

Какую роль играет государственно-частное партнёрство в области здравоохранения сегодня?

Стр. 4

Новое поколение расходных хирургических материалов для остеосинтеза будет из магниевых сплавов, которые придут на смену титановым.

Стр. 10

Профсоюз работников здравоохранения Башкортостана на деле защищает интересы медицинских работников.

Стр. 12-13

Перспективы

Вместе к общим целям

Профсоюз и Нацмедпалата договорились о стратегическом партнёрстве



Профсоюзные лидеры из 85 регионов РФ, включая новые территории, приняли участие в V пленуме ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ, посвящённом подведению итогов «Года информационной политики и цифровизации профсоюзов», который был объявлен Федерацией независимых профсоюзов России.

Начало работы пленума ознаменовалось заключением соглашения о стратегическом партнёрстве между профсоюзом и Национальной медицинской палатой (НМП). Подписи под документом поставили председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников и вице-президент НМП Сергей Готьё.

В соглашении определены свыше 10 приоритетных направлений сотрудничества. Среди них – выработка единых подходов при подготовке нормативных актов, интеграция квалификаций в сфере

Момент подписания соглашения

здравоохранения, а также разработка профессиональных стандартов. В частности, НМП поможет профсоюзу в совершенствовании отраслевой системы оплаты труда, а профсоюз займётся системой допуска медицинских работников в профессию.

– Защита прав и интересов работников здравоохранения – важные задачи для профессионального сообщества. Сегодня мы сделали большой шаг к тому, чтобы те, кто лечит и спасает людей, были уверены, что о них тоже позаботятся, – прокомментировал подписание соглашения А.Домников.

С.Готьё отметил, что НМП продолжит совместную работу с профсоюзом по улучшению положения работников здравоохранения.

Заместитель руководителя ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России Казимир Яблонский в своём выступлении коснулся значимости

цифровизации в здравоохранении для снижения нагрузки на медиков и их защиты. А.Домников рассказал о достижениях, которых профсоюзу удалось добиться в этой области. Они были высоко оценены в Федерации независимых профсоюзов России.

На пленуме выступили лидеры ряда региональных организаций профсоюза. Они отмечали, что активное развитие информационной работы связано с необходимостью перехватить информационную повестку, заполнять информационный вакуум, ежедневно освещать работу по защите прав медиков. Это стало уже привычной заботой для профсоюзных организаций. И результат налицо – авторитет профсоюза среди работников здравоохранения растёт.

Сергей ФЁДОРОВ

Фото

Олега КИРЮШКИНА.

Акценты

Минюст России зарегистрировал приказ о новых правилах аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов. Положение вступает в силу с 1 января 2023 г. Требования к процедуре утвердил приказ Минздрава № 709-н от 28.10.2022.

Новые правила аккредитации

В документе появились нормы, которые долгое время предлагали внести общественные организации. Заявление на периодическую аккредитацию подаётся в Федеральный аккредитационный центр (ФАЦ) двумя способами: через личный кабинет медицинских работников (ФРМР). Если возникнуть какие-то проблемы с этим регистром, то можно воспользоваться вторым способом – услугами почты России. Иного варианта не предусматривается.

Пакет направляемых документов зависит от способа отправления. При использовании личного кабинета ФРМР большая часть документов упоминается в заявлении без предоставления копий или подгружается из базы данных автоматически. При отправке по почте собираются все копии необходимых документов. Если доктор получил новую категорию в год аккредитации или годом ранее, то потребуются предоставить копию акта о присвоении категории госкомиссией.

На передачу документов из ФАЦ в аккредитационную подкомиссию для оценки портфолио отводится 20 рабочих дней. Срок может затянуться как минимум на месяц, если ФАЦ не удастся сформировать подкомиссию и к оценке портфолио привлекут профессиональные некоммерческие организации. Минздрав России не указывает оптимального срока подачи заявления, но опосредованно информирует, что не гарантирует рассмотрение портфолио за месяц-два до завершения действия сертификата.

В портфолио входит, конечно, отчёт о профессиональ-

ной деятельности, «сведения об освоении программ повышения квалификации», есть и преференция для получивших категорию за год или в году аккредитации – не надо подавать отчёта о деятельности, только следует указать сведения о прохождении обучения.

Отчёт о работе имеет стандартную форму, с описанием выполняемой врачом работы, её анализом и перспективным планом, с графой о наставничестве. Время обучения сохраняется прежнее. Указание «суммарный срок освоения» 144 часа предполагает несколько вариантов: один длительный курс очного обучения, несколько очных курсов или 72 часа на очных курсах плюс столько же часов НМО.

Радикальное изменение – «сведения об образовании, подтверждённые на портале» НМО предполагают учёт всего того, что на этой площадке проводится и рекомендуется. То есть не только обязательные тесты по специальности, но и записанные порталом лекции и конференции. Никаких конкретных «баллов» или «кредитов» за обучение в Положении не упоминается, но в портфолио указывается название каждой программы, её «трудоемкость, часы», а также данные «подтверждающего документа».

Таким образом, врачи сами могут выбирать себе образовательный цикл, который им нужен, слушать тех спикеров, которые их заинтересовали. И главное – январская периодическая аккредитация пойдёт уже по новым правилам.

Андрей ДЫМОВ.

ТЕНДЕНЦИИ

Олег ШИЛОВСКИХ

Генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Минздрава Свердловской области:

В 2005 г. в структуре первичной глазной инвалидности глаукома занимала больше 50%, а уже за первые десять лет работы нашего отделения этот процент уменьшился до 24.



Стр. 6-7

Новости

Качественные медицинские
услуги на местах

Президент России Владимир Путин в режиме видеоконференции принял участие в открытии социальных объектов в разных регионах страны, строительство либо капитальная реконструкция которых завершена в рамках федеральных и региональных программ развития.

В Красноярске открылся новый корпус в краевом клиническом онкологическом диспансере им. А.И.Крыжановского. В нём будет организовано круглосуточное и амбулаторное пребывание пациентов. Президент РФ пообщался с губернатором края Александром Уссом и главным врачом диспансера Русланом Зуковым.

– Здравоохранение – одна из приоритетных сфер, наши люди должны получать качественные медицинские услуги там, где они живут. Надеюсь, в новом корпусе красноярского онкодиспансера работа будет поставлена на самом высоком уровне, – сказал В.Путин.

Президент также высоко оценил темпы капремонта поликлиники № 3 в Курске, в здании которой заменили воздуховоды, сделали пункт забора крови, установили новые стоматологические кресла, оборудование для диагностики, а также современный рентгеновский аппарат. Был создан центр здоровья и центр профилактики.

– Учреждение полностью отремонтировали за полгода, от старого тут остались только стены. За прошлый и текущий год нам удалось облагородить и привести в нормативное состояние более 80 больниц, – рассказал губернатор Курской области Роман Старовойт.

Фёдор СМЕРНОВ.

ЧП в самолёте: врачи не подвели

Во время авиарейса Новосибирск–Владивосток состояние одной из пассажирок резко ухудшилось, причиной стала передозировка нитроглицерина. Этим же рейсом летели гематолог Приморской краевой клинической больницы № 2 Виталий Дубов и его отец, заведующий гематологическим отделением Сергей Дубов, которые возвращались с конференции по современной гемостазиологии.

– Сложность ситуации состояла в том, что пациентка находилась в состоянии оглушения, при расспросе знакомых выяснилось, что она также страдает сахарным диабетом, а среди лекарств оказались сахароснижающие средства, – поделился В.Дубов.

По его словам, состояние было достаточно драматичное – сильные судороги, критическое падение давления. В результате грамотных действий врачей пациентка пришла в себя, её состояние стабилизировалось. Но на этом спасательная миссия гематологов не завершилась – буквально спустя 10 минут после первого случая плохо стало ещё одной пациентке, там был банальный обморок. Врачи снова пришли на помощь, привели женщину в чувство.

Самолёту не пришлось совершать экстренную посадку, борт благополучно приземлился в дальневосточной столице, сообщили в Минздраве Приморского края.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

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

Памяти коллеги

На 82-м году жизни скончался один из самых именитых советских и отечественных фотожурналистов

Юрий Фёдорович
ЛУНЬКОВ.

В 70-80-е годы Юрий Фёдорович работал в «Неделе», «Известиях», «Российской кооперации», журналах «Отчизна» и «Огонёк», а последние 20 лет творчество фотохудожника было связано с «Медицинской газетой».

Ю.Луньков входил в первую десятку советских мастеров фотографического искусства, искусства светописа, о чём говорят его профессиональные награды: три медали «Интерпрессфото», которыми художник был награждён по итогам международных конкурсов в Гаване, Дамаске, Москве, победный диплом на биеннале в Москве (2013), звание лауреата премии Союза журналистов РФ; в 1965 г. его снимок «Зима» был признан фотографией года и напечатан на обложке журнала «Советское фото».

Выпускник МВТУ им. Н.Э.Баумана, Ю.Луньков, получив в 1964 г. специальность инженера-конструктора, успешно поработав на космодроме Байконур, тем не менее вскоре присягнул «космосу» фотографии! Сказались юношеское увлечение фотоделом, занятия в московском клубе «Новатор» и активное сотрудничество с вузовской многотиражкой «Бауманец». Таким образом на перспективе карьеры в звёздной космической отрасли был поставлен крест – и он стал газетным репортёром...

Работая в федеральных средствах массовой информации, объехал всю Россию. В Твери, Орле, Муроме, Белгороде, Москве, ряде других городов прошли его персональные выставки. Одна из них называлась «Хожения Юрия Лунькова» и сопровождалась ещё и презентацией фотокниги-фолианта, изданного по итогам путешествия мастера в Индию.

Сегодня эта книга – «Здравствуй, Индия!» (2007) – букинистический раритет; с ней, как и с другими произведениями Юрия Фёдоровича, можно познакомиться в Музее российской фотографии в Коломне. Фотослед Юрия Фёдоровича увековечен не только в музейных экспозициях и подшивках авторитетных газет и журналов, но и в благодарной памяти наших читателей, с которыми он щедро делился своим талантом, ведя фотолетопись характеров и лиц ярких представителей медицинского сообщества России.

Редколлегия «МГ».



Деловые встречи

Плюс «Технологические
инновации»

В Москве состоялся очередной Пироговский офтальмологический форум

Это мероприятие всероссийского масштаба прошло в смешанном формате. Почти 500 участников посетили форум очно и более 4 тыс. присоединились к нему онлайн. Организатором выступил Центр офтальмологии и кафедр глазных болезней Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России. Ведущие офтальмологи из тридцати регионов России и ближнего зарубежья собрались вместе, чтобы поделиться своим опытом.

– Мы гордимся, что в условиях нашей многопрофильности, в условиях 28 направлений клинической деятельности Пироговского центра офтальмология заняла одну из лидирующих позиций. У нас подход к пациенту комплексный, ведь проблема данной специальности, как правило, только одна из проблем. Сегодня мы хотим про-



Выступает В.Нероев

Минздрава России, директор Национального медицинского исследовательского центра глазных болезней им. Гельмгольца, академик РАН Владимир Нероев:

– Пироговский офтальмологический форум – одно из ярчайших

– Нет на свете тех инноваций, того оборудования, методик хирургического лечения глазных болезней, которых не было бы у нас. Как только что-то новое появляется в мире, тут же это появляется в РФ, несмотря даже на санкции.

Исполняющий обязанности генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Олег Гриднев, в свою очередь, сказал, что форум является одним из эталонов проведения научно-практических конференций и входит в число лучших медицинских конгрессов России.

Заведующий Центром офтальмологии, профессор кафедры глазных болезней НМХЦ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Ринат Файзрахманов в своём выступлении акцентировал внимание на результатах форума. По его словам, это приобретение новых знаний и возможность поделиться своими наработками, а также расширить представления о технологических инновациях.

Главный офтальмолог Пироговского центра, доктор медицинских наук, профессор Михаил Шишкин возглавил президиум форума и выступил на интерактивной сессии с докладом на тему «Роль НПВП в профилактике кистозного макулярного отёка после ФЭК». Также было предоставлено слово ведущим офтальмологам и заслуженным деятелям науки.

В рамках форума традиционно прошла сессия «Живая хирургия». Офтальмологи в прямом эфире прооперировали пациентов со сложными клиническими случаями. Участники сессии не только наблюдали за ходом операций, но и задавали вопросы врачам в режиме онлайн. Впервые на Пироговском офтальмологическом форуме состоялась сессия «Технологические инновации». Были представлены портативный УЗИ на базе смартфона и фундус-камеры, офтальмологические VR-симуляторы с искусственным интеллектом и биопечать.

Денис АРАПОВ,
руководитель пресс-службы
НМХЦ им. Н.И.Пирогова.



Во время открытия форума

демонстрировать, что работаем с нашими ведущими медицинскими центрами, с нашими академиками, и это сотрудничество всегда идёт на пользу пациенту, – такими словами приветствовал участников форума генеральный директор Пироговского центра, доктор медицинских наук, профессор Олег Карпов. Он также отметил, что особенностью мероприятия является коллективное обсуждение наиболее сложных случаев в лечении болезней глаз и молодёжная секция начинающих учёных-офтальмологов.

Особую значимость форума подчеркнул главный офтальмолог

событий в офтальмологии РФ. С каждым годом он набирает обороты, всё больше участников и актуальных тем по социально значимым заболеваниям.

Главный офтальмолог Минздрава России отметил важность научно-образовательного формата форума, на котором специалисты из регионов повышают свой профессиональный уровень, а потом внедряют передовые практики и методики у себя на местах. Кроме того, В.Нероев обратил внимание на то, что сегодня российская офтальмология является одной из самых высокотехнологичных в мире:

Ориентиры

Психологической помощи — больше внимания

Службы психологической помощи в России не развиваются нужным образом, заявил Президент России Владимир Путин. Выступая на встрече с молодыми учёными в центре «Сириус», он сослался на данные социологического обследования ВЦИОМ, согласно которому 15% жителей страны нуждаются в психологической помощи, а среди молодых людей нуждающихся в ней – 35%.

– Нужно признать, что у нас эти службы не развиваются нужным образом. Происходит это из-за того, что государство на всех уровнях, муниципальном, региональном и федеральном, должно внимание, к сожалению, пока этому не уделяет, и напрасно. Сегодня, это тем более востребовано, – сказал В.Путин и добавил, что попросит председателя Правительства рассмотреть

этот вопрос на координационной комиссии.

По словам министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, развитие психолого-психиатрической службы сегодня является важнейшим направлением работы.

– За последний год при активном участии профессионального сообщества сформировано более 20 нормативно-правовых актов, принят основополагающий порядок оказания медицинской помощи – впервые помощь психологов погружена в медицинскую помощь. Сейчас принимаются необходимые решения по повышению её доступности для граждан, служб необходимо развивать, и здесь важно активное участие регионов, – сказал он.

Как отметил главный психиатр Москвы, директор психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева Георгий

Костюк, Минздрав России ведёт активную работу по совершенствованию процессов оказания психологической помощи: уже разработан и с 1 июля 2023 г. вступает в силу новый порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».

– Серьёзная проблема в психиатрической службе – её стигматизация. Люди зачастую попросту боятся идти на приём к психиатру. Очень надеюсь, что психологическая служба, развивающаяся в рамках службы психиатрической, станет тем связующим мостиком, который позволит людям обращаться за помощью без страха, – отметил Г.Костюк.

По его словам, кабинеты клинических психологов при необходимости смогут располагаться и в поликлиниках. Психологи смогут оказывать методическую помощь врачам общей практики, терапевтам, специалистам.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Проекты

Инвестиции в отрасль: детали

Государственная дума РФ в третьем чтении приняла закон о федеральном бюджете на 2023 г. и на плановый период 2024 и 2025 гг. В сравнении с первоначальным законопроектом, на реализацию госпрограммы «Развитие здравоохранения» будет направлено на 14,5 млрд руб. больше (1,208 трлн). По нацпроекту «Здравоохранение» расходы составят 311,7 млрд (изначально планировалось 309 млрд), а общий бюджет по профилюмному разделу достигнет 1,519 трлн руб. (в проекте было 1,503 трлн). В 2022 г. на аналогичные траты в федеральном бюджете было заложено 1,254 трлн.

В принятой версии закона расходы на федеральный проект «Развитие инфраструктуры здравоохранения» выросли на 877,5 млн руб. и достигли 38,9 млрд (в 2022 г. – 49,1 млрд). На федпроект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» изначально планировалось направить 17,3 млрд, но в итоговом варианте документа цифра выросла до 18,1 млрд (в 2022 г. – 21,2 млрд).

На новый федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом», реализация которого должна начаться в 2023 г., будут направлены 10 млрд. Это будут в том числе средства от дохода, полученного от введения с 1 июля 2023 г. акциза на производство сладких напитков. Налогом в 7 руб. за литр будут облагаться напитки с содержанием сахара более 5 г на 100 мл.

Реализация федпроекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2023 г. обойдется в 154,8 млрд, хотя изначально закладывались 153,7 млрд (в 2022 г. было направлено 189,6 млрд). На федпроект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» пойдут, как и планировалось, 1,2 млрд руб. Столько же закладывалось годом ранее.

На федпроект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ» будет направлено 11,7 млрд, хотя в первоначальном варианте планировалось на 300 млн меньше. Расходы на него в 2022 г. составили 15,4 млрд руб. На «Развитие сети НИИЦ и внедрение инновационных медицинских технологий» направят 8,9 млрд,

хотя изначально закладывалось 9,2 млрд (10,7 млрд в 2022 г.).

Не изменились по сравнению с данными законопроекта расходы на федпроекты «Развитие экспорта медицинских услуг» (26 млн руб., 27 млн в 2022 г.), «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» (90 млрд руб., 99,8 млрд в 2022 г.), «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (9,4 млрд руб., 8,5 млрд в 2022 г.) и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (17,5 млрд руб., 25,6 млрд в 2022 г.), «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (9,4 млрд руб., 8,5 млрд в 2022 г.).

По некоторым направлениям расходы федбюджета сократятся. Например, на комплекс процессных мероприятий «Обеспечение деятельности федеральных органов исполнительной власти, в том числе территориальных органов», будет направлено 5,8 млрд руб. (на 85 млн меньше, чем планировалось законопроектом). Расходы на группу мероприятий «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента РФ», снизились на 108 млн и составили 19,3 млрд.

Показатели таких федпроектов, как «Старшее поколение» (67,5 млн руб., ещё 18,9 млрд будут направлены по государственной программе «Социальная поддержка граждан»), «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» (40,7 млрд) и комплексы процессных мероприятий «Анализ и мониторинг системы здравоохранения» (333,8 млн), «Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами» (186,7 млрд) не изменились по сравнению с законопроектом, подготовленным к первому чтению.

Параллельно Госдума 24 ноября 2022 г. утвердила закон о бюджете Федерального фонда ОМС на 2023–2025 гг. В нём субвенция регионам на работу в базовой программе ОМС выросла, по сравнению с бюджетом на 2022 г. на 11,6%, или 285,7 млрд руб., – до 2,746 трлн. Больше денег уйдёт и на оказание медпомощи в федеральных клиниках – 163,6 млрд (+9,2 млрд руб. год к году), в том числе за счёт включения в эту статью оплаты «уникальных» методов лечения из перечня ВМП-III. Общий объём расходов ФФОМС в 2023 г. впервые превысит 3 трлн руб. и составит 3,219 трлн.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Ситуация

Серая зона правового регулирования

Конституционный суд РФ признал неконституционной норму Кодекса об административных правонарушениях (КоАП), по которой суды могут привлечь к ответственности за вождение в состоянии опьянения лекарствами без чётких критериев определения такого состояния.

Конституционность примечания к ст. 12.8 КоАП рассматривалась по запросу Салехардского городского суда Ямало-Ненецкого автономного округа, исследовавшего дело водителя, в организме которого в августе 2021 г. медицинское освидетельствование обнаружило лекарственные препараты, влияющие на психофизические функции. Тогда суд пришёл к выводу, что обнаруженные лекарства попадают в «серую зону» правового регулирования: законодательством не установлен точный перечень медицинских препаратов, способных вызвать опьянение, но не запрещённых к употреблению.

Так как суд счёл, что действующее регулирование порождает чрезмерную свободу правоприменительного усмотрения и не даёт гражданам оценить правовые последствия вождения после приёма лекарств, он приостановил производство, направив запрос в Конституционный суд РФ.

Исходя из КоАП и установленного Минздравом России Порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения, Конституционный суд пришёл к выводу, что управление транспортным средством под воздействием лекарств, которые способны ухудшить реакцию водителя, не образует состава административного правонарушения, хотя и считается противоправным деянием, запрещённым ПДД. Действующее законодательство прямо предполагает административную ответственность только за вождение после употребления алкоголя, наркотических средств или психотропных веществ.

Вождение в состоянии лекарственного опьянения нуждается в эффективном противодействии, и отсутствие в КоАП ответственности за это свидетельствует о пробеле в законодательстве. В результате суды нередко применяют к водителю административные санкции, не выясняя конкретные обстоятельства приёма лекарств: цели, дозы, наступившие последствия и т.д.

Законодатель надлежит устранить выявленный пробел и вытекающую из него неопределённость критериев установления состояния «лекарственное опьянение», постановил Конституционный суд. До этого момента вождение под действием лекарств, не содержащих этилового спирта, наркотических и психотропных веществ, не может караться по ст. 12.8 и ч. 3 ст. 12.27 КоАП.

В ГИБДД предложили федеральному Минздраву составить список запрещённых при управлении автомобилем лекарств ещё в июле. Заявлялось о необходимости наносить предупреждения о противопоказаниях на упаковку таких препаратов.

Ранее правительство внесло в Госдуму законопроект, предполагающий передачу результатов медицинского осмотра водителей в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и МВД посредством системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ). Документом предполагается не допускать к управлению транспортными средствами людей с заболеваниями, при которых это недопустимо.

Борис ЕФИМОВ.

Перемены

Как было и что изменилось

Минздрав России расширил перечень клиник, которые имеют право на забор и трансплантацию органов и тканей. Согласно совместному приказу Министерства и РАН, возможность забора органов и тканей получили ещё четыре региональные больницы, а трансплантации – два федеральных медцентра. Количество региональных медучреждений с правом на забор и заготовку органов и тканей увеличилось со 160 до 164, число федеральных клиник с правом на трансплантацию органов и тканей – с 45 до 47. Аналогичный тематический межведомственный приказ № 515н от 25.05.2021 утратил силу.

В обновлённый перечень медицинских организаций, у которых появилась возможность осуществлять заготовку органов и тканей для дальнейшей трансплантации, вошли Оренбургская областная клиническая станция переливания крови, хабаровские

краевая клиническая больница № 1 им. С.И.Сергеева и краевая клиническая больница им. О.В.Владимирцева, а также Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкология).

Также федеральный Минздрав дал разрешение на проведение трансплантации органов и тканей Национальному медицинскому исследовательскому центру травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова и НИИЦ глазных болезней им. Гельмгольца.

В предыдущий раз Минздрав России актуализировал список клиник с правом трансплантации и забора органов и тканей в мае 2021 г. Тогда возможность трансплантации, по сравнению с прошлой редакцией приказа, получили ещё пять региональных медучреждений – Курская областная клиническая больница, Республиканская клиническая больница

им. Н.А.Семашко в Улан-Удэ, Челябинская областная детская клиническая больница, Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логина и Приморская краевая клиническая больница № 1.

Кроме того, в 2021 г. возможность осуществлять заготовку органов получили Южно-Уральский государственный медицинский университет, Лесосибирская межрайонная больница в Красноярском крае, областная больница № 3 в Тобольске, областная больница № 4 в Ишиме и областная больница № 23 в Ялуторовске (все в Тюменской области), а также Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Башкортостан.

Григорий МАТВЕЕВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книжки

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года 8 800 800 80 80 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 дней прессой

Избранные издания для бизнеса

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

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

Приветствуя его участников, первый заместитель министра здравоохранения Виктор Фисенко напомнил о поставленной цели довести к 2030 г. среднюю продолжительность жизни россиян до 78 лет. Сейчас она составляет 70. В этой связи большое значение придаётся государственно-частному партнёрству (ГЧП) в области здравоохранения. В настоящее время в РФ осуществляется 187 таких проектов, а государственные инвестиции превышают 3 млрд руб. ГЧП приходит в первичную помощь. По словам заместителя министра, ежегодно проводимый в Сеченовском университете ММИФ – «площадка для выработки решений и обсуждения лучших практик для совершенствования нормативной базы».

Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Ольга Забралова отметила, что народосбережение и улучшение качества жизни являются основой государственной политики. Об этом же говорили депутаты Госдумы Ирина Филатова и Михаил Кизеев. Инвестиции в здравоохранение повышают качество медицинских услуг, причём большую роль должны играть частные инвестиции в рамках ГЧП.

Модератором пленарной сессии, посвящённой господдержке Национального проекта «Здравоохранение», была ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением доктор медицинских наук Гузель Улумбекова. Сессия открылась выступлением первого заместителя председателя Внешэкономбанка доктора экономических наук Александра Бравермана. Фармацевтические субстанции в РФ почти не производятся (доля локального производства составляет всего 12%). Государство готово оказать фи-

Обсуждения

В поисках новых подходов

В Сеченовском университете состоялся VI Международный медицинский инвестиционный форум (ММИФ-2022)



(Слева направо) Г. Улумбекова, А. Браверман, И. Купеева и М. Яндиев

нансовую поддержку отечественным производителям. Готовится постановление Правительства РФ о льготном финансировании производства субстанций путём субсидирования ключевой ставки для коммерческих банков. Ключевая маржа будет составлять 1-5%. Однако открытым остаётся вопрос о размере субсидий.

«Последние 20 лет все наши инвестиции были ориентированы на Запад, а сейчас пора разворачиваться на Восток», – заявил депутат Московской городской Думы, доцент Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова Магомет Яндиев. «Восточные партнёры ждут, что мы принесём технологии и инвестиции», – считает он. В нашей стране насчитывается 724 тыс. кандидатов и докторов наук. Но где

патенты и открытия? Где научная новизна защищаемых диссертаций? Депутат констатировал низкое качество системы аттестации научных работников и присуждения учёных степеней. «Мы – страна с советским менталитетом», – уверен М. Яндиев. Население считает, что медицинскую помощь должно обеспечивать государство. В качестве первоочередной задачи предлагается «научить население самолечению».

Заместитель генерального директора по науке НМИЦ радиологии кандидат медицинских наук Пётр Шегай в режиме онлайн рассказал о проблемах финансирования разработки радиофармпрепаратов (РФП) для лечения онкологических и других заболеваний на примере нового препарата для лечения метастатического

кастрационно-резистентного рака предстательной железы на основе радиоактивного лютеция. Центр потратил собственные средства на диагностические исследования, на проведение I и II фазы клинических испытаний, а вот финансирование III фазы и регистрации РФП отсутствует. Как известно, лечение незарегистрированным препаратом не может быть включено в программу госгарантий. Разработаны комплекс лучевой терапии «Оникс» и аппаратура для нейтронной терапии. Однако доля отечественного производства медтехники составляет только 12%, причём используются импортные комплектующие. Модератор предложила вернуться к пятилетнему планированию производства с учётом советского и китайского опыта, кооперироваться несколькими министерствам и «внести здравоохраненческую составляющую в инвестиционные стратегии».

Затем аудитории была показана запись приветствия и.о. главы Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний Кремля Викрамасингхе, призвавшего инвестировать в борьбу с курением, употреблением алкоголя и гиподинамией.

Сессия завершилась выступлением начальника Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора Ирины Купеевой о реализации Национального проекта «Здравоохранение». Этот проект, стартовавший в 2019 г., включает 8 федеральных проектов. В рамках проекта «Мо-

дернизация первичного звена здравоохранения» запланировано оснастить медицинские организации более 41,6 тыс. единиц медоборудования, капитально отремонтировать более 1,6 тыс. объектов, построить или реконструировать более 490 объектов. В то же время за последние 10 лет обеспеченность врачами не изменилась, а число медсестёр снизилось на 11%, фельдшеров – на 24%. Проекты «Земский доктор» и «Земский фельдшер» буксуют. Бессмысленно строить ФАПы, если там некому работать. Кадровое обеспечение является ответственностью субъектов РФ. К сожалению, как сказал выступивший в дискуссии сенатор Владимир Круглый, за одну и ту же работу врач в столице получает в три раза больше, чем в провинции.

В рамках форума состоялось 12 тематических сессий, посвящённых регулированию обращения лекарственных средств в РФ в условиях санкций, инвестициям в иммунизацию населения, трансформацию медицинского образования, медицинский и лабораторный бизнес, выводу на рынок медицинских изделий и т.д.

На развёрнутой в фойе конгресс-центра выставке демонстрировался тренажёр для сердечно-лёгочной реанимации, созданный Сеченовским университетом совместно с компанией VRT при поддержке «Фонда содействия инноваций». В комплект входит манекен, специализированный под работу с виртуальной реальностью, персональный компьютер с периферией и VR-гарнитура с комплектующими. С помощью тренажёра обыватель сможет быстро освоить навыки оказания неотложной помощи (закрытый массаж сердца и дыхание рот в рот) в любых чрезвычайных ситуациях. Планируется, что в следующем году разработка выйдет на рынок.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Тенденции

В России завершился очередной этап пилотной скрининговой программы «За здоровую страну» по раннему выявлению колоректального рака (КРР) среди населения старше 40 лет. На данный момент в нём приняли участие уже девять регионов страны (Республика Башкортостан, Хабаровский край, Свердловская, Ростовская, Воронежская, Оренбургская, Ленинградская, Сахалинская и Рязанская области). В ближайших планах – внедрение проекта в Новосибирской области и Республике Татарстан. За время реализации проекта скрининговое обследование прошли тысячи сотрудников корпораций «Ростех», «Роснефть», «Росатом», «Газпром», «РусГидро», «Металлоинвест» и других компаний.

Скрининговая программа реализуется с 2019 г. и была инициирована медицинской компанией «Олимпус» в тесном партнёрстве с Комитетом Государственной думы РФ по охране здоровья, профильными научными медицинскими исследовательскими центрами (НМИЦ) Минздрава России, органами исполнительной власти регионов и сотрудниками системы здравоохранения. Активное участие в её разработке принимали ученые и главные специалисты Минздрава России.

Программа фактически является масштабным российским тестом концепции популяционного скрининга, который активно применяется в других странах. Не для всех онкологических заболеваний популяционный скрининг является целесообразным, но для КРР, рака молочной железы и ряда других ЗНО подобная модель признана экспертами эффективной. Методология скрининга соответствует

Тестирование в масштабах страны

Колоректальный рак: преимущества популяционного скрининга

современным мировым стандартам. На первом этапе участники проекта проходят тестирование кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом. Лаборатория обрабатывает результаты и выявляет пациентов с положительным результатом, которым считается показатель гемоглобина в кале выше 100 нг/мл. Этим участникам скрининга назначается видеокколоноскопическое обследование под седацией. Его проводят лучшие региональные эндоскописты и специалисты федеральных НМИЦ, при необходимости одновременно удаляя полипы. Если же при колоноскопии обнаруживается КРР, то пациенту назначается лечение с вероятным хирургическим вмешательством вплоть до резекции отдельных участков толстой кишки и удаления близлежащих лимфатических узлов.

К настоящему моменту в рамках программы был проведён 11 481 анализ кала на скрытую кровь, из них 1463 (12,7%) оказались положительными. Всем пациентам была назначена колоноскопия, но пришли к эндоскопистам только 909 (62%) человек. У 480 (44,9%) из них обнаружены полипы, а у 27 (3%) – выявлены ЗНО, более 70% которых на I или II стадиях!

Пилотный проект продемонстрировал результаты, сравнимые с лучшими мировыми практиками, и дал основания полагать, что данная модель скрининга несёт не только клиническую пользу, но и положительные экономические последствия. Расчёты, произве-

дённые специалистами Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики совместно с Минздравом Оренбургской области, доказали, что скрининг КРР экономически целесообразен. Например, расходы на радикальное хирургическое лечение одного пациента с КРР на IV стадии с последующей химиотерапией в течение года более чем в 20 раз превышают аналогичные расходы по лечению пациента с I стадией.

На федеральном уровне продолжают обсуждение экспертных предложений по оптимизации модели скрининга. В первую очередь, речь идёт о создании единого центра управления онкоскринингами по всем нозологиям, что позволит повысить эффективность медицинского менеджмента и маршрутизации пациентов. Во-вторых, специалисты рекомендуют сформировать амбулаторные эндоскопические центры в регионах в целях скрининга рака желудка и кишечника. В-третьих, необходимо методологическое обеспечение сотрудников системы здравоохранения, в частности внедрение единого скринингового реестра, что улучшит точность диагностики и позволит оперировать огромным массивом данных. И наконец, это внедрение управленческих инноваций, например, обеспечение более плотного взаимодействия между первичным звеном и онкослужбой.

– Не для всех ЗНО скрининг рекомендован сугубо по экономическим соображениям, но для КРР его плюсы абсолютно очевидны.

Благодаря скрининговой модели мы можем снизить как заболеваемость за счёт удаления полипов в процессе колоноскопии и фактически недопущения их перерастания в злокачественные образования, так и избежать трудностей терапии на поздних стадиях за счёт своевременного выявления I-II стадий. Наша главная сегодня задача – это не только формирование базы для проведения скрининга (оборудование, методология, кадры), но и изменение отношения наших граждан к онкоскринингам в целом. Люди должны понять, что их здоровье не только в руках врачей. Это в том числе их собственная ответственность. С возрастом онкориски неизбежно возрастают, поэтому важно приучить россиян к регулярным скринингам. Нам всем нужно, чтобы эти процедуры были для людей максимально комфортными, и их польза стала очевидной для каждого, – говорит Сергей Скридлевский, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России.

– Компания «Олимпус» не только разработчик и поставщик высокотехнологичных решений для сектора здравоохранения. Мы также являемся и экспертами в ряде нозологий. Во всём мире и в России, в частности, мы стремимся тесно взаимодействовать с медицинским сообществом и органами здравоохранения, чтобы совместно разрабатывать оптимальные методы ранней диагностики опасных заболеваний. Рады, что наши идеи получили поддерж-

ку в стране, и нам удаётся участвовать в действительно масштабной скрининговой программе по колоректальному раку. Это позволяет в прямом смысле слова сохранять жизнь и здоровье сотням наших граждан, – прокомментировал текущие результаты проекта Алексей Морозов, директор по работе с органами государственной власти компании «Олимпус».

Программа «За здоровую страну» не ограничивается только самим скринингом. Ключевым звеном успешной его реализации стали лекции от ведущих специалистов федеральных НМИЦ о важности участия в скрининге онкологических заболеваний для сотрудников предприятий-партнёров проекта, в которых приняло участие уже более 15 тыс. человек.

Помимо этого, в регионах проводятся образовательные мероприятия для онкологов и эндоскопистов, «круглые столы» для организаторов здравоохранения и управленческие программы повышения компетентности и эффективности руководителей системы управления здравоохранением региона.

В ближайшие планы организаторов проекта входит расширение количества регионов-участников и всесторонняя методологическая и консультационная помощь тем субъектам, которые уже запустили или планируют запустить на своей территории программы популяционного скрининга.

Валентин МИХЕЕВ.

Современные вызовы здравоохранения и тренды заболеваемости диктуют необходимость внедрять новые принципы оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Её основой становится врач общей практики, или семейный врач – специалист, широко ориентированный и способный оказать помощь на грани хирургии, акушерства, психиатрии, офтальмологии и множества других врачебных специальностей. Это врач, который обладает не просто широким и углублённым уровнем теоретических знаний, но и богатым опытом практической подготовки, действует независимо от пола, возраста, характера заболевания, и это усложняет его работу и отличает от участкового терапевта. Непростой, насыщенной и практико-ориентированной была и программа прошедшего в конце ноября III Всероссийского форума врачей общей практики (семейных врачей), который объединил специалистов, работающих на переднем крае системы здравоохранения.

Ожидаемые преобразования

Организация, эффективность и доступность первичной медико-санитарной помощи сегодня находится в фокусе стратегической повестки в РФ, относится к приоритетам государственной политики, что определяет задачи, сказала директор НМИЦ терапии и профилактической медицины, главный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России академик РАН Оксана Драпкина. По её словам, полностью сформирована нормативная правовая база, регулирующая ПМСП в рамках ОМС. Автоматизированный анализ доступности медицинской помощи позволяет иметь детализированный контроль и знать, что происходит в разных уголках страны – с помощью геоинформационной системы Минздрава России.

Событие, которого с нетерпением ожидают, это утверждение нового профессионального стандарта врача общей практики (семейного врача). Проект документа, который готовили совместно Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей), НМИЦ терапии и профилактической медицины, Национальная медицинская палата и целый ряд медицинских вузов, согласован с профессиональным сообществом и в настоящее время проходит ведомственные согласования в Минздраве. После согласования и необходимых доработок он будет направлен в Министерство труда и утверждён, и, как рассчитывают специалисты, позволит качественно поднять уровень обучения и работы ВОП.

Пандемия ударила по профилактике. И сейчас профилактическую составляющую восстанавливают. На профосмотры и диспансеризацию приглашают в первую очередь граждан трудоспособного возраста от 40 до 65 лет, которые 2 года и более не посещали медицинские учреждения. О.Драпкина обратила внимание коллег на то, что правильно проведённая углублённая диспансеризация помогает предотвратить осложнения коморбидных пациентов после перенесённой коронавирусной инфекции. Коморбидность – вообще особая тема, к которой то и дело возвращались на форуме. Группа этих больных отнесена к числу приоритетных, на основе научного подхода в НМИЦ разработали регистры с заболеваниями или сочетаниями заболеваний, которые ассоциируются с самой высокой смертностью, а также выпустили медицинские и методические рекомендации с детальными шагами, которые доведены до каждого руководителя медорганизации.

Что касается ВОП, то демографические изменения, связанные со старением населения, диктуют им необходимость осваивать особые подходы к ведению пациентов пожилого и старческого возраста, как правило, имеющих разнообразные гериатрические синдромы. Их коморбидные состояния формируют широкий спектр вызовов и требуют владения современными подходами к скринингу, диагностике, лечению и реабилитации, слаженной совместной работы ВОП и других специалистов первичного звена.

Что ещё предстоит сделать, сказала главный специалист, так это ввести специальность «врач по медицинской профилактике», вывести из подушевого финансирования тариф на проведение

диспансеризации и профосмотра и выделить отдельный тариф на углублённое профилактическое

Проблемы и решения

Практика общая, знания углублённые

Кто становится ключевой фигурой первичной помощи?



О.Драпкина

консультирование с коррекцией поведенческих факторов риска. Кроме того, главный специалист ратует за включение в эффективный контракт руководителей медицинских организаций KPI в части качества проведения диспансеризации, профосмотра и диспансерного наблюдения.

В скором времени первичную медико-санитарную помощь ждут большие преобразования. Это и развитие трансляционной медицины, и формирование биобанка, и разработка собственной российской шкалы SCORE. «Россия может себе сейчас это позволить, потому что мы наладили эпидемиологический мониторинг, обладаем опытом моделирования и прогнозирования риска, статистикой мирового уровня, понимаем механизм внедрения модифицированной шкалы для повышения эффективности диспансеризации и профосмотров», – сказала О.Драпкина. И признала при этом, что пока серьёзной проблемой остаётся недостаточная точность оценки индивидуального риска. Для такой персонализированной оценки необходимы биомаркеры, и работа в этом направлении ведётся.

Профилактика тоже станет персонализированной. Появится цифровой медицинский профиль пациента – совокупность базовых демографических, клинических, генетических и медико-финансовых данных о пациенте, позволяющих сформировать единую картину о состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах с базовым набором сервисов. Цифровой профиль даст возможность не повторять анализы и обследования там, где они не нужны, и позволит врачу общей практики или участковому терапевту точнее выстраивать траекторию ведения пациента.

В прошлом году была проведена большая работа по запуску платформы ВИМИС «Профилактическая медицина» – данный ресурс позволит получать сведения о диспансерном наблюдении паци-

ентов высокого риска развития ЗНО, сердечно-сосудистых заболеваний, коморбидных пациентов, сделает маршрутизацию в рамках порядков оказания помощи наиболее оптимальной.

Как привлекать молодёжь в специальность

Врач общей практики как одна из ключевых фигур ПМСП несёт основную ответственность за обеспечение непрерывной медицинской помощи каждому обратившемуся. Эти специалисты сегодня крайне востребованы, причём не только в отдалённых регионах, где нет возможности обеспечить медучрежде-



О.Кузнецова

ния узкими специалистами, но и в крупных городах. И это при том, что подготовка кадров для первичного звена не обделена вниманием государства: общие контрольные цифры приёма за последние 4 года увеличились практически в три раза и в 2022 г. составили 800 мест, а повышение квалификации по дополнительным программам только в 2021 г. прошли более 3 тыс. врачей, сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Людмила Летникова.

По её словам, вышедшее в ноябре распоряжение Правительства РФ устанавливает на 2023 г. квоту приёма на целевое обучение по программам высшего образования за счёт ассигнований федерального бюджета; подведомственным

появилась негативная тенденция к уменьшению количества ВОП», – обрисовала она ситуацию в своём регионе.

Как же продемонстрировать особенности и преимущества специальности? Как привлекать в неё молодёжь, как выбрать наиболее оптимальный путь при подготовке ВОП? По мнению О.Кузнецовой, решением является привлечение в ординатуру уже готовых кадров первичного звена – выпускников медвузов, прошедших первичную аккредитацию и работающих в поликлинике на должности участковых терапевтов. При этом условием приёма должно стать наличие трудового стажа не менее года в ПМСП.

Заключение договора между образовательной организацией и поликлиникой о предоставлении кинической базы для подготовки ординаторов по специальности «ОВП» позволило бы использовать, как ступеньку, подготовку по поликлинической терапии и развивать навыки достаточно быстро, что даст возможность выполнить задание по целевой подготовке и пополнить высококвалифицированными врачами первичное звено.

Кроме того, О.Кузнецова высказалась за привлечение практикующих врачей, работающих в отделениях ВОП, в качестве наставников, а для этого нужно рассмотреть вопрос о тарификации этой работы в баллах для периодической аккредитации: «Эта работа должна быть оплачена, не обязательно путём оформления в качестве преподавателя. Но перед Национальной медицинской палатой надо ставить вопрос о том, чтобы врачам-практикам, которые участвуют в подготовке, были назначены баллы в системе НМО». При этом необходим будет двусторонний контроль за реализацией программ практики – как со стороны образовательной организации, так и со стороны руководства поликлиники, откуда терапевт направлен на обучение в ординатуру по ОВП: «Ведь если руководители будут понимать, кого они готовят, и для них уже будут рабочие места, они будут мотивированы на то, чтобы немного снизить нагрузку для таких обучающихся и в результате на выходе получить качественно специалиста, которым можно гордиться».

Речь шла и о важности наличия отделений/кабинетов общей практики в структуре поликлиники. Как сказала О.Кузнецова: «Мы работаем с главными врачами нашего города, убеждаем их в том, чтобы они тоже проводили агитацию для переориентации ребят, которые собираются работать в амбулаторном звене, чтобы те поступали в ординатуру. Это даст возможность

увеличить количество отделений/кабинетов ВОП. Очень важным обстоятельством является перезаключение целевого договора о наличии этой службы в поликлинике».

Чтобы врач соответствовал задачам

Широкий кругозор, который необходим врачу общей практики (семейному врачу), может быть сформирован при условии освоения современных образовательных программ, дающих разнообразные углублённые профессиональные компетенции, чтобы эти специалисты соответствовали тем задачам, которые ставит практическое здравоохранение. В этой связи встаёт вопрос о разработке и внедрении единой концепции подготовки ВОП в стране, сказала заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии Ростовского государственного медицинского университета, главный специалист по общеврачебной практике (семейный) Минздрава Ростовской области и ЮФО Галина Шавкута.

Она пояснила, что в понятие единой концепции специалисты вкладывают унификацию системы подготовки. Речь идёт о том, что она должна стать практико-ориентированной, актуализированной с учётом современных особенностей и вызовов времени, а также быть приоритизированной – с возможностью выделения в подготовке наиболее приоритетных вопросов, которые сегодня играют ключевую роль, влияют на показатели рождаемости, заболеваемости, смертности. И кроме того, обязательно содержать так называемый региональный компонент, потому что каждая область имеет свою особенность, и следует это учитывать. По словам эксперта, наиболее приоритетными вопросами подготовки ВОП на современном этапе должны стать такие направления, как диспансеризация, в том числе углублённая, играющая роль в выявлении факторов риска тех болезней, которые несут огромное бремя заболеваемости и смертности: сердечно-сосудистые, цереброваскулярные заболевания, злокачественные образования, хронические неинфекционные болезни, предраковые состояния, а также вакцинация антиковидными и противогриппозными вакцинами, лечение пациентов с ХНИЗ по клиническим рекомендациям, реабилитация пациентов после COVID-19, острых состояний и обострений хронических заболеваний.

А начнут унифицировать систему с создания единых профессиональных программ подготовки специалиста, которые бы формировали компетенции у ВОП в соответствии с профессиональным стандартом и квалификационными требованиями. «Мы надеемся, что в ближайшее время наш профстандарт будет принят, и тогда мы полностью переключимся на создание единых унифицированных программ», – сказала она. Проект такой единой программы уже разработан сотрудниками НМИЦ терапии и профилактической медицины и кафедры общей врачебной практики Ростовского ГМУ. Специалист пригласила все заинтересованные лица подключаться к его обсуждению и доработке.

Г.Шавкута высказалась за создание рабочих групп по программе подготовки ВОП в клинической ординатуре, а также по программе подготовки на цикле профессиональной переподготовки – на основе профессионального стандарта и с учётом регионального компонента. Кроме того, будет разработан и утверждён единый перечень практических навыков для освоения в клинической ординатуре и на цикле профпереподготовки по специальности. К этой работе также приглашают всех желающих.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».



Л.Летникова

организациям Минздрава выделено 626 мест по специальности «врач общей практики», причём все они будут стопроцентно целевыми. Л.Летникова при этом посетовала, что пока не удаётся достичь если не максимальных, то хотя бы оптимальных показателей. «К сожалению, мы отмечаем по прошлым годам, что, несмотря на рост квот целевого приёма, они не полностью используются, а именно целевые места должны быть заняты полностью, потому что только таким образом мы можем обеспечить отдалённые сельские населённые пункты врачами, которые сейчас очень нужны системе».

Кадровой ситуацией обеспокоена и заведующая кафедрой семейной медицины Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова, главный специалист по общей врачебной практике Минздрава России по СЗФО Ольга Кузнецова. «Казалось бы, всё неплохо: у нас увеличилось количество участковых терапевтов, снизился дефицит кадров, уменьшился коэффициент совмещения. Но не может не вызывать некоторую тревогу то, что при увеличении количества участковых терапевтов

Первопроходцы

Именно желание и умение заботиться и о врачах, и о пациентах лежит в основе достижений центра, является движущей силой его развития.

Только благодаря энтузиазму О.Шиловских и его команды возникло первое в городе амбулаторное отделение диагностики и лечения глаукомы. Это сейчас оно кажется маленьким (площадь всего 300 м²) и неудобным, поскольку располагалось в приспособленном здании стационара одной из городских больниц. А в 2005 г. стало настоящим прорывом в оказании офтальмологической помощи.

«Тогда многие не верили не только в успех – в необходимость этого проекта, – рассказывает О.Шиловских. – Но мы понимали, как велика опасность данного заболевания, и знали, что в наших силах людям помочь».

Начали с диспансеризации горожан; открыли школу глаукомного больного, чтобы оценить масштаб проблемы, организовать жителей и разъяснить им ситуацию. Одновременно проводилась работа и с врачами: специалисты центра периодически собирали городских офтальмологов, демонстрировали им возможности диагностики, обсуждали тактические вопросы лечения.

Врачи городских поликлиник охотно подключились к выполнению такой важной задачи, как выявление больных глаукомой. Не имея у себя должного оснащения для диагностики, они направляли пациентов в новое специализированное отделение центра, зная, что там выполнят все обследования и назначат необходимое лечение.

«За эти годы удалось наладить хорошее взаимопонимание с врачами, – считает главный офтальмолог области. – Никто никого не заставлял. Не было ни приказов свыше, ни материального поощрения с нашей стороны».

Результат не заставил себя ждать.

На открытии новой поликлиники О.Шиловских в присутствии губернатора Евгения Куйвашева и председателя Законодательного собрания Свердловской области Людмилы Бабушкиной озвучил убедительные данные: сегодня вместо зарегистрированных в 2005 г. 7 тыс. пациентов, на учёте в глаукомном отделении центра – 25 тыс. На первый взгляд, число выросло. Но тогда в структуре первичной глазной инвалидности глаукома занимала больше 50%,

достаточно несколько раз побывать в Екатеринбурге, чтобы наличие самых модных брендовых бутиков на всех центральных улицах стало восприниматься совершенно естественным. Но вот вывеска, которая совсем недавно появилась в их ряду, оказалась неожиданной: «Микрохирургия глаза».

Представить, что за этими огромными витринными окнами – медицинское учреждение, достаточно трудно. Тем более, что и внутри всё соответствует уровню находящихся рядом престижных магазинов и кафе: облицовка полов и стен, обилие света, удобные лестницы, лифт с зеркалами, просторные, со вкусом оформленные холлы.

Тот, кто знаком с деятельностью Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» не понаслышке, понимает: составляющая красоты и комфорта здесь включена в понятие оказания качественной медицинской помощи. Без неё, по глубокому убеждению генерального директора центра, главного офтальмолога Свердловской области, заслуженного врача РФ Олега Шиловских, нормальной работы быть не может.

Тенденции

Смотреть и видеть

У свердловчан появились новые возможности сохранять зрение



Экскурсию по поликлинике первым лицам области проводит О.Шиловских

поры до времени нет абсолютно никаких проявлений заболевания, и пациент к нам приходит, к сожалению, тогда, когда всё зашло уже далеко».

Глаукома объединяет достаточно большую и разнообразную группу заболеваний, у которых внутриглазное давление (ВГД) по той или иной причине превышает индивидуальную норму для конкретного человека. Начинает страдать зрительный нерв, происходят изменения на глазном дне, сужаются поля зрения. За-

непрененно хотя бы раз в год измерять свое ВГД. И при малейшем подозрении на глаукому ни в коем случае не упустить момент начала её лечения.

В новой консультативно-диагностической поликлинике центра любой желающий без предварительной записи, бесплатно, может проверить своё внутриглазное давление в кабинете доврачебной тонометрии. Если показания ВГД окажутся завышенными, человека тут же запишут на полное обследование и, при необходимости, лечение.

Помимо сложностей диагностики, существуют и особенности наблюдения за больными с глаукомой, оказания им надлежащей помощи.

«Среди офтальмологов в ходу фраза: на глаукоме славы не сделаешь, – говорит Николай



Консультативно-диагностическая поликлиника Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»

Запуск новой консультативно-диагностической поликлиники Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», на реализацию которого ушло три года, – это ещё один шаг оказания высокотехнологичной медицинской помощи нашим жителям. А самое главное – доступной. Свердловчане будут получать её бесплатно за счёт сформированного государственного заказа.

Новая специализированная поликлиника поможет в разы снизить инвалидность по глаукоме в регионе.

Андрей КАРЛОВ,
министр здравоохранения Свердловской области.

Валентинович. – И это действительно так. Если у человека диагностирована глаукома, это уже на всю жизнь. Болезнь, к сожалению, никуда не денется, можно лишь сохранить пациенту зрение, стабилизировав ситуацию, в которой мы его застали. И вот здесь, как нигде, надо потратить кучу времени и нервных клеток на объяснения того, что это за болезнь, почему, даже если ничего не болит, нужно

постоянно закапывать капли, почему после хирургии зрение не улучшается и т.д. Многие понимают это далеко не сразу».

В связи с этим в новой поликлинике продолжит работу «Школа глаукомного больного». И в духе современных трендов пациентам через мессенджеры будут отправлять напоминания о режиме приёма капель и напоминания о дате приёма.



Новая поликлиника работает даже в выходные и праздничные дни

Я хочу поблагодарить руководство центра «Микрохирургия глаза» за реализацию очень важных идей. Благодаря работе центра, расширению возможностей обследований, профилактики, лечения в значительной степени усиливается борьба с последствиями заболевания, снижаются риски инвалидности по глаукоме у людей.

Самое главное, выгоду от создания центра получают наши земляки, жители Свердловской области и гости нашего региона.

Евгений КУЙВАШЕВ,
губернатор Свердловской области.

а уже за первые 10 лет работы отделения этот процент уменьшился до 24%.

Подходит незаметно,
поражает навсегда

«Любой офтальмолог знает, что глаукома по целому ряду причин является проблемой номер один, – говорит офтальмолог, первый заведующий отделением диагностики и лечения глаукомы центра, кандидат медицинских наук Николай Стренёв. – Во всём мире она является если не первой, то точно второй причиной слепоты. Причём самое сложное состоит в том, что до

болевания развивается быстро, и отсутствие лечения обычно заканчивается полной и необратимой слепотой.

Поэтому первоочередная задача офтальмологов – снизить внутриглазное давление до нужного уровня. Для этого вначале используются капли, которые надо закапывать регулярно и пожизненно. Если подобной терапии недостаточно, в ход идут либо лазерные, либо хирургические методы. Но даже хирургия, к сожалению, полного излечения не даёт.

Иными словами, для того, чтобы заболевание было обнаружено вовремя, человек, перешагнувший 40-летний порог, должен



Ежедневно здесь будут принимать 300 пациентов

Без головы железо
не заработает

О.Шиловских с удовольствием сравнивает, насколько сейчас изменились условия приёма глаукомных больных. Собственно говоря, и в существовавшем до недавнего времени отделении всё было предусмотрено, но в гораздо меньшем количестве. Так, ранее в одном помещении одновременно вели приём 3 врача – сейчас у каждого отдельный кабинет. И врачей уже 10, а в перспективе их будет 16!

Поток больных в разы превышал пропускную способность отделения. Поставить дополнительные приборы, необходимые для диагностики глаукомы, просто не позволяли площади. В новой поликлинике диагностические и

лечебные возможности увеличены втрое. Самое главное, всё оборудование уникальное для уральского региона, а это даёт возможность, не выезжая за его пределы, получать высокотехнологичную офтальмологическую помощь. Ежедневно здесь будут принимать более 300 человек, проводить до 60 лечебных курсов и лазерных операций. В планах – создание единой городской базы пациентов, состоящих на диспансерном учёте по глаукоме. Генеральный директор центра, по-студенчески именуемый даже самое современное оборудование «железом», подчёркивает: само по себе оно ничего не значит.

Поэтому, пока шло строительство, в «Микрохирургии глаза» готовили персонал для нового подразделения.

«Мы кадры готовим непрерывно, – отмечает он. – Специалисты ниоткуда не переманиваем! Во-первых, они обучаются у нас в целевой ординатуре. С Уральским медицинским университетом, одной из баз которого мы являемся, подписан,



Диагностические и лечебные возможности увеличены втрое

пациент попадает в кабинет доврачебной тонометрии, где ему бесконтактно измеряют внутриглазное давление. После этого ему предлагают ответить на вопросы разработанной нами анкеты, в которую включены основные факторы риска развития

амбулаторное лечение. Например, курсы консервативного лечения дистрофии сетчатки, диабетической ретинопатии, атрофии зрительного нерва и др., а также выполняем здесь лазерную хирургию, – подчёркивает Екатерина Михайловна. – А при необходимости оперативного вмешательства отправляем пациента в «головной» центр, на Бардина, 4а».

Но что, пожалуй, самое важное: большинство пациентов (до 80%) будет получать помощь по программе госгарантий. Это – залог абсолютной доступности, особенно необходимой пациентам с глаукомой.

Всерьёз и надолго

Наблюдая за открытием каждого нового объекта (за 8 лет нашей дружбы я побывала уже на 5; а всего у центра 18 филиалов по всей области и в соседних регионах – Курганской и Тюменской областях), во время торжественной церемонии с удовольствием предвкушаю неизбежную фразу Олега Владимировича о том, что останавливаться нельзя, несмотря ни на что. После чего звучит сообщение о новом проекте.

На сей раз он публично анонсировал строительство ещё одной детской поликлиники в новом микрорайоне Екатеринбурга – Академическом, где проживает более 300 тыс. человек, в основном, молодёжь, в связи с чем такое медицинское учреждение может быть очень востребовано.

При строительстве глаукомного центра мы применили самые современные материалы и оборудование, реализовали передовые решения по вентиляции, кондиционированию, отделке, электрообеспечению, поскольку знали, что и качество оказания услуг здесь также будет на высоте. Медицинское учреждение такого уровня возможно было создать только в партнёрстве, объединив передовую строительную технологию с медицинской. Екатеринбург славится своими профессионалами, а когда они работают вместе, в жизнь воплощаются самые сложные и значимые проекты, город и его жители получают новые актуальные возможности.

Валерий АНАНЬЕВ,
генеральный директор «Атомстройкомплекс».

Сегодня приём ведут 10 врачей, в перспективе – 16

на мой взгляд, взаимовыгодный договор. Студенты приходят к нам в клиническую ординатуру, мы их готовим, при этом платим ординаторам стипендию. У них нет необходимости искать после занятий подработки на стороне, они уже во время учёбы становятся частью нашего коллектива».

Да и в самом центре есть знаменитая «кузница кадров» – отделение функциональной диагностики, укомплектованное специалистами высочайшего уровня. Отделение прекрасно оснащено новейшим оборудованием, на котором можно выполнять оптико-когерентную томографию, стандартизированные ультразвуковые исследования, ультразвуковую и конфокальную микроскопию и т.д. Но уметь добывать с помощью этого «железа» необходимую информацию, по словам О.Шиловских, может только специалист, обладающий большим багажом знаний и клиническим мышлением.

«Когда врач оканчивает ординатуру, и у нас есть на него планы, я его не сразу отправляю на рабочее место, а именно в это отделение, – рассказывает руководитель центра. – Где он года за два набирается и опыта, и клинического мышления. А потом, с такой мощной подготовкой, можно и в хирургию, и в поликлинику, и в специализированный глаукомный центр».

Принимаем со всеми проблемами

«Наши рабочие часы – с 8 утра до 8 вечера, а также выходные и праздничные дни, – говорит заведующая новой консультативно-диагностической поликлиникой Екатерина Мурашова. – Первым делом

в клинике. При этом, по словам заведующей, это всегда намного раньше критического срока.

Что интересно: если у человека по факторам риска 0 баллов, ему советуют в любом случае сделать такие обследования ежегодными, поскольку для врачей важнее всего – не «упустить» болезнь. Только своевременное её выявление даёт возможность сберечь зрение человеку, не допустить слепоты.

Однако в поликлинике не отказывают и пациентам, у которых есть другие заболевания глаз. Для этого имеется всё необходимое современное оборудование, и специалисты владеют методами многопрофильной диагностики.

«Мы занимаемся всеми заболеваниями глаз и проводим

Партнёром будет тот же «Атомстройкомплекс», отлично зарекомендовавший себя во время работ на консультативно-диагностической поликлинике. Судя по всему, генеральный директор этой организации Валерий Ананьев оказался таким же перфекционистом, как и О.Шиловских, который отмечает: «Мы притягиваем к себе людей, которые так

глаза». – Уже готов проект по новому модульному зданию филиала в Каменске-Уральском, где будут построены поликлиника и оперблок (в стационарах просто нет необходимости, потому что наша хирургия не требует коек, современные технологии дают возможность работать «с колёс»). В Нижнем Тагиле также меняем площадки «по мере ро-

Свердловская область в настоящее время входит в число регионов-лидеров по качеству оказания офтальмологической помощи. В значительной степени это заслуга коллектива МНТК «Микрохирургия глаза». Здесь работают высокопрофессиональные специалисты, в совершенстве освоившие технологии как диагностики заболеваний, так и хирургической коррекции зрения. Врачи МНТК «Микрохирургия глаза» активно занимаются научными разработкам, на многие из которых оформлены патенты Российской Федерации. Медицинская помощь в этом центре оказывается на высочайшем уровне. Особенно важно то, что в новой консультативно-диагностической поликлинике приоритет приёма будет отдаваться больным с глаукомой. Этот вид медпомощи очень востребован.

Людмила БАБУШКИНА,
председатель Законодательного собрания Свердловской области.

же относятся к делу. Благодаря этому двигаемся и развиваемся даже в самые непростые времена».

Таким образом, строители, как и положено, будут строить, а центр – выполнять проектные работы, отвечать за оборудование и кадровую составляющую. Однако, как говорится, это ещё

ста», сейчас будем строить уже на третьей. Там есть оперблок, но существующее представительство всего 600 м², а нам надо 2 тыс. «квадратов»! Делаем в год 1100 операций, а потребность – 3 тыс. Соответственно, зачем людям ездить из Нижнего Тагила в Екатеринбург, когда можно всё это делать на месте?»



В диагностическом кабинете специальных методов исследований

не всё. В работе ещё два проекта, по реконструкции филиалов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

«Мы сегодня не заняты увеличением числа собственных представительств и подразделений, а занимаемся их развитием. Так произошло с глаукомной поликлиникой, которую мы фактически расширили, – говорит генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия

Важная деталь: во всех филиалах оперируют и будут оперировать высококласные специалисты из «головного» центра. В операционный день бригада отправляется в один из филиалов, где и оборудование есть, и пациенты подготовлены, что даёт возможность хирургам, отработав, в тот же день вернуться. «Таким образом, сейчас в работе три проекта, – говорит Олег Владимирович. – Все в разной стадии готовности, и какой из них «выстрелит» первым, пока неясно. Но самое главное – движение вперёд не прекращается. Ведь остановка – это всегда падение вниз. Поэтому каждый год стараемся сделать что-то новое!».

На деле движение вперёд каждый раз становится шагом вверх. Свидетельство тому прекрасная поликлиника в самом центре города, подчёркивающая не только значимость Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» и уровень уральского здравоохранения, но и престиж медицины как таковой.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва –
Екатеринбург.



При необходимости хирургической операции пациента из поликлиники направляют в «головной» центр



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 46 (2358)

(Продолжение. Начало в № 47 от 30.11.2022.)

– симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ), как это определяется ниже (см. подраздел «Специфические диагностические признаки острой интоксикации различными психоактивными веществами»), и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения;

– имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Жалобы и анамнез. Жалобы пациента при ОИ зависят от вида и дозы ПАВ и определяются либо его основными фармакологическими, либо побочными эффектами. Также жалобы пациента могут быть связаны с возникшими осложнениями ОИ. При тяжёлой степени ОИ жалобы, как правило, отсутствуют, так как контакт с пациентом затруднён или невозможен.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОИ, вызванную употреблением ПАВ с целью подтверждения данного диагноза выяснить, принимал ли пациент незадолго до того, как изменилось его состояние, какие-либо ПАВ, какие именно и в какой последовательности.

Рекомендуется при подозрении на ОИ, вызванную употреблением ПАВ с целью подтверждения данного диагноза расспросить сопровождающих пациента лиц о систематическом приёме ПАВ пациентом, возможных случаях ОИ вследствие употребления ПАВ в прошлом.

Физикальное обследование. Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОИ, вызванную употреблением ПАВ, с целью подтверждения данного диагноза, проведение общего осмотра по системам и органам последовательно:

– имеет значение внешний вид пациента;

– следует обратить внимание на свежие следы от инъекций;

– имеет значение запах, исходящий от пациента, так как он может помочь идентифицировать ПАВ, вызвавшее интоксикацию.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОИ, вызванную употреблением ПАВ с целью подтверждения данного диагноза проведение оценки состояния кожных покровов, степени инъектированности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания, сатурации крови пациента.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОИ, вызванную употреблением ПАВ с целью подтверждения данного диагноза, проведение оценки состояния нервной системы: реакции зрачков, наличия или отсутствия нистагма, тремора, степени сохранности тактильной и болевой чувствительности, статической и динамической координации.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОИ, вызванную употреблением ПАВ с целью оценки степени возбуждения или седации использовать клиническую шкалу определения уровня возбуждения/седации RASS.

Клиника ОИ ПАВ может сильно отличаться как у разных субъектов, так и у одного и того же субъекта в зависимости от множества факторов. Так, она может зависеть от динамики приёма ПАВ (времени, в течение которого было принято его суммарное количество), индивидуальных характеристик субъекта (возраста, этнической принадлежности, пола, психического и физического состояния), характеристик ПАВ (степени его очистки, наличия в нём токсичных примесей), температуры окружающей среды. Наконец важное значение имеет степень толерантности к ПАВ у зависимых лиц. Также при постановке диагноза ОИ ПАВ необходимо учитывать, что её симптомы не всегда отражают первичное действие вещества, например, средства, обладающие седативным действием, могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы – уход в себя и малоподвижность.

Специфические диагностические признаки острой интоксикации различными психоактивными веществами

Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя (F10.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ, вызванную употреблением алкоголя средней степени тяжести (F10.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- запах алкоголя;
- тошнота и рвота;
- гиперемия кожных покровов;
- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;

Острая интоксикация психоактивными веществами

- гиперемия лица;
- инъектированность склер;
- тахикардия;
- артериальная гипертензия;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- быстрая смена настроения, часто дисфория;
- снижение болевой чувствительности;
- психомоторное возбуждение или торможение.

Рекомендуется при подозрении на ОИ, вызванную употреблением алкоголя тяжёлой степени (F10.0x3) у всех пациентов, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на следующие признаки:

- запах алкоголя;
- тошнота и рвота;
- бледность кожных покровов;
- непроизвольное мочеиспускание;
- неспособность стоять и совершать целенаправленные действия;
- нарушение речевого контакта (краткие, часто бессмысленные высказывания или звуки);
- сужение и слабая реакция зрачков на свет;
- угнетение сухожильных и снижение корнеальных рефлексов;
- спонтанный нистагм;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия), возможны нарушения ритма сердца;
- артериальная гипотензия;
- психомоторная заторможенность;
- оглушение или сопор.

Рекомендуется при подозрении на патологическое алкогольное опьянение (F10.07) у всех пациентов, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на следующие признаки:

- внезапное изменение психического состояния после приёма небольшого количества алкоголя;
- психомоторное возбуждение;
- резкая смена аффекта (обидчивость, неадекватная ситуации весёлость, тревога, страх, ярость);
- нарушение поведения (дурашливость, бегство, агрессия);
- сумеречное помрачение сознания;
- полная, реже частичная амнезия произошедших событий после продолжительного сна.

При осмотре пациентов с ОИ алкоголем необходимо учитывать высокую вероятность осложнений, требующих немедленной медицинской помощи: черепно-мозговая травма (ЧМТ), желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), аспирации содержимого желудка, острого панкреатита, нарушений ритма сердца.

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ, вызванную употреблением опиоидов средней степени тяжести (F11.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки-критерии:

- миоз, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бледность кожных покровов;
- зуд кожи лица, особенно кончика носа, и верхней половины туловища;
- вялая мимика;
- замедленная речь, с большими паузами;
- брадипноэ;
- брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- снижение перистальтики;
- дизартрия;
- снижение болевой чувствительности;
- благодушие или эйфория;
- психомоторная заторможенность.

Рекомендуется при подозрении на ОИ тяжёлой степени, вызванную опиоидами (F11.0x3) у всех пациентов, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на следующие признаки:

- миоз, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бледность кожных покровов;

- брадипноэ;
- брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- снижение или отсутствие перистальтики;
- гипорефлексия;
- отсутствие болевой чувствительности;
- дизартрия;
- оглушение или сопор;
- психомоторная заторможенность.

Необходимо тщательно проводить физикальный осмотр пациентов с подозрением на ОИ опиоидами с целью исключения инфекций кожи и подкожной клетчатки.

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ каннабиноидами средней степени тяжести (F12.0x2) у всех пациентов, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на следующие признаки:

- запах конопли, жжёных листьев;
- мидриаз;
- инъектированность склер;
- сухость во рту;
- усиление аппетита;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
- изменение АД (гипотензия или гипертензия);
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

Рекомендуется при подозрении на ОИ каннабиноидами тяжёлой степени (F12.0x3) у всех пациентов, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на следующие признаки – критерии:

- запах конопли, жжёных листьев;
- тошнота, рвота;
- мидриаз;
- инъектированность склер;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия), возможны нарушения ритма сердца;
- изменение АД (гипотензия или гипертензия);
- судороги;
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи, явления дереализации и деперсонализации);
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

ОИ СК в целом не отличается от ОИ натуральными препаратами конопли. В связи с большей активностью СК в отношении каннабиноидных рецепторов, состояние ОИ развивается раньше, её признаки нарастают быстрее, ОИ более продолжительна. Как правило, состояние интоксикации протекает тяжелее, часты случаи отравлений, развития тяжёлых осложнений.

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств (F13.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ седативными и снотворными средствами средней степени тяжести (F13.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;
- бледность кожных покровов;
- заторможенная мимика лица;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- снижение сухожильных и корнеальных рефлексов;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
- артериальная гипотензия;
- редкое, поверхностное дыхание;
- аффективные нарушения (эйфория или дисфория);
- оглушение;

– психомоторное возбуждение или заторможенность.

Рекомендуется при подозрении на ОИ седативными и снотворными средствами тяжёлой степени (F13.0x3) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- сужение или расширение зрачков, слабая реакция на свет;
- спонтанный нистагм;
- нарушение аккомодации;
- бледный или землистый цвет, сальность кожных покровов;
- отсутствие мимики;
- неспособность стоять и совершать целенаправленные действия;
- нарушение речевого контакта (бормотание или отдельные звуки);
- угнетение или отсутствие сухожильных и корнеальных рефлексов;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
- артериальная гипотензия;
- возможно непроизвольное мочеиспускание;
- редкое, поверхностное дыхание;
- оглушение или сопор.

ОИ новыми ПАВ седативного действия (бутандиол, бутиролактон) в целом не отличается от ОИ другими седативными средствами. На высоте интоксикации возможно развитие судорожного синдрома и брадиаритмии.

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина (F14.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ кокаином средней степени тяжести (F14.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- бледность кожных покровов;
- артериальная гипертензия;
- тахикардия;
- повышение сухожильных рефлексов;
- аффективные нарушения (эйфория или дисфория);
- воинственность, грандиозность;
- бессонница;
- снижение аппетита;
- психомоторная агитация.

Рекомендуется при подозрении на ОИ кокаином тяжёлой степени (F14.0x3) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- бледность кожных покровов;
- тошнота, рвота;
- изменения АД (артериальная гипертензия, возможна гипотензия);
- выраженная тахикардия, возможна тахикардия;
- повышение сухожильных рефлексов;
- преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи);
- возможны судороги;
- психомоторная агитация, иногда заторможенность.

Острая интоксикация, вызванная употреблением других психостимуляторов, включая кофеин (F15.0xx)

Рекомендуется при подозрении на ОИ другими психостимуляторами средней степени тяжести (F15.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- бледность кожных покровов;
- артериальная гипертензия;
- тахикардия;
- повышение сухожильных рефлексов;
- аффективные нарушения (эйфория, гипомания, дисфория);
- бессонница;
- снижение аппетита;
- повышение температуры тела;
- психомоторная ажитация;
- бредоподобные идеи собственного могущества.

Рекомендуется при подозрении на ОИ другими психостимуляторами тяжелой степени (F15.0x3) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- бледность кожных покровов;
- гипертермия;
- изменения АД (артериальная гипертензия, реже гипотензия);
- тахикардия, возможна тахиаритмия;
- повышение сухожильных рефлексов;
- проходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи);
- мышечные спазмы, судороги;
- психомоторная ажитация, иногда заторможенность.

Клинические проявления ОИ новыми синтетическими психостимуляторами (синтетические амфетамины, метамфетамины, катиноны и меткатиноны) достаточно разнообразны. Эти вещества могут различаться по продолжительности действия, скорости наступления эффекта, сопутствующей симптоматикой. В целом клинические признаки ОИ новыми ПАВ этой группы соответствуют признакам интоксикации известными психостимуляторами, однако их отличительной особенностью можно считать наличие дополнительных галлюциногенных и эмпагогенных эффектов.

Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов (F16.0x)

Поскольку интоксикационные эффекты галлюциногенов определяются психотическими нарушениями, состояние пациента всегда необходимо оценивать, как тяжелое.

Рекомендуется при подозрении на ОИ галлюциногенами (F16.0) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- нистагм;
- нарушения координации;
- артериальная гипертензия;
- тахикардия;
- нарушения сознания по типу делирия при ОИ препаратами с холинолитическим действием;
- нарушения сознания по онейроидному типу при ОИ психодислептиками;
- слуховые, зрительные или тактильные иллюзии, или галлюцинации;
- деперсонализация;
- дереализация;
- бредовые идеи;
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

ОИ новыми синтетическими галлюциногенами (фенилэтиламинами и триптаминами) в целом не отличается от «классических» психотомиметиков, таких как мескалин и псилоцибин.

Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина (F17.0xx)

Рекомендуется при подозрении ОИ никотином средней степени тяжести (F17.0x2) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- тошнота или рвота;
- гиперсаливация;
- боль в области живота;
- потливость;
- бледность кожных покровов;
- тахикардия, возможна тахиаритмия;
- артериальная гипертензия;
- бессонница.

Рекомендуется при подозрении на ОИ никотином тяжелой степени (F17.0x3) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- тошнота или рвота;
- нистагм;
- резкая бледность кожных покровов;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- брадикардия, возможна брадиаритмия;
- артериальная гипотензия;
- брадипноз.

Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей (F18.0x)

Поскольку интоксикационные эффекты летучих растворителей, как правило, определяются психотическими нарушениями, а также в связи с высоким риском развития тяжелых осложнений (острая энцефалопатия, острая почечная или печеночная недостаточность), состояние пациента всегда необходимо оценивать, как тяжелое.

Рекомендуется при подозрении на ОИ летучими растворителями (F18.0) у всех пациентов с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие признаки:

- «химический» запах;
- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;
- бледность или цианоз (при употреблении нитритов);
- тошнота, рвота;
- гиперсаливация;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- тахикардия;
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- возможные оглушения или сопор;
- проходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, чаще зрительные, реже слуховые и тактильные, метаморфопсии, деперсонализация);
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.0xx)

Рекомендуется использовать данный диагноз в случаях, когда клиническая картина ОИ обусловлена недавним приемом других ПАВ, не относящихся к перечисленным выше, или нескольких ПАВ, когда неясно какое вещество является основным.

Лабораторные диагностические исследования. Рекомендуется всем пациентам при подозрении на ОИ, вызванную употреблением ПАВ, количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в слюне иммунохимическим методом; количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом (ИХА).

В настоящее время возможно качественное определение методом ИХА следующих ПАВ: амфетамина, марихуаны, морфина/героина, кокаина, метамфетамина, барбитуратов, бензодиазепинов, фенциклидина, метадона и экстази(мдма). Экспресс-диагностика выполняется при помощи тест-полосок, можно использовать моно-тесты (один тест – одно ПАВ) и мульти-тесты (определение до 10 различных ПАВ в одном тесте). ИХА с фотометрическим детектированием позволяет не только определить наличие ПАВ, но и оценить его концентрацию. Недостатками ИХА являются возможность получения ложноположительных результатов и невозможность обнаружения многих ПАВ (например, синтетических каннабиноидов и стимуляторов, галлюциногенов, ГАМК-миметиков и др.). Поэтому при получении сомнительных результатов ИХА необходимо проведение химико – токсикологического исследования.

Рекомендуется всем пациентам при подозрении на ОИ, вызванную употреблением алкоголя, с целью подтверждения данного диагноза, проведение экспресс-диагностики концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе с помощью алкометра.

Профессиональные алкометры позволяют быстро и достаточно точно оценить концентрацию паров этанола в выдыхаемом воздухе, которая находится в прямой зависимости от концентрации алкоголя в крови пациента. Недостатком метода является невозможность определения концентрации других спиртов и веществ, входящих в состав суррогатов алкоголя. Поэтому при явном несоответствии полученных результатов алкометрии клинической картине необходимо проведение химико-токсикологического исследования.

Рекомендуется пациентам при подозрении на ОИ, вызванную употреблением ПАВ в случаях, когда данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт ОИ ПАВ, а экспресс-тесты показывают отрицательный или сомнительный результат или при отсутствии соответствующих экспресс-тестов, проведение химико-токсикологического исследования биологических сред (слюны, крови, мочи, желудочного содержимого) с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ/МС) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ/МС) с целью подтверждения диагноза.

ГХ/МС является точным методом качественного и количественного определения ПАВ в биологических средах. Позволяет проводить в том числе ненаправленный анализ, то есть одновременно определять большое количество различных ПАВ. Метод ВЭЖХ/МС менее доступен из-за высокой стоимости, но обладает существенным преимуществом – позволяет обнаруживать распадающиеся при нагревании ПАВ.

Рекомендуется всем пациентам с ОИ, вследствие употребления ПАВ с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов, проведение общего (клинического) анализа крови развёрнутого.

Рекомендуется всем пациентам с ОИ, вследствие употребления ПАВ с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов, проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (общий билирубин, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза).

Рекомендуется всем пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов проведение анализа мочи общего.

Рекомендуется всем пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ с целью своевременной диагностики возможных осложнений и предотвращения декомпенсации состояния при наличии признаков дыхательной и/или сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца проведение анализа крови биохимического на содержание калия, натрия.

Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ с целью своевременной диагностики возможных осложнений и предотвращения декомпенсации состояния при наличии признаков дыхательной и/или сердечной недостаточности, проведение исследования кислотно-щелочного состояния крови: pH, pCO₂, pO₂, HCO₃, BE.

При ОИ ПАВ тяжелой степени часто развиваются нарушения ВЭБ и КЩС. Они проявляются в виде жажды, отеков, нарушений ритма сердца, изменений АД, слабости, сухости слизистых. Для подтверждения или исключения данных нарушений необходима лабораторная диагностика (минимальный анализ включает определение уровня калия, натрия, газового состава крови, pH, BE).

Инструментальные диагностические исследования. Выполнение данных диагностических процедур не позволяет уточнить диагноз ОИ ПАВ. Тем не менее, их проведение необходимо для ранней диагностики имеющихся осложнений хронического употребления ПАВ, которые могут значительно повлиять на исход ОИ.

Рекомендуется всем пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ с целью ранней диагностики сердечной патологии исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных не позднее 2 часов от момента поступления в стационар.

Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ тяжелой степени с целью своевременной диагностики возможных осложнений и предотвращения декомпенсации состояния проведение мониторинга ЧСС, АД, сатурации крови; при RASS < 3 – периодический контроль диуреза. Мониторирование жизненно важных функций, по возможности, следует проводить аппаратным методом (с использованием реанимационного монитора). При отсутствии монитора периодический контроль жизненно важных показателей проводится вручную. Частоту повторных измерений определяет лечащий врач в зависимости от тяжести состояния больного.

Иные диагностические исследования. Поскольку ОИ ПАВ отличает высокая вариабельность клинических проявлений, высокая вероятность развития осложнений, часто возникает необходимость привлечения специалистов для решения вопросов диагностики и лечения:

- терапевт;
- невролог;
- анестезиолог-реаниматолог.

Дополнительные методы диагностики назначаются специалистами, исходя из конкретной клинической ситуации, в соответствии с показаниями (РГ, УЗИ, КТ, МРТ).

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

Общие подходы к терапии острой интоксикации психоактивными веществами. Состояния ОИ легкой степени тяжести специфической терапии, как правило, не требуют. Состояния ОИ средней степени тяжести могут проявляться расстройствами поведения, которые могут потребовать назначения психофармакотерапии или

оказания психотерапевтической помощи. Состояния ОИ тяжелой степени требуют оказания неотложной медицинской помощи. Тяжесть ОИ не всегда коррелирует с концентрацией ПАВ в крови пациента. Возможность немедленного количественного определения концентрации ПАВ в средах организма технически не всегда возможна, поэтому при выборе лечебной тактики врач часто вынужден придерживаться симптоматического подхода. Для клинической диагностики крайне важной является оценка степени возбуждения или седации пациента. Очень удобным диагностическим инструментом для этого является клиническая шкала определения уровня возбуждения/седации RASS.

Алгоритм лечебных мероприятий Фиксация больного в функциональной кровати

Рекомендуется фиксация пациентов с ОИ вследствие употребления ПАВ при уровне возбуждения более 1 по шкале RASS с целью предупреждения ауто – и гетероагрессивных действий и обеспечения безопасного проведения лечебных манипуляций.

Фиксация должна проводиться максимально деликатно, с использованием мягких нетравматичных средств (полотенцами, простынями, матерчатыми ремнями и т.п.). Надёжно фиксируют каждую конечность и плечевой пояс, нельзя допускать сдавливания нервных стволов и кровеносных сосудов. Зафиксированный пациент должен постоянно находиться в поле зрения персонала. Фиксация не предполагает снятие надзора, а напротив, требует постоянного мониторинга состояния больного. Применение фиксации пациента требует обязательной записи в медицинской документации.

Терапия психомоторного возбуждения, судорожного припадка (в случае его возникновения)

При ОИ ПАВ стимулирующего действия, психотических состояниях с возбуждением, при судорожных расстройствах очень важно, по возможности, быстро купировать возбуждение седативными препаратами, так как в этих состояниях потребности ЦНС в кислороде и энергетических субстратах резко возрастают. Возможности их доставки у наркологических больных, как правило, снижены, что может привести к кислородному голоданию, нарушению функции ЦНС, отеку мозга. Терапию седативными препаратами следует проводить с осторожностью, избегая излишней седации.

Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ при наличии психомоторного возбуждения назначение препарата из группы «анксиолитики» – диазепам внутривенно или внутримышечно.

Диазепам назначается в виде 0,5%-ного раствора, болюсно 5 мг по требованию каждые 2-5 минут, максимальная суточная доза 0,25 мг на кг веса пациента. Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ при наличии психомоторного возбуждения и неэффективности диазепам назначения препарата группы «антипсихотические средства» – галоперидола внутривенно или внутримышечно.

Галоперидол назначается в виде 0,5%-ного раствора не более 10 мг разово.

Рекомендуется при возникновении судорожного припадка у пациентов с ОИ вследствие употребления ПАВ назначение препарата из группы «анксиолитики» – диазепам внутривенно.

Диазепам назначается по 0,15 мг/кг веса пациента (максимальная разовая доза 10 мг).

Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ при сохраняющемся после введения диазепам судорожном припадке (эпилептическом статусе) назначение препарата группы «анестетики» – тиопентала натрия внутривенно.

Тиопентал натрия назначается по 200-500 мг разово с последующей инфузией по 100-500 мг в час. Препарат может применяться только в присутствии анестезиолога-реаниматолога, при наличии средств для поддержания сердечной деятельности и обеспечения проходимости дыхательных путей, мешка Амбу или аппарата ИВЛ.

Катетеризация и промывание желудка, назначение кишечных адсорбентов

Рекомендуется пациентам с ОИ вследствие употребления ПАВ тяжелой степени, принявшим ПАВ внутрь в течение последнего часа, проведение катетеризации для промывания желудка с целью детоксикации.

Промывание желудка проводится через желудочный катетер чистой водой комнатной температуры до чистых промывных вод. При RASS < 3 желудок катетеризируется только после интубации трахеи. При отсутствии специалистов и оборудования для проведения интубации необходимо организовать перевод пациента в токсикологическое отделение.

(Окончание следует.)

Химический элемент с порядковым номером 12 в периодической системе Д.И.Менделеева – магний, лёгкий и ковкий щёлочно-земельный металл, который активно используется в самолётостроении и производстве автомобилей, в настоящее время стал предметом пристального внимания для многих научно-медицинских коллективов по всему миру. Именно с магнием, а точнее – с магниевыми сплавами связывают надежды на создание нового поколения расходных хирургических материалов для остеосинтеза.

История с продолжением

В медицине соли магния впервые начали использовать ещё в XVII веке, правда, только в терапевтических целях – как слабительное. И лишь в начале XX века задумались о применении этого металла для изготовления разного рода фиксирующих конструкций, необходимых для скрепления костных отломков при травмах. Были выполнены первые экспериментальные работы, однако в медицинскую практику эта идея так и не была воплощена. Дело в том, что магний обладает уникальными свойствами: он не только биоинертен, а значит, не вызывает реакции воспаления и отторжения в тканях организма человека и животных, но и биорезорбируем, то есть разлагается в биологической среде. Для изготовления фиксирующих конструкций возможно использование сплавов магния. Правда процесс разложения сплавов магния в кислой среде сопровождается активным выделением водорода, из-за чего у пациентов в зоне проведённого хирургического вмешательства образовывались газовые полости, которые затем приходилось дренировать. К сожалению, преодолеть такой неблагоприятный, но неизбежный эффект процесса деградации крепёжных конструкций из магния врачам и учёным начала прошлого столетия не удалось.

Тем не менее, сам интерес к этому металлу, как потенциальному материалу для производства фиксирующих изделий, применяемых при остеосинтезе и в реконструктивно-восстановительной хирургии, сохранялся. И вот спустя столетие в научном мире начался настоящий бум вокруг магния. Здесь следует отметить, что Россия имеет высокий шанс стать лидером этой исследовательской гонки и предложить не только отечественной, но и мировой медицине широкую линейку имплантируемых биоразлагаемых металлоконструкций на основе магния, обладающих при этом высокой степенью биобезопасности для организма пациента.

Мегагрант для мегапроекта

Министерство науки и высшего образования РФ выделило в 2022 г. мегагрант международной группе учёных на реализацию проекта «Разработка импортозамещающей технологии производства биорезорбируемой системы фиксации из магниевых сплавов для остеосинтеза и реконструктивно-восстановительного лечения в медицине и ветеринарии». Собственно, все члены этой команды представляют российские научные и образовательные организации,

иностранный участник в ней только один, но это – необходимое условие для выделения мегагрантов на научные исследования.

Сама по себе идея использования биodeградируемых металлов в хирургии давно витает в воздухе. Что касается применения их в челюстно-лицевой области, эта задумка принадлежит одному из ведущих российских специалистов в данной области медицины, заведующему кафедрой челюстно-лицевой пластической хирургии Московского

Зачем, сколько и когда?

Об актуальности проблемы, которую решает эта уникальная команда, объединившая врачей и металлургов, а также о том, каких результатов и когда именно можно ожидать, корреспонденту «МГ» рассказал сотрудник лаборатории, ассистент кафедры челюстно-лицевой пластической хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова кандидат медицинских наук Николай Редько:

– Потребности современной медицины в металлоконструк-

биоразлагаемую замену для изготовления хирургического крепежа.

Хочу подчеркнуть, что важнейшим стимулом для нас к разработке фиксаторов из биоразлагаемого металлического сплава является необходимость использования таких изделий в детской хирургии. Когда организм растёт, требуется регулярная замена нерезорбируемых фиксирующих металлоконструкций, что сопряжено с рисками осложнений и снижением качества жизни маленьких пациентов. Самые

кости и резорбции фиксатора можно рентгенологически. Мы провели ряд лабораторных экспериментов *in vitro* и *in vivo* на мышцах, в ходе которых на рентгене увидели металлоконструкции из магния – стоматологические штифты, винты – сразу после их установки, затем через месяц, а через три и через шесть месяцев уже не увидели.

Итак, биоразлагаемых металлоконструкций, которые применялись бы в хирургии, включая челюстно-лицевую, на сегодняшний день в мире не существует,

Современные технологии

Фиксирующий магний — мечта хирургов

Российские учёные близки к решению важнейшей проблемы остеосинтеза



государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктору медицинских наук, профессору Алексею Дробышеву. К слову, клинический центр МГМСУ имеет самый большой в Восточной Европе опыт выполнения всего спектра челюстно-лицевых операций, в том числе, ортогнатических (исправление прикуса. – Ред.), которые считаются верхом сложности. Профессор А.Дробышев сформировал целую школу челюстно-лицевых хирургов, в то же время не только его ученики и коллеги, но всё сообщество хирургов согласно с необходимостью замены уже привычных титановых металлоконструкций на биodeградируемые.

По инициативе А.Дробышева и при поддержке ректора МГМСУ академика РАН О.Янушевича была организована исследовательская лаборатория медицинской биорезорбции и биорезистентности и собрана группа исследователей, в которую вошли сотрудники мединститута, а также учёные-физики из Московского института стали и сплавов (Университет МИСиС. – Ред.). Коль скоро заявленный научный проект имеет статус международного, в его реализации участвует в качестве ведущего учёного профессор Шин Кван Сон из Сеульского университета (Республика Корея), всемирно признанный специалист в области металлургии, а именно – магния и его сплавов, возможностей их применения в медицине.

циях для фиксации костных фрагментов можно оценить по следующим цифрам: в челюстно-лицевой хирургии более 50% операций проводятся с применением разного рода фиксаторов, в травматологии-ортопедии – 80% операций, в нейрохирургии – 40%, в хирургической стоматологии и имплантологии – до 30%. Такое же соотношение в ветеринарии, что также, по нашему мнению, немаловажно.

В настоящее время в реконструктивно-восстановительной хирургии используются фиксирующие конструкции из титанового сплава. Этот сплав при всех плюсах имеет один, но существенный минус – такие изделия нерезорбируемы, из-за чего доставляют пациентам некоторый дискомфорт, могут в дальнейшем прорезываться, вызывать воспаление. Любое устранение этих нежелательных последствий или просто регламентное извлечение фиксаторов связано с выполнением очередей хирургических вмешательств. А поскольку речь идёт о челюстно-лицевой области, высоко вероятно не только снижение качества жизни пациента, но и косметические дефекты после таких повторных операций. Вот почему возникла мысль найти материал для изготовления имплантируемых фиксирующих элементов, который позволял бы избегать таких осложнений. Титану, который прекрасно служил травматологам и стоматологам тридцать лет, пора найти

светлые наши мысли связаны с возможностью преодолеть как раз эту проблему, станет возможно использовать металлоконструкции у детей без необходимости замены по мере роста ребёнка.

Почему всё-таки через сто лет решено было вернуться к магнию, как главному материалу-кандидату для производства хирургического крепежа? Потому что появились способы контролировать скорость биodeградации магния в организме и даже управлять ею: мы можем снизить эту скорость, а можем увеличить. И тогда скорость выделения водорода и его накопления в окружающих тканях тоже контролируется. Более того, весь этот газ не будет накапливаться в месте разложения металлоконструкции, а станет равномерно уходить через окружающие мягкие ткани. Для достижения такого эффекта требуется коррекция самого магниевого сплава либо специальная обработка поверхности металлоконструкции на этапе изготовления.

Ряд таких технологических решений у нас уже есть, благо выстроена эффективная коллаборация представителей двух таких разных наук – металлургии и медицины. Мы формулируем для коллег, какие именно характеристики должны быть у искомого магниевого сплава и для выполнения каких медицинских функций он нужен, а они проводят поиск в заданном направлении. Как раз сейчас вместе занимаемся подбором компонентов такого сплава, есть разные кандидаты на роль добавок к магнию – цинк, галлий, кальций. Работая в единой команде, нам пришлось глубоко погрузиться в тонкости металлургии, а им – в медицину, ведь только при таком условии возможно результативное сотрудничество.

По нашим расчётам, хирургические металлоконструкции из магниевого сплава будут сохранять свои фиксирующие свойства в течение минимум 6-8 месяцев, а полностью деградировать и выводиться из организма через 1-2 года после выполнения оперативного вмешательства. За это время полностью успевает регенерировать собственная костная ткань. Подтвердить факт регенерации

таким образом, мы создаём полностью отечественный продукт, не имеющий аналогов. В номенклатуре фиксирующих изделий для ЧЛХ, не считая других разделов хирургии, больше тысячи наименований пластин, винтов, штифтов, сеток, спиц, проволоки, гвоздей и т.д., плюс каждое из изделий имеет несколько вариантов размеров. Можно приблизительно оценить, насколько велик полный перечень разного рода фиксирующих изделий для медицины, производство которых можно будет наладить из магниевого сплава.

Научный проект, поддержанный мегагрантом Минобрнауки, рассчитан до 2024 г. с возможностью пролонгации ещё на три года. У нас – к сожалению или к счастью – слишком много оригинальных идей, которые надо успеть реализовать. Но для этого по каждой из идей требуется провести не одно, а несколько экспериментальных исследований. Это касается и ассортимента, и размеров, и дизайна каждого из видов крепёжных изделий.

К окончанию срока реализации проекта мы намерены провести клиническое исследование фиксаторов нового типа, оформить регистрационные документы на 20 единиц готовых медицинских изделий и получить разрешение Минздрава России на их применение в клинике.

* * *

В настоящее время с десятком мировых научных центров двигаются в этом же направлении, то есть работают с магнием и его сплавами. Хочется верить, что первой к финишу придёт российская команда. Во всяком случае, в области челюстно-лицевой хирургии конкурентов у неё пока нет.

Авторы проекта считают, что проблем с поиском производителя не возникнет, и это будут исключительно отечественные предприятия. Таким образом, в плане выпуска изделий из «фиксирующего магния» для хирургии наша страна будет абсолютно независима от импорта, соответственно, стоимость таких расходных материалов существенно снизится.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

И вновь военная служба

В Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург) состоялся выпуск военнослужащих, имеющих ограничения из-за ранений, получивших в ходе выполнения задач в рамках специальной военной операции, окончивших курс дополнительного профобразования. Мероприятие состоялось в рамках реализации решения министра обороны РФ – обеспечить возможность дальнейшего прохождения военной службы всеми военнослужащими, получившими ранения в ходе специальной военной операции (по желанию). Новые специальности позволят военнослужащим продолжить службу на новых воинских должностях в организациях Минобороны России.

Начальник управления военного образования генерал-майор Игорь Муравляников передал выздоравливающим воинам слова благодарности от министра обороны генерала армии Сергея Шойгу, отметив их мужество, отвагу и храбрость, проявленные при выполнении воинского долга.

Военнослужащим вручены сертификаты об окончании курса дополнительного профобразования, удостоверения ветерана боевых действий и государственные награды: орден Мужества, медаль Жукова и пять медалей «За отвагу».

Более 20 военнослужащих получили жилищные документы. Специалистами органов жилищного обеспечения уже подобраны и подготовлены места проживания в выбранных регионах страны, для офицеров и контрактников, которые решили после лечения, реабилитации и профессиональной переподготовки продолжить военную службу.

О программе дальнейшей реабилитации военнослужащих и медицинском обеспечении на новых местах военной службы рассказал заместитель начальника академии полковник медицинской службы Валерий Толстошеев:

– В целях восстановления утраченных функций подобраны, изготовлены и настроены под каждого современные протезы. Проведён курс обучения пользования ими. Для каждого разработана индивидуальная программа реабилитации, согласно которой в последующем будут проводиться мероприятия по обслуживанию протезов и их замене при необходимости.

От наставника к преемнику

В Курском государственном медицинском университете стартовал проект, инициированный ректором профессором Виктором Лазаренко «Школа хирургии: от наставника к преемнику». Проект направлен на обучение студентов, ординаторов и курсантов вуза хирургическим вмешательствам, филигранной отработке важных хирургических основ, без которых постижение врачебных традиций, повышение уровня подготовленности, развитие необходимых профессиональных компетенций невозможно в принципе.

К работе приступило десять операционных бригад студентов КГМУ 4-6 курсов, разумеется, под пристальным контролем преподавателей. Только за один операционный день были произведены: кожная пластика дефекта U-образным скользящим лоскутом, лапароскопическая холецистэктомия, протезирование сонных артерий, клиновидная резекция тонкой кишки, операция Боари, трансплантация почки, протезирование восходящей части аорты, пульмонэктомия, ламинэктомия, сухожильный шов. Кроме хирургических операций в процессе вмешательства будущие врачи контролируют эффективность анестезиологического пособия, управляют жизненно важными функциями во время



Награждение производит И.Муравляников

В медицинских вузах страны

От студенческого эксперимента к активной практике

операции, следят за правилами работы операционной сестры.

«Школа хирургии: от наставника к преемнику» – долгосрочный проект, который дал возможность выполнять ежемесячные оперативные вмешательства на живых свиньях в НИИ экспериментальной медицины на базе лаборатории экспериментальной хирургии и онкологии с участием студентов и ординаторов, совершенствоваться и углублённо заниматься отработкой хирургических вмешательств под руководством наставников-преподавателей, практикующих врачей.

Проект позволит реализовать возможность передачи опыта и знаний младшим коллегам на основе принципа наставничества.

Авторитет вузовской
клиники растёт

Сотрудники многопрофильной клиники Ростовского государственного медицинского университета выписали домой пациентку после удаления значительного скопления жировой ткани в области живота. Вес женщины – 130 кг. Больная обратилась за помощью к хирургам, когда кожно-жировой «фартук» стал угрожать её здоровью и резко снизил качество жизни. Пенсионерка с большим трудом передвигалась, наклонялась, не могла полноценно ухаживать за собой. Ей было тяжело лежать на спине – 20 килограммовый «фартук», поджимая диафрагму, не давая нормально дышать, давил на брюшную полость.

Исходя из общего состояния пациентки, её возраста, наличия хронических заболеваний, в том числе сахарного диабета, врачи перед операцией провели тщательное многодневное обследование.

– Наша задача была не просто провести операцию по удалению кожно-жирового «фартука», а помочь пациентке быстро восстановиться, сократить реабилитационный период. При подготовке к проведению операции и реабилитации нам оказывали консультативную помощь кардиологи, эндокринологи, анестезиологи нашей многопрофильной высокотехнологичной клиники, – рассказывает руководитель операционной бригады, заведующий отделением абдоминальной онкологии, профессор кафедры хирургических болезней № 2 РостГМУ доктор медицинских наук Денис Черкасов.

Уже на следующий день пациентка смогла не только встать с



Праздник «Студенчество без границ» в Красноярске

кровати, но и достаточно уверенно ходить по лестнице.

Подчеркнём, что в клинике РостГМУ операции по удалению кожно-жирового «фартука» и реконструкции передней брюшной стенки проводят регулярно. Чаще всего за помощью обращаются женщины после родов, с диафрагмой прямых мышц живота, пациентки после бариатрических операций, которым не удалось самостоятельно справиться с проблемой тяжёлых складок на животе.

Золотые имена
высшей школы

Трое преподавателей Тюменского государственного медицинского университета стали победителями Всероссийского конкурса «Золотые имена высшей школы». Церемония награждения финалистов прошла недавно в Москве в Общественной палате РФ, накануне профессионального праздника – Дня преподавателя высшей школы.

В номинации «За внедрение студенческого, научного, конкурсного и олимпийского движения» награждён профессор кафедры медицинской профилактики и реабилитации института общественного здоровья и цифровой медицины доктор медицинских наук Александр Ерохин; в номинации «За вклад в социальную работу и воспитательную деятельность, профессиональную ориентацию детей и молодёжи» – доцент кафедры факультетской терапии кандидат медицинских наук Дмитрий Елфимов; в номинации «За достижения в просветительской деятельности» – доцент кафедры биологии института фундамен-

тальной медицины Денис Трушников.

Конкурс «Золотые имена высшей школы» в пятый раз проводила общественная организация «Лига преподавателей высшей школы» при поддержке Министерства науки и высшего образования и Фонда президентских грантов. Согласно условиям, эксперты отбирают лучших преподавателей высшей школы и научных учреждений, которые демонстрируют впечатляющие достижения в науке, учебном процессе, воспитании и применении новейших технологий образования.

Победителями пятого Всероссийского конкурса стали более тысячи лучших преподавателей страны. Им вручили дипломы и нагрудные знаки победителя конкурса, а также благодарственными письмами от статс-секретаря-

ческим костям, и хирургический инструментарий. С помощью муляжей студенты смогут создавать модель операции остеосинтеза и замещения суставных поверхностей. Подобные макеты также применяются в медицине в наиболее сложных клинических случаях для предварительного моделирования хода операции перед самим хирургическим вмешательством.

В интересах обеих сторон

Тихоокеанский медицинский государственный университет и судебно-экспертный центр Следственного комитета РФ (СЭЦ СК России) заключили соглашение о сотрудничестве. Они вместе будут развивать систему профессиональной подготовки экспертных кадров для производства судебно-медицинских экспертиз. Документ подписали ректор вуза Валентин

Шуматов и и.о. директора СЭЦ СК России Михаил Игнашкин.

– В рамках взаимодействия планируется совместное развитие научной, учебно-методической и информационной базы в области судебно-медицинской экспертизы на основе сочетания инновационной деятельности университета с экспертной практикой судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ, – сказал В.Шуматов.

Вот такой «Калейдоскоп»

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого состоялся XV Международный молодёжный фестиваль «Студенчество без границ» – 2022. Общая тема фестиваля – «Калейдоскоп культур в сердце Сибири».

Таким образом, вуз в свой 80-летний юбилей, отмечаемый в эти дни, объединил в своих стенах представителей различных культур и народов мира.

Участниками фестиваля стали обучающиеся в вузах края – студенты иностранных государств и национальных республик РФ, а также делегации из Луганского государственного университета им. Владимира Даля и Ошского технологического университета им. М.М.Адышева (Киргизская Республика), коллективы Дома дружбы народов и Государственной универсальной научной библиотеки края и Красноярского краевого краеведческого музея.

В первый день фестиваля участникам была предоставлена возможность посетить выставку конкурса фотопостов, насладиться красотой природы Сибири на фотовыставке «Три истока» и принять участие в конкурсе чтецов стихотворений на русском языке. У иностранных студентов была возможность участвовать в этноэстафете и национальных спортивных соревнованиях. Второй день собрал множество зрителей, так как был наполнен зажигательными танцевальными конкурсами, профессиональными мастер-классами и выставками.

В течение двух ярких дней интересное комплексное мероприятие посетили более 700 студентов из 10 вузов города и края, а вообще фестиваль собрал обучающихся из 20 стран и стал масштабным, многогранным и запоминающимся событием, объединяющим представителей различных культур, – настоящим калейдоскопом культур.

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

Благодарность
не только на словах

В Сибирском государственном медицинском университете прошла презентация нового учебного оборудования для студентов хирургических направлений. Инструментарий приобрели и доставили в университет выпускники вуза в рамках благотворительной акции. Благотворителями выступили выпускник Томского мединститута, член Томского землячества в Москве Александр Чесноков и томское землячество в столице под руководством члена президиума РАН, почётного гражданина Томска и Томской области, академика РАН Геннадия Месяца.

– Alma mater дала всем выпускникам не только медицинские знания, но и смогла привить культурные и гуманитарные ценности. В преддверии 135-летнего юбилея СибГМУ, который состоится в следующем году, выпускники разных лет могут отблагодарить разными способами. Это одна из первых акций благодарности, которую мы с коллегами из Ассоциации выпускников решили представить в виде лаборатории для отработки навыков по ортопедии и травматологии, – отмечает президент Ассоциации выпускников СибГМУ, доктор медицинских наук, почётный профессор Александр Байков.

Представленный демонстрационный материал включает в себя набор для тренировки проведения остеосинтеза и протезирования – муляжи костей, созданные на 3D-принтере, идентичные по размеру и приближенные по плоскости и жёсткости к челове-

На данном этапе отечественная медицина переживает определённые трудности. Два года, проведённые в условиях пандемии, заметное подорожание лекарственных средств и оборудования, отказ многих фирм поставлять на российский рынок свою продукцию существенно затруднили работу медицинских учреждений. Затруднили, но в то же время и закаляли. О работе в новых условиях, о решении кадровых проблем в здравоохранении, постановке информационной работы в первичных организациях в беседе с главным редактором «Медицинской газеты» Алексеем ПАПЫРИНЫМ рассказал председатель Республиканского профсоюза работников здравоохранения Башкортостана Рауль ХАЛФИН.



— Рауль Магруфович, вы возглавляете одну из крупнейших территориальных профсоюзных организаций в стране. С какими просьбами и жалобами чаще всего обращаются в профсоюз медицинские работники?

— Обращения поступают в республиканский комитет и к председателям первичных профсоюзных организаций. Всего в 2021 г. в профсоюз поступило более 11 тыс. обращений, 91,6% проработаны оперативно и решены в пользу работников, остальные приняты в работу и послужили основой для обращений к работодателям, в Министерство здравоохранения и иные ведомства. Самые задаваемые вопросы прошлого года — обеспечение страховых выплат при инфицировании COVID-19 и доплаты за работу с коронавирусной инфекцией. В целом, 2997 обращений по вопросам оплаты труда решены в пользу членов профсоюза. По результатам рассмотрения их произведён перерасчёт заработной платы на сумму 18,3 млн руб. Помимо этого, поступают обращения по правовым вопросам, охране труда, льготному стажу для перерасчёта пенсии, а также о поддержке в трудных жизненных ситуациях.

Учитывая значительное количество членов профсоюза в нашей республиканской организации, одна из важнейших задач — обеспечить доступность консультаций специалистов организации, что стало особенно актуально в период повышения нагрузок на медицинских работников во время пандемии, принятия множества новых нормативов и регламентов, на фоне ограничений очных встреч с коллективами. В этих условиях хорошо сработала открытая в марте 2020 г. круглосуточная горячая линия, куда работники со всей республики могли обратиться, даже находясь в условиях «вахты» или карантина. В тот период возникали и организационно-бытовые вопросы. Например, транспортировку персонала на работу и домой, предоставление мест в детских садах, в том числе круглосуточных, доставка продуктов и бытовых принадлежностей — всё это мы решали совместно с муниципалитетами, транспортными организациями, волонтерами. Создавались специальные рабочие группы, в том числе с координацией на уровне администрации главы республики, а наш профсоюз был одним из основных источников информации о потребностях работников отрасли. В каких-то случаях выделялись дополнительные автомобили, например в период резкого увеличения нагрузки на поликлиники. Нами были проведены переговоры и организованы скидки на такси для медицинских работников. Напрямую с фирмами успешно отработывали даже обращения по качеству питания, доставляемого в госпитали для работающих в «красных» зонах.

— В последнее время всё чаще появляется информация о возникновении конфликтов между медицинскими работниками и

выездные приёмы населения и работников лечебных учреждений.

— Подписание соглашения о взаимодействии по предотвращению профессионального выгорания медицинских работников между Министерством здравоохранения Республики Башкортостан и региональной организацией профсоюза — очень важное и нужное направление взаимодействия. Оно состоялось на зональном совещании по совершенствованию региональных систем оплаты труда. Что оно предусматривает?

— Оно фиксирует договорённость о необходимости поэтапного и комплексного изучения проблемы, выработки способов её решения и их последовательной

ответственность за каждое принятое решение, назначение или диагноз, сопереживание за результат лечения, который, увы, не всегда может быть положительным по объективным причинам — повседневность для врачей и средних медицинских работников. В периоды подъёма заболеваемости COVID-19 все эти факторы умножились в своей интенсивности. Перенесённый, у многих неоднократно, ковид тоже сил и здоровья коллегам не прибавил.

Республиканской организацией проведён опрос среди 2 тыс. работников здравоохранения. Своё состояние ниже удовлетворительного оценили 52,7% опрошенных медиков, из них 27% отметили, что «у них практически нет сил». Среди основных причин уста-

взаимодействие и далее будет продуктивным, я в этом уверен.

— Кадровый дефицит в здравоохранении трудно преодолеть без повышения оплаты труда и предоставления медицинским работникам социальных гарантий. Как вы оцениваете ситуацию в отрасли с обеспеченностью кадрами и поддерживаете ли возвращение распределения молодых специалистов?

— В Башкортостане по итогам III квартала 2022 г. обеспеченность врачами составила 35,5 на 10 тыс. человек, средними медицинскими работниками — 89,8. Это не так уж плохо. Но проблемы, конечно, существуют. Для устранения кадрового дефицита в конкретных больницах и поликлиниках продолжается реализация 4 основ-

Наши интервью

Рауль Халфин:

«Профсоюз открыт для вопросов и предложений»

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕСКОМА ПРОФСОЮЗА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РБ (6 МЕСЯЦЕВ 2022 г.)



руководством лечебных учреждений. Какую позицию занимает в этом случае профсоюз?

— Мы за конструктивный диалог, выяснение всех деталей и их предметное обсуждение. Но прежде всего мы выступаем за профилактику подобных ситуаций. Конфликты и склоки не нужны никому (кроме, пожалуй, разного рода блогеров), организация в любом случае в проигрыше, как в смысле потраченных финансов, так и ухудшения имиджа и психологического климата в коллективе. Разногласия, как правило, возникают из-за недостатка информации. В случаях, например, изменения в оплате труда, даже без нарушения прав работников, или введения новшества в структуре «расчётного листка». Всё это может стать поводом для возникновения напряжённости. Чтобы не допустить этого, специалисты рескома выезжают в медицинские организации и модерируют информационное взаимодействие между работниками и представителями администрации учреждения. Хорошей и полезной традицией стали совместные с руководителями регионального Министерства здравоохранения, муниципалитетов, ТФОМС, Роспотребнадзора

реализации. Тема действительно актуальная и многофакторная.

Работа медиков всегда связана с повышенными физическими и эмоциональными нагрузками. Суточные дежурства, многочасовые операции, колоссальная от-

лости на первое место отнесли напряжённость труда, объём и интенсивность работы, нехватку времени — 21,8%, эмоциональное напряжение от работы с людьми указали 21,7% опрошенных. Интересно, что 12% отметили, что недостаточное внимание и поддержка со стороны работодателя, администрации учреждения так же влияет на рост утомления и напряжения. Таким образом, есть над чем работать сторонам социального партнёрства.

Среди предложений по профилактике эмоционального выгорания, высказанных в рамках профсоюзного опроса, самыми частыми звучали — повышение оплаты труда, уменьшение объёма отчётной документации, отдых и оздоровление работников.

— Наверное, это вызвало много трудностей?

— Как раз наоборот, понимание важности этого направления работы для поддержки кадрового потенциала есть и у профсоюза, и у Министерства здравоохранения республики. На этой основе

ных программ, которые являются ключевыми мерами привлечения и закрепления врачей и среднего медицинского персонала в муниципальном здравоохранении. Это программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» (в 2022 г. общий объём финансирования составил 144,5 млн руб.). Есть и специальная программа поддержки врачей дефицитных специальностей при приёме на работу в государственные медицинские организации республики (в 2022 г. общий объём финансирования составил 2 млн). Кроме того, представляется единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн медицинским работникам, имеющим высшее образование и прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населённые пункты (в т.ч. рабочие посёлки/посёлки городского типа) и города с населением до 50 тыс. человек (в 2022 г. выплаты в размере 1 млн руб. получили 27 медицинских работников).

Сейчас на стадии согласования проект постановления «О порядке

Эффективность работы по назначению пенсии в судебном порядке



В 2021 г. 170 членам профсоюза Пенсионным фондом возвращено около 19,5 млн руб., экономия на юридических услугах — более 5 млн руб.

С 2015 по 2021 г. с помощью юристов профсоюза пенсия установлена 1558 членам профсоюза на общую сумму около 225 млн руб.

Горячая Линия профсоюза 8-987-045-24-88

ПОЧЕМУ Я В ПРОФСОЮЗЕ?

Средняя пенсия в месяц 14 000 рублей.

Юридические услуги
Подсчет спецстажа — 4 000 руб.
Ведение дела в суде — 20 000 руб.
Экономия для члена профсоюза на услугах юриста — 24 000

ИМЕЮ ПРАВО НА ЛЬГОТНУЮ ПЕНСИЮ!

Ведение дела в суде
Средняя продолжительность отсуженного юристами профсоюза периода — 8 месяцев
Перерасчет пенсии по решению суда — 112 000

Юридические помощь для члена профсоюза — бесплатна. (347) 273-17-32
Горячая линия профсоюза 8-987-045-24-88

предоставления компенсационных выплат врачам (по специальностям «врач-терапевт участковый», «врач-педиатр участковый» и «врач общей практики»), принятым на работу в медицинские организации, подведомственные Минздраву республики, по которым численность прикрепленных застрахованных лиц составляет менее 25 тыс. человек».

Распределение – это всё-таки форма, которая больше подходила для времён Советского Союза. И если вводить её, то она должна касаться всех специалистов, получивших бесплатное высшее образование, а не только медицинских работников. Иначе получается дискриминация тех, кто выбрал себе самую гуманную в мире профессию. Основная форма привлечения молодых специалистов в лечебные учреждения республики – заключение целевых договоров обучения. Совершенствованию и эффективности этого направления уделяется пристальное внимание. Профсоюз активно участвует в поддержке молодых специалистов, в том числе через развитие наставничества.

Хочу отметить, что начиная с 2021 г. увеличены контрольные цифры приёма на обучение за счёт бюджетных ассигнований Башкортостана с 950 до 1350 человек. Открываются новые филиалы медицинских колледжей. Все эти меры – хороший задел на будущее.

– Какие задачи считаете важными для первичных и республиканской организаций Профсоюза работников здравоохранения?

– Информационная работа, наряду с защитой интересов медицинских работников, выходит сегодня на первый план. И активистами на местах проводится огромный её объём. Особенно тем, кто своими делами и авторитетом сохраняет дух коллектива, реализуемый через профсоюзное членство (в 30% медицинских организаций республики в нашем профсоюзе состоят более 90% работников). Радует, что многие председатели активно внедряют современные способы информационной работы. Хорошей практикой в ряде организаций стали регулярные публикации о людях и мероприятиях в своих социальных сетях и местных СМИ.

Но достичь успеха можно, опираясь только на чёткую информационную концепцию. Каждый день, включая выходные и праздники, мы по шагу, по кирпичику, выстраиваем образ профсоюза. Задумываемся, как воспринимают нашу общественную организацию.

– В этой работе вы решили опираться на системный подход, с чем это связано?

– В самом начале, во время моих первых поездок в медицинские организации и встреч с работниками, я был обескуражен тем, что единицы чётко представляли, чем занимаются специалисты рескома, понимали результаты их деятельности. Обычно назывался перерасчёт льготного стажа, теми, кто сталкивался с подобной проблемой. И это не вина людей, им просто об этом не рассказывали, а листовки и стенды не все читают внимательно. Персональные консультации и юридическую помощь получали 300–500 человек в год из 70 тыс. членов профсоюза. Закономерно, что в представлении большинства – деятельность профсоюза сводилась лишь к распределению новогодних подарков. Стало понятно, что и об успехах работы профсоюза тоже мало кто узнаёт, если не обеспечить чёткий информационный поток. Когда задача была определена, мы продумали основные направления информационной работы: юридическая помощь, льготный стаж, СОУТ и охрана труда, культурные и спортивные мероприятия. Однако большие события, или инфоповоды, увы, происходят не каждый день. А одна из задач информационной работы – не просто донести факты и статистику, а методично формировать понимание того, что профсоюз работников здравоохра-

нения активен и последовательно развивается. Информация о текущей работе необходима, нужны и публикации, привлекающие интерес читателей: публикации о конкретных людях, проактивистах, ветеранах или просто «истории успеха», конкурсы, формирующие командный дух, и даже в какой-то мере азарт, сообщения о материальной выгоде, скидках.

– Выступая на пленуме ЦК профсоюза, вы подчеркнули, что один из ключевых приоритетов – создание информационного профсоюзного поля. Как оно должно меняться?

– На уровне первичной профсоюзной организации – это стенды, чаты, социальные сети, сайт работодателя и, конечно же, сарафанное радио, на которое тоже надо учиться влиять. Хорошей поддержкой для имиджа ППО могут стать публикации в местных газетах, радио и ТВ, а также в социальных сетях и сайтах администраций муниципалитетов.

Важной частью информационного поля является сайт, обновлению которого с учётом бренд-бука нашего профсоюза уделялось большое внимание в этом году. По-прежнему важную роль играют чаты в WhatsApp, развивается телеграмм-канал (сейчас 2140 подписчиков). После приостановки групп в Фейсбуке и особенно в Инстаграм, пришлось быстро перестраиваться на работу в ВКонтакте (на сегодня более 5 тыс. подписчиков), набираем обороты и в «Одноклассниках».

В этом году обучаем и стараемся мотивировать все наши первички, но приоритетное внимание уделяем организациям с численностью более 500 человек (свои группы в соцсетях в 2021 г. имели 42%, в июне 2022 г. 68% таких ППО). Прогресс заметный, но, к сожалению, не у всех группы в соцсетях реально заработали. Чтобы поддерживать развитие информационной работы и вести более предметный разговор, мы сформировали ряд показателей для мониторинга. Данные о «стадии информационного развития» ППО учитываются для планирования целевых обучающих мероприятий.

Конечно же, не стоит забывать и о встречах с коллективами. Эта форма информирования членов профсоюза по-прежнему востребована. Безусловно, важное значение имеет имидж руководителя... Необходимо стремиться к тому, чтобы рассказывать о достижениях не только на официальных страницах профсоюзных пабликов, но и на личных страницах в соцсетях лидеров и активистов организации. Именно так формируется общественное мнение, так включается сарафанное радио от родственников к друзьям и знакомым знакомых. И работа подобная ежедневная, кропотливая, с прицелом на будущее и общий успех.

Хотелось бы подчеркнуть, что информационную работу, как и любой другой многофакторный и многоэтапный процесс, надо организовать. О проводимой работе и возможностях нашего профсоюза необходимо рассказывать грамотно и интересно, при этом обмениваться опытом и делиться друг с другом лучшими практиками.

Спасибо и вашему изданию за интерес к жизни отраслевого профсоюза, поддержку наших инициатив!

От редакции. Одним из ключевых событий V пленума ЦК профсоюза стало награждение лауреатов конкурса на лучшую постановку информационной работы. Первое место заняла Республиканская организация Башкортостана Профсоюза работников здравоохранения РФ с общей суммой свыше 354 тыс. баллов. Поддерживаем руководство отраслевого профсоюза с заслуженной наградой.



Обсуждения

Главные вопросы Покровских чтений

Решая проблемы профилактики болезней и реабилитации пациентов

Второй год традиционная конференция, организованная Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Национальной ассоциацией специалистов по инфекционным болезням им. В.И.Покровского, Национальной ассоциацией диетологов и нутрициологов, Федерацией педиатров стран СНГ и Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова, именуется Покровскими чтениями.

Такое название – дань памяти великого российского учёного, создателя крупнейшей отечественной школы учёных-инфекционистов, академика Валентина Покровского, внёсшего огромный вклад в защиту населения от биологических угроз, приходивших в нашу страну.

На пленарном заседании прозвучали доклады, отобразившие главную проблематику конференции. В своём выступлении директор ЦНИИЭ академик РАН Василий Акимкин осветил связь времён и поколений, рассказав о выдающихся деятелях медицинской науки и практики здравоохранения, всей отечественной школе эпидемиологов и инфекционистов, микробиологов и паразитологов.

Продолжил тему эволюции представлений о структуре и содержании эпидемиологии главный спе-

циалист-эпидемиолог Минздрава России, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Николай Брико.

Современные подходы к терапии гепатита С и возможностях элиминации этого заболевания в рамках задач, поставленных ВОЗ, осветил главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, профессор кафедры инфекционных болезней медико-профилактического факультета Сеченовского университета Владимир Чуланов.

Однако наибольший резонанс вызвало выступление руководителя специализированного научно-исследовательского отдела эпидемиологии и профилактики СПИД ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академика РАН Вадима Покровского, заявившего, что ВИЧ-инфекция не только не отступает, но и захватывает всё новые рубежи. По приведённым им данным, сегодня уже 1 млн 500 тыс. наших соотечественников инфицированы ВИЧ, что составляет 1% от всего населения России. Он назвал темпы распространения ВИЧ-инфекции в России очень серьёзной проблемой. По его про-

гнозам, с 2020 по 2030 г. число новых случаев заражения ВИЧ в стране составит 660 тыс. человек, и все они будут нуждаться в помощи инфекционистов.

В целом научная программа конференции охватила такие актуальные темы здравоохранения, как новые подходы к организации и проведению эпидемиологического надзора; современные возможности профилактики и лечения COVID-19; пути предупреждения внутрибольничных инфекций; выбор рациональной терапии ОРВИ.

Участники мероприятия также обсудили вопросы коморбидности и реабилитации инфекционных больных, противовирусной и антибактериальной терапии в целом и антибиотикорезистентности в частности; иммунопрофилактики инфекционных болезней и многие другие.

В форуме приняли участие руководители и ведущие учёные научно-исследовательских институтов Роспотребнадзора и Минздрава. Он стал площадкой для диалога и обмена опытом учёных и практиков в сфере инфекционной патологии, что, безусловно, будет способствовать решению задач по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности населения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Особый случай

«Полёт» нормальный...

Травматологи спасли мужчину, упавшего с четвёртого этажа

Врачи отделения травматологии Демидовской городской больницы Нижнего Тагила успешно прооперировали жителя города Кушвы, доставленного вертолётom территориального центра медицины катастроф с множественными травмами после падения с четырёхэтажного здания. Пострадавшему не только спасли жизнь, но и сохранили её качество: через некоторое время он снова сможет ходить.

По воспоминаниям пациента, выполняя ремонт крыши и работая на высоте порядка 15 м, он в какой-то момент отвлёкся и отступил страховочный трос. Дальше – падение, боль и шок...

Скорая помощь доставила его в центральную больницу Кушвы с ушибами грудной клетки и поясничной области, закрытой черепно-мозговой травмой, сотрясением головного мозга и множественными переломами. Местные врачи оказали пострадавшему первичную помощь, провели диагностику. Полученные снимки обсудили в ходе телемедицинской консультации с коллегами из Нижнего Тагила и совместно приняли решение об экстренном переводе пациента в отделение реанимации Демидовской больницы.

«После стабилизации состояния пациента мы провели операцию. При помощи металлоконструкций синтезировали сломанные конечности: обе пяточные кости, левую бедренную кость и все кости левого предплечья», – рассказывает заведующий травматологическим отделением Демидовской больницы Дмитрий Карлов.



Чтобы минимизировать послеоперационные осложнения и предотвратить негативные последствия множественных наркозов, все манипуляции были выполнены в одну операционную сессию двумя бригадами врачей травматологического отделения. Вмешательство длилось около 2 часов.

«В первые дни я был в шоке, что после такого падения не просто выжил, но и смогу вернуться к полноценной жизни. Впереди долгая реабилитация, после которой я снова буду ходить», – говорит пациент, безмерно благодарный медикам за профессионализм и внимание.

Напомним, что в Свердловской области создана и эффективно работает трёхуровневая система оказания медицинской помощи. Благодаря Национальному проекту «Здравоохранение» жителям всех населённых пунктов региона, как мегаполисов, так и сельских территорий, доступны высокие технологии современной медицины.

Санавиация, развитие которой губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев считает одним из приоритетов развития регионального здравоохранения, постоянно помогает в спасении жизней уральцев – спасатели обеспечивают экстренную транспортировку пациентов в больницы крупных городов. Силами сотрудников ТЦМК за 10 месяцев выполнено 2550 эвакуаций, наземных и по воздуху. На страже здоровья свердловчан – 4 воздушных экипажа скорой помощи. Три вертолётa базируются в Екатеринбурге, один – в Краснотурьинске (эта, самая новая площадка, была открыта в августе 2021 г.). Всего медицинскую помощь за 10 месяцев 2022 г. медики территориального центра медицины катастроф оказали около 7,5 тыс. пациентов области.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

Выводы

Пограничные конфликты

Тело постоянно сталкивается с пограничными конфликтами, проистекающими от воздействия среды – не всегда благоприятного – на клетки.

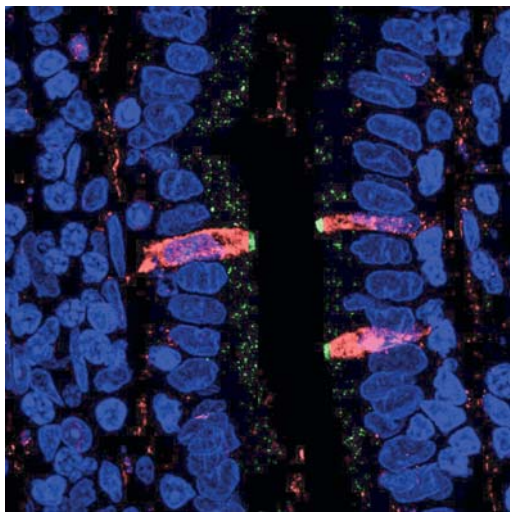
Примером является действие внутрикишечной массы на клетки слизистый, не только участвующей в пищеварении, но и защищающей уязвимую – со стороны микрофлоры, вирусов и токсических молекул – кишечную ткань. В Университете Северной Каролины получили одноклеточный транскриптом – совокупность информационных РНК в отдельных клетках – 12 590 эпителиальных клеток, полученных из кишечника 3 человек. Результаты показали постепенный переход клеток кишечника от стволового состояния к полностью функциональному, что сопровождалось также сменой протеинов, кодируемых маркерными генами региональной дифференцировки. Исследование позволило понять механизмы ответа эпителиальных клеток на лекарства и среды и

составить атлас здорового эпителия тонкого кишечника человека (CMGH).

Говоря о генах, следует иметь в виду, что они могут обладать плейотропностью, то есть проявлять себя в разных фенотипах, и в то же время разные гены могут определять сходную картину изменений и отклонений. В качестве примера сотрудники Гарварда привели три гена ARG, определяющих риск развития аутизма (вернее ASD – Autism Spectrum Disorder): SUV, ARID и CHD. Первый обозначают чаще KMT, поскольку он определяет синтез фермента метилирования, или присоединения метильных групп –CH₃ к ДНК и белкам гистонам. Второй кодирует белок, имеющий домен взаимодействия с участком ДНК, обогащённым А и Т, или «буквами» ген-кода (AT-Rich Domain). Последний отвечает за синтез хромодомен-лигазы, то есть энзима лигирования порывов цепей ДНК. Все три протеина участвуют в ремоделинге хроматина, определяющем регуляцию активности генов раннего развития мозга, его клеток и связей между ними. Можно напомнить, что хроматином называется «гибрид» между ДНК и связанными с ней протеинами. Активные гены образуют так называемый эухроматин, который не виден в обычный микроскоп, неактивные же видны под ним как глыбки гетерохроматина. В ходе подготовки к митозу, или клеточному делению весь хроматин конденсируется, в результате чего становятся видны хромосомы, которые похожи на

букву Х. Включение активности 3 указанных генов следует строго по времени, поэтому его отклонение от «расписания» ведёт к ASD. Гены объединили друг с другом как ARG, что стало сюрпризом для авторов, назвавших это объединение конвергенцией.

Последний пример дал журнал Science, опубликовавший статью из Свободного университета Брюсселя. Бельгийские учёные предложили сконструированные ими молекулы Wnt для «починки» гемато-энцефалического барьера (ГЭБ). Поясним, что имеется в виду: Wnt представляет собой семейство белков, запускающих процесс развития зародыша (мутация одного из них приводит к появлению бескрылых мух дрозофил, а другого в 2-3 раза увеличивает размер мозга у мышат). В Брюсселе выяснили, что сконструированный ими Wnt способен связываться с «нестандартными» белковыми рецепторами на поверхности клеток, что способствует ликвидации «протечек» ГЭБ в результате восстановления связей между эндотелиальными клетками сосудов. Последние выстилают монослоем сосуда изнутри и вместе с «периферийными» перитцитами, а также отростками звездообразных клеток глии белого вещества (астроцитов) образуют функционально целостный ГЭБ. В этой связи следует напомнить, что весьма «ранимые» нервные клетки непосредственно с сосудами не контактируют, получая питательные вещества после «фильтрации» их клетками ГЭБ. Авторы полагают, что выявленные ими протеины клеток, формирующих ГЭБ, могут стать мишенями для разработки новых лекарств с эндотелиальным таргетированием (мишенями которых будут эндотелиальные клетки мозговых сосудов).



Два протеина (зелёный и красный) в клетках слизистой тонкого кишечника

Исследования

Электростимуляция

В университете Северной Каролины выявили белок, при выключении гена которого нарушаются синапсы и нервно-мышечные соединения. При этом нарушаются: связь нервных клеток с помощью белка интегрин, название которого говорит само за себя, так же работа фермента фокальной адгезии и нейронов глубокого мозжечкового ядра (DCN – Deep Cerebellar Nucleus).

Всё это приводит к развитию спастической атаксии и утере подвижности вследствие нарушения трафика интегрин между нейронами. С этим пока ни врачи, ни нейробиологи бороться не могут, но гораздо чаще им приходится сталкиваться с жертвами различных спинномозговых травм, вследствие которых люди могут передвигаться на колясках. Многообещающее сообщение Федеральной политехнической школы Лозанны вселяет надежду, что не в таком уж и отдалённом будущем этим пациентам смогут помочь.

Речь идёт о клинических испытаниях, проведённых на девяти пострадавших от спинальных травм (SCI – Spinal Cord Injuries), которых почти полгода реабилитировали с помощью эпидуральной электростимуляции (EES). Под «эпидуральной» понимается стимуляция с помощью гибкой платы с 16 электродами, налагаемой на твёрдую мозговую оболочку (dura

mater) между нижним грудным и первым поясничным позвонками (T12-L1, а также платформа для EES между L2 и 3. У шести добровольцев после травмы сохранились ощущения в ногах, трое других были полностью парализованы. Лечение привело к тому, что они вновь обрели способность ходить, хотя со временем нейронная активность вблизи места травмы снижалась. Авторы сравнивают это с процессом обучения, в начале которого включается много нервных клеток коры, но со временем число активных нейронов уменьшается, так как процесс стабилизируется и нормализуется.

Параллельно проводились также и опыты на мышах, потерявших после экспериментальной травмы спинного мозга подвижность задних лапок. Выявление клеточной активности в отдельных клетках (определение single-cell mRNA) показало участие двух генов эмбрионального развития, и в частности Hox (Hoxeobox), который в норме выключается после рождения (и определяется при некоторых опухлях). Второй ген Vsx «отвечает» за формирование зрительной системы и нарушения в нём приводят к микрофтальмией (уменьшённым глазным яблоком). На основании генной активности авторы с помощью ИИ выделили 36 нейронных популяций, «насевающих» нижний отдел спинного мозга и участвовавших в «выздоровлении» мышей от

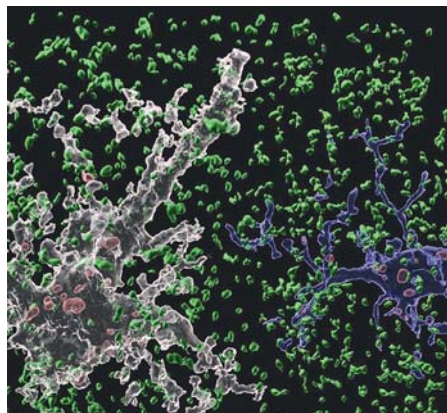
паралича и обретении подвижности лапок. Пространственная «привязка» участвовавших в процессе нервных клеток позволила с уверенностью говорить, что они локализованы в особом слое-ламине. К ним в норме приходят отростки от проприоцепторов, то есть клеток в мышцах, связках и суставах, способствующих ощущению тела в пространстве (у космонавтов эти клетки из-за отсутствия гравитации не работают, почему они учатся ходить после возвращения с орбиты, кстати, им тоже может помочь EES).

«Родственники» Микки Мауса помогли сделать уникальное открытие, связанное с тем, что в ламине имеются клетки, которые при травме позвоночника и спинного мозга могли бы способствовать регенерации нейронов. К сожалению, процессу восстановления «мешают» глиальные клетки, которые препятствуют делению клеток, являющихся предшественниками нервных, а также фибробласты, размножение которых приводит к образованию рубцов, сквозь которые не могут прорасти отростки нервных клеток. По всей видимости EES не только стимулирует нервные предшественники, но также за счёт активации генов Hox и Vsx подавляет активность глии. В настоящее время идёт рекрутирование пациентов для широкомасштабных клинических испытаний, которые начнутся в 2024 г.

Взгляд

РНК против

В Риме мужчин называли вирами, отсюда триумвират, или «трое мужие» (Цезарь-Кассий-Помпей). Звали так и легионеров, сеющих смерть и разрушение. Так именвал своих «подопечных» и Л.Пастер, и название сменилось только после открытия истинных вирусов, представляющих собой нуклеиновую кислоту – ДНК или РНК – с окружающими её протеинами и белковую оболочку с торчащими из неё белками. Они необходимы для «контактов» с протеинами-рецепторами клеточной мембраны, без чего невозможен вход вируса в клетку в полости эндосомы, или «мешочка»-пузырька, образуемого оболочкой клетки.



Слева серый нейрон, справа синяя клетка микроглии

Если вирус оказывается в эндосоме менингококкового макрофага, то он лизирован на части. Их фрагменты макрофага, или антиген-представляющая (презентирующая) клетка – АПК – предъявляет иммунному лимфоциту Т-хелперу, который помогает запустить иммунный ответ. Последний означает синтез белковых антител и сенсибилизацию лимфоцитов – цитотоксических (ЦТЛ) и натуральных киллеров (НК). И те, и другие «обрушиваются» на инфицированные вирусом и другими патогенами клетки, нещадно элиминируя их.

Вирусы являются молекулярными паразитами, так как они «салятся» на клеточные протеины, предназначенные для совсем иных целей. Взять тот же ковид, имеющий белковые спайки, на конце которых находится участок (RBD – Receptor Bound Domain) для связывания с белковым ферментом, конвертирующим регулирующим давление ангиотензином (Angiotensin Converting Enzyme – ACE). Нечто подобное делают и другие вирусы, например гриппа, вспышка которого век назад унесла миллионы жизней. Для попадания в клетки вирусные частицы «инфлюэнцы» используют белки гемагглютинин (HA) и нейраминидазу (NA). Как и всякое инородное для организма «тело» вирусы постоянно подвергаются атакам нейтрализующих их антител и лимфоцитов, что ведёт к мутациям генов, отвечающих за синтез RBD, HA и NA, что позволяет уйти из-под иммунного надзора. В этом плане гораздо менее изменчивы «стебельки» шпилек, HA, NA и уж совсем консервативно стабильные нуклеокапсиды, защищённые вирусными оболочками.

Вирулентность, то есть тяжесть вирусного поражения, обусловлена их способностью вызывать сильное воспаление с образованием в клетках так называемых инфламматом. Их «сборка» в цитоплазме обуславливает аномальную иммунную реакцию, которая сходна с аутоиммунной (к аутоиммунным расстройствам относятся инсулинзависимый диабет, ревматоидный артрит, а также рассеянный склероз). В Университете Квинсленда (Австралия) показали, что ковид и инфламматомы активируют клетки микроглии, выполняющие в нервной системе роль макрофагов. В статье говорится, что COVID исходно является респираторным вирусом наподобие гриппозного, но некоторые мутации как вирусного, так и нашего генома приводят непосредственно вирусных и глиальных протеинов. Опасность повышается при активации микроглии бактериальным липополисахаридом (с

его помощью патогенная кишечная палочка «пробивает» энтероциты, или клетки кишечного эпителия). Неприятный факт, «вскрытый» австралийцами, связан с тем, что инфламматомная активация микроглии ведёт к гибели мотонейронов и развитию у мышей модели паркинсонизма. Гибель обусловлена накоплением нейротоксического белка синуклеина, разрушающего синапсы, или точки нейрональных контактов.

Сходную иммунологическую картину воспаления, разрушающего хрящевую поверхность суставов, увидели в Университете Осаки, возложив вину на белок семафорин, секретируемый «возбуждёнными» макрофагами. В опытах на мышах семафорин включал воспаление в хондроцитах, или клетках хрящевой ткани, которые разрушают внеклеточный матрикс с помощью своего фермента металлопротеиназы. Процессы поражения тканей можно купировать ингибиторами ферментов, которые надо ещё создать и проверить на безопасность в ходе клинических испытаний. Один из подобных блокаторов (N-03) клеточного фермента серин-протеазы создан и опробован на мышах в Университете Британской Колумбии. Речь идёт об энзиме, расщепляющем трансмембранные протеины, молекулы которых «пронизывают» клеточную мембрану.

Преимущество подавления активности клеточного фермента в том, что он, расщепляя ковидный спайк, «высвобождает» его RBD, контактирующий с ACE. Подавление активности мембранного энзима ведёт к тому, что COVID не может высвободить своё «жало», в результате чего клетка оказывается защищённой от входа вируса. Известно, что этому «мешают» антитела, появляющиеся после заражения ковидом или вакцинации против него. Одна из вакцин использует фрагменты вирусной РНК, «отвечающей» за синтез спайка. Большая международная команда учёных решила использовать РНК и против вируса гриппа. Вакцина направлена против матричного белка М, HA и NA, а также нуклеопротеида инфлюэнцы. Испытания новой противогриппозной вакцины широкого спектра действия, проведённые на мышах, дали обнадеживающие результаты в виде наработки высокого титра противовирусных антител. Интересно, что одинаково эффективными оказалась четырёхвалентная прививка и моновалентная против консервативного нуклеопротеина. Статья учёных в журнале PNAS называется «Оценка квадριвалентной вакцины на основе информационной РНК, защищающей против двух групп вирусов гриппа».

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Molecular Psychiatry, PNAS, Science Signaling, Nature, Scientist, Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology, Science.

Всемирно известный автор остросюжетных романов Луи Буссенар (в его наследии их более четырёх десятков), прозванный «Жюлем Верном из Луаре» и «французским Райдером Хаггардом», пылкий республиканец и неистовый антиклерикал, был внуком настоятеля монастыря, возвращённого к гражданской жизни Французской Республикой и ставшего управляющим замком. Сыну обедневшей вдовы, ему были с самой юной поры присущи упорство и воля – черты, характерные для всех Буссенаров. Луи взял убедительный реванш за унижения и обиды, полученные от обывателей, а его опыт военного медика, успехи в путешествиях по миру и в литературном труде по праву обеспечили прочное место среди замечательных беллетристов и в наше компьютерное время.

Писателями не рождаются

История литературы знает немало звучных имён литераторов, к коим призвание и известность у читателей пришли в немалой степени после их личного непосредственного участия в вооружённых конфликтах. Вспомним навскидку Льва Толстого и его «Севастопольские рассказы» (служил на Кавказе и принял участие в Крымской войне), Эриха Марию Ремарка, получившего в боях пять ранений и написавшего один из самых известных антивоенных романов «На западном фронте без перемен», Захара Прилепина и его книгу «Взвод. Офицеры и ополченцы русской литературы» и ещё имена десятка отечественных сочинителей, имевших непосредственное отношение к воинскому делу – от Гаврилы Державина и Дениса Давыдова до Петра Чадаева и Александра Бестужева-Марлинского...

Герой наших заметок, французский писатель Луи Буссенар также имел опыт живого участия в боевых действиях. А ещё он служил полковым медиком во время франко-прусской войны 1870-1871 гг., был ранен под Шампиньи и закончил медицинскую карьеру (но не прекратил оказывать профессиональную помощь пациентам) после завершения этой европейской междоусобицы. Но вернёмся к началу его жизни.

Классик, подзабытый во Франции

Будущий автор авантюрных романов появился на свет 4 октября 1847 г. в деревеньке Эскренн (местные жители и сегодня предпочитают говорить Экрэн) к юго-западу от Парижа департамента Луара, в исторической области Бос, известной как «житница Франции». Отец – сборщик коммунальных налогов и управляющий экреннского замка Луи-Антуан Буссенар (1794-1855), мать Элоиза Ланс (1826-1932), дочь ткача-ремесленника. Сolidный господин управляющий и к тому же вдовец был на 32 года старше юной кастелянши и горничной, но любовь, как известно, преодолевает любые возрастные препятствия. Официальный брак заключён был лишь в 1850 г., а на протяжении первых 3 лет жизни юный Луи и его молодая матушка подвергались насмешкам и злословию деревенских жителей, привыкших к венчанию супругов в церкви и законному бракосочетанию со всеми необходимыми традиционными атрибутами. Луи с детских лет возненавидел церковников, что отразилось на всей его жизни и даже, как увидим далее, на собственных похоронах.

Отец скончался, когда Луи шёл восьмью лет, а младшему брату Антуану было всего пять лет. Молодая женщина с сыновьями осталась одна, почти без средств к существованию. Материальную помощь по мере сил оказывал семье дедушка-ремесленник, а мальчишкам пришлось упорно учиться, чтобы завоевать себе в будущем место под солнцем. Прилежный и усидчивый, хотя и в меру строптивый Луи рано продемонстрировал блестящие способности, и преподаватели начальной школы настаивали на продолжении его образования.

Имена и судьбы

Жажда жизни – лучшее снабдобье против старости

Самая страшная, самая губительная привычка – это подчиняться, считал Луи Буссенар



С 1860 по 1867 г. он получает гуманитарное образование в городке Питивье и выделяется среди товарищей умом, а также гордым и независимым характером. На каникулах он не отказывал себе в сельских развлечениях, любил поохотиться с ружьишком и порыбачить. А ещё он обожал чтение и буквально проглатывал каждую новую книгу.

Следует отметить, что западно-европейская литература того времени открыла «золотую жилу» – романы о путешествиях в дальние страны и невиданных приключениях на новых землях. Это был период бурного расцвета точных наук, век приручения пара и электричества, эпоха перемещений по земному шару с целью ли наживы или с научно-исследовательскими установками. Ливингстон, Камминг, Болдуин, Бразза, Дитон, Миклухо-Маклай, Семёнов-Тян-Шанский, Пржевальский... Эти великие путешественники сделали невероятно много для изучения Азии, Австралии и Африки, кои до той поры были практически неизвестны науке. Географические открытия и находки первопроходцев будоражили пытливые умы, звали к странствиям и приключениям. Подлинная страсть к путешествиям негаснущим костром

выпыхнула и в душе юного Буссенара, и он был ею захвачен так, что называл это чувство «тайнственным» и даже «мучительным». Позже напишет: «Люди этого склада не могут прозябать среди нашей будничной европейской жизни. Им нужно пространство, не знающее границ, по которому носится великое дыхание свободы. Им нужно созерцать великолепные и всё новые зрелища, которые поминутно раскрывает перед ними природа. Им нужны ещё не тронутые, подчас страш-

ним и достаток. Время подумать о женитьбе. Первый брак окажется неудачным, а вот вторая любовь будет пламенной и не гаснущей до самой смерти любящих. Слава писателя держалась на пике до 20-30-х годов XX века, но после Второй Мировой сошла на нет, поскольку Буссенар в своём творчестве не особо жаловал англо-саксов и по этой причине практически не известен в англоговорящих странах, диктующих мировую повестку дня и сегодня.

После расставания с первой супругой писатель поселяется в Экрэнне и влюбляется в младшую дочь своей кормилицы. Ему 35, ей 19, но разве это может быть препятствием для настоящих искренних отношений? Луи и Альбертину связали крепкие любовные узы на целых 27 лет, а после получения развода с первой супругой влюблённые официально зарегистрировали свой брак. Молодые поселятся в лесной деревушке близ городка Мальзерба. Неутомимый путешественник и

Бывших медиков не бывает

Наибольшей популярности Луи Буссенар достигает после публикации остросюжетных романов «Похитители бриллиантов» и «Капитан Сорви-голова», а всего в его литературном наследии – 24 романа приключенческого жанра, 8 – повествующих о военных событиях, 5 – социально-авантюрных и 4 – научно-фантастических. А ещё у него были документальные трактаты, очерки, рассказы и сотни заметок, разбросанных по разным изданиям. Богатая фантазия, ироничный юмор, лихо закрученные интриги сюжетов, романтика далёких стран и неосвоенных земель наряду с обширным научным материалом делают произведения писателя необычайно востребованными. Его сотрудничество с «Журналом путешествий и приключений на суше и на море» продолжается более 30 лет, и даже после кончины писателя выходят в свет «его» романы, кои тайно готовит, как достоверно установила недавно исследовательница из Муroma Елена Трелетова, некий «литературный негр» по имени Анри Летюрк. В качестве бонуса за литературные успехи и благодаря внушительно выросшим тиражам «Журнал путешествий» при поддержке министерства просвещения командировал Буссенара на несколько месяцев в Гвиану, где писатель не только набрасывает сюжеты новых произведений, но и выступает в качестве исследователя-энтузиаста, изучает русла рек, дикую природу, охотится на экзотических животных, беседует с золотоискателями и всеми, попадавшимися на его пути небезыntenесными людьми. Он становится авторитетным специалистом по Гвиане, с мнением коего считаются и крупные учёные. А ещё у нашего героя будут плодотворные поездки в Марокко и Сьерра-Леоне.

У этого незаурядного писателя есть произведения, в коих отражён и личный медицинский опыт автора. Это роман «С красным крестом», новелла «Лечение, которого не прописывали», а также «Рецепт для бабули (сцены из сельской жизни)»...

романтик начинает вести жизнь счастливого семьянина, не забывая о литературе и... медицине. Любит пешеходные прогулки и велосипед. Буссенар охотно консультирует односельчан по медицинским вопросам, принимая в качестве гонорара от хозяев стаканчик доброго домашнего вина и дружеское рукопожатие. Известен курьёзный случай, когда не найдя в доме пациента ни клочка бумаги, Луи написал рецепт лекарства мелом на оконном ставне и последний пришлось снять, чтобы предъявить местному аптекарю.

Финал его жизни был довольно драматичным. Летом 1910 г. серьёзно заболевает и в 47 лет умирает Альбертина. Удручённый писатель впадает в невыносимые душевные страдания, что обостряет все его хронические болезни, полученные за 62 года бурной жизни. Он безутешен и приступы депрессии не дают Луи опомниться. На 8 сентября было назначено оперативное вмешательство, на которое опытный медик не возлагал никаких особых надежд. 9 сентября, на следующий день после операции его не стало. Ещё чувствуя приближение трагического финала, Буссенар своевременно составил завещание и поручил похоронной конторе разослать многочисленным друзьям письмо такого содержания: «Луи Буссенар... имеет честь пригласить вас на свои гражданские похороны, которые состоятся в Экрэнне (Луаре) 12 сентября 1910 г. в час с четвертью. Безутешный после смерти своей жены, он уходит на 63-м году жизни в скорби, которую ничто не могло смягчить». Падкие на сенсации столичные газеты поспешили перепечатать этот невероятный текст, снабдив его доморощенной версией о самоубийстве писателя. Преданные друзья и искренние почитатели таланта понимали, однако, что подобное письмо было составлено Буссенаром в ясном уме и твёрдой памяти как своеобразная дань любви, акт личного мужества и пропаганда гражданских похорон.

Николай ПЕРЕСАДИН,
профессор.

Рига.

Свое повествование хочется начать ироничным эпиграфом из произведения А.Грибоедова, хотя патриотизм у нас в пору студенчества был настоящий: общественные цели полностью затмевали личные, даже о женихах некогда было подумать! О них, о достойных женихах, думал наш преподаватель и парторг, добрый «институтский папа» – Анатолий Егоров.

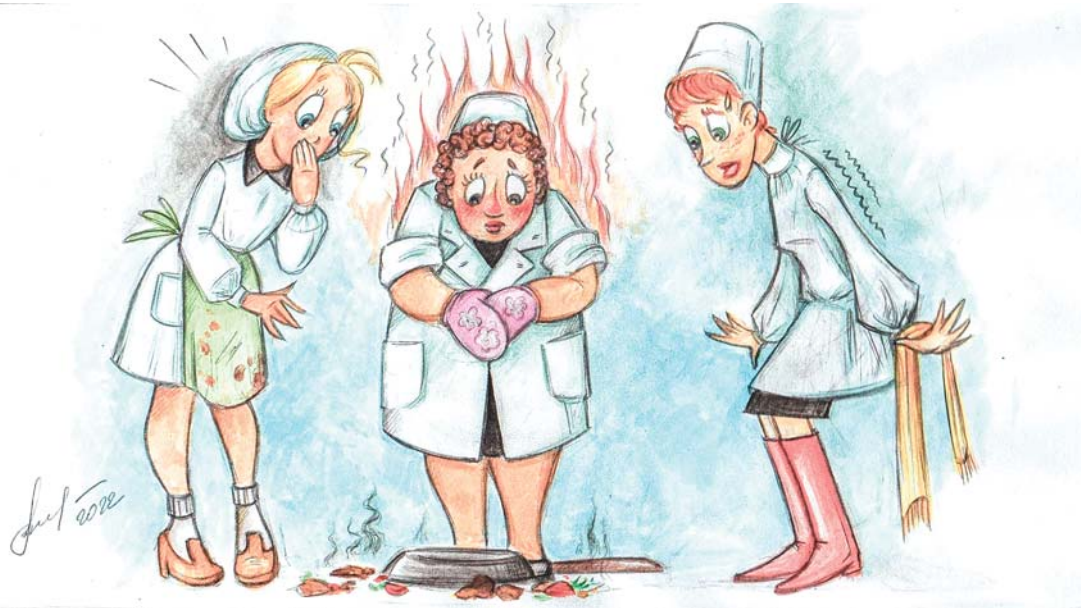
Кто сейчас не знает рецепта мяса «по-французски»? Никого сегодня этим блюдом не удивишь! А вот в «мохнатом» 1983 г., мы, четыре студентки шестого курса Смоленского медицинского института, хотели именно удивить! Удивить «господ-офицеров», приглашённых на праздничный ужин по поводу знакомства в наше педиатрическое общежитие, как когда-то французский повар удивлял этим блюдом посетившего Париж графа Орлова... Как видите, с выбором блюда мы не ошиблись, сама история нам его подсказала. Что же до выбора гостей – нетрадиционного выбора дальних гостей – это за нас сделал Анатолий Сергеевич. И мы с ним согласились: и не только потому, что он парторг нашего курса и преподаватель сложной и важной дисциплины «детские инфекции», а потому, что любили и доверяли ему. Егоров и двоек не ставил, а заинтересовывал своим предметом и его главными «действующими лицами» – коклюшными и дифтерийными палочками, золотистыми стафилококками, полиомиелитными вирусами... Он плохого не посоветует: офицеры – значит офицеры, то есть курсанты Смоленского артиллерийского училища.

Парторг, как всегда прав. Всем нам давно пора замуж, да особо не за кого. Немногочисленное «поголовье» ребят-сокурсников педиатрического факультета медицинского института давно разобрано наиболее предприимчивыми студентками. На соседних факультетах своих невест хватает. Живущие от нас на расстоянии «спринтерской дистанции» студенты физического института не очень нравятся. Правда, их настойчивость на

А ещё был случай

«К военным людям так и льнут, А потому, что патриотки!»

(Посвящается преподавателю детских инфекционных болезней А.Егорову)



границы с назойливостью некоторых уже покорила. Но не нас! Вот и «сидим» мы красивые, умные и «непокорённые»... Правда, это не совсем так, при этом прилежно учимся, поём и танцуем в самодеятельности, занимаемся общественной деятельностью, посещаем все научные кружки, секции ДОСААФ и даже прыгаем с парашютом.

Идея нашего парторга провести вечер знакомств с курсантами военного артиллерийского училища – просто гениальна; это сразу повысит и обороноспособность страны, и укрепит здоровье населения в «труднодоступных» местах. Мы как патриотки не только участвуем, мы даже уже готовим праздничный обед.

Все ингредиенты блюда достаточно просты и имеются у нас

в наличии: лук, картофель, сыр, сметана... Правда, полагается ещё и мясо. Оно же регламентировано даже в названии. Значит, придётся ехать на рынок и на оставшиеся от стипендии деньги приобрести этот обязательный ингредиент.

И вот мы уже стоим на кухне и жарим это самое мясо. Не участвующие в торжествах по случаю «артиллерийского нашествия» сокурсники подозрительно принохиваются: «Неужели и вправду мясо?» К тому же целая сковорода... Но мы сегодня соседей в гости не ждём, поэтому решили сковороду самим донести. Донесли до общежитской секции. И тут эта тяжеленная сковорода выскальзывает из наших с Таней рук и падает на пол. Предательский звон чугунной посуды смяг-

чило мясо «по-французски»... Оно шлепнулось аккуратненько на кафель пола и прикрылось сковородкой.

В экстремальных ситуациях студентки, посещающие с первого курса института хирургический кружок, не паникуют. Им достаточно одного взгляда друг на друга. Действуют они быстро, чётко и слаженно. Даже на коленях, в полумраке коридора аккуратно складывают руками слоёв блюда в сковородку, как опытный хирург расправляет петли кишечника в ране. Всё, «операция» закончена, складируются последние пылинки и водружается крышка.

«Мясо по-французски, господа офицеры!»

Да, слава богу, наши гости не из «графьев Орловых», не замечают предательски скрипящего

на зубах песка. А вот Лена и Валя недовольно на нас косятся и смотрят вопросительно. Однако нам кажется, что главное блюдо нашего стола соперничает с самими хозяйками по популярности. Гости так увлечены его поглощением! И увы, не нами... Валя явно расстроена, Лена почти индифферентна. Её мало интересует «оборона» страны, ей нравится какой-то брянский студент-инженер. Ну, а мы с Таней ироничны; подумаешь, артиллерийские войска! Мы бы замашнулись, пожалуй, на космические! Тем более мясо «по-французски» готовить уже умеем! А Анатолий Сергеевич, в случае удачи, будет нами очень гордиться!

P.S. Но мы с Таней всё же патриотки. Мы вышли замуж за офицеров ракетных войск стратегического назначения. Только для этого нам совсем не потребовалось готовить мясо. Таня совершила «стратегическое» путешествие, где и познакомилась со своим будущим мужем. Ну а я – «стратегическое» прямое переливание крови для больного ребёнка в Череповецкой областной больнице с последующим за этим заслуженным «донорским отпуском», оказавшимся для меня знаменательным.

О, забываемый вкус юности! Ты затмеваешь прелесть любых блюд. Теперь мы часто готовим мясо «по-французски», вспоминаем этот забавный случай и с теплом в сердце нашего заботливого педагога и парторга курса.

Любовь КОЛОСОВА,
врач.

Амер. драматург					Ньютон		Обезжир. молоко	СКАНВОРД										Хол. оружие					Работник театра		Звезда, Андромеда																
	Лекар. форма		Период, палеозой	Снежный барс				Голл. художники, братья						Гордец		"Геновева"	Лисица		Развалина		Переносимый груз																				
					Шестиструнная		Получают из крахмала	Прежде		Шум от удара		Город, Др. Египет	Динозавр		Газеты		Вывод																								
	Тиболон		Манильская пенька	Садовое растение								Бутамират							Греч. бог зловещия																						
				Стало быть	Актриса ... Эвер			Оренбург, река		Фаберже				... и видно			Попович																								
	Стоимость	Лента из марли				Облако				Апельсиновый		Слух		Венг. поэт		Громкий крик			Карцинома																						
					Собрание у др. греков				Кредит																																
	Истор. область, Сербия	Снимок				Птицаносорог					Рокировка																														
Автор Валерий Шаршуков	Калашников				Шатобриан, повесть					Набросок																															
																		О	Ф	У	С	С											Б	Р	И	Л	И	Н	Т	А	
																		Б	И	С	С	А	И	О		О		А	Г	Р	И	П	А				У			И	
																		А	Т	Г	А	Л	И	Д	О	Р		Р	В				Л	У	Ч	Е	Б	А			
																		Л	А	Р	Г	О	У	Р	З	О	С	И	М	А			Г	А	У	Д	И	О	М	О	
																		А	О	Т	Е	Р	М	И	Т	В	Б	А	Р	С			Н	А	Н	А	Л	И	З		
																		Т	Р	У	С	З	О		М	Е	Д	Ч	К	О	С	Т	Р	А	Н	У					
																		А	Х	У	Д	И	Л	А		О	Н	Ы	Е	Ж	А										
																		М	О	З	Д	О	К		О	Д	Р		Р	А	Т	И	Н								
																		В	А	К	Т	И	Н		О	Д	А		Е	Р	Ь										

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 47 от 30.11.2022

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 47 от 30.11.2022.

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

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 2982

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



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».