровотечением, вызванным предлежанием плаценты, и помогли ребёнку появиться на свет здоровым.

В медучреждение будущую маму на 37-й неделе беременности доставили близкие. У женщины диагностировали полное предлежание плаценты, кровотечение, а также рубец на матке – последствие кесарева сечения, выполненного в 2018 г. Пациентка потеряла более 2 л крови. Даже небольшое промедление могло привести к роковым последствиям как для ребёнка, так и для мамы.

– Предлежание плаценты – патология, сопряжённая с высокими рисками для жизни матери и малыша. Часто этот диагноз

сопровождается сильным кровотечением. На наблюдение и плановое родоразрешение женщины с подобной патологией направляются в областной перинатальный центр. К нам женщина обратилась, поскольку в тот момент находилась поблизости, – говорит заведующая акушерским стационаром родильного отделения больницы № 10 Екатерина Костянова.

В течение 10 минут женщина была доставлена в операционную, где началось оказание экстренной хирургической помощи. Интраоперационно обнаружив вращение плаценты в рубец, врачи провели оперативное вмешательство с целью остановки кровотечения и восполнили кровопотерю.

Вмешательство прошло успешно, на свет появился здоровый малыш, сообщили в областном Минздраве. Е.Костянова

совместно с заведующим родильным отделением больницы Владимиром Никаноровым, акушером-гинекологом Ольгой Ненашевой, анестезиологом-реаниматологом Анваром Демурчиевым и заведующим отделением новорождённых Евгением Рябовым стабилизировали состояние женщины и ребёнка как приезда специалистов службы санитарной авиации.

Бригада службы санавиации на реанимобиле доставила маму в перинатальный центр больницы им. В.Д.Сереева для дальнейшего лечения. Сейчас женщина готовится к выписке, её здоровью ничего не угрожает. В ближайшее время она встретится с сыном: мальчик уже выписан и находится дома.

Фёдор АЛЁНИН.

Самара.

Проекты

В режиме межведомственного взаимодействия

Комитет по охране здоровья Государственной думы РФ поддержал проект закона, который может позволить МВД России оперативно получать от федерального Минздрава данные в электронном виде о результатах медицинских осмотров водителей. В случае принятия закона результаты медосмотров, включая выявленные противопоказания к управлению транспортным средством, будут автоматически загружаться в ЕГИСЗ, и через межведомственную систему взаимодействия станут доступны МВД. Также предусмотрена возможность получения водителями медицинских справок в электронном виде.

В настоящее время Министерство здравоохранения РФ не может обмениваться с МВД информацией о наличии у водителей заболеваний, не позволяющих продолжать управление транспортным средством, если они были обнаружены не во время обязательного медицинского освидетельствования, которое проходит раз в 10 лет. Если законопроект будет принят, данные о заболеваниях водителей, полученные в ходе оказания медпо-

мощи или при прохождении обязательного периодического медосмотра, будут попадать в федеральный реестр документов о результатах медосвидетельствований.

После этого водитель будет направляться врачом на дальнейшее обследование и по ситуации – на необходимое лечение, проведение которых не должно превышать 2 месяцев со дня внесения информации в реестр. Если заболевание будет подтверждено, то ранее выданное медицинское заключение будет аннулировано. Информация об этом будет размещаться в реестре ЕГИСЗ. Если же заболевание при повторном обследовании выявлено не будет, водитель получит новое свидетельство на 10 лет.

По данным МВД, в течение последних 3,5 лет Госавтоинспекция на основании судебных решений аннулировала более 105,4 тыс. водительских удостоверений, из-за того что у водителей были обнаружены заболевания, препятствующие безопасному управлению транспортным средством.

Публичная дискуссия федеральных МВД и Минздрава на тему передачи сведений о наличии у водителей ограничений для вождения автомобиля ведётся с декабря

2018 г. Минздрав России настаивал на том, что на передачу медицинских данных и сведений о человеке иным органам власти должен соглашаться непосредственно владелец данных. В связи с этим в ведомстве ответили, что не поддерживают введение автоматической системы передачи такой информации.

«Право человека на конфиденциальность в обстоятельствах, в которых необходимо особое доверие между врачом и пациентом для правильной постановки диагноза и назначения лечения, является одним из фундаментальных прав в сфере охраны здоровья. При получении различного рода разрешительных документов автоматическое предоставление иным федеральным органам, физическим или юридическим лицам медицинской информации о человеке без его добровольного согласия является недопустимым», – пояснили в ведомстве.

О первой версии законопроекта, позволяющего Госавтоинспекции получать из ЕГИСЗ сведения о медицинских заключениях водителей с целью пресечь допуск к вождению при наличии противопоказаний, стало известно в 2019 г. Тогда отмечалось, что, если у водителя в ходе

медосмотра выявят заболевание, которое является противопоказанием к вождению, информация об этом будет передана в ЕГИСЗ. Однако сведений о том, как будет налажено информационное взаимодействие ведомств, в законопроекте предоставлено не было.

На общественное обсуждение проект закона был представлен в 2021 г., но Минэкономразвития России отправило его на доработку. В заключении ведомства сказано, что при прохождении дополнительного медицинского обследования водители не получали бы новое медсвидетельство и проходили бы процедуру чаще, чем раз в 10 лет. Также в предыдущем проекте не были указаны электронные системы, с помощью которых должны взаимодействовать Минздрав и МВД, что могло вызвать избыточную административную нагрузку как для медицинских организаций, так и для министерств.

В октябре 2022 г. ведомства снова столкнулись по вопросу обмена данными, но уже по поводу информации о психически больных пациентах. Соответствующий законопроект могут подготовить в ближайшее время, однако глава МВД Владимир Колокольцев подчеркнул, что позиции федеральных МВД и Минздрава по этому вопросу в корне расходятся. В Министерстве здравоохранения РФ считают, что раскрытие информации о психически больных является разглашением врачебной тайны.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Кадры

Омолождение? Не всё сразу

В государственной системе отечественного здравоохранения трудятся более 500 тыс. медработников моложе 36 лет. Среди врачей их доля составляет 32%, среди медсестер – 28%. Эксперты констатируют тенденцию омоложения кадров, при этом подчёркивая, что она остаётся незначительной: за 3 года темпы снижения среднего возраста составили не более 1-2%. Таковы данные Минздрава России.

Аналитики отмечают, что дефицит медицинских кадров сохраняется, поэтому трудоустройству выпускников государственные медвузы уделяют большое внимание. Так, по состоянию на 2021 г. работу смогли найти более 8 тыс. (63%) прошедших подготовку на специалитете и 79% – в ординатуре.

В Министерстве здравоохранения РФ считают, что на обеспечение больниц врачами положительно влияет ужесточение ответственности для целевых выпускников. Уже на 950 молодых медиков наложены штрафы за отказ отработывать обучение, и они вернули деньги за обучение на общую сумму 40 млн руб.

Независимые аналитики в свою очередь заявляют, что в 2021 г. почти 30% целевых мест в медицинских вузах России остались незаполненными. Недобор составил более 8,5 тыс. человек. Абитуриенты, которые не стали заключать целевые контракты, были вынуждены соперничать друг с другом за высвободившиеся места, так как для многих направлений подготовки в ординатуре целевая квота была 100%.

При этом, что интересно, требования к студентам-медикам целевого направления только ужесточаются. Так, летом нынешнего года Министерство образования и науки РФ подготовило законопроект об ответственности целевиков за неуспеваемость: в случае плохих оценок более чем за две сессии с такими выпускниками может быть расторгнут договор о целевом обучении, и гражданин понесёт ответственность за неисполнение обязательств согласно закону.

Вячеслав ДАШКОВ.

Акценты

Экспертное сообщество предлагает

Эксперты во главе с Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭККМП) предложили внести в механизмы разработки и утверждения клинических рекомендаций несколько значимых изменений, среди прочих – добавить в содержание этих регламентов разделы «дифференциальная диагностика», «сопроводительная терапия», «скорая медицинская помощь». Такие предложения экспертного сообщества – специалистов ЦЭККМП, главных специалистов, профильных сообществ и НМИЦ – содержатся в резолюции, опубликованной по итогам прошедшей тематической стратегической сессии.

Новые блоки могут дополнить уже существующие: «краткая информация по заболеванию», «диагностика», «лечение» и «реабилитация». Ещё одно предложение экспертов – добавлять в рекомендации вмешательства, для которых пока нет доказательной

базы, без таковой, на основании консенсуса экспертного сообщества.

Предложено разрешить всем заинтересованным специалистам комментировать проекты клинических рекомендаций на портале общественного обсуждения.

Также эксперты считают нужным организовать систему общественного обсуждения КР с участием ассоциаций – разработчиков КР главными специалистами субъектов и региональными врачами.

Кроме того, главные специалисты (как федеральные, так и региональные) должны участвовать на всех этапах согласования и разработки клинических рекомендаций, говорится в резолюции.

ЦЭККМП уже не первый год занимается методическим и экспертным сопровождением процедуры создания клинических рекомендаций. Изначально они пишутся профильными российскими сообществами, затем про-

ходят формальную проверку в ЦЭККМП и после отправляются на финальное утверждение в Минздрав.

Формально КР должны были стать обязательными для исполнения по всей стране с 1 января 2022 г., но из-за неполного их состава процесс растянули до 2024 г., чтобы профсообщества успели заполнить пробелы по ряду нозологий. Параллельно Минздрав проводит оцифровку КР, чтобы можно было погрузить их в активно создающиеся вертикально-интегрированные медицинские информационные системы (ВИМИС).

Олег РОМАШОВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ

Газеты Журналы Альманахи Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

8 800 800 80 80

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

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 своей прессой

Избранные издания для бизнеса

Однако

Национальный «откат»

Объявленный в конце октября нынешнего года конкурс по выбору подрядчика на выполнение капитального ремонта помещений одного из корпусов Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России был отменён.

Дело в том, что в документации о закупке стоимостью 17 млн руб. фигурировало слово «откат».

Как следует из сметы в конкурсной документации, размер «отката» составлял 1,7 млн руб. – 10% от стоимости контракта. Кому предназначались эти деньги, неизвестно.

«По данному факту в учреждении будет проведена внеплановая проверка», – сообщили в федеральном Минздраве.

Григорий МАТВЕЕВ.

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.

Школьные и студенческие годы должны стать периодом для укрепления и сохранения здоровья обучающихся – эта мысль красной нитью проходила через все выступления участников VIII Всероссийского конгресса «Вклад школьной и университетской медицины, гигиены в обеспечение национальных целей развития России до 2030 г.», состоявшегося нынче в стенах Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского.

В рамках форума были проведены научно-практическая конференция «Актуальные проблемы педиатрии и организации медицинского обеспечения в образовательных организациях в меняющемся мире»; научный пленум «Медико-профилактические основы совершенствования нормативного и методического обеспечения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов»; а также мастер-класс по оказанию первой помощи детям для педагогических работников школ.

В работе конгресса приняли участие представители медицинских и образовательных организаций, вузов, НИИ, органов исполнительной власти 34 регионов Российской Федерации, гости из ближнего зарубежья. Обсуждался широкий спектр проблем: научных, методических, организационных. На площадке конгресса состоялось совещание главных специалистов по оказанию медицинской помощи в образовательных организациях и гигиене детей и подростков Минздрава России, где речь шла о подготовке новых методических рекомендаций по профилактике школьно-обусловленных заболеваний, представил опыт «школьной медицины» Санкт-Петербурга и Ростова-на-Дону, затронуты проблемы организации оказания первой помощи обучающимся.

Участники конгресса отмечали, что достижения профилактической медицины позволяют совершенствовать государственную систему охраны и укрепления здоровья детей школьного возраста, и их надо максимально использовать.

– Модель первичной медико-санитарной помощи обучающимся должна иметь соответствующее ресурсное обеспечение, включающее материально-техническое и медикаментозное оснащение медицинских блоков школ; современные технологии, в том числе цифровые, и нормативно-

Обсуждения

Не потерять, а обрести



Физическая разминка во время школьной перемены способствует укреплению здоровья и повышению умственной работоспособности

методические руководства для медицинских работников образовательных организаций; медицинские кадры, прошедшие должное обучение, – считает заведующий кафедрой гигиены детей и подростков Сеченовского университета, член-корреспондент РАН Владислав Кучма.

К сожалению, с медицинскими кадрами в образовательных организациях дела обстоят, мягко говоря, не лучшим образом. Их дефицит усиливается в связи с тем, что в настоящее время выпускники педиатрических факультетов, пройдя первичную аккредитацию, могут работать участковыми педиатрами, но не могут работать педиатрами в образовательных организациях без последипломной специализации в ординатуре по педиатрии. Поэтому необходимо решение вопроса о возможности трудиться этим выпускникам в качестве педиатров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в образовательных организациях; а также внесение должностей педиатра, врача по гигиене детей и подростков, фельдшера, медицинских сестёр с высшим (бакалавр) и средним профессиональным образованием, оказывающих медицинскую помощь обучающимся, в номенклатуру (ЕКС) должностей специалистов,

заниматься в сфере здравоохранения. Кроме того, необходимо внесение трудовых действий, направленных на профилактику заболеваний и осуществляемых медицинским персоналом, работающим в образовательных организациях, в номенклатуру медицинских услуг. Это позволит тарифицировать услуги, повысит оплату труда медицинских работников и их заинтересованность занимать соответствующие должности, снизит острейший дефицит медицинских кадров, полагают участники конгресса.

На протяжении многих лет сохраняется недостаточное межведомственное взаимодействие между структурами здравоохранения и образования всех уровней в области охраны и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи. Нужен совместный приказ Минздрава России и Минпроса России (для вузов – Минобрнауки России), регулирующий такие вопросы как: имуществовые отношения между образовательными и медицинскими организациями, финансирование и организация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации обучающихся по производственному принципу; требуется разработка типового договора между образовательными и медицинскими организа-

циями; представление медицинскому персоналу, работающему в образовательной организации, права знакомиться с медицинской документацией обучающихся при поступлении на обучение и в процессе его. И, конечно же, необходимо создание Порядка оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся в системе профессионального образования, где накопилось немало проблем.

На одном из секционных заседаний были рассмотрены три современные модели медицинской помощи обучающимся и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в образовательных организациях: базовая (для школ с небольшой численностью обучающихся и малокомплектных школ), универсальная (для крупных городских школ) и региональная (для любых школ). Региональная модель предназначена для обеспечения первичной и вторичной профилактики ведущих школьно-обусловленных нарушений здоровья с учётом особенностей проживания, питания, заболеваемости детского населения, медико-социальных и экологических факторов, национальных особенностей и социально-экономических возможностей региона, особенностей организации общего образования, использования педагогических инноваций.

Несколько докладов были посвящены диагностике, профилактике и коррекции наиболее распространённых школьно-обусловленных состояний и заболеваний, основным прогностическим трендам заболеваемости учащихся на ближайшие годы и важнейшим мерам по сохранению и укреплению соматического, репродуктивного и психического здоровья обучающихся. Шёл разговор о современных подходах к оценке физического развития детей и подростков, создании региональных нормативов и единой базы данных физического развития юных жителей России. В ряде докладов были представлены медико-профилактические основы обучения детей и подростков в условиях цифровой трансформации образования, методы обеспечения гигиенической безопасности цифровой среды и современных информационно-коммуникационных технологий.

В ходе форума прозвучали предложения по совершенствованию мониторинга за состоянием здоровья и физического развития обучающихся, по внедрению интегрального показателя объективной оценки уровня санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся, разработанного на основе обновлённых санитарных правил и гигиенических нормативов; по формированию информационно-методической базы для системы риск-ориентированной профилактики школьно-обусловленных заболеваний; совершенствованию Единой государственной медицинской информационной системы передачи данных между медицинскими организациями и медицинскими блоками образовательных организаций.

Участники конгресса посчитали необходимым рекомендовать органам исполнительной власти субъектов РФ, ответственным за обеспечение здоровья подрастающего поколения, шире использовать вариативные модели школьной медицины, просить Минздрав России включить в перечень обследований при проведении профилактических медицинских осмотров оценку физического развития с использованием региональных модифицированных шкал регрессий массы тела по длине тела; а Министерство науки и образования РФ совместно с Отделением медицинских наук РАН инициировать проведение многоцентровых популяционных, лонгитюдных исследований состояния здоровья, физического развития и санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков в цифровой среде в пилотных территориях.

Решено было провести анализ подготовки, трудоустройства и результативности работы специалистов по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях («сестринское дело», бакалавриат); проанализировать состояние медицинского обеспечения студентов колледжей, техникумов и университетов, чтобы на очередном конгрессе представит результаты.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Личный опыт

В Нижнем Новгороде прошёл Всероссийский профсоюзный молодёжный форум «Проф-взлёт» для обучающейся и рабочей молодёжи отрасли здравоохранения. За два дня работы форума участники обсудили вопросы преемственности, наставничества и профессионального выгорания, а также провели тренинги и встретились с лидерами отрасли. (Более подробно об этом читайте в «МГ» № 42 от 26.10.2022.)

Образовательное мероприятие собрало свыше 200 человек из России и стран СНГ, в их числе была и психолог Тамбовской областной клинической больницы Наталья Акулинина. Она стала спикером и модератором на площадке «Предотвращение профессионального выгорания», где рассказала коллегам, почему профессиональная пригодность напрямую зависит от ресурсного состояния специалиста. Также привела критерии эффективности работы; дала алгоритм действия при выгорании; провела мастер-класс по психопрофилактике и психокоррекции означенного синдрома.

За профессионализм и ответственность

– Взаимодействуя с пациентами, медицинский работник использует такие инструменты, как вопросы, внимание, эмпатию, эмоции. Он наблюдает, лечит, проводит консультации, берёт на себя ответственность, принимает решения и в целом даёт необходимую опору пациенту. Для этого специалисту нужна возможность использовать стороны своей личности, необходима собственная психологическая устойчивость. Данное состояние – это инструмент врача, психолога, медсестры, как скальпель в руках хирурга. От него напрямую зависит эффективность всей многоплановой работы с пациентами, – отметила специалист.

В Тамбовской областной клинической больнице уже с 2012 г. ведётся многоуровневое психологическое сопровождение медицинских работников. Оно начинается с получения целевого направления при трудоустройстве в учреждение. Врачи проходят специ-



альное обследование и получают психологическое заключение, в котором отражены общая оценка реагирования, эмоциональный фон, стиль общения, реакции на

стресс, защитные механизмы, тип восприятия и другие аспекты личности и характера. Эти данные позволяют предположить, какими должны быть условия для эффек-

тивного вхождения и адаптации в новом коллективе.

Элементами сопровождения также являются систематическое отслеживание динамики психического развития медработника, а также создание условий для личностного и профессионального развития. Для сотрудников с проблемами в личностно-профессиональном развитии проводят психокоррекцию. Работа ведётся и с членами семей медиков.

За активную работу на форуме Н.Акулинина была отмечена «Благодарностью» за подпись председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолия Домникова – за профессионализм, высокую ответственность, творческий подход и неоценимый вклад в качестве модератора Всероссийского профессионального форума.

Светлана ФЕДОТОВА,
председатель Тамбовской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ.

Городской клинической больницы им. В.В.Вересаева 85 лет. В 1933 г., в 16 км от столицы, среди болот и непроходимых лесов было положено начало строительству Лианозовского вагоноремонтного завода. В 1937 г. открылись поликлиника и больница на 35 коек, которые должны были обслуживать всё увеличивающееся количество рабочих. Шаг за шагом лечебное учреждение строило новые корпуса, внедряло современные методы лечения, улучшало материально-техническую базу. Сегодня это одна из самых крупных клиник на севере мегаполиса. Развитие её не останавливалось никогда. Кроме капитального ремонта зданий, в этом году заканчивается строительство нового стационарного скорпомощного корпуса (ССК). Услугам персонала предоставлен весь комплекс медицинских и цифровых технологий, имеющийся в арсенале городского здравоохранения. Досконально продумана логистика помещений и маршрутизация пациентов. По сути, новый центр должен изменить представление о неотложной медицине и стать вектором её движения на долгие годы. О том, каким будет этот ультрасовременный центр спасения, беседа с главным врачом больницы им. В.В.Вересаева доктором медицинских наук Игорем ПАРФЁНОВЫМ.

– Игорь Павлович, сконцентрировать в одном скорпомощном комплексе все необходимые мощности, оборудование для экстренной помощи и минимизировать время от доставки пациента на «скорой» до начала экстренного лечения – цель исключительно важная. Другое дело, как к ней приблизиться? В связи с этим вопрос: каким образом будет контролироваться качество лечения в новом ССК?

– Решение о создании 6 скорпомощных стационарных комплексов было принято правительством Москвы и Департаментом здравоохранения столицы в 2018 г. Именно ССК призван стать местом, где оказание экстренной помощи будет построено по новому стандарту, принципу и подходу к оказанию скорой и неотложной помощи. В нём чётко прописываются все её параметры. Для этого медицинским сообществом города – врачами, медсёстрами, экспертами – создаются алгоритмы экстренной медицинской помощи. Они разработаны для 96% случаев оказания такой помощи.

В больнице им. В.В.Вересаева сейчас завершается стадия строительства. ССК будет укомплектован новейшей аппаратурой, будут применяться передовые технологии. Естественно, стены и установленное оборудование сами по себе не являются спасением, ведь оказать помощь могут только специалисты, умеющие пользоваться сложным медицинским оборудованием. От их квалификации, добросовестного отношения к делу зависит, насколько эффективно будут работать новые подразделения.

Также важное значение приобретают логистические решения – правило «золотого часа» никто не отменял. Поступающие пациенты будут распределяться по потокам. Красный (экстренные больные) – пациенты с угрозой для жизни. Жёлтый – в состоянии средней тяжести. Наконец, зелёный – больные в удовлетворительном состоянии. В соответствии с таким распределением будет работать комплекс.

Ещё один принцип, по которому строится работа новых ССК – пациентоориентированность. Врач будет приходить к пациенту и проводить все необходимые лечебные и диагностические манипуляции, больной будет оставаться на одном месте – на диагностической койке.

Соответственно, требования к сотрудникам, которые будут работать в новом подразделении, повышаются. Передовое оборудование, установленное в ССК, не только позволяет выполнять в полном объёме новый стандарт оказания

экстренной медицинской помощи, но и требует воспользоваться им с максимальной эффективностью. Повторюсь, это могут сделать только высококвалифицированные специалисты.

Следующая особенность, не второстепенная, связана с тем, что, поступая по экстренным медицинским показаниям в больницу, пациент часто начинает волноваться по поводу домашних проблем. Это повышает уровень стресса от нахождения в стационаре. У одних он связан с тем, что дома остался ребёнок школьного возраста. У других – пожилые родители, нуждающиеся в уходе. У третьих – домашние животные без попечения хозяев. Есть также больные, которым требуются медицинские справки, оформление или продление группы инвалидности. То есть десятки дел, скорее проблем, которые встают перед человеком,



Наши интервью

Новый этап роста

Изменить представление о неотложной медицине



внезапно оказавшимся в стационаре. Согласитесь, это не вопросы оказания экстренной помощи. Но их помогут решить сотрудники социальной службы и специалисты психологической поддержки. Они возьмут на себя решение части житейских проблем больного человека непосредственно в ССК.

– **Новых скорпомощных стационарных комплексов в мегаполисе откроется шесть, ваш будет чем-то отличаться от остальных, или речь идёт о типовых проектах, где всё стандартизировано? Например, проект здания, спецификация аппаратуры и квалификация персонала...**

– Каждый ССК возводится по индивидуальному проекту. В плане архитектурного решения он должен эстетически вписаться в лечебное учреждение. Новый комплекс – не самостоятельная клиника, он внедряется в производственный процесс действующей больницы. А облик каждой клиники складывался годами. Однако все скорпомощные комплексы будут объединять единый стандарт оказания экстренной помощи, о чём мы говорили в начале беседы.

– **Больница им. В.В.Вересаева – многопрофильная клиника, в которой проходит лечение большее количество больных. Как будет сочетаться работа по экстренной и плановой медицинской помощи?**

– Конфликта интересов в этом не просматривается. Это же не перепрофилирование, наоборот, новый этап роста. Сочетание плановой и

экстренной хирургии не противоречит одно другому. Наоборот, дополняет. Многопрофильное лечебное учреждение, каким является больница им. В.В.Вересаева, имеет отличное оборудование и специализированные отделения. Клиника известна в городе своей кардиохирургией, травматологией, другими отделениями, оказывающими высокотехнологичную помощь. Такой уровень работы достигим только во взаимодействии всех наших подразделений. Когда выстроена современная логистика, утверждён алгоритм действий, а сотрудники подготовлены и обучены особенностям работы в скорпомощном стационаре, достигается уже и новый уровень качества оказания медицинской помощи. Конечно, останутся плановая хирургия, кардиохирургия и другие профили оказания медицинской помощи.

– **Сейчас объявлен набор специалистов в эти медицинские учреждения. Ваш прогноз: насколько быстро удастся укомплектовать штат? Согласятся ли специалисты клинических отделений идти работать в новое подразделение или могут возникнуть какие-то сложности?**

– Многие сотрудники уже знают о преимуществах нового комплекса. Понимают, что это большой шаг для профессионального и карьерного роста, реализация здоровых амбиций по освоению новых технологических методов лечения. Представляете, у молодого доктора появляется перспектива освоить методики, включиться в работу команды, которая использует по-

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»:

Игорь Парфёнов окончил Дагестанский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело». Интернатуру проходил в областной больнице № 1 (сегодня – Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа). Здесь он прошёл путь от ординатора до главного хирурга области, руководителя Центра хирургии печени и поджелудочной железы. О работе этой клиники «Медицинская газета» не раз писала. В 2007 г. под его руководством в Белгородской области был организован Центр трансплантологии. Он лично провёл не одну операцию по пересадке печени.

И.Парфёнов является победителем Всероссийского конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший хирург» (2009). В 2018 г. стал лауреатом Премии правительства Москвы в области медицины. В 2021 г. – лауреатом премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Автор более 300 научных работ, 8 монографий, 12 патентов на изобретения.

следние достижения медицинской науки и техники. Это же интересно и увлекательно, использовать для спасения людей всё самое передовое.

Наш скорпомощный корпус рассчитан на 200 поступлений больных в сутки, а пиковая нагрузка – до 300 обращений. В проектах корпусов заложены особенности, позволяющие увеличить пропускную способность больницы, которая будет работать в ССК, с оптимизмом воспринимает такую возможность. Но, проанализировав все ситуации, мы поняли, что того коллектива, который сейчас сложился в стационаре – недостаточно. Потребуется привлечь дополнительное количество специалистов, готовых работать в новых условиях. Кадровый центр Департамента здравоохранения Москвы сейчас проводит многоступенчатый отбор таких специалистов, всего их планируется набрать около 2 тыс. Это и врачи, и медсёстры, и немедицинские работники. При этом сначала будет оцениваться их потенциал, потом создаваться условия, чтобы отобранные прошли обучение на тренировочном полигоне в Сокольниках. Там детально «обкатают» технологии, которые будут применяться на практике. После этого кандидатов ждут оценочные процедуры, экзамены. Люди, прошедшие перечисленные этапы отбора, получают возможность работать в создаваемых новых корпусах. При этом сначала пройдут обучение специалисты комплексов, которые откроются первыми: это ССК при больнице им. В.В.Вересаева и НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

– **Принимали ли участие специалисты больницы им. В.В.Вересаева в разработке нового стандарта? И если да, то в чём заключалась их работа?**

– Нет никакого секрета в том, что названные стандарты пишут-

ся целой командой. Кардиологи определяют алгоритмы действий при инфаркте, неврологи – при инсульте. Привлекались в том числе специалисты и больницы им. В.В.Вересаева. Далее стандарты обкатывались на полигоне, то есть мы реально смотрели, что нужно предпринимать, когда пациент в тяжёлом состоянии, например с инсультом, попадает на каталке к нам. И в предлагаемые алгоритмы вносили изменения для улучшения эффективности действий сотрудников. Поэтому нельзя сказать, что подобная работа велась только одной больницей. Скорее, это командная практика, для отработки которой использовались сотрудники разных лечебных учреждений, специальностей, включая средний медицинский персонал.

– **Работает ли ваша команда над дополнительными мерами по улучшению качества медицинской помощи, распределению потоков пациентов и принимает ли участие в разработке СОПов?**

– Да, постоянно просчитываются подобные стандартные процедуры, которые позволяют контролировать качество манипуляций. На самом деле речь идёт о ежедневной работе. Пройдёт какое-то время и поменяется техника, могут ужесточиться требования. Новые технологии дают возможность осуществлять манипуляции за значительно меньшее время. И это отражается в порядке действий медицинских работников. Всё должно быть доведено до автоматизма. При этом наше желание и стремление – работать на самом современном уровне медицины.

Беседу вёл
Андрей ДЫМОВ.



Из-за санкций, введённых против России, отечественная система здравоохранения оказалась в новой реальности. Нарушены отлаженные отраслевые процессы и инструменты, с новой остротой встали вопросы о перспективах индустрии здравоохранения в целом: о возможности обеспечивать себя препаратами, развивать научный потенциал, внедрять эффективные формы управления, о жизнеспособности системы ОМС, устойчивости к внешним ударам и т.д.

И всё это, сказал гендиректор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Виталий Омеляновский, открывая конгресс «Право на здоровье», в условиях, когда система здравоохранения драматически изменяется с точки зрения увеличивающегося возраста больных и их полиморбидности. Это те вызовы, на которые система здравоохранения должна реагировать. В том числе поэтому всё чаще обсуждаются проблемы, которые стоят перед уже запущенными федеральными проектами, и поднимается вопрос о возможности открытия новых. Ведь, по словам В.Омеляновского, федеральный проект – это катализатор, который должен перестроить систему, подготовить её для более действенного решения проблем, стоящих перед тем или иным профилем медицины.

Бесшовная эндокринология

Многие НМИЦ в рамках собственной стратегии развития, совершенствования мер по борьбе с профильными заболеваниями мечтают о создании «своего» федерального проекта. Но есть направление, которому, похоже, вскоре удастся это сделать, – эндокринология. Тем более что эндокринологи – далеко не новички в этом деле. В 1996 г. Правительством РФ была утверждена Федеральная целевая программа «Сахарный диабет», а с 2002 г. она стала подпрограммой Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», действовавшей до 2012 г.

В результате мер, реализованных в рамках той программы, в стране усилилась система эндокринологической помощи, в каждом регионе были созданы эндокринологические диспансеры, принимавшие пациентов с осложнениями, рассказала директор НМИЦ эндокринологии Наталья Мокрышева. По её словам, проведённые системные мероприятия позволили увеличить продолжительность жизни пациентов: «У нас резко снизилось количество высоких ампутаций – почти на 90%, практически 80% пациентов сохранили зрение, мы получили плюс 25 лет без диализа для пациентов с тяжёлой диабетической формой».

К сожалению, посетовала она, после завершения такого централизованного подхода к вопросам сахарного диабета пришлось наблюдать откат назад, печальные изменения и разрушение того, что было создано. Между тем армия пациентов с сахарным диабетом растёт год от года. По оценкам специалистов, их число в России достигает 10-12 млн. Основной причиной их смерти становятся осложнения, в 40% случаев это инфаркты и инсульты. Да и ковид показал, что это самая незащищённая группа на фоне инфекционных ситуаций.

Специалисты не могли оставаться равнодушными к такому положению дел и некоторое время назад инициировали повторное вхождение в долгосрочную программу. Была создана рабочая группа совместно с экспертным сообществом, представителями Минздрава, организаторами здравоохранения, и на сегодняшний день уже подготовлен проект будущей федеральной программы. Основные акценты в нём сделаны на создании системности в органи-

зации помощи пациентам на всех уровнях системы здравоохранения, правильной «дорожной карты», формировании и внедрении региональных программ по борьбе с сахарным диабетом, школ пациентов.

Сахарный диабет – это сложное заболевание, требующее мультидисциплинарного подхода и слаженной работы команды различных специалистов. В рамках реорганизации эндокринологической службы планируют внедрить

К сожалению, диспансеризация сегодня не приносит того результата, которого от неё ждали. А.Беляев предлагает учитывать опыт скандинавских стран и заниматься целевым скринингом определённых онкологических заболеваний, при которых он эффективен.

По его словам, требуется оптимизация вливания тех финансовых средств, которых, как казалось в начале, было много: «Надо понимать, что онкология – это само по

могут быть референсом и высказывать свою позицию, а рутинной контрольной работой заниматься не должны. «Это хорошо, когда один раз в год выехал, посмотрел, оценил и вернулся. А дальше повседневно экспертиза осуществляется страховыми организациями, ФОМС. Мы готовы оказать им организационно-методическую поддержку», – сказал он.

А.Беляев также указал на то, что сейчас 75% финансовых средств в

Денежное наполнение

Многое в медицине зависит от денежного наполнения в системе. При этом, считает ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главный специалист стоматолог Минздрава России, академик РАН Олег Янушевич, в рассуждениях об экономике здравоохранения часто упускается из виду сегмент част-

Деловые встречи

Катализатор системы

Эндокринологи готовятся войти в федеральный проект, а онкологи пересматривают действующий



в каждом округе региональные эндокринологические центры по образу и подобию НМИЦ эндокринологии, чтобы пациент не был предоставлен самому себе, а имел дело с командой специалистов.

Понимая важность раннего выявления проблем сахарного диабета для предотвращения осложнений, наладили взаимодействие с сообществом специалистов, занимающихся профилактикой, с терапевтами, нефрологами, кардиологами. Ведётся работа на уровне первичного звена, совместно с НМИЦ терапии и профилактической медицины разработали программы настороженности, чтобы заострить внимание терапевтов на первых признаках эндокринных заболеваний. Уже 52 тыс. терапевтов прошли этот блок знаний.

В службе ждут также быстрой информатизации всей системы и качественного интернета для коммуникации всех учреждений, без чего никакой бесшовности достичь не удастся. «Очень надеемся, что программа будет поддержана и стартует в 2023 г., что даст нам возможность создать в каждом регионе систему преемственности оказания помощи», – сказала Н.Мокрышева.

Онкология оживает, но нужны изменения

Как известно, четыре года назад онкологи вошли в Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» и, как говорит директор НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова Алексей Беляев, начали понимать, что онкология оживает. Но на фоне существенных изменений и достигнутых успехов сегодня в службе говорят о признаках того, что не всё в федеральных проектах было правильно спланировано, и нужно многое менять.

При продлении программы эксперт, например, предлагает обязательно учесть важность первичной профилактики и диспансеризации: «Есть онкологические заболевания, при которых очень эффективна вакцинация. Понятно, что это дорого. Значит, надо создавать свои вакцины, вкладывать в развитие этой отрасли, тем более сейчас, когда встал вопрос импортозамещения».

онкологии направлено в медикаментозное лечение: «Это наверное правильно, мы должны лечить на уровне международных стандартов. Но нами всегда поднимался вопрос о том, что хирургия важное направление, трудоёмкое, а там заложено всего лишь 15% средств. Когда есть возможность лечить больного либо хирургически, либо медикаментозно, чаще предпочтение отдают медикаментозному лечению, потому что лечить хирургически сложно, нужны специалисты, технологи и т.д.». Исходя из этого, он предложил отдать должное место развитию хирургии в программе «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Эту мысль разделил Т.Геворкян: «В лекарственном обеспечении всё очень понятно, мы знаем стоимость противоопухолевой лекарственной терапии и соответственно очень легко разобраться, соответствует ли тариф или нет. В хирургии это не так просто сделать, там более сложный механизм подсчётов. За последние годы эти тарифы не изменились. Думаем в ближайшее время этому разделу уделять внимание, потому что объём хирургической помощи немалым и на сегодняшний день вносит наибольший вклад в излечение нашего пациента и достижение основного целевого результата».

Был поднят вопрос и об оплате работы хирурга. «Неоднократно обсуждались, пересматривались механизмы оплаты лучевой терапии, лекарственного лечения. Но с 2013 г. не были пересмотрены модели оплаты хирургических пациентов. И только в этом году мы подошли к тому, чтобы пересмотреть их. На сегодняшний день ситуация уже меняется к лучшему», – сказала заместитель директора по лечебной работе МНИОИ им. П.А.Герцена – филиала НМИЦ радиологии Елена Гамеева.

По её словам, кадровая проблема в онкологии наиболее остро стоит именно в области хирургии: «К нам приходит огромное количество молодых докторов. На сегодняшний день в институте 200 клинических ординаторов, и все они хотят заниматься лекарственным лечением. И только 12 человек из них сказали, что хотят быть хирургами и заниматься лечением только злокачественных новообразований молочной железы».

Е.Гамеева убеждена, подобное положение дел сложилось потому, что большой хирургии не уделяется должного внимания. В дальнейшем клиническая ординатура должна быть сориентирована на подготовку хирургов: «Мы видим грозные опасения, что в какой-то момент люди перестанут приходить в нашу профессию, и хирургия будет заменена другими вариантами лечения. Возможно, с применением новых технологий, открытием современных препаратов хирургия и отойдёт на второй план, но на сегодняшний день это не так. Сегодня мы пытаемся стимулировать нашу хирургию, хотя она зачастую очень убыточна».

Контроль качества оказания помощи – важный инструмент для оценки результатов работы, согласился с коллегой заместитель директора по реализации федеральных проектов НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Тигран Геворкян. Он при этом напомнил, что в стране действует страховая медицина, и функции контроля качества должны осуществлять страховые медицинские организации. НМИЦы же

себе очень затратное направление в медицине, и никакое государство, даже очень богатое, не может полностью возложить на себя всю ответственность за финансирование». Исходя из этого, эксперт предлагает подумать, как привлечь средства: «Кроме тех бюджетных средств, которые мы получаем в рамках федерального проекта, государственного задания, есть ещё какие-то небюджетные источники финансирования, фонды, и надо подумать, как их подтянуть к нам».

Также он предлагает подумать о механизмах финансирования развития новых технологий: «Надо больше поработать для того, чтобы часть финансирования возложить на тех, кто может внести свой вклад в развитие медицины, онкологии, чтобы они взяли на себя финансовую составляющую доведения продукта. Вы ведь знаете болезнь нашей медицины: много есть хорошего, которое не доводится до конца, потом развивается за рубежом и, к сожалению, к нам уже приходит как продукт иностранного происхождения».

Слабым местом остаётся контроль качества за результатами диагностики, лечения: «К сожалению, у нас этого нет. Мы же видим, как порой оказывают помощь онкобольным, потом приходится исправлять, а некоторые вещи уже необратимы. Мы не имеем механизма проверки качества морфологических лабораторий, которых очень много расплодилось, когда увидели, что есть источники финансирования в бюджете. Их качество никто не контролирует. Мы видим, как появился много небюджетных учреждений оказания помощи. Может быть, контроль возложить на НМИЦы или предложить другие механизмы контроля качества онкологии», – высказался он.

Контроль качества оказания помощи – важный инструмент для оценки результатов работы, согласился с коллегой заместитель директора по реализации федеральных проектов НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Тигран Геворкян. Он при этом напомнил, что в стране действует страховая медицина, и функции контроля качества должны осуществлять страховые медицинские организации. НМИЦы же

ной медицины. «Почему-то всегда забывается о соплатежах, которые осуществляют граждане РФ, в том числе за оказанные услуги. И то количество частной медицины, которое есть, особенно в крупных городах, её вклад в общую систему здравоохранения, мы оцениваем как-то условно. Не буду говорить о всей медицине, скажу только как главный стоматолог: к сожалению, очень многие наши коллеги работают в частной сети, в арендуемых кабинетах, и не предоставляют отчётность».

Платежей потому и много, что объёмы бесплатной медицинской помощи недостаточны для удовлетворения потребности в ней населения, высказалась на этот счёт ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбекова: «И естественно, люди платят из своего кармана. Доля таких платежей от общих расходов на здравоохранение выше, чем в европейских странах, рыночно-ориентированных».

По её мнению, необходимы срочные меры на 2023 г. для повышения доступности медицинской помощи и снижения смертности в РФ. В частности, она предлагает ввести единый средний оклад для медицинских работников на всей территории страны, как у военных: врач – 4 МРОТ, медсестра – 2,5 МРОТ, младшие медицинские работники – 1,5 МРОТ, профессорско-преподавательский состав в вузах и НИИ – 6-8 МРОТ, в медицинских колледжах – 4-6 МРОТ. Также она считает необходимым установить единую систему стимулирующих и компенсационных выплат и вернуться к тарифной сетке, выровнять оплату труда медработников в регионах до среднего уровня. Для этого в 2023 г. к запланированному Минфином необходимо добавить 300 млрд руб. и далее по 500 млрд ежегодно к базе предыдущего года.

Более того, Г.Улумбекова даже знает, где искать внешние источники финансирования для повышения доступности бесплатной медицинской помощи. Со ссылкой на расчёты ВШОУЗ на основе данных Росстата и Всемирного банка, она привела следующие цифры. В РФ самое большое количество долларовых миллиардеров на объём ВВП, они платят 15% от доходов, а не 40 и 60%, как в Европе и США. В России самый большой флот частных яхт в мире и объём инвестиций в недвижимость за границей. С 2008 по 2021 г. из РФ официально вывели за границу практически без оплаты налогов 900 млрд долл. В 2022 г. в РФ вывоз капитала за границу составил более 40 млрд. «И мы не можем найти несчастные 4,5 млрд долл. на снижение смертности в стране?! Приоритет федерального бюджета – не инфраструктурные проекты, а спасение жизней российских людей», – заключила эксперт. Ведущий сделал ей замечание, что эти выкладки не в тему конгресса, зато зал поддержал их аплодисментами.

Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья подготовлен проект федерального закона, который предлагает исключить использование в нормативных актах, касающихся охраны здоровья, понятие «медицинская услуга». Авторы законодательной инициативы считают, что применение данной формулировки по отношению к медицинской деятельности некорректно и не обосновано.

Не вылечил? В тюрьму!

Как подчёркивается в пояснительной записке к законопроекту, право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в статье 41 Конституции РФ. Таким образом, оказание медицинской помощи является государственной функцией, а гарантированное конституционное право не может быть приравнено к понятию «услуга». Вне зависимости от каких-либо обстоятельств медицинская помощь остаётся медицинской помощью, иной трактовки Конституция России не предусматривает.

Здесь же есть ссылка на указание Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ, согласно которому право граждан на охрану здоровья не может реализовываться посредством отношений «купли-продажи», поскольку ценность здоровья и качественной жизни не подлежит сравнению ни с одним из известных материальных и духовных благ. В то же время налицо парадоксы отечественного законодательства: применение к медицинской деятельности термина «услуга» автоматически подводит отношения врача и пациента под действие закона № 2300-1 «О защите прав потребителей» и на них распространяется правило «потребитель всегда прав». Иными словами, выполняя сложнейшее оперативное вмешательство, хирург не спасает жизнь больного, а удовлетворяет его требования как потребителя услуги. Это ли не нонсенс?

Помимо моральной (правильнее сказать – аморальной) стороны дела есть и сугубо юридическое обоснование некорректности формулировки «медицинская услуга». Авторы законопроекта ссылаются на нормы гражданского законодательства, в соответствии с которыми оказание услуг предполагает заключение договора между исполнителем и заказчиком, а также оплату услуг последним. Кроме того, законодательством закреплено право на односторонний отказ от исполнения договора возмездного оказания услуг. Однако в случае с медицинской помощью у врача нет права на односторонний отказ от её оказания, к тому же при получении бесплатной медицинской помощи пациент никакого договора с лечебным учреждением вообще не заключает.

Наконец, важным обоснованием необходимости исключить формулировку «медицинская услуга» из сферы охраны здоровья граждан является то, что следствием появления этого термина в 2011 г. в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стало активное применение к медицинской деятельности статей Уголовного кодекса. В частности, при неблагоприятном исходе лечения врачей сегодня привлекают к ответственности по статьям 109, 118 (причинение смерти по неосторожности, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), а также по статье 238 УК РФ (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). Последняя статья, откровенно уравнивающая врачебную деятельность с работой строителя, парикмахера или автослесаря, оказалась излюбленной у следственных органов: за 2020-2021 гг. по ней в отношении медицинских работников было возбуждено 391 уголовное дело за оказание услуг, не отвечающих требованиям без-

опасности. То есть не за неудачный исход лечения, где у неудачи может быть масса объективных причин, а именно за некачественную услугу, которую клиент, якобы, заказал доктору.

Авторы проекта закона подчёркивают, что изъятие формулировки «медицинская услуга» из Федерального закона № 323 и ряда других законов, а также подзаконных актов, станет серьёзным шагом к декриминализации медицинской деятельности в Российской Федерации. Никто не говорит о том,

и место применения. Видимо, в Минздраве, полагают, что такой компромисс позволит вывести медицинскую деятельность и из-под действия принципа «клиент всегда прав», и из-под действия тяжкой уголовной статьи. Вот только как запретить общественности употреблять эту фразу, если организаторы здравоохранения, экономисты и представители системы ОМС продолжат её использовать, в том числе, публично?

Любопытно будет увидеть в итоговом варианте законопроекта,

пациентов, но и врачей, которые совершенно справедливо начинают мыслить в следующей парадигме: я проконсультировал пациента – заплатите мне за это сообразно моей квалификации, я прооперировал больного – жду адекватной оплаты оказанной услуги. Слова «помог», «вылечил», «спас», «сохранил жизнь» уходят из лексикона.

– Так и есть. Причём, если государство называет работу врача оказанием услуг, но при этом не готово адекватно платить ему за

работу? Управленческий непрофессионализм и пробелы в подготовке врачей – вот та благодатная почва, на которой появление формулировки «медицинская услуга» дало буйные негативные всходы, а именно – увеличение потока жалоб и судебных исков к медработникам и медицинским организациям.

– По-вашему, изъятие фразы «медицинская услуга» из законодательства действительно будет содействовать декриминализации врачебной деятельности?

– Отчасти будет: одно дело, когда ты попадаешь под статью уголовную, и другое – под административную. Но на качество медицинской помощи отмена формулировки «медицинская услуга» напрямую не влияет.

Если покопаться в причинах недовольства общества медициной, можно найти много того, в чём мы действительно недорабатываем. Отказ от формулировки «медицинская услуга» и формальная декриминализация медицинской деятельности сами по себе автоматически этих проблем не решают. Нам многое необходимо сделать самим внутри системы подготовки кадров и внутри организации работы отрасли, чтобы качество оказания медицинской помощи становилось объективно выше, а претензий к врачам – меньше.

Прежде всего, я имею в виду совершенствование системы подготовки медицинских кадров. В России нарастает дефицит врачей основных специальностей – хирургов, терапевтов и акушеров-гинекологов – на фоне упряднения субординатуры и интернатуры. Теперь мы имеем для подготовки специалиста только 2 года ординатуры, чего крайне недостаточно. Зато, согласно новой инициативе федерального Минздрава, недополученные знания и навыки должны молодым специалистам в стационарах передавать персональные наставники. Логика этой идеи плохо просматривается. Мы упрядняем субординатуру и интернатуру, не хотим увеличивать срок подготовки в ординатуре, ссылаясь на то, что это высокозатратно, но будем финансировать персональное наставничество?

Далее, а кто занимается подготовкой врачей на вузовских клинических кафедрах? Далеко не всегда это преподаватели, имеющие большой опыт медицинской практики, поскольку с недавних пор сотрудники вузовских кафедр не допускаются к ведению пациентов, если они не трудоустроены в этом лечебном учреждении хотя бы на четверть ставки. Собственные же университетские клиники есть лишь в единицах медуниверситетов России.

Так вот, может ли плохой хирург быть хорошим преподавателем хирургии? Не может. А хорошие хирурги неохотно соглашаются на преподавательскую работу, потому что им это невыгодно: зарплата преподавателя вуза сегодня значительно ниже зарплаты врача. Дошло до того, что на многих клинических кафедрах все преподаватели – совместители, они «бегают» между студенческой аудиторией и операционной, чтобы заработать на жизнь, и не могут уделять больше времени работе со студентами. Наукой на такой кафедре заниматься некому. И мы после этого удивляемся тому, что пациенты всё больше и больше недовольны нами, хотя с нашей точки зрения сама медицина сегодня в отличие от медицины полувекковой давности способна решать такие проблемы, которые тогда казались нерешаемыми.

Подводя итог, скажу, что предлагаемые изменения в законодательстве должны стать для врачей и системы здравоохранения не индульгенцией на непрофессионализм, а стимулом для более строгого отношения к самим себе.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Экспертный уровень

Вне зависимости от обстоятельств

Читайте Конституцию: медицинской услуги нет, есть только помощь



согласились ли его авторы с министерским компромиссом.

Инструмент НЛП

У автора этих строк есть сомнения в том, что инициативной группе депутатов Госдумы в принципе удастся провести законопроект, изымающий из обихода формулировку «медицинская услуга», то есть найти поддержку большинства парламентариев. Сомнения обусловлены тем, что в медийном пространстве поднялась волна противодействия со стороны пациентских сообществ, а также адвокатов, которые специализируются на «защите прав» пациентов и представляют их интересы в судах по многомиллионным искам к врачам. Протестующие убеждают общественность в том, что с принятием предлагаемых поправок в законодательство медицина вступит на путь вседозволенности и безнаказанности, то есть непрофессионализм и халатность станут нормой жизни в здравоохранении. Их возражения настолько эмоциональны, что думскому большинству придётся принять непростое решение – встать ли на сторону своих избирателей или же медработников.

А что думает по этому поводу само врачебное сообщество: необходимо ли отказаться от использования понятия «медицинская услуга»? Если да, что это изменит? Первый, к кому с таким вопросом обратилась «МГ», – президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин: – Корректировка в законодательстве необходима, она коренным образом изменит социальный статус врача, отразится на подготовке медицинских кадров, а также на обеспечении безопасности врачебной деятельности и качестве оказания медицинской помощи.

Что касается возражений пациентского сообщества и адвокатов, они не столь очевидны и к тому же имеют разную природу. Возражения адвокатов обусловлены тем, что они рискуют потерять заработок. А пациентами, которые считают понятие «медицинская услуга» верным и необходимым, движет непонимание того, что такое врачебная деятельность по своей сути и чем она отличается от сферы услуг. Между тем, говоря о медицинской помощи как об услуге, мы переводим её исключительно в материальную плоскость: тот, кто получает услугу, должен за неё заплатить, а тот, кто её оказал – должен за неё получить.

– Игорь Иванович, не получается ли, что сама формулировка «медицинская услуга» действует на людей как инструмент нейро-лингвистического программирования? Она перестраивает сознание не только

работу, тогда недовольство общества обилием платных услуг или взятками в медицине в принципе неуместно: вы же сами создали такую систему всего лишь с помощью двух слов, которые никогда и ни при каких условиях не должны были оказаться рядом – «медицина» и «услуга»!

Разрушения, которые причинила системе здравоохранения эта, казалось бы, безобидная формулировка – «медицинская услуга» – огромны. Врачебная деятельность на глазах перестаёт быть гуманистическим служением и становится банальным ремеслом, а доктор, отучившийся 6 лет в университете, а затем 2 года в ординатуре, справедливо начинает сравнивать свою зарплату с зарплатами сотрудников других сфер услуг, которые, возможно, вообще не имеют образования.

И в этой катастрофической религии превосходства материальной стороны дела над гуманитарной воспитано уже несколько поколений российских врачей. Разумеется, такое искажённое мировоззрение не может не сказываться на желании врача осваивать новые технологии, браться за лечение трудных пациентов. Пациентское сообщество, юристы, политики хотят, чтобы так продолжалось и дальше?

– Каким образом сама эта формулировка «медицинская услуга» могла появиться в законодательстве: осознанно или по недомыслию?

– Такие нонсенсы могут возникнуть, если за дело берутся непрофессионалы. Например, когда на пост министра сельского хозяйства назначают дипломированного врача, а министром здравоохранения – экономиста или юриста, вряд ли можно ожидать хороших результатов. В этом случае в нормативных актах рождаются подобного рода формулировки, ломающие глубинную суть медицины, способствующие дискредитации системы здравоохранения и статуса врача.

Выскажу крамольную мысль: в постсоветской России ситуация с ростом судебных исков к врачам за некачественно оказанную «услугу» в какой-то момент стала даже выгодна государству. Ведь кто-то же должен отвечать перед судом за прорехи в медицинском образовании и организации работы лечебных учреждений и всей системы здравоохранения. Ясно, что в глазах пациента виноват тот, с кем он имел дело непосредственно – врач, а вовсе не чиновник, который создал такие условия работы медиков.

Вообще при наблюдаемом нами прогрессе медицинских технологий рост недовольства пациентов работой врачей выглядит странно и нелогично, согласитесь. Тем не менее, это факт. Что же произо-



Медицинская реабилитация пострадавшим с ушибленными ранами не показана.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики. Осложнения, возникающие при лечении пациентов с открытыми ранами головы, отягощают течение болезни, в ряде случаев требуют госпитализации в стационар или увеличивают сроки пребывания в стационаре. Все осложнения можно разделить на 2 группы: связанные с особенностями течения раневого процесса (объективные) и связанные с операцией и хирургической техникой и тактикой (технические). Знание этих осложнений и применяемые профилактические и лечебные меры позволяют сократить их количество.

Рекомендовано проведение вакцинации от столбняка у пострадавших с ранами головы, которым данное вмешательство не было выполнено в срок ранее, не имеющих противопоказаний, в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами, регулирующими профилактику столбняка с целью предупреждения данного заболевания.

Рекомендовано проведение вакцинации от бешенства у пострадавших с ранами головы после укуса животными, не имеющих противопоказаний, в соответствии с действующими нормативно-правовыми до-

Повреждение мениска – это патологическое состояние, при котором нарушается целостность хрящеподобных структуры, расположенной между суставными поверхностями коленного сустава.

Этиология и патогенез. Причиной разрыва мениска является непрямая или комбинированная травма, сопровождающаяся ротацией голени кнаружи (для медиального мениска), кнутри (для наружного мениска). Кроме того, повреждение менисков возможно при резком чрезмерном разгибании сустава из согнутого положения, отведении и приведении голени, реке – при воздействии прямой травмы (удар коленным суставом о край ступеньки или нанесение удара каким-либо движущимся предметом). Повторная прямая травма (ушибы) может привести к хронической травматизации менисков (менископатия) и в дальнейшем к разрыву его (после приседания или резкого поворота при фиксированной стопе). Дегенеративные изменения мениска могут развиваться в результате хронической микротравмы, деформирующего артроза, а также у лиц, которым приходится много ходить или работать стоя.

Эпидемиология. Разрывы мениска коленного сустава являются одной из наиболее частых внутрисуставных травм. Такие травмы встречаются преимущественно у пациентов молодого трудоспособного возраста, активно занимающихся физической культурой и спортом. Чаще повреждается задний рог мениска, реже наблюдается изолированное повреждение тела мениска (15-20%) и ещё реже травмируется передний рог (9%, по И.Витогову). Разрывы могут быть со смещением оторванной части и без смещения. Среди поврежденных менисков преобладают разрывы внутреннего мениска.

Классификация. По плоскости разрыва (R.Metcalf, 1988):

- вертикальный продольный разрыв по типу «ручка лейки»
- косой (лоскутный)
- дегенеративный
- радиальный (поперечный)
- горизонтальный
- другие повреждения (дискоидный мениск, киста мениска).

По отношению плоскости разрыва к его кровоснабжению:

- разрыв в «красно-красной» зоне
- разрыв в «красно-белой» зоне
- разрыв в «бело-белой» зоне.

Клиническая картина. Пациенты жалуются на боль и локальную болезненность различного характера и интенсивности при пальпации внутреннего и наружного суставной щели. Характерны резкое ограничение движений, особенно разгибания, наличие гемартроза или выпота. Ущемление поврежденного мениска между суставными поверхностями может сопровождаться щелчками, хрустом и вызывать блокаду сустава, которая чаще бывает кратковременной и легкоустраняемой. При глубоком приседании возникает боль в коленном суставе. В анамнезе имеет место факт травмы.

Диагностика, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния: диагноз «повреждение мениска» устанавливается на основании:

- 1) жалоб (боль, ограничение движений в суставе, припухлость сустава);

кументами, регулирующими профилактику бешенства среди людей с целью предупреждения данного заболевания.

Инфекционные осложнения

Антибиотикопрофилактика рекомендована пострадавшим с открытыми ранами головы при правильно выполненной ПХО интраоперационно, однократно (бета-лактамы антибактериальные препараты: пенициллины, цефалоспорины 1-го или 2-го поколения).

Антибиотикотерапия рекомендована всем пациентам с нагноившимися ранами головы. При нагноении раны рекомендовано снятие швов, ревизия раны, вторичная хирургическая обработка, дренирование раны, взятие посева раневого отделяемого, продолжение этиотропной терапии, местное лечение.

Организация оказания медицинской помощи. На догоспитальном этапе рекомендуется наложить асептическую повязку, а в случае продолжающегося кровотечения – обеспечить компрессию области кровотечения, достаточную для его прекращения.

Рекомендована транспортировка пациента с открытой раной головы в ближайший многопрофильный стационар, обладающий возможностями круглосуточно принимать и лечить пострадавших с черепно-мозговой травмой, имеющий нейрохирургическое отделение.

Повреждение мениска коленного сустава

2) анамнестических данных (прямая или непрямая травма коленного сустава);

3) физического обследования (данные клинического осмотра и результаты тестов);

4) инструментального обследования (рентгенография, МРТ, УЗИ).

Жалобы и анамнез. Рекомендуется обратить внимание на следующие жалобы пациентов: боль, ограничение движений в коленном суставе, припухлость сустава, наличие факта травмы в анамнезе с целью успешной диагностики.

Физикальное обследование. Рекомендуется у всех пациентов в диагностических целях исследование местного статуса коленного сустава.

Наиболее информативны симптомы «блокады», Байкова, Мак-Маррея, локальной пальпаторной болезненности в проекции поврежденного мениска, Ланда, Турнера.

Лабораторные диагностические исследования для постановки или уточнения диагноза «Повреждение мениска коленного сустава» не имеют ценности.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется у всех пациентов в диагностических целях проведение рентгенографии коленного сустава в двух проекциях (прямой и боковой).

Является обязательным методом исследования, имеет высокую диагностическую ценность, позволяет оценить степень вовлеченности костных структур (исключить наличие перелома), косвенно оценить состояние хряща, определяющего прогноз лечения.

Рекомендуется у всех пациентов проведение магнитно-резонансной томографии для оценки состояния и повреждений менисков. В настоящее время один из основных методов диагностики при патологии коленного сустава. Этот неинвазивный метод позволяет выявить более 70-89% случаев повреждений менисков. Наиболее частым признаком разрыва мениска является расщепление мениска в проекции тени мениска или дефект ткани мениска в месте его нормального расположения с наличием такового в нетипичном месте.

По МРТ выделяют четыре степени изменений мениска (классификация по Stoller).

Степень 0 – это нормальный мениск.

Степень I – это появление в толще мениска очагового сигнала повышенной интенсивности (не достигающего поверхности мениска).

Степень II – появление в толще мениска линейного сигнала повышенной интенсивности (не достигающего поверхности мениска).

Степень III – сигнал повышенной интенсивности, достигающий поверхности мениска. Истинным разрывом мениска считаются только изменения III степени.

Возможно выделение IIIa степени, когда разрыв распространяется до одного края суставной поверхности мениска, и IIIb степени, когда разрыв распространяется до обоих краёв мениска. Для диагностики разрыва

Пациентам с ранами головы рекомендовано проведение амбулаторного лечения под наблюдением травматолога-ортопеда, хирурга, нейрохирурга.

Рекомендована госпитализация пациентов с открытой раной головы большого размера, требующей наблюдения хирурга, сопровождающейся кровопотерей, в нейрохирургическое, хирургическое или травматологическое отделение. Рекомендована выписка пациента клинического улучшения.

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

Факторы риска неблагоприятного исхода хирургического лечения:

Системные факторы:

- Пожилые возраст.
- Иммунодефицитные состояния.
- Васкулит.
- Кахексия.
- Инфекция.
- Полинейропатия.
- Локальное нарушение иннервации.
- Онкологический процесс.
- Нарушения углеводного обмена.
- Коллагенозы и другие системные заболевания.

Локальные факторы:

- Нарушение притока артериальной крови.
- Нарушение венозного оттока.
- Повторная травма.

можно ориентироваться и на форму мениска. Обычно на снимках в сагиттальной плоскости мениск имеет форму бабочки. Любая другая форма может быть признаком разрыва.

Рекомендуется у всех пациентов в диагностических целях ультразвуковое исследование коленного сустава – эффективность диагностики составляет 80-90%.

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

Не рекомендуется консервативное лечение ввиду неэффективности в большинстве случаев. Консервативное лечение может включать ограничение физических нагрузок, прохождение курсов физиотерапевтического лечения, применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Рекомендуется при наличии противопоказаний к хирургическому лечению и включает лечебную физкультуру для укрепления четырехглавой мышцы бедра.

Хирургическое лечение. Рекомендуется хирургическое лечение при наличии блокады сустава, затрудняющей нормальное передвижение пациента и выполнение им профессиональной (спортивной) деятельности для устранения блокады и болевого синдрома.

Рекомендуется с целью наилучшего результата активная хирургическая тактика в случаях появления клинико-рентгенологических признаков развивающегося гонартроза.

Рекомендуется эндоскопическая менискэктомия или шов мениска у лиц молодого возраста, активно занимающихся спортом с целью устранения болевого синдрома.

Артроскопическая менискэктомия обладает рядом преимуществ перед открытой, так как, являясь малотравматичной методикой, даёт возможность осмотра и манипуляций практически во всех отделах коленного сустава, в особенности, в задних, относящихся ранее к «слепым» зонам, кроме того, артроскопическая менискэктомия предоставляет возможность экономного удаления только оторванной и гипермобильной части мениска с минимальным нарушением контактной площади сустава, что значительно сокращает сроки восстановительного лечения больных.

Рекомендуется для наилучшего клинического результата один из видов оперативного вмешательства на выбор лечащего врача:

Артроскопическая резекция медиального мениска. Во время вмешательства выполняется парциальная резекция поврежденной части мениска.

Артроскопическое сшивание мениска. При повреждении мениска в «красной» зоне, свежем характере повреждения, молодом возрасте пациента возможно сшивание мениска.

В настоящее время наиболее часто применяется резекция мениска.

Показаниями к артроскопической менискэктомии являются боль в области коленного

Инфекция.
Наличие в ране инородных тел.
Постоянное натяжение кожных краёв.
Актуальность: 2022

Андрей ГРИНЬ,
руководитель отделения неотложной нейрохирургии Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы,
профессор кафедры нейрохирургии и нейрореанимации Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Минздрава России, доктор медицинских наук.

Владимир КРЫЛОВ,
директор Университетской клиники и заведующий кафедрой нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ им. А.И.Евдокимова, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ.

Александр ТАЛЫПОВ,
ведущий научный сотрудник отделения неотложной нейрохирургии Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, ведущий специалист организационно-методического отдела по нейрохирургии Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы.

сустава в проекции суставной щели, повторяющиеся блокады сустава, ограничение движений сустава, неэффективность консервативного лечения.

При выполнении оперативного вмешательства у всех пациентов рекомендуется руководствоваться принципами, отражёнными в комментарии ниже с целью устранения болевого синдрома и блокады коленного сустава.

Целью оперативного вмешательства является устранение блокады, восстановление целостности мениска и уменьшения травматизации внутрисуставного хряща.

Больной укладывается на операционном столе в положении лёжа на спине с согнутыми ногами в коленных суставах под углом 90 градусов. Бедро жёстко фиксируется в специальной подставке, колено согнуто. Это обеспечивает медиальную точку опоры, что позволяет создавать в суставе вальгусные и варусные нагрузки.

Используются стандартные артроскопические доступы. Латеральный доступ выполняется узким скальпелем (45 градусов к фронтальной плоскости колена) в треугольнике, ограниченном латеральным краем lig. patella (1 см от него), латеральным мыщелком бедра и плато большеберцовой кости (1 см над ним). Медиальный доступ производится скальпелем аналогично, но под визуальным контролем введённого в полость сустава с латеральной стороны артроскопа и по ходу иглы – проводника, которой предварительно пунктирует колено в медиальном треугольнике. Последний доступ используется для введения хирургического ручного и электроинструментария.

Первым этапом выполняется диагностическая артроскопия в классической последовательности:

- осмотр верхних отделов сустава и пателлофemorального сочленения при разогнутом колене
- ревизия медиального отдела при разогнутом и согнутом колене с вальгусным отклонением голени и расширением медиальной суставной щели
- обзор медиального, а затем межмыщелкового пространства при постепенном сгибании сустава до 90 градусов
- осмотр латерального отдела в положении сгибания коленного сустава с варусным отклонением голени, при котором расширяется латеральная суставная щель.

Для повышения точности диагностики обследование должно сопровождаться дополнительными манипуляциями: сгибательно-разгибательными и ротационными движениями голени, пальпацией суставной щели и боковыми смещениями надколенника снаружи, ощупыванием внутрисуставных элементов артроскопическим зондом.

Вторым этапом являются артроскопические хирургические вмешательства на повреждённых элементах коленного сустава.

(Окончание следует.)

– **Александр Сергеевич, в чём особенность и значимость данного мероприятия?**

– Всероссийскую научно-практическую конференцию «Жизнь с сахарным диабетом от 0 до 100» мы проводим совместно с главным детским специалистом эндокринологом Министерства здравоохранения РФ академиком РАН Валентиной Петерковой. Сахарный диабет (СД) зачастую диагностируют в детском возрасте, но со временем пациенты переходят во взрослую сеть, поэтому изначально мы ставили задачу: наладить мостик между детскими и взрослыми эндокринологами, так как схемы лечения сильно отличаются друг от друга.

Со временем нам удалось объединить не только детских и взрослых эндокринологов, но и врачей общей практики, диабетологов, терапевтов, педиатров и других специалистов и рассмотреть проблему с точки зрения междисциплинарного подхода.

Таким образом, конференция является в своём роде уникальным событием, которое поражает масштабом. Ежегодно нашу инициативу поддерживают ведущие научные и образовательные центры страны, а участие в конференции принимают тысячи и десятки тысяч специалистов.

– **С какими проблемами терапии СД чаще всего сталкиваются специалисты?**

– Главная задача, которая стоит перед врачами – достижение контроля целевых показателей глюкозы, однако при этом не учитывается ограниченность времени врачебного приёма, наличие у пациента коморбидности и кардиометаболического синдрома, а также несоблюдение пациентами назначений и рекомендаций.

Подчеркну: сейчас за результаты терапии ответственность несёт исключительно врач, но нужно помнить, что успешность достигается только при объединении усилий врачей и пациентов.

– **Как можно это объяснить пациентам?**

– Всемирный день борьбы против диабета отмечается 14 ноября. Он традиционно сопровождается образовательными мероприятиями, призванными повысить осведомлённость о заболевании. Но, конечно, одного дня в году недостаточно! Необходимо постоянно проводить просветительскую работу, возможно, даже в аптеках или религиозных учреждениях и других местах, куда люди приходят за советом и поддержкой. Получится так называемое терапевтическое обучение. Этот термин узаконен экспертами ВОЗ в 1998 г. Такой подход в целом применяется для работы с лицами, имеющими неизлечимые хронические заболевания, и признан во всём мире.

Когда-то вместе с главным эндокринологом Москвы профессором Михаилом Анциферовым мы входили в группу экспертов Всемирной организации здравоохранения, которая отметила, что профилактика СД может быть универсальной моделью в отношении любых хронических заболеваний.

Возможно со временем мы придём к открытию центров «метаболического здоровья», где специально обученные люди (в диабетологии в международном варианте они называются эдюкейторы (обучатели) должны в постоянном режиме заниматься, казалось бы, простыми вещами, – питанием пациента, его активностями, изменением образа жизни, приверженностью к терапии. Ведь все эти составляющие очень важны.

Кроме того, неопенимую помощь может оказать психолог, способный повлиять на измене-

ние представлений о заболевании (ведь многие, узнав такой диагноз, считают, что жизнь заканчивается, особенно, если ему назначили инъекции инсулина), и на выработку мотивации для управления СД.

Авторитетное мнение

Новый прорыв — Новые надежды

Идеология терапии сахарного диабета изменена

В Москве состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Жизнь с сахарным диабетом от 0 до 100», объединившая медицинское сообщество для обсуждения передовых практик по профилактике, диагностике и терапии сахарного диабета. За два дня в мероприятии, проходившем в гибридном формате – очном и онлайн, приняли участие более 2,5 тыс. специалистов.

Об этиологии заболевания и задачах, которые стоят перед врачами сегодня мы попросили подробнее рассказать председателя программного комитета конференции, заведующего кафедрой эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, руководителя сетевой кафедры ЮНЕСКО по теме «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», доктора медицинских наук, профессора Александра АМЕТОВА.

– **Меняются ли представления о СД у самих медиков?**

– Сахарный диабет 2-го типа молодеет. Если мы раньше говорили, что целевая возрастная группа 50-65 лет и старше, то сейчас заболевание начинается намного раньше, чем принято считать.

Более того: фундамент практически всех функций, органов и систем закладывается во внутриутробном периоде, где происходит процесс под названием «метаболическое программирование». Вне зависимости от веса (до 2 или более 4 кг) ребёнок может родиться с выраженной инсулинорезистентностью. А это тот отрицательный метаболический фундамент, который способствует увеличению риска развития любых метаболических заболеваний в 7-10 раз.

Среди них ожирение, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь печени, неалкогольная жировая болезнь печени и, как сейчас говорят гастроэнтерологи и терапевты, «метаболическая болезнь сердца», патологии суставов, онкологические заболевания и т.д.

Поэтому начинать действовать необходимо на этапе планирования семьи. Сейчас этими проблемами интересуются акушеры-гинекологи, педиатры, детские и взрослые эндокринологи.

Значительную роль играют генетическая предрасположенность, факторы окружающей среды – правда, сегодня эксперты предлагают другую терминологию: «факторы-пертурбанты», то есть те, что вызывают изменения в организме человека.

Сахарный диабет – неинфекционная эпидемия XXI века, отмеченная прогрессирующим увеличением количества пациентов, но усилия, которые могли бы повлиять на эти процессы, к сожалению, пока недостаточны.

– **Тем не менее, предупредить диабет, как я понимаю,**

всё же непросто. А можно ли предупредить развитие его осложнений, когда болезнь уже диагностирована?

– Все колебания глюкозы опасны и имеют последствия оксидативного стресса, который в свою

очередь усиливает эндотелиальную дисфункцию. Именно она лежит в основе развития микро- и макрососудистых осложнений, способных вызвать потерю зрения, нарушения функций почек, печени, сердца и всех систем. Например, диабетическая нефропатия развивается у 30–45% больных СД; 40–45% всех не-травматических ампутаций конечностей происходят по причине диабета!

Мы до сих пор не осознали, что феномены «глюкозотоксичность» и «липотоксичность» начинают действовать достаточно рано, как только превышает порог физиологических значений, представляя реальную опасность практически для всех клеток, тканей, органов и систем. Эта неконтролируемая «глюкозотоксичность» существует у пациентов более чем в 80% случаев, создавая отрицательный метаболический фундамент.

– **Настороженность по поводу СД и у пациентов, и у врачей когда должна возникать?**

– Естественно, изначально надо обращать внимание на наличие диабета у родственников первой степени родства. Это первая группа риска. Эту информацию просто получить в поликлинике, так как все пациенты с СД занесены в единую базу. Более чем у 85% больных СД-2 есть ожирение и избыточная масса тела. Но здесь важно говорить о целом ряде параметров, а не только о килограммах, которые включают в себя понятие «метаболическое здоровье».

– **В последнее время на слуху термин «предиабет». Чем характеризуется это состояние, насколько оно опасно? Всегда ли он «перерастает» в диабет?**

– К сожалению, сегодня предиабет воспринимается как что-то не очень серьёзное, не требующее никакого внимания и вмешательства. На самом деле, к моменту его диагностирования в организме уже сформировался отрицательный метаболический фундамент, и когда диагноз будет установлен, у 40–45% пациентов возможны поздние осложнения.

Я сторонник более жёсткой терминологии: не «предиабет», а «предкардиоренально-цереброваскулярно-метаболический» синдром. Ведь основная причина гибели пациентов – сердечно-сосудистые заболевания, на втором месте – цереброваскулярные. Таким образом, этот термин максимально подчёркивает опасность данного заболевания. Как и слово «глюкозотоксичность», потому что «гипергликемия» звучит очень мягко. Глюкозотоксичность начинается при глюкозе выше 6,1 ммоль/л, которые специалисты трактуют как стадию «предиабета». Но уже при нарушенной толерантности к глюкозе, нару-



шенной гликемии натощак, масса функционирующих бета-клеток уменьшается примерно на 40%! А когда установлен диагноз, то масса бета-клеток снижается на 60%. И это значит, что время уже потеряно катастрофически.

натрий-глюкозного котранспортера, и было показано, что при относительно незначительном уменьшении уровня гипергликемии снижение относительного риска сердечно-сосудистой и общей смертности, а также госпитализации от сердечно-сосудистой недостаточности при такой терапии может составить 38%.

Ещё один класс препаратов – инкретины (глюкагоноподобный пептид-1 и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1), который показывает хорошие результаты в отношении кардио- и нефропротекции. В алгоритмах ведения пациентов с атеросклеротическим ССЗ указано, что вне зависимости от уровня сахара крови, рекомендовано назначение препаратов из этих двух классов.

Возможности данной терапии оценили нефрологи, поскольку хроническая болезнь почек тесно связана с сердечной недостаточностью и развивается намного раньше, чем мы привыкли считать.

Иными словами, есть препараты, которые снижают сахар, но не уменьшают ни смертность, ни риск госпитализации от сердечной недостаточности, ни развитие терминальной хронической почечной недостаточности. А есть – сахароснижающие, но с кардио- и нефропротекцией.

Ещё один важный момент. Специалисты предлагают не дожидаться, когда пациенты из группы умеренного риска перейдут в группу высокого и очень высокого, а то и «экстремально высокого риска». То есть, мы пришли к осознанию необходимости максимально раннего начала лечения.

К сожалению, такой подход не всегда понятен тем, от кого зависит лекарственное обеспечение пациентов, но я всегда пытаюсь объяснить, что терапия СД – это совершенно другая идеология! Концепция ранней патогенетической персонифицированной терапии достаточно затратная, но важно, что она не только исключительно эффективна на этапе лечения, но и предотвращает последствия, требующие ещё больших расходов, то есть, наиболее целесообразна и в медицинском, и в социальном, и в экономическом аспектах.

– **Какими вы видите перспективы развития лечения пациентов с СД?**

– Однажды, выступая в Госдуме, я говорил о том, что наряду с жизнесохраняющими лекарственными средствами крайне важно обеспечить пациентов и сахароснижающими с доказанными свойствами в отношении кардио- и нефропротекции. Сегодня они не из дешёвых, поэтому для обеспечения доступности такой терапии государство, по моему мнению, должно разрабатывать аналогичные отечественные препараты или, по крайней мере, локализовать их производство.

Я верю, что со временем мы придём к идеологии, направленной на максимально раннее воздействие на заболевание. Но это возможно только в результате командной работы медицинского сообщества, представителей государственной власти и самих пациентов, где каждый исполняет свою функцию и самое важное – несёт ответственность за результат. Это способствует снижению уровня смертности, увеличению продолжительности жизни, улучшению здоровья и качества жизни пациентов, а также эффективному и безопасному управлению всеми хроническими заболеваниями.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

В 2023 г. Фонд обязательно-го медицинского страхования будет отмечать своё 30-летие. Для «МГ» это значимый повод для всестороннего анализа проблем и достижений ОМС. Сегодня своими мыслями делится депутат Государственной думы РФ кандидат медицинских наук Михаил КИЗЕЕВ.

– **Михаил Владимирович, прежде чем стать депутатом Государственной думы, вы прошли большой путь в практическом здравоохранении. Более 10 лет возглавляли Медицинский центр «Решма», флагман медицинской реабилитации. Думаю, есть смысл начать разговор с расказа об этой здравнице.**

– Медицинский центр «Решма» (ранее санаторий «Решма») за свою 35-летнюю историю накопил огромный опыт в лечении различных заболеваний.

В 1987 г., когда центр ещё только делал первые шаги, учреждению был брошен серьёзный вызов – разместить для лечения ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС и людей, принявших на себя последствия взрыва. Практически с нуля коллектив санатория разработал и внедрил уникальную лечебно-диагностическую программу по лечению и реабилитации участников ликвидации последствий взрыва, которой многие санаторно-курортные учреждения пользуются и сегодня.

Ещё одно важнейшее направление в работе – это реабилитация космонавтов после долгих и трудных космических полётов. Многие инновационные решения в деле восстановления человеческого организма после длительного пребывания на околоземной орбите в состоянии невесомости принадлежат коллективу санатория.

В 2000 г. в рамках реализации Федеральной целевой программы «Дети России» было открыто педиатрическое отделение. А в начале 2012 г. – новый корпус «Мать и дитя» для размещения детей в сопровождении взрослых.

Я возглавил санаторий в 2010 г. и сразу увидел огромный потенциал учреждения в плане оказания медицинских услуг. «Решма» обладала серьёзными ресурсами, как кадровыми (массажисты, инструкторы ЛФК, физиотерапевтические сёстры), так и материально-техническими в виде современного медицинского оборудования. Это нужно было обязательно использовать и активно продвигать.

В 2011 г. санаторий обрёл статус медицинского центра и начал внедрять одно из наиболее перспективных и быстро развивающихся направлений в медицине – медицинскую реабилитацию.

Целью реабилитации является возвращение пациента к активной социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и в конечном итоге улучшения качества жизни как самого

пациента, так и его родственников. Другими словами, восстановление человека как личности и его социальная интеграция в общество. Это подчёркивает огромную значимость реабилитации как одного из важнейших звеньев не только состояния и укрепления здоровья населения, но и сохранения и приумножения трудовых ресурсов страны.

С 2012 г. МЦ «Решма» под контролем ФМБА России реализует профессиональную систему медицинского сопровождения и реабилитации спортсменов сборных команд. В 2013 г. открыт круглосуточный реабилитационный стационар для детей и взрослых.

На сегодняшний день основными направлениями деятельности МЦ «Решма» являются лечение ор-

помощь. «Решма» оказывает такие услуги, как установка инсулиновой помпы больным диабетом, лечение кардиомиопатий, болезни Крона и др.

В 2014 г. мы открыли амбулаторно-поликлиническое отделение, осуществляющее медицинское сопровождение не только сотрудников учреждений, но и всех жителей деревни Дьячево. Одни из первых в 2020 г. внедрили технологию амбулаторной реабилитации, а год назад программа активно заработала.

И конечно, благодаря этому опыту, нам было гораздо легче справиться с задачей ФМБА принять в свою структуру два бывших госпиталя Министерства обороны, которые находятся во Владимирской области. Теперь это клиники – филиалы МЦ «Решма».



Содержание медицинских организаций выходит за рамки финансового обеспечения территориальной программы ОМС. Сохранение мощностей медицинских организаций в территории, где снижается численность населения, предусматривает выделение дополнительных средств, но порой в региональном бюджете таких средств нет, или их недостаточно. Поэтому требуется поиск правильных и эффективных подходов в решении этой задачи.

Вкладываются огромные деньги в материально-техническую базу поликлиник и больниц, проводятся капитальные ремонты, приобретается оборудование, но удовлетворённость населения качеством медицинских услуг не возрастает, как это планировалось. Опросы показывают, что жители, в первую

Проблемы и решения

Требуется поиск эффективных подходов

О настоящем и будущем ОМС в преддверии юбилея

ганов кровообращения, дыхания, заболеваний нервной, костно-мышечной, эндокринной систем, а также лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, нарушений обмена веществ, заболеваний глаз. Лечебно-диагностическая база «Решмы» располагает современными методиками функциональной диагностики, клинико-биохимических лабораторных исследований, УЗИ внутренних органов.

– **Как шло внедрение обязательного медицинского страхования в «Решме»? Почему не стали этому противиться, когда многие санаторные учреждения отказывались даже обсуждать данную тему, понимая всю сложность существования в новой системе отношений?**

– Действительно, ОМС – это совершенно другая система оплаты, в отличие от бюджетного финансирования или внебюджетных источников: учёт, оформление, взаимодействие со страховыми компаниями и ТФОМС. Другая система учёта и расходования денежных средств. Но знаете, дорогу осилит идущий, особенно, если понимать перспективы. Именно первые шаги в системе ОМС дали «Решме» возможность открыть новые услуги. Это, например, высокотехнологичная медицинская

помощь. В городе Радужном открыт круглосуточный стационар по профилю «медицинская реабилитация» на 20 коек для жителей региона. А в посёлке Волгинский был произведён переход с бюджетного финансирования на ОМС. Теперь там осуществляется амбулаторно-поликлинический приём населения, развёрнут дневной стационар на 10 коек и круглосуточный стационар по профилю «медицинская реабилитация» на 15 коек. Также оказывается скорая медицинская помощь жителям посёлка и прилегающих населённых пунктов.

– **Глядя сегодня на ситуацию с высоты депутата Госдумы, члена Комитета по охране здоровья, что вы думаете по поводу дальнейшего совершенствования системы ОМС?**

– Вопросов очень много. С одной стороны, государство вкладывает значительные денежные средства в развитие медицины и здравоохранения. Это, например, нацпроект «Здравоохранение», куда включены федеральные проекты по развитию онкологической, кардиологической, первичной медико-санитарной помощи, детского здравоохранения и др. Его бюджет более 1,3 трлн руб. В нацпроекте «Демография» есть отдельный раздел «Укрепление общественного здоровья», где тоже

заложены серьёзные средства – порядка 3 млрд. С другой стороны, увеличивается финансирование системы ОМС: меняются тарифы, появляются новые услуги, которые входят в ОМС.

Пандемия коронавирусной инфекции внесла свои коррективы: в 2021 г. в перечень услуг, предоставляемых по полису ОМС, включили бесплатную углублённую диспансеризацию для выявления возможных «постковидных» осложнений.

Но, к сожалению, проблемы остаются. Несмотря на то, что расходы на обязательное медицинское страхование из года в год растут, финансирования всё равно недостаточно. В ряде регионов стремительно увеличивается просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций. Причин много. Конечно, очень повлияла пандемия, во время которой приостановили плановые госпитализации, диспансеризацию, оказание платных услуг, что сказалось на доходах медицинских организаций. Но есть и хронические проблемы: например, сокращение численности населения, в том числе проживающего в сельской местности, и как следствие – снижение финансирования по подушевому нормативу.

очередь, недовольны длительным ожиданием приёма у узких специалистов или вообще их отсутствием в государственных клиниках.

За счёт средств ОМС осуществляется финансирование расходов на заработную плату вновь принятых медицинских работников. К сожалению, данные средства расходуются неравномерно в разных субъектах.

Решение этих проблем я вижу в серьёзном и взвешенном сотрудничестве региональных органов исполнительной власти и территориальных фондов по созданию устойчивой и эффективной системы здравоохранения в целях реализации программы ОМС как составляющей части программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

И в целом, требуется пересмотр подходов к оплате страховых взносов за неработающее население, изменение стоимости отдельных услуг (пересмотр тарифов), развитие новых услуг и включение их в программу госгарантий (например, расширение телемедицинских услуг).

**Беседу вёл
Андрей ДАНИЛОВ.**

Пресс-конференция

Инсульт в терапевтическом окне

Всемирный день борьбы с инсультом отмечается ежегодно с 2006 г. с целью привлечения внимания населения к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). К этой дате была приурочена пресс-конференция главного специалиста невролога Минздрава России и Москвы, директора Института цереброваскулярной патологии и инсульта Николая Шамалова, главного специалиста по медицинской реабилитации Минздрава России, руководителя НИЦ медицинской реабилитации Федерального центра мозга и нейротехнологий Галины Ивановой, вице-президента по внедрению новых медицинских технологий АО «Генериум» Дмитрия Кудлая, главного специалиста невролога Свердловской области Андрея Алашеева и главного специалиста по вопросам ОНМК Минздрава Приморского края Дмитрия Хана.

ОНМК, к числу которых относятся инсульт, являются, наряду с инфарктом миокарда, одной из основных причин инвалидизации и смертности. В РФ создана система оказания помощи таким больным, осуществляемая в первичных и региональных сосудистых центрах

общим числом более 600. В 85% случаев инсульт является ишемическим. Основным фактором риска ОНМК является артериальная гипертензия. Успех терапии зависит от ранней диагностики и ранней (в течение первых часов после появления неврологических симптомов)

госпитализации больных. Поэтому трём ранним признакам инсульта (слабость в руке, асимметрия лица, невнятная речь) нужно обучать всё население, включая школьников (которые первыми могут заметить эти симптомы у своих бабушек и дедушек).

Единственным методом лечения ишемического инсульта с доказанной эффективностью является внутривенный тромболитизис с помощью рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (альтеплазы), если лечение начато в течение 4,5 часов после начала инсульта. В случае тромбэктомии этот срок может быть увеличен до 6 часов. По данным Н.Шамалова, во время терапевтического окна в РФ госпитализируется лишь около 18% больных инсультом. Тромболитизис

проводится у 5,5% больных с ишемическим инсультом (от общего числа госпитализированных с данной патологией). Тромбэктомия вошла в программу ОМС только в этом году, поэтому общее число таких вмешательств невелико. В ряде регионов страны тромболитизис, не говоря уже о тромбэктомии, почти не проводится, но есть регионы, где картина более благополучная. Например, в Приморском крае за год удалось увеличить частоту тромболитизиса с 3,4 до 6,6%, что позволило снизить летальность с 18 до 12,4%. Число тромболитизисов в Свердловской области и Приморском крае удалось увеличить с помощью телемедицинских консультаций. Как отметил член-корреспондент РАН Дмитрий Кудлай, 3 года назад налажено производство отечественной альте-

плазы, которая оказалось столь же эффективной и более дешёвой по сравнению с зарубежным аналогом. Сейчас применяется поэтапная реперфузия (тромболитизис на первом этапе, и интервенционные методики (тромбэктомия) – на втором).

Профессор Галина Иванова рассказала о 3 этапах медицинской реабилитации инсульта, входящих в базовую программу госгарантий. С 1 января 2023 г. начнёт финансироваться реабилитация в реанимационных отделениях. Стартовал Федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация при ОНМК». Каждый больной с перенесённым инсультом может два раза в год бесплатно проходить курсы реабилитации. «Такой системы помощи больным с ОНМК нет ни в одной стране мира», – утверждает Г.Иванова.

**Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».**

Расширить клиническую базу

В структуре клинического центра Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского открылась клиника детских болезней, здания которой были переданы вузу в 2022 г. В короткие сроки учреждение было модернизировано, значительно расширены виды медицинской помощи, усилена диагностическая база.

Здесь будет оказываться плановая и экстренная специализированная медицинская помощь детям в возрасте от месяца до 15 лет по основным направлениям: «пульмонология», «аллергология», «педиатрия», при необходимости – «инфекционные болезни». Мощности рассчитаны на более чем 3,5 тыс. пациентов в год.

– Мы сохранили весь коллектив больницы, усилив его профессорско-преподавательским составом, – подчеркнул ректор университета профессор Андрей Ерёмин. – В отделении будут работать более 30 высококвалифицированных клинических специалистов различного профиля, в том числе кандидаты и доктора медицинских наук профильных кафедр вуза.

Кардинально обновлённую клинику посетил губернатор Саратовской области Роман Бусаргин. Он осмотрел педиатрическое отделение, особенностями которого являются наличие 1-2-местных палат с койкоместом для родителей, кислородная подводка к каждой палате, уникальная система вентиляции, позволяющая обновлять воздух в помещениях и палатах каждые 15-20 минут.

Губернатор посетил и корпус клиники, построенный ещё в 1896 г. и являющийся памятником архитектуры. Тем не менее в нём расположено детское консультативно-диагностическое отделение (КДО), где будут вести приём специалисты – педиатры, детские ревматологи, нефрологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, детский кардиолог, пульмонолог, аллерголог, невролог, оториноларинголог, детский инфекционист. Здесь уже организован единственный в области амбулаторный приём врача детского онколога, гематолога.

Ректор выразил благодарность губернатору, который также является председателем попечительского совета СГМУ, за поддержку инициатив и нововведений в вузе.

«Ярмарка вакансий»: предметный разговор

В Ивановской государственной медицинской академии состоялась ежегодная «Ярмарка вакансий» для обучающихся 4-6 курсов. Более 30 медицинских организаций области прислали для участия в ней своих представителей (руководителей и специалистов кадровых служб).

Традиционное для вуза мероприятие прошло в новом формате. В первой половине дня на выставке-презентации студенты познакомились с размещённой в холлах академии экспозицией, которая позволила им получить целостное впечатление о системе здравоохранения, увидеть «медицинское лицо» региона. На экспозиции были представлены программы привлечения и поддержки кадров, имеющиеся вакансии, студенты узнали о возможностях заключения договоров о целевом обучении, условиях для профессионального роста молодого специалиста и т.д.

Старшекурсники увиделись: это не только профориентационное, но и имиджевое мероприятие для системы здравоохранения Ивановской области, повышающее привлекательность отрасли для будущих врачей. Руководители и

специалисты медицинских организаций рассказали студентам о наиболее значимых достижениях и перспективах работы медицинских учреждений, новых клинических технологиях, инновационном оборудовании. Прошли мастер-классы, на которых студенты смогли попробовать свои силы при работе на портативном лечебно-диагностическом оборудовании.

В первой аудитории состоялась общая встреча участников ярмарки. С приветственным сло-

вом отметили новоселье вместе со студентами пришли председатель комитета по здравоохранению администрации Тюмени Ольга Андреева и заведующая сектором кадровой политики и медицинского образования Департамента здравоохранения области Татьяна Суханова.

Капитальный ремонт общежития продолжался 3 года, теперь первые счастливые новосёлы получают заветные ключи от комнат – они останутся самым активным и ответственным студентам.

С индийской стороны документ подписан президентом KIMSHEALTH, доктором М.Сахадуллоу и президентом SOCOMER, доктором Г.Виджаярагханом, со стороны университета – ректором профессором Игорем Маловым.

Во время церемонии подписания обсуждены основные направления сотрудничества, возможности проведения совместных научных мероприятий и онлайн-школ для студентов, возобновление обменов специалистами, препо-

давателями и студентами. Важным направлением взаимодействия является содействие в наборе абитуриентов из штата Керала на обучение в Иркутске.

Общий знаменатель научно-творческих связей

В Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н.Бурденко состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Организация службы клинической

В медицинских вузах страны

Международное партнёрство крепнет

вом здесь выступил и.о. ректора академии профессор Евгений Борзов. Депутат Государственной Думы РФ Михаил Кизеев в своём выступлении рассказал о парламентской политике в сфере привлечения и закрепления медицинских кадров, законодательных инициативах в этой сфере.

В докладе и.о. директора Департамента здравоохранения Светланы Москвиной был сделан анализ положительной динамики основных показателей кадрового обеспечения системы здравоохранения области, дана оценка существующим проблемам в этой сфере и путях их решения. В докладе директора Ивановского научно-исследовательского института материнства и детства им. В.Н.Городкова Минздрава России Анны Малышкиной, главного врача Шуйской ЦРБ Екатерины Кузьминой, и.о. главного врача Станции скорой медицинской помощи Иваново Ольги Качкиной был представлен опыт медицинских организаций по привлечению и закреплению молодых специалистов.

Новоселье на улице Мельникайте

После капитального ремонта сдан в эксплуатацию корпус студенческого общежития № 2 Тюменского государственного медицинского университета.

Новосёлов и гостей праздника открытия поздравил ректор вуза профессор Иван Петров. Он лично курировал ход ремонтных работ.

– Это не просто ремонт, это трансформация пространства, результатом которой стало появление новых объектов для обустройства быта студентов и развития культурной среды, – подчеркнул ректор. – Кампус – важнейшая часть университетской жизни. Это место, где студенты могут отдохнуть, набраться сил, подготовиться к занятиям. Общежитие будет не только местом проживания студентов, здесь будет и современный творческий центр, где свой потенциал смогут реализовать все студенты нашего университета. Тренд на обновление будем продолжать и постепенно двигаться по другим объектам кампуса. Отремонтирован уже 8-й этаж общежития № 4, приступили к ремонту общежития № 1, поэтому скоро все наши объекты будут в таком же обновлённом, ухоженном состоянии. Не забываем и о масштабном проекте Тюменской области – межвузовском университетском кампусе, там наши студенты со своими проектами окажутся более чем востребованными!



Участники российско-индийского молодёжного диалога культур в Смоленске

Общежитие рассчитано на 359 студентов, среди них и студенты-целевики из Тюменской, Курганской областей, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных областей, а также иностранные студенты. Тесноты в комнатах теперь нет, для желающих можно найти комнаты и на одного человека.

Средства на ремонт общежития выделены Минздравом России.

Пятилетка сотрудничества

В Иркутске состоялось подписание Соглашения о сотрудничестве на следующий пятилетний период между коллективом Иркутского государственного медицинского университета и руководством Института непрерывного медицинского образования и научных исследований Кералского института медицинских наук – SOCOMER KIMSHEALTH города Тривандрума, Индия.

Учреждения уже много лет являются эффективными и заинтересованными партнёрами, в рамках предшествующих соглашений состоялись неоднократные обмены преподавателями и студентами, совместные конференции, циклы лекций, выполнение диссертационных исследований. Обновлённое соглашение было подготовлено отделом международных связей и согласовано с Минздравом России, проект получил положительное заключение.

В настоящее время в университете по программам English Medium обучается 89 граждан Индии.

Вьетнам открыл двери

Ректорат Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова принял участие в дне открытых дверей во Вьетнаме. Мероприятие состоялось в дистанционном формате на базе Русского дома в Ханое в рамках приёмной кампании по отбору кандидатов на обучение по квоте Правительства РФ в 2023-2024 учебном году, которую проводит представительство Россотрудничества во Вьетнаме.

Целью мероприятия было ознакомление вьетнамских абитуриентов с системой высшего профессионального образования в России, программами обучения, факультетами и специальностями ведущих высших учебных заведений страны.

О преимуществах и особенностях обучения в Рязанском ГМУ вьетнамским школьникам и их родителям рассказал ректор профессор Роман Калинин.

В ходе сессии ответов на вопросы Р.Калинин обратил особое внимание собравшихся на особенности миграционного учёта иностранных обучающихся, нюансах процедуры приёма на обучение, возможности изучения русского языка в вузе, пользе подготовительных курсов для поступающих, вместимости и функциональных характеристиках общежитий университетского кампуса.

фармакологии в Воронежской области, Казахстане и Киргизии» (расширенное заседание регионального общества клинических фармакологов Воронежской и Липецкой областей).

Конференция объединила врачей – клинических фармакологов города Воронежа, Воронежской и Липецкой областей, профессорско-преподавательский состав кафедр фармацевтического факультета и Института последипломного образования ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева и Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова.

Программа конференции включала педиатрические аспекты клинической фармакологии в Воронежской и Липецкой областях и вопросы организации службы клинической фармакологии в Воронежской области, Казахстане и Киргизии.

Диалог культур

Индийские студенты Смоленского государственного медицинского университета приняли участие в первом российско-индийском молодёжном диалоге культур, который прошёл в городе-герое в Культурно-выставочном центре им. Тенишевых. Организатором мероприятия стала Смоленская региональная организация Российского союза молодёжи во главе с её председателем Евгением Захаренковым. Форум прошёл при поддержке посольства Индии в России.

Студенты факультета иностранных учащихся университета рассказали своим сверстникам из древнего русского города о культурных особенностях в различных индийских штатах, а также выступили с творческими номерами.

Среди спикеров форума были основатель и председатель общественной организации «Международный фонд повышения образования и умения среди молодёжи» (фонд «YES»), президент ассоциации Азиатских студентов Российского университета дружбы народов Мохаммад Акил; руководитель русского клуба «Атлас» из Нью-Дели, куратор всероссийского общественного движения «Волонтёры победы» в Индии Екатерина Семёнушкова; специалист по работе с молодёжью Смоленского ГМУ Татьяна Тищенко; заведующая кафедрой народной художественной культуры Смоленского государственного института искусств Светлана Цаплина.

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

Взгляд

Необходимый компонент диагностики

Биопсии или аутопсии на Западе представляются как необходимый компонент диагностики клеточных разрастаний. В одном из заокеанских медицинских журналов недавно появилась статья, в которой описывается новый метод анализа изображений, получаемых с помощью микроскопа, позволяющий выдать результат исследования через какие-то две минуты.

Авторы из Рочестерского университета начали её с констатации непреложного факта прогресса в медицине, однако в области биопсий за прошедший век мало что изменилось. Ради изменения положения в этой области они предложили для анализа биопсий кожных поражений двухфотонную флуоресцентную микроскопию (TPFM – Two Photon Fluorescence Microscopy). В статье представлены результаты исследования с помощью TPFM 15 биопсий немеланомных опухолей кожи, чувствительной и специфичности диагноза которых равна 100% в случае карциномы и сквамозной опухоли.

Не отстают от коллег и учёные Европейской лаборатории молекулярной биологии в Гейдельберге, сделавшие по их мнению, существенный шаг в направлении развития персонализированной терапии опухолей. Речь идёт о дальнейшем развитии микрофлюидики, оперирующей объёмами 0,1 мм. Ещё в 2018 г. авторы опробовали её для определения действия 56 противоопухолевых средств на клетки биопсий разных пациентов. Свою новую модификацию метода учёные назвали Combi-seq, что указывает на использование в каждой из капелек коротких ДНК-последовательностей, или секвенций в качестве «штрих-кода» (bar-code). Процедура занимает в общей сложности 12 часов, зато позволила разработчикам проверить на клетках биопсий действие различных комбинаций более 400 лекарств. Метод позволяет увидеть не только жива или погибла раковая клетка, но также разработать персонализированный подход к лечению. Статья молекулярных биологов называется «Combi-seq для мультифлексного профилирования использования

лекарственных комбинаций, основанного на транскриптоме одиночных клеток». Можно добавить, что транскриптомом называется совокупность информационных РНК, синтезированных в ходе транскрипции активных генов.

Ещё дальше, по крайней мере в одном случае, пошли специалисты Нью-Йоркского университета, которые предложили вообще отказаться от биопсий опухолей молочной железы. Они разработали программу глубокого обучения (DL – Deep Learning), которая позволяет анализировать характер процесса непосредственно по изображениям, получаемым при исследовании МРТ. Она получила название DCE (Dynamic Contrast Enhancement), или «динамичное усиление с контрастом» и была опробована при диагностике 3936 случаев. Точность диагноза по изображениям МРТ достигла 0,92 с достоверностью 95% (с интервалом 0,92-0,93). Разработчики полагают, что из DL система поможет резко снизить необходимость получения биопсий и станет основой широкого применения её в клинической практике.

Выводы

Ван Гог и протейны

Связь между голландцем и белковыми антителами прослеживается на молекулярном уровне, так как именем живописца назван один из важнейших протейнов – Vangl (Van Gogh like) – нервно-мышечных соединений. В НМС, или NMJ (Neuro-Muscular Joints) большую роль играет также фермент киназа, которая специфична для мышц и осуществляет перенос энергоёмких фосфатных групп.

Энзим поддерживает НМС энергией, в то время как Vangl, как это установили в парижском Институте миологии Сорбонны, очень важен для их формирования и ориентации. Выключение его гена приводит к дезорганизации соединений и нарушению распределения белковых рецепторов ацетилхолина, который с одной стороны снижает давление и замедляет сердцебиение, а с другой усиливает перистальтику кишечника и желудка. Vangl также необходим для развития мышечных стволовых клеток и ориентации микротрубочек в них, поэтому понятен интерес к этому гену со стороны специалистов, изучающих так называемые нервно-дегенеративные заболевания (НДЗ), к которым относятся боковой амиотрофический склероз (БАС), болезни Альцгеймера и Паркинсона.

В Массачусетском технологическом институте разработали программу машинного обучения (МО), с помощью которой было выяснено, что НДЗ развиваются нелинейно, как это вытекает из врачебного опыта. Авторы статьи в приложении Nature пришли к выводу, что для точного понимания прогресса того или иного НДЗ требуется долговременное

наблюдение человека (от полугодия до года). Их статья называется «МО находит нелинейные (nonlinear) паттерны прогресса НДЗ». В ней говорится, что движение должно идти не только от фиксации симптомов, но и молекулярной реконструкции биологических путей, и истина находится где-то посередине.

МО также помогло нейробиологам Мюнхенского университета проследить формирование связи между психозом и таким НДЗ как фронто-темпоральная деменция, наступающая при развитии процесса в лобной и височной долях. Немцам помогли также специалисты лондонского Королевского колледжа Лондона и Мельбурнского университета. Они обследовали 1870 человек с признаками деменции, болезни Альцгеймера, шизофрении и выраженной депрессии (среди них 902 женщины, средний возраст всех пациентов составил 38 лет). Долговременное наблюдение началось в январе 1996 и закончилось в июле 2019 г., течение заболеваний оказались не связаны с характером болезни Альцгеймера или старением мозга (преждевременная деменция – Dementia praecox), но в то же время позволили делать прогноз психосоциальных отклонений за 2 года до их проявления. Оценки клинических рисков проявления учитывала полигенную природу НДЗ и шизофрении. Учёные пришли к выводу о необходимости продолжения «трансляционной» патофизиологических процессов на фоне нейроанатомического изучения.

Среди хороших новостей можно отметить публикацию в Nature, который 29 сентября сообщил о подающих надежду моноклональных антителах Lecanemab, созданных токийской биотехнологи-

ческой компанией в сотрудничестве с американскими коллегами из Кембриджского университета. В пресс-релизе утверждается, что их применение снижало в ходе клинических испытаний снижение умственных способностей на 27%. В статье упоминались антитела, утверждённые ранее Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA), а также и других фирм, проводящих испытания в клинических условиях. Не все согласны с тем, что развитие болезни Альцгеймера связано только с «амилоидной гипотезой», справедливо указывая на нейротоксическое действие тау-белка, выпадающего в виде клубков, откуда его название.

На фоне подобного рода споров в последний день сентября пришло сообщение и об утверждении FDA экспериментального средства Relyvrio одной из компаний против БАС. Его эффективность была показана в ходе небольшого испытания, но члены комитета администрации посчитали, что полученные результаты «весьма убедительны». Чиновники также внимательно следят за испытаниями Aduhelm для лечения болезни Альцгеймера, вернее сдерживания её развития. Relyvrio представляет собой порошок, в состав которого входят два «старых» и известных средства, одно из которых используется при лечении печёночных расстройств, а второе представляет собой пищевую добавку, которая пришла из традиционной китайской медицины. Фирма из Кембриджа запатентовала данную комбинацию, которая по утверждению её сотрудников защищает клетки организма от преждевременной смерти (апоптоза и аутофагии).

Тайное и явное

С заднего входа

От кровотечений, так переводится греческое «геморрой», из заднего прохода люди страдали во все времена. С ним был хорошо знаком Гиппократ. Так в руководстве примерно 400 года до н.э. говорилось, как проводить выжигание геморроидальных узлов, и описывались инструменты для этого («отец» медицины предлагал «лечить» калёным железом и опухоли молочной железы). В нём же давался совет «оператору» не сдерживать вопли оперируемого, которые способствуют выпячиванию ануса, тем самым облегчая работу врача.



Ancient origins

Нынешние исследователи полагают, что развитию кровотока узлов способствовало постоянное травмирование, вызванное тем, что вместо отсутствовавшей туалетной бумаги эллины и затем римляне использовали остраконы, или осколки керамической посуды (в римских латринах за особую плату для этого выдавали мягкие губки).

В связи с недавней кончиной Елизаветы II мы многое узнали о дворцах и церемониях при дворе британских королей и королев. Тем не менее одна из сторон ежедневного туалета короля не получила достаточного освещения, хотя для её отправления существовал специальный человек, получивший название «туалетный гай», или «гью» (произношение в разные века менялось). Во времена Тюдоров имя слуги было более откровенным и читалось как «грум стула» (Groom of Stool). Помимо обязанности посещения королевского туалета грум (так в Англии называют женихов и... конюхов) занимал весьма важное положение при дворе, поэтому многие весьма стремились занять это место. Официально должность была утверждена при первом тудоровском короле Генрихе VII (1457-1509), но существовала и за полвека до его кончины. Важность «поста» была связана с тем, что грум участвовал также в определении фискальной политики королевства, начинавшейся со слежения за личными расходами короля и его двора. Монарх распорядился выдать Хью Денису, второму его груму, ордер на приобретение чёрного бархатного одеяния, отороченного белым шёлком, а также материалы на создание соответствующего кресла и отделку туалетной комнаты. Одно из кресел до сих пор хранится в коллекции исторических раритетов дворца Хэмптон-корт из красного кирпича, который намного скромнее Букингемского. В связи с этим приходит на память фильм Б.Бертолуччи «Последний император», в котором есть сцена с императорскими евнухами, которые носят с горшками юного наследника.

При Генрихе VIII, который ради женитьбы на Анне Болейн «оторвал» Англиканскую церковь от Рима, значение и важность грума ещё больше возросла. Он должен был следить за кишечными «движениями» повелителя, сообщая о них личному врачу. При этом остаётся неясным, должен ли

был грум подтирать за королём, но известно, что в «дом облегчения» допускались и придворные, по крайней мере некоторые из них. Известно, что Генрих казнил Болейн всего через 3 года после свадьбы, обвинив её в супружеской неверности. С 1526 г. грумом стал Г.Норрис, интриговавший при дворе, чтобы ещё больше возвысить Анну. На своё несчастье он влюбился в королеву, что стало известно в апреле 1536 г. Т.Кромвелл, завидовавший обоим, донёс королю о предполагаемом адюльтере, и грума бросили в Тауэр и пристрастно осудили на казнь. После Генриха VIII последовательно Англией правили его дочери Мария и Елизавета, ставшая первой. У них грумов не было, поскольку это считалось неприемлемым для женского пола. Тем не менее при той же Елизавете, правившей почти полвека, была официальная должность «леди спальной» (Bedchamber). Сохранилось даже имя елизаветинской «поверенной» Кэтрин Эшли. Анна, последняя из тудоровских королев, «держала» при себе тем не менее грума...

Делали через задний проход клизмы-энемы и за океаном во времена владычества майя. Для этого существовала даже специальная посуда. В лечебные и слабительные смеси добавляли различные травы и вытяжки из них, в результате чего человек получал изменённого состояния сознания. В этом нет ничего особенного, если учесть свидетельства использования опиума древними жителями Ханаана в XIV веке до н.э., то есть задолго до прихода на землю Обетованную народа, вышедшего из Египта под предводительством Моисея и брата его Аарона. Анализ органических остатков на внутренних стенках сосудов, найденных археологами неподалёку от Тель-Авива, была посвящена статья в журнале Archaeometry «Торговля и использование опиума в конце Бронзового века». Авторы из Тель-Авивского университета ссылаются на данные коллег, которые при раскопках на Тель-Араде обнаружили коноплю на каменном алтаре. А журнал Neurologia дал описание самых разных веществ, получавшихся жрецами майя и астеков из растений, например того же безыгольчатого кактуса лофофора, и той же гигантской лягушки «буфо», токсин из кожи которой обладает психоактивными свойствами. Вещества использовались шаманами и жрецами в ходе различных ритуалов и церемоний, в том числе и погребальных.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Archaeometry, Neurology, JAMA Psychiatry, Nature Computational Science, Science Signaling, Scientist, J American Medical Association Dermatology, Nature Communications, Science Translational Medicine.

Американские инженеры-биомедики Университета Дьюка разработали наиболее эффективное лечение особо опасного рака поджелудочной железы, когда-либо испытанное на подопытных мышах. В отличие от других экспериментальных методов, которые приводили лишь к остановке роста опухоли, терапия с использованием биогеля, радионуклидов йода-131 и химиотерапии полностью устраняла злокачественные клетки у грызунов, в том числе в тех случаях, когда болезнь считается наиболее трудно поддающейся лечению. Однако ещё предстоит провести множество исследований, прежде чем новый метод можно будет применить на людях.

Как известно, в клинической онкологии рак поджелудочной железы считается самым смертоносным. И несмотря на то, что он довольно редкий – на его долю приходится всего 3,2% всех случаев рака – он является третьей среди ведущих причин смерти от рака. Злокачественные опухоли поджелудочной железы быстро развивают резистентность к традиционным методам лечения из-за сочетания уникальных факторов. Например, в клетках происходят генетические aberrации – хромосомные перестройки, из-за которых опухоль приобретает устойчивость к химио- и лучевой терапии. Кроме того, вокруг опухоли формируется область, обеднённая кровеносными сосудами, которая является барьером для доставки лекарств.

Новый метод лечения, обозначенный в статье как I-ELP, является формой брахитерапии – варианта лучевой терапии,

Ну и ну!

Неожиданная победа

Новое оружие против смертоносной опухоли



когда радиоактивный источник помещается внутрь самой опухоли. Это позволяет добиться того, что патогенные ткани получают максимально возможную дозу облучения. Однако до сих пор ни один из существующих методов брахитерапии не улучшил клинические результаты при раке поджелудочной железы, поскольку в них использовались источники гамма-излучения. Гамма-лучи выходят за пределы опухолевых тканей, что делает их опасными для здоровых органов, поэтому использовались только низкие и неэффективные дозы облучения. Чтобы решить эту проблему,

специалисты использовали сочетание радиоактивного йода с эластимодобным полимером и наночастицами, связанными с химиотерапевтическим средством.

Эластимодобный полимер (ELP), содержащий радионуклиды, при комнатной температуре находится в жидком состоянии, однако образует стабильное гелеобразное вещество в более тёплом человеческом теле. При введении в опухоль полимер образует сгусток биогеля, заключающий в себе радиоактивные изотопы йода-131 и предотвращающий его утечку в организм.

В отличие от других форм брахитерапии йод испускает не пронизывающее гамма-излучение, а бета-излучение, которое отдаёт всю энергию окружающим опухолевым тканям, не достигая здоровых тканей. Со временем полимер, который состоит из обычных аминокислот, распадается и поглощается организмом, а йод-131 распадается с образованием безвредного и инертного ксенона. Излучение стабилизирует биогель, поэтому последний разлагается не ранее, чем израсходуются радионуклиды.

Предыдущие эксперименты показали, что биогель с радиоактивным йодом сам по себе не приводит к уменьшению опухоли. В новом исследовании учёные проверили сочетание брахитерапии с химиотерапией, которое, согласно гипотезе, должно успешно противостоять механизмам резистентности, присущим раку поджелудочной железы. Для этой цели было использовано химиотерапевтическое средство паклитаксел, которое останавливает клеточный цикл раковых клеток и делает их особенно восприимчивыми к радиоизлучению. По задумке специалистов, оба типа лечения взаимодополняют друг друга: кроме того, что они препятствуют размножению клеток, бета-излучение изменяет микроокружение опухоли, способствуя накоплению паклитаксела.

Метод был испытан на мышах с ксенотрансплантатами опухоли поджелудочной железы человека, которые вживляли прямо под кожу грызунов. Для эксперимента была выбрана линия раковых клеток VxPc3-luc2, для которой хорошо задокументирована резистентность к радиохимиотерапевтическим агентам. Эти клетки формируют опухоли с большой скоростью, выполняющую поддерживающую и защитную роль, а также с дефицитом кровеносных сосудов, что объясняет их невосприимчивость к лечению. Опухоли выращивали внутри мышей до достижения размера 125 мм³, после чего начинали лечение с различными дозами облучения и внутривенной инъекцией наночастиц с паклитакселом в дозе 25 миллиграмм на килограмм. Наилучший исход наблюдался при дозе облучения 10 микрокюри на кубический миллиметр: это была стопроцентная реакция на лечение с полным исчезновением всех опухолей через 14-21 день.

Интригующим открытием нового исследования стало то, что биополимер с радионуклидами йода разрушает барьеры микросреды раковой опухоли и улучшает её проницаемость. Такие барьеры долгое время служили основным источником лекарственной устойчивости при раке поджелудочной железы, и преодоление этого препятствия было основным направлением клинических исследований. Бета-излучение усиливает молекулярную проницаемость внутри опухоли, увеличивая накопление паклитаксела. В свою очередь паклитаксел повышает чувствительность опухолевой ткани к цитотоксическим эффектам радиации. Излучение уменьшает размер опухоли, ещё сильнее увеличивая её проницаемость.

Бывает и такое

Опасное антибактериальное вещество в сточных водах



Как отмечают учёные Университета Торонто (Канада) и Университета китайской академии наук, преобладающим антибактериальным веществом в осадке сточных вод является триклозан – компонент зубных паст, мыла и чистящих средств. Даже в небольших количествах это вещество может вызвать рост опасных микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам.

Исследователи провели анализ осадка сточных вод на очистных сооружениях Онтарио, где накапливаются как антибиотики, так и другие вещества, обладающие противомикробным действием.

Известно, что эти соединения способствуют естественному отбору резистентных микроорганизмов, потенциально способных вызвать тяжёлые инфекции, которые не поддаются обычному лечению. Осадок сточных вод содержит тысячи неизвестных соединений, однако учёные определили лишь те из них, что воздействуют на кишечную палочку *Escherichia coli*.

Всего было извлечено 10 образцов сточного осадка, при этом 6 из них продемонстрировали значительный ингибирующий эффект на рост *E.coli*. Учёные провели скрининг подозрительных веществ, когда осуществляется поиск веществ, чья точная струк-

тура неизвестна, однако известен ряд свойств, которым они должны обладать. Всего из 10 образцов сточного осадка удалось выделить 103 вещества-кандидата, при этом наиболее часто встречался триклозан – ингибитор бактериального фермента еноил-АСР-редуктазы (FabI).

Бактерии с искусственной мутацией, вызывающей уменьшение уровня FabI в клетке, оказались очень чувствительными к экстрактам сточного ила, что подтвердило – ингибиторы FabI являются основными антибактериальными соединениями в иле. Учёные выявили присутствие в сточном осадке триклозана – ещё одного соединения, блокирующего еноил-АСР-редуктазу. Несмотря на более высокое содержание триклозана в образцах, именно триклозан проявлял большую активность в отношении FabI, и на него приходилось свыше 58% всех ингибирующих эффектов ила.

В 2016 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) запретило использование триклозана в антибактериальных жидких мылах, а год спустя – в антисептиках для местного применения, применяемых в медицинских учреждениях. В ряде других стран, в том числе в России, разрешено применение гигиенических средств, содержащих триклозан, чья популярность возросла на фоне пандемии COVID-19.

Кстати

«Тихий убийца» мозга активирован

Как показали учёные Университета Квинсленда (Австралия) COVID-19 активирует ту же воспалительную реакцию в мозге, что наблюдается и при болезни Паркинсона. Этот процесс может иметь хронический характер, являясь «тихим убийцей» нейронов, не проявляющим себя внешне в течение долгого времени.

Известно, что коронавирусная инфекция может вызывать различные, в том числе неврологические, хронические состояния. В последние годы публикуется всё больше исследований, свидетельствующих об увеличении риска болезни Паркинсона у людей, переболевших COVID-19. Важным фактором нейродегенеративных процессов в мозге являются микроглиальные инфламмосомы NLRP3 – многобелковые комплексы, которые отвечают за выработку цитокинов, способствующих воспалительным реакциям.

Чтобы проверить, может ли COVID-19 способствовать активации NLRP3, учёные использовали доклиническую модель: трансгенных мышей, экспрессирующих человеческий ангиотензинпревращающий фермент 2 (hACE2). ACE2 – это мембранный белок, расположенный на поверхности клеток и являющийся точкой входа

для SARS-CoV-2. ACE2 вырабатывается многими типами клеток, включая не только клетки дыхательных путей, но также нейроны головного мозга и микроглию, что делает их потенциально уязвимыми к заражению. SARS-CoV-2 связывается с ACE2 человеческих клеток с помощью вирусного шиповидного белка S.

Оказалось, что вирус действительно проникал в мозг грызунов, где способствовал активации провоспалительных путей с участием NLRP3. Лабораторная модель микроглии, дополнительно выращенная из моноцитов человека, продемонстрировала, что вирусные частицы SARS-CoV-2 способны связываться с клетками и проникать в них, что напрямую вызывает сильные воспалительные реакции. Даже очищенный S-белок, взаимодействуя с ангиотензинпревращающим ферментом 2, активировал инфламмосому NLRP3 в микроглиальных клетках.

Когда мышам с hACE2, инфицированным SARS-CoV-2, перорально давали препарат, блокирующий активность NLRP3, у них наблюдалось значительное снижение микроглиального воспалительного процесса. Это увеличило выживаемость грызунов по сравнению с теми животными, которые не получали лечение.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Environmental Science & Technology, Molecular Psychiatry.

Кто бывал в Армении, тот представляет, как значимы хачкары – приметные и памятные придорожные каменные стеллы с высеченными крестами. Рядом обычно журчит родник... Хачкары помогают путнику ориентироваться, утолить жажду и вспомнить исторические события. Анна Аркадьевна своей долгой жизнью (1922-2020) и созидательной деятельностью по развитию детской нейрохирургии в нашей стране и мире оставила нам не один хачкар.

Долгий путь

Анна родилась 18 октября 1922 г. в Баку в семье юриста. Там же поступила в медицинский институт. Учёбу совмещала с работой медсестры в хирургической клинике. В 1944 г. молодого врача мобилизовали и послали в Украину работать начальником медсанчасти в лагере для военнопленных немцев. Свою роль здесь сыграло и великолепное знание Анной Артарян немецкого языка. Это была разнообразная, сложная и ответственная деятельность.

«Однажды меня срочно вызывают – в лагере погибает военнопленный, – вспоминала Анна Аркадьевна. – Приехала. Около тяжёлого больного сидит врач, тоже военнопленный. Я была худенькая, маленькая, девочка какая-то. Он на меня посмотрел и изрёк: «Врач нужен». Ему отвечают: «Она и есть врач». Немец говорит мне: «Больного надо срочно оперировать. Декомпенсированный абсцесс лёгких, отдышка угрожающе нарастает». Условий нет, но и ждать нельзя. Я распорядилась: «Уберите и помойте комнату». Военнопленные всё тщательно обработали, принесли чистое бельё. Немецкий хирург изумительно оперировал, я ассистировала. До войны он был

Память

Стеллы с высеченными крестами

100 лет со дня рождения детского нейрохирурга Анны Артарян



директором большой клиники в Берлине. Он быстро опорожнил абсцесс, и больному сразу стало легче. Теперь транспортировка в госпиталь стала возможной.

Было много разных ситуаций. Меня заставляли подписывать заключения по поводу причин аварий на шахтах и несчастных случаев, но я никогда не изменяла истине».

В конце 1946 г. Анну Аркадьевну, наконец, демобилизовали. Она вернулась в Баку. Работа ей нашлась в Сураханском районе, где она создала водолечебницу.

Преодолевая препятствия

Анна хотела учиться. И после преодоления разных препятствий

в 1949 г. оказалась в ординатуре Московского института нейрохирургии. Её шефом стал основоположник детской нейрохирургии профессор Андрей Андреевич Арентдт. Это была профессиональная судьба Анны Аркадьевны.

Учитель учил её оперировать и чувствовать больного ребёнка. От него исходило высокое благородство, и он заряжал им своих сотрудников. Под научным руководством А.Арендта она защищает кандидатскую диссертацию. Её избирают ассистентом кафедры нейрохирургии Центрального института усовершенствования врачей.

Детская нейрохирургия становится призванием Анны Аркадьевны. Она читает лекции, проводит практические занятия, много оперирует и углубляется в изучение опухолевой патологии у детей.

В 1968 г. доцент А.Артарян впервые в стране организует самостоятельный курс детской нейрохирургии на педиатрическом факультете Центрального института усовершенствования врачей Минздрава СССР. В полной мере здесь проявляется её педагогический дар.

При научной консультации основоположника количественной неврологии профессора Самуила Блинкова она выполняет фундаментальное исследование опухоли мозжечка у детей. Используя оригинальную методику расслоенных препаратов на патологическом мозге, доказываются возможность максимального сжатия зубчатого ядра при оперативном вмешатель-

стве как структуры, ответственной за возникновение стойких двигательных мозжечковых расстройств. И соответственно разрабатываются новые варианты методики хирургического вмешательства без повреждения сдавленных и смещённых ядер мозжечка. В 1973 г. Анна Аркадьевна с блеском защищает докторскую диссертацию на эту тему.

Её авторитет растёт. И она начинает бороться за право детской нейрохирургии на самостоятельное существование.

Первая в мире

В 1982 г. произошло крупное событие в медицинской сфере – в Центральном институте усовершенствования врачей Анной Аркадьевной была создана первая в мире кафедра детской нейрохирургии. Важнейший этап в организации специализированной помощи детям с нейрохирургической патологией головного и спинного мозга и подготовки детских нейрохирургов тесно связан с неутомимой деятельностью её первой заведующей. Анна Аркадьевна создала школу детских нейрохирургов и способствовала организации сети специализированных нейрохирургических отделений в областных центрах и крупных городах России, Украины, Белоруссии, республик Закавказья и Центральной Азии.

В начале 2000-х годов Анна Аркадьевна организовала крупный

центр детской нейрохирургии в Тушинской больнице Москвы, где вырастила сильный коллектив и руководила исследованиями по гипоксически-ишемическим поражениям мозга.

Ей как талантливому педагогу было присвоено почётное звание «Заслуженный работник высшей школы РФ».

За прочитанные в Италии в 1988 г. лекции по опухолям головного мозга у детей профессор А.Артарян была удостоена диплома Римского университета.

Научные труды и изобретения Анны Аркадьевны были направлены на решение проблем детской нейрохирургии. Этому же посвящены 18 кандидатских диссертаций её учеников.

* * *

Скромный, добрый и отзывчивый человек Анна Аркадьевна была удивительно стойкой в преодолении несчастий, которыми так избивала её 97-летняя жизнь.

Столетие А.Артарян подтверждает правоту её предвидения – детская нейрохирургия продолжает активно развиваться с использованием современных научных и технологических достижений.

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

Конкурсы

Славим медика – человека труда

В течение 10 лет при поддержке регионального правительства и Минздрава Свердловской области на базе Свердловского областного медицинского колледжа проходит конкурс профессионального мастерства в области здравоохранения «Славим человека труда».

В нынешнем году в нём приняли участие 28 талантливых представителей практического здравоохранения из 14 городов области.

На протяжении 2 дней участники демонстрировали практические навыки и знание теории по своим компетенциям: клинико-диагностической работе и лечебной деятельности. Лаборанты под наблюдением экспертов провели химико-микроскопическое, гематологическое и биохимическое исследования представленных образцов. Фельдшеры в симуляционных кабинетах отработали различные клинические задачи и ситуации, показали принципы взаимодействия с пациентом во время снятия ЭКГ, алгоритм оказания неотложной помощи.

«Ваши специальности ежедневно востребованы в практическом здравоохранении, – сказала, обращаясь к участникам, директор колледжа, президент Ассоциации средних медицинских работников области Ирина Лёвина. – Фельдшер – «универсальный солдат» медицины, способный оказывать качественную неотложную и экстренную помощь в амбулаторном звене, поэтому в нынешнем году медколледж увеличил набор на отделение «лечебное дело».



Лаборанты за работой

А без скрупулёзно выполненного лабораторного исследования невозможна точная дифференциация диагноза».

Накануне Дня среднего профессионального образования названы имена лучших лаборантов и фельдшеров. Ими стали медики из Екатеринбурга и Белоярского района.

Победителем конкурса в номинации «Лучший лаборант» стала Галина Тараканова, представлявшая детскую городскую клиническую больницу № 9 Екатеринбурга. Второе место заняла сотрудник специализированного центра медицинской реабилитации «Озеро Чусовское» Светлана Собко, третье – молодой специалист из Демидовской больницы Нижнего Тагила Артём Власов.

«Мой стаж работы в медици-

не – более 40 лет. Подобные конкурсы помогают держать руку на пульсе, обмениваться профессиональным опытом с коллегами и обновлять знания. Приятно было видеть среди участников конкурса молодёжь», – поделилась впечатлениями Г.Тараканова.

По словам заместителя министра здравоохранения региона Дениса Демидова, только в Свердловской области в конкурсе «Славим человека труда» представлены медицинские номинации. Это подтверждает значимость и важность специалистов со средним медицинским образованием для уральской системы здравоохранения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

Акци

Русла благотворительной реки

Больше месяца назад «Медицинская газета» напечатала корреспонденцию «Лето радости одето», в которой рассказывалось об отдыхе ребят из Луганского города Брянки в оздоровительном лагере под Жуковкой Брянской области (см. «МГ» № 33 от 24.08.2022). Вскользь было сказано и о том, что регион взял шефство над этим городом.

Для начала историческая справка. Брянка – город областного значения в Луганской области. В его составе – 5 посёлков, население – около 45 тыс. человек. Город промышленный. До линии фронта чуть больше 20 км. Со всеми вытекающими отсюда последствиями. Однако после масштабного разрушения на первый план выходят всё же мирные заботы восстановления больниц, школ, ремонт дорог и коммунальной инфраструктуры...

После подписания соглашения о сотрудничестве для начала жители региона собрали многотонный груз с продуктами, водой и строительными материалами. В город прибыла и приступила к работе и группа специалистов. При этом не нужно забывать, что важную роль играет и простое человеческое общение. Налаживание контактов в сфере культуры и образования.

– Благодаря помощи мы получили возможность восстановить всё то, что было разрушено и за

десятилетия пришло в полный упадок, – отметил глава Луганской Народной Республики Леонид Пасечник. – Прибыло ещё несколько автоколонн с гуманитарной помощью...

Особое внимание решено уделить обеспечению работы лечебных учреждений пострадавшего города, ремонту зданий больниц и поликлиник. В Брянку уже доставлены необходимые строительные материалы, несколько партий медикаментов и перевязочных материалов. Начал работать в городе и единый центр волонтерства, основной задачей которого является забота о больных и раненых, помощь всем, кто в ней нуждается.

Символично, что в Свято-Николаевский храм Брянки доставлена из Брянска икона Преподобного благоверного князя Олега Брянского с частицей его мощей. «Спасибо за понимание наших проблем, за человеческое участие и сострадание к бедам в такое непростое время. Благодарим за ваши благодеяния», – такими словами главный врач центральной городской больницы Брянки Виктор Бирюков выразил свою благодарность.

Словом, как отметила одна из местных газет подшефного города, русла благотворительной реки расширяются и углубляются.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

По Тверской

Все закрыты двери.
Утренняя дрёма.
Дирижабли тучевые
сели на дома.
Я качусь под горку
мимо жёлтых липок
и смотрю на звёзды
красного Кремля.
Это утро серо,
это утро село
буддою осенним,
штурманом: «Куда?»
Нет былой отрады –
сердце ждёт морозца,
тоненькой позёмки,
звонкой корки льда.

Волшебный концерт

Чёрные тени деревьев
На золотом полотне асфальта:
Как по клавишам фортепьяно
Вальяжно
На север
Легато.
Сцепление, газ!
Волшебный концерт:
Вместо звуков лучи и тени.
Мастерство не в руках,
А в умении
Построения
Универсальных фраз
Независимо от модальности:
Хочешь – маслом этюд,
А хочешь – сюита грёз или вальс.
Или просто в памяти след,
Картинка.
Откроешь глаза – и её нет.
Но когда-нибудь
Снова
На золотых октавах асфальта
Чёрные тени дизелов,
Вальс,
Полшестого.

Элитный гость

Запах укропа и чеснока,
Яблочный из закрутки сок:
Я сегодня элитный гость
В шлёпанцах на шерстяной
носок.
Кошка Муська сидит в углу.
За нею таз на боку, что нимб.
По притухшим волнам травы
Плащекрылый бредёт херувим.
«Глян, ведёрко набрал опять!» –
С недовольных слетает уст, –
«Их теперя куда девать?»
Огурчиком малосольным
хрусть...

Сокровенное

Души моей попутный ветер

Светлана СЕРГЕЕВА



Да будет навсегда

Очарованье будущего –
Звон невыдутых бокалов тон-
костенных
С изящной розочкой и ободком,
С тончайшей ножкой,
Что держать-то страшно,
Столь невесомых, что содер-
жимое
Как будто в воздухе
Зависло над рукою
И тучкою покорною летит –
Искрится...
Страх будущего,
Страх случайной птицы,
Крылом своим смертельно-ро-
ковым
Взмахнёт.
О! Где бы затаиться?
Где спрятаться? Где переждать?
На что решиться,
Чтоб этой птицы страшной из-
бежать?
Желанье будущего.
Пусть оно придёт!
Любое.
Высота иль дно.
За смертью – жизнь,
За радостью – беда,
За выходными – будни.
Всё, что могло бы быть,
Сойдётся веером в одно –

Что будет.
И это будет навсегда.

Сон и янь

О сны, на то вы и даны,
Чтобы померкнуть на рассвете.
Я странник солнечной страны,
В моей душе попутный ветер.
Мой плащ в туманах и росе.
В этюднике все краски мира.
И на соломенной косе
Блестит игрушечная лира.
Я знаю привкус высоты,
Оттенки тонких аллегорий,
Чтобы в небытие мечты
Загнать своё сердечко – сорри...
О сны, в вас утешения нет,
Но чтоб о землю не разбиться,
На чайнорозовый рассвет
Летят неведомые птицы.
О сны, в которых никому
Не удавалось, будь он гений,
Найти уменья по уму,
И выбрать по стопе ступени.

За Басё

Мы шли по мосту через реку,
солнце вычёрчивало твой про-
филь
и мне так хотелось взять тебя
за руку.

И потом,
стоя под большим шумным
деревом,
переживая летний ливень,
я вспоминала тембр твоего
голоса
и невероятный цвет
твоих глаз.
О как бы мне снова
попасть в это мечтательное об-
лако!?
В отчаянии бреду по осеннему
скверу
За Лу Ю и Басё.
Сыро и небо серо,
Темно,
Неужели, всё!?

В сокровищнице бога

О как же не хотелось уезжать!
И тихо шёл ко мне закат по лесу,
Спускалась грусть туманом не-
известным,
Как облако, что захотело спать.
Дымком тянуло, горьким от
листы.
Шиповник сладко цвёл и осы-
пался.
На полотне дороги оставался
Его полуразмытый след весны.
Как поезда, тянулись неспеша
По тёмной глади сонного залива,
Мгновенья прошлого, тихи и
молчаливы:

Все, из которых сделана душа.
И чудилось, что так пройдут
века,
Наш мир – бриллиант в сокро-
вещнице Бога,
Что жизнь и лето навсегда, на-
долго.
И лес шумел и плыли облака...

На жёрдочке

На Остоженке солнышко,
На Воздвиженке вишенки,
белые вишенки
в торте Всевышнего.
А мы уже на Манежной,
воробушки изнеженные,
сидим на тоненькой жёрдочке
и смотрим на звёздочки,
красные звёздочки,
куполов паруса –
храмов лодочки.
А если вдохнуть полной грудью,
да повыше задрать голову:
то вот и они, вишенки, –
доплыли с Воздвиженки
к нам сюда, на Манежную,
и растаяли, вешние.
Что же будет?

ОБ АВТОРЕ. С.Сергеева – не-
вролог, патофизиолог, доцент
кафедры патофизиологии Се-
ченовского университета, член
Союза журналистов Москвы. Пер-
вые стихи были написаны ещё в
школьные годы. Но основную часть
жизни всегда занимала медицина:
исследования и практика. В 25
лет защитила кандидатскую дис-
сертацию и продолжила научную
работу в области изучения зако-
номерностей механизмов восста-
новления головного мозга после
его ишемического повреждения.
Результатом стала докторская дис-
сертация, которую она успешно
защитила в октябре, с чем мы
её поздравляем! Автор более 60
научных публикаций, вдумчивый
опытный клиницист и вниматель-
ный тьютор. А стихи – это своего
рода Flickers of freedom (искры
свободы), деонтологическая за-
щита принципа альтернативных
возможностей.

СКАНВОРД										Алмаз		Труба под раковиной		Речная долина, корыто													
Квадрат в таблице	Гипро-меллоза	Рос. зоолог	Мелоксикам	Древне-инд. мыслитель	Танц. движение	Часть механизма	Горная выработка	Поручитель																			
		Вещество, кашалот			Наплыв на деревьях	Инженеры	Башкирия	Франц. живописец																			
Келья отшельника	Изобретатель			Непрозрачный воздух		Греч. буква	"... территория любви"																				
		Ростовское озеро	Храм, Таиланд		Спор	Трясогузка	"Юдифь" (перс.)																				
Реклама	Актриса ... Ильм			Прижим		Приток Енисей	Корень из 9	Время года					Хим. элемент														
			Альпака		Высокий тон звука		Ладно (стар.)		Г О Л Ь Ф П	К	Х	А	Т	Х	О	Р											
"Кукольный дом", перс.	Аэропорт, Париж			Пальма		Коралловый			И	И	А	Г	А	Р	Д	Е	Л	О	Р	С	И	Н	О	О	У		
Автор Валерий Шаршуков	Англ. писатель		Нежилая часть дома		Правда				З	А	Л	А	И	Н	К	А	Р	П	Л	М	К	У	С	В	А	Л	Т
									О	Н	Т	Р	У	Д	И	Н	Е	З	А	А	С	Т	Р	Е	Я	Е	Ж
									Л	Е	Г	А	О	С	О	Д	А	Й	Р	А	З	О	З	А	Р	И	Н
									Б	Э	К	М	И	Т	Р	Ж	И	В	В	Е	Т	В	Б	А	М	А	
									Д	Е	С	Н	А	Д	И	Н	А	Ю	Н	И	Л	Ответы на сканворд, опубликованный в № 43 от 2.11.2022.					
									А	Е	Г	А	У	К	К	А	Р	Д	А	М	О						
									Р	О	У	А	З	А	Д	И	М	Я	С	О							

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

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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.

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».

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

Заказ № 2978

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».